rijksuniversiteit groningen / faculteit gedrags- en maatschappijwetenschappen

Een onderzoek naar normaliseren in de jeugdhulp: de visies en ervaringen van GGD-verpleegkundigen ten aanzien van normaliseren.

Naam student: F.M. Riem (2958104)

Eerste beoordelaar: Prof. Dr. L. Batstra

Tweede beoordelaar: Dr. M. Lopez Lopez

Master Pedagogische Wetenschappen, track Orthopedagogiek

Faculteit der Gedrags- en maatschappijwetenschappen

Rijksuniversiteit Groningen

Datum: 21-02-2022

Aantal woorden: 10.496 (exclusief literatuurlijst en bijlagen)

Inhoudsopgave

Samenvatting 3

Abstract 4

Inleiding 5

Theoretisch kader 7

Methode 11

Resultaten 13

Conclusie en discussie 24

Literatuurlijst 30

Bijlage 1. Interviewleidraad 36

Bijlage 2. Toestemmingsformulier 38

Samenvatting

Sinds 2015 is de jeugdwet van kracht. Eén van de doelen van de jeugdwet is demedicaliseren, ontzorgen en normaliseren. Er is echter nog weinig onderzoek gedaan naar normaliseren in de jeugdhulp. Het hoofddoel van dit onderzoek was inzicht te krijgen in de visies en ervaringen van jeugdverpleegkundigen ten aanzien van het normaliseren van emotionele- en gedragsproblemen bij jongeren. Daarnaast was het doel te onderzoeken welke factoren belemmerend of helpend zijn voor normaliseren. Tien jeugdverpleegkundigen werkzaam bij de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) IJsselland hebben deelgenomen aan dit onderzoek. Er is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews. Deze interviews zijn vervolgens getranscribeerd en gecodeerd, waarna er een thematische analyse is uitgevoerd door twee onderzoekers. Op basis hiervan werd de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid door middel van Cohen's Kappa berekend (k=0.78). Er bleek onder de geïnterviewde jeugdverpleegkundigen geen eenduidig beeld te zijn ten aanzien van normaliseren. Het grootste deel van de participanten vat het op als het onderscheid kunnen maken tussen normaal en niet normaal gedrag. Als belemmerende factoren bij normaliseren werden genoemd: ouders die een verklaring zoeken voor gedrag, de veeleisende maatschappij en sociale media, onzichtbaarheid en een haperende samenwerking met het sociaal wijkteam, de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) en scholen. Als helpende factoren noemden participanten: kennis, ervaring, korte lijnen en zichtbaarheid. Vervolgonderzoek kan zich richten op hoe normaliseren binnen andere organisaties of gemeenten gefaciliteerd wordt. Ook kan vervolgonderzoek interviews afnemen bij leerkrachten of ouders, om te analyseren welke visies en ervaringen zij hebben ten aanzien van normaliseren. Aanbevelingen voor de praktijk zijn het terugbrengen van de GGD-spreekuren op scholen, het versterken van de samenwerking, en het (verplicht) aanbieden van trainingen en cursussen ten aanzien van normaliseren.

Abstract

Since 2015, the Youth Act has been in effect. One of the goals of the Youth Act demedicalization, normalization and empowerment of youth. However, little research has been done regarding normalization in youth care. The main objective of this study was to gain insight into the visions and experiences of youth nurses regarding normalizing emotional and behavioral problems in youth. In addition, the goal was to examine what factors are impeding or helping for normalization. Ten youth nurses working at the Municipal Health Service in IJsselland participated in this study. Semi-structured interviews were used. These interviews were then transcribed and coded, after which a thematic analysis was performed by two researchers. Based on this, inter-rater reliability was calculated using Cohen's Kappa (k=0.78). There appeared to be an inconclusive vision regarding normalization by the youth nurses. The majority of participants understood normalization as the ability to distinguish between normal and abnormal behavior. Reported impeding factors were parents who look for an explanation for behavior, demanding society and social media, invisibility and a faltering cooperation with the social district team, youth health care and schools. Helping factors were knowledge, experience, short lines of communication and visibility. Follow-up research can focus on how normalization is facilitated within other organizations or municipalities. Follow-up research can also focus on interviews with teachers or parents to analyze what visions and experiences they have regarding normalizing. Recommendations for practice are to bring back the consultation hours at schools, to strengthen the cooperation, and to offer (obligatory) training and courses regarding normalization.

Inleiding

Sinds 1 januari 2015 is de jeugdwet van kracht. Dit houdt in dat de verantwoordelijkheid van de gehele jeugdhulp van het Rijk overgeheveld is naar de gemeentes. Eén van de uitgangspunten van deze overheveling is het streven naar demedicaliseren, ontzorgen en normaliseren door het opvoedkundig klimaat van gezinnen te versterken (Bucx, De Groot, Hageraats, & Pehlivan, 2018). Daarnaast is een belangrijk streven van de jeugdwet dat er eerder juiste hulp op maat aan (kwetsbare) jeugdigen geboden kan worden. Dit moet ervoor zorgen dat er sprake is van meer preventie, waardoor voorkomen wordt dat problematiek bij jeugdigen te lang onder de radar blijft. Preventie zou er op deze manier voor zorgen dat er minder specialistische hulp nodig is, aangezien de problematiek van jongeren hierdoor minder snel verergert.

Hoewel dit alles zou moeten leiden tot minder kosten in de jeugdzorg, blijken de kosten na de decentralisatie juist te stijgen (Hilderink et al., 2020). Steeds meer jongeren doen een beroep op jeugdhulp (van Yperen, van de Maat, & Prakken, 2019; CBS, 2021). Daarnaast blijkt uit onderzoek van Bröcking en Vlaardingerbroek (2019) dat er vooralsnog geen afname is van duurdere gespecialiseerde jeugdhulp, terwijl één van de uitgangspunten van de jeugdwet juist was om goedkopere zorg dichter bij huis te kunnen leveren. Verwijzingen worden nog steeds vaak door de huisartsen gedaan in plaats van door het wijkteam. Huisartsen zijn sneller geneigd om te verwijzen naar duurdere vormen van jeugdhulp. Het wijkteam kan echter meer preventief werken, waardoor er lichtere hulp ingezet kan worden. Helaas blijkt dat de wachtlijsten bij sommige wijkteams enorm zijn toegenomen (Welling, 2016). Het doel van de jeugdwet om preventieve hulp aan kwetsbare jongeren aan te kunnen bieden is mede hierdoor nog niet behaald.

Een ander doel, normaliseren, betreft de definitie van wat ‘normaal gedrag’ precies is. Daarbij is het belangrijk om niet te snel psychiatrische classificaties toe te kennen en medicatie voor te schrijven. Zowel in de Verenigde staten (Ghandour et al., 2018; Piovani, Clavenna, & Bonati, 2019) als in Nederland (NJi, 2021; Gezondheidsraad, 2014) nemen psychiatrische classificaties en medicatiegebruik echter toe onder jeugdigen. In de Verenigde Staten gebruikt 8,8% van de jeugdigen ADHD-medicatie en 1,8% van de jeugdigen antidepressiva (Piovani, Clavenna, & Bonati, 2019). In Nederland liegen de getallen er ook niet om: 4,3% van de jeugdigen gebruikt ADHD-medicatie en 1,5% antidepressiva (Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2021). Het voorschrijven van medicatie aan jeugdigen blijkt de laatste jaren een steeds belangrijker onderdeel van de behandeling van mentale stoornissen te zijn (Piovani, Clavenna, & Bonati, 2019). De toename van psychiatrische classificaties en het

veel voorschrijven van medicatie bij jeugdigen staat haaks op de gewenste normaliserende beweging.

Voor zorgprofessionals is normaliseren een belangrijke kernfactor in hun werk. Het is hierbij van belang om normaal gedrag te kunnen onderscheiden van afwijkend gedrag. De definitie van afwijkend gedrag hangt echter af van de overtuiging die de maatschappij hierover heeft (Kolthof, Staff, Van der Heijden, Beemsterboer, & Hinfelaar, 2017). In de huidige maatschappij wil men problemen vaak op een snelle manier oplossen. De oorzaak van problemen wordt vaak gezien als eigenschap van de jeugdige, terwijl het beter is om ook (meer) naar de omgeving en verwachtingen te kijken. Prestatiedruk, perfectionisme, sociale media en sociale contacten kunnen een enorme druk op jeugdigen leggen (Gezondheidsraad, 2014). Mogelijk hebben daardoor meer jeugdigen last van depressieve gevoelens in de afgelopen jaren. Een snelle en makkelijke oplossing hiervoor is het stellen van een diagnose bij deze jeugdigen en hen medicatie voor te schrijven (Bastian et al., 2012). Hierdoor blijft het probleem echter bij het individu liggen en worden de oorzaken van maatschappelijke problemen niet aangepakt. Door de toegenomen classificaties, de toename van medicatiegebruik en de lange wachtlijsten is het dus maar de vraag of er voldoende ruimte en aandacht is voor zorgprofessionals om normaliseren in de praktijk te kunnen uitoefenen.

Jeugdverpleegkundigen die werkzaam zijn bij de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD's) zijn zorgprofessionals waar jongeren met emotionele- en gedragsproblemen vaak als eerste terechtkomen. Zij beschikken namelijk over veel kennis en hebben ervaring op het gebied van de normale ontwikkeling en probleemgedrag. In het werk van de jeugdverpleegkundigen is preventieve gezondheidszorg een uitgangspunt. Signaleren is hierbij een belangrijke kernfactor. Daarnaast besteden jeugdverpleegkundigen veel aandacht aan het voorlichten van ouders over de normale ontwikkeling van hun kind en bieden ze (gerichte) opvoedondersteuning aan (Oudhof et al., 2013). Deze taken zijn erop gericht om opvoed-, gedrags- en emotionele problemen in de toekomst te kunnen voorkomen. Zij hebben daarnaast voldoende expertise om in te zien wanneer een jongere meer hulp nodig heeft dan slechts ondersteuning. Jeugdverpleegkundigen spelen dus een belangrijke rol in de normaliserende benadering.

Kortom, normaliseren en demedicaliseren zijn belangrijke doelen van de Jeugdwet uit 2015, echter blijkt uit cijfers dat psychiatrische classificaties en behandelingen juist toenemen in plaats van afnemen. Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de visies en ervaringen van GGD-verpleegkundigen ten aanzien van normaliseren. Het tweede doel is om te onderzoeken wat helpende- of belemmerende factoren zijn met betrekking tot normaliseren.

Hier vloeien dan ook de volgende hoofdvraag met deelvragen uit voort:

Hoofdvraag:

'Wat zijn de visies en ervaringen van GGD-verpleegkundigen ten aanzien van het normaliseren van emotionele – en gedragsproblemen bij jongeren?'

Deelvragen:

1. *'Wat is de definitie van normaliseren volgens GGD-verpleegkundigen?'*
2. *'Wat zijn helpende factoren met betrekking tot normaliseren?'*
3. *'Wat zijn belemmerende factoren met betrekking tot normaliseren?'*

Theoretisch kader

In het theoretisch kader zullen de kernbegrippen die centraal staan in dit onderzoek toegelicht worden. Zoals eerder genoemd zijn demedicaliseren, ontzorgen en normaliseren belangrijke begrippen van één van de doelen van de jeugdwet. Er zal hieronder met behulp van relevante theorieën en onderzoeken nader toegelicht worden wat er vanuit de literatuur verstaan wordt onder demedicaliseren en normaliseren. Aangezien demedicaliseren en normaliseren begrippen zijn die voortvloeien uit medicaliseren, zal er eerst vanuit verschillende invalshoeken de betekenis van het begrip medicaliseren worden beschreven.

Medicaliseren

Medicaliseren is een begrip dat een lange geschiedenis kent. Er wordt al vanaf de jaren 70 vanuit verschillende invalshoeken over dit begrip geschreven. Verschillende wetenschappers hebben in de loop der jaren getracht het te definiëren. Socioloog Conrad (1975) definieert medicaliseren bijvoorbeeld als volgt: "medicaliseren is een proces waarbij niet-medische problemen gedefinieerd en behandeld worden als medische problemen, meestal in termen van ziekte en stoornissen" (p.12). Sadler et al. (2009) borduren voort op deze definitie en beschrijven medicaliseren als een fenomeen waarbij alledaagse problemen van individuen als medische problemen worden behandeld.

Zola (1972) ziet medicaliseren als een vorm van sociale controle, waarbij gedrag van individuen gecontroleerd wordt door de samenleving. Hij bedoelt hiermee dat de samenleving medische termen gaat gebruiken voor bepaalde gedragingen die voorheen als 'normaal' gezien werden. Het gevolg hiervan is dat individuen een behandeling krijgen voor een ziekte of

stoornis wat eigenlijk geen ziekte of stoornis is. Illich (1976) vindt de versterkte invloed van de medische sector schadelijk voor de gezondheid van het individu en de samenleving. Hij vindt dat de medische sector een te grote invloed heeft in de maatschappij, waardoor artsen de macht hebben om te bepalen wat een ziekte of stoornis wordt genoemd.

Een meer recente definitie van de term medicaliseren wordt door Clark (2014) beschreven. Zij vult de definitie van Sadler et al. (2009) aan. Volgens haar gaat medicaliseren steeds meer om termen van 'gezondheid' en 'ziekte'. Deze termen zijn onderdeel van het biomedische model. Gezondheid wordt in dit model gezien als het vrij zijn van ziekte. Er wordt hierbij echter geen rekening gehouden met sociale en psychische factoren. Ziek zijn of een stoornis hebben wordt dus gezien als een vaststaand kenmerk van een individu, waarbij medicatie vaak als de oplossing wordt gezien.

Er zijn dus verschillende definities van de term medicaliseren te vinden in de literatuur. Medicalisering is een multidimensionaal concept met een breed scala van actoren. Deze ontwikkeling kan vanuit het individu bekeken worden, maar ook vanuit de samenleving en de maatschappij. Vanuit het individu gezien kan medicalisering bijvoorbeeld betrekking hebben op een dokter die een probleem van een patiënt (bijvoorbeeld depressieve gevoelens) als medisch ziet en hier een medische diagnose (depressieve stoornis) voor geeft (Halfmann, 2011). In de samenleving kan medicalisering betrekking hebben op hoe men denkt en spreekt over zaken als gezondheid en ziekte (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017). Alle invalshoeken hangen met elkaar samen. Wanneer een probleem vanuit de samenleving als medisch probleem gezien wordt, is de kans aanwezig dat individuen sneller geneigd zijn om (medische) hulp voor dit probleem te zoeken. Een voorbeeld hiervan is druk gedrag thuis en/of in de klas. Een kind dat druk gedrag vertoont hoeft niet direct baat bij een classificatie ADHD te hebben. Toch zijn ouders en/of scholen mogelijk eerder geneigd om hulp voor dit probleem te zoeken wanneer dit gedrag in een samenleving als problematisch of afwijkend gezien wordt (Gezondheidsraad, 2014; Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017). Andersom geldt dit principe ook. Wanneer steeds meer individuen geneigd zijn om medische hulp te zoeken voor een bepaald probleem, zoals jongvolwassenen voor depressieve gevoelens, kan dit ertoe leiden dat het in de samenleving 'normaal' wordt om dit soort problemen als iets medisch te beschouwen. Afwijkend gedrag wordt hierdoor onnodig gemedicaliseerd (Friele et al., 2018).

Demedicaliseren

Met de toenemende medicalisering van levensproblemen in de samenleving, nam de kritiek hierop ook toe en ontstond er een tegenbeweging, waarbij de focus meer op demedicaliseren kwam te liggen. Er heerste vooral kritiek op het veelvuldig toepassen van het medisch model. Volgens critici werden levensproblemen of moeilijkheden ten onrechte als individuele ziekte bestempeld. Hierdoor werd medicatie voor veel problemen als makkelijke oplossing gezien. Doordat hier veel kritiek op kwam, is het van belang om de term demedicaliseren verder toe te lichten.

In tegenstelling tot medicaliseren wordt er bij demedicaliseren niet vanuit gegaan dat een ziekte of stoornis een vaststaand kenmerk van iemand is (Gezondheidsraad, 2014). Demedicaliseren houdt in dat bepaalde gedragingen niet als medisch gezien worden en deze problemen dus geen medische behandeling behoeven (Halfmann, 2011). Er wordt minder gedacht in termen van 'ziekte' en gezondheid' en dus gaat het minder om het 'beter' maken van een persoon (Friele et al., 2018). De nadruk ligt bij demedicaliseren meer op de eigen kracht van een jeugdige. Het doel hiervan is niet om een behandeling met medicatie te ontzeggen aan jeugdigen die met ernstige problematiek kampen, maar vooral om jeugdigen met lichte problematiek zonder medicatie verder te helpen. Om dit te bereiken, is het van belang dat er eerder lichtere vormen van hulp aan jeugdigen geboden kan worden (Bucx, De Groot, Hageraats, & Pehlivan, 2018).

Demedicaliseren hangt samen met normaliseren. Wanneer de focus meer op normaliseren ligt en 'normaal' gedrag een bredere definitie krijgt, zullen minder gedragingen als abnormaal of afwijkend gezien worden (Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, 2019). Dit zou er vervolgens toe kunnen leiden dat bijzonder gedrag minder snel een psychiatrisch en dus medisch label krijgt en medicatie minder snel als (enige) oplossing gezien wordt.

Normaliseren

De letterlijke vertaling van normaliseren is "normaal maken". Op het gebied van jeugdzorg betekent dit niet dat kinderen aangepast worden aan heersende normen, maar dat gedrag dat als afwijkend werd gezien (weer) als normaal gedrag wordt beschouwd (Gezondheidsraad, 2014). Er wordt hiermee gepoogd om onnodige jeugdhulp terug te dringen. Dit wil men bereiken door bijvoorbeeld meer gericht te zijn op preventie, zodat de (milde) problematiek van jeugdigen niet verergert. Om dit te bereiken, proberen jeugdprofessionals steeds meer in te zetten op de eigen kracht van het individu en het ondersteunen van een gezin.

Tegenwoordig ligt de focus dus minder op het wel of niet hebben van een ziekte of stoornis, maar staan de mogelijkheden die een persoon heeft centraal. Het medische model komt hierdoor minder op de voorgrond te staan en is er meer aandacht voor de mens in plaats van de ziekte. Dat zorgt ervoor dat er meer gekeken wordt naar factoren die een positieve invloed hebben op het individu en zijn of haar omgeving. Een passend begrip hierbij is positieve gezondheid. Hierbij staat gezondheidsbevordering centraal, waarbij de focus op de kracht in plaats van op de zwakte van een individu gelegd wordt (Huber, 2019). Voorbeelden van het focussen op de krachten van een individu zijn zelfregie en zelfzorg. Positieve gezondheid wordt als een belangrijke factor van preventie gezien (van Meerten, Dierx, & de Bot, 2020).

Zoals eerder benoemd is normaliseren een belangrijke kerntaak in het werk van zorgprofessionals. Jeugdverpleegkundigen van de GGD zijn zorgprofessionals die een eerste station voor jeugdigen met gedrags- en emotionele problemen zijn. Door de verschuiving van medicaliseren naar demedicaliseren en normaliseren, sluiten de huidige werkzaamheden van deze jeugdverpleegkundigen hierbij aan. Door de kennis en vaardigheden die zij hebben, kunnen ze ouders bijvoorbeeld voorlichten op het gebied van opvoedvaardigheden (Oudhof et al., 2013). Sommige ouders hebben namelijk de neiging om direct hulp te zoeken wanneer zij problemen in de opvoeding ervaren (Bröcking, 2017). Jeugdverpleegkundigen kunnen ouders geruststellen door uit te leggen dat bepaald gedrag van hun kind niet meteen een stoornis hoeft te zijn. Er wordt namelijk vaak vergeten dat sommige gedragingen van kinderen, zoals druk gedrag of driftbuien, normaal zijn voor een bepaalde leeftijdscategorie. Dikwijls worden dit soort gedragingen door de maatschappij toch bestempeld als problematisch (Welling, 2016). Het is daarom van belang om normaliseren nog meer onder de aandacht te brengen.

Er kunnen helpende of belemmerend factoren onderscheiden worden voor normaliseren. Helpende factoren zijn factoren die ervoor zorgen dat normaliseren in de praktijk goed toegepast kan worden. Belemmerende factoren zorgen er daarentegen voor dat normaliseren niet voldoende tot zijn recht komt in de praktijk. Zichtbaarheid, kennis, of vaardigheden zijn voorbeelden van helpende factoren. Kennis van normaliseren wordt bevorderd door bijscholing of intervisie. Belemmerende factoren zijn onder andere onzichtbaarheid, onvoldoende kennis en onvoldoende vaardigheden. Een voorbeeld van onzichtbaarheid is dat ouders en/of leerkrachten niet weten waar ze terecht kunnen wanneer ze tegen problemen aanlopen. Het risico hiervan is dat er niets mee gedaan wordt, waardoor de problematiek van een jeugdige juist verergert en uiteindelijk alsnog in de (specialistische) jeugdzorg terechtkomt (Welling,

2016). Jeugdverpleegkundigen zijn een belangrijke spil in de normaliserende beweging en daarom is het van belang om zicht te krijgen op factoren die zij als helpend of juist als niet helpend ervaren. Er is nog maar weinig onderzoek gedaan naar ervaringen en visies van jeugdverpleegkundigen als het gaat om normaliseren. Het huidige onderzoek poogt hier meer helderheid over te verkrijgen.

Methode

Participanten

De onderzoeksgroep bestond uit tien jeugdverpleegkundigen die werkzaam zijn bij de GGD IJsselland. De participanten zijn geworven door middel van 'convenience sampling'. Dit houdt in dat er binnen de organisatie van de GGD een oproep gedaan werd om deel te nemen aan het onderzoek. De participanten die aan dit onderzoek mee wilden doen, konden reageren op deze oproep. De leeftijd van de participanten lag tussen de 30 en 65 jaar oud. De onderzoeksgroep bestond alleen uit vrouwelijke jeugdverpleegkundigen. Er was sprake van één inclusiecriterium: de participanten moesten tijdens het onderzoek werkzaam zijn als jeugdverpleegkundige.

Dataverzameling

Dit onderzoek is kwalitatief van aard en heeft een exploratief karakter. Er is gepoogd om nieuwe informatie te verzamelen door de visies en ervaringen van jeugdverpleegkundigen te onderzoeken. De informatie die verzameld werd, richtte zich vooral op factoren die de manier van werken bepaalden, zoals ervaring, persoonlijke factoren, kijk op problematiek, kijk op organisatie en kijk op normaliseren. De data is verzameld door middel van semigestructureerde interviews. Voorafgaand aan de interviews waren er een aantal kernvragen opgesteld, die voor een duidelijke leidraad zorgden tijdens het afnemen van de interviews (zie Bijlage 1). Er kon echter voldoende van de vragen afgeweken worden, zodat er ook ruimte was voor het perspectief van de participant.

Instrument

De interviews zijn afgenomen door twee onderzoekers. Vanwege Covid-19 zijn de interviews via (beeld)bellen afgenomen. De interviews bestonden uit een aantal open vragen en duurden ongeveer een uur. Interviews werden afgesloten wanneer alle vragen beantwoord waren en er geen aanvullende informatie meer werd gegeven vanuit de participant (Flick, 2014).

Er werden (video)opnames gemaakt van de interviews, zodat deze later getranscribeerd konden worden. Participanten hebben voorafgaand aan de interviews een 'informed consent' getekend, wat inhield dat de participanten volledig en juist geïnformeerd waren over het onderzoek en ze hier toestemming voor gaven. De participanten werden bijvoorbeeld geïnformeerd over het feit dat ze vrijwillig deelnamen aan het onderzoek en dat ze hier elk moment mee konden stoppen. Ook gaven de participanten toestemming voor het maken van een (video)opname van het interview, die na het transcriberen verwijderd zou worden. Resultaten van het onderzoek zijn gepseudonimiseerd verwerkt, wat inhield dat herkenbare persoonlijke informatie, zoals namen en plaatsnamen, in de transcripties werden vervangen door XX. Nadat de interviews getranscribeerd waren, zijn de geluidsopnames gewist. De gepseudonimiseerde transcripten worden 5 jaar bewaard in de beveiligde omgeving van de Rijksuniversiteit Groningen. In Tabel 1 zijn een aantal voorbeeldvragen van de interviews uiteengezet.

Tabel 1

Voorbeeldvragen van afgenomen interviews

Voorbeeldvragen
Wat vind je leuk aan je vak? Wat drijft je hierin? Waar word je enthousiast van?
Wat is de rol van de GGD verpleegkundige of arts volgens jou?
Wat vind jij belangrijk in je werk en waar komt dat door? Kun je dit in voldoende mate uitdragen?
Heb je weleens van het begrip normaliseren gehoord? Wat is je eerste associatie bij normaliseren?
In hoeverre worden jullie gefaciliteerd vanuit de organisatie als het gaat om normaliseren?
Hoe is de samenwerking met andere partijen?

Coderen

Er werd bij dit onderzoek een thematische analyse uitgevoerd. Dit hield in dat thema's en patronen inductief uit de interviews aan de hand van codes aan het licht gebracht werden (Braun & Clarke, 2006; Braun & Clarke, 2021; Verhoeven, 2020). De twee onderzoekers van het huidige onderzoek zijn opgeleid in het doen van dit type onderzoek. Allereerst hebben ze allebei vijf interviews volledig getranscribeerd. In de transcripten zijn namen van personen, plaatsen en organisaties vervangen door XX. Er is gebruik gemaakt van het programma Atlas.ti om de transcripten te kunnen coderen. Beide onderzoekers codeerden afzonderlijk van elkaar het eerste transcript. Hierbij zijn passages gemarkeerd die betekenisvol en relevant geacht werden voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Daarna zijn de open codes naast elkaar gelegd en werden er clusters gemaakt. Vervolgens is er gekeken hoeveel consensus er bestond en werd er vervolgens een eerste versie van een codeerschema gemaakt. Daarna hebben beide onderzoekers met dit codeerschema afzonderlijk van elkaar nogmaals het eerste en ook een

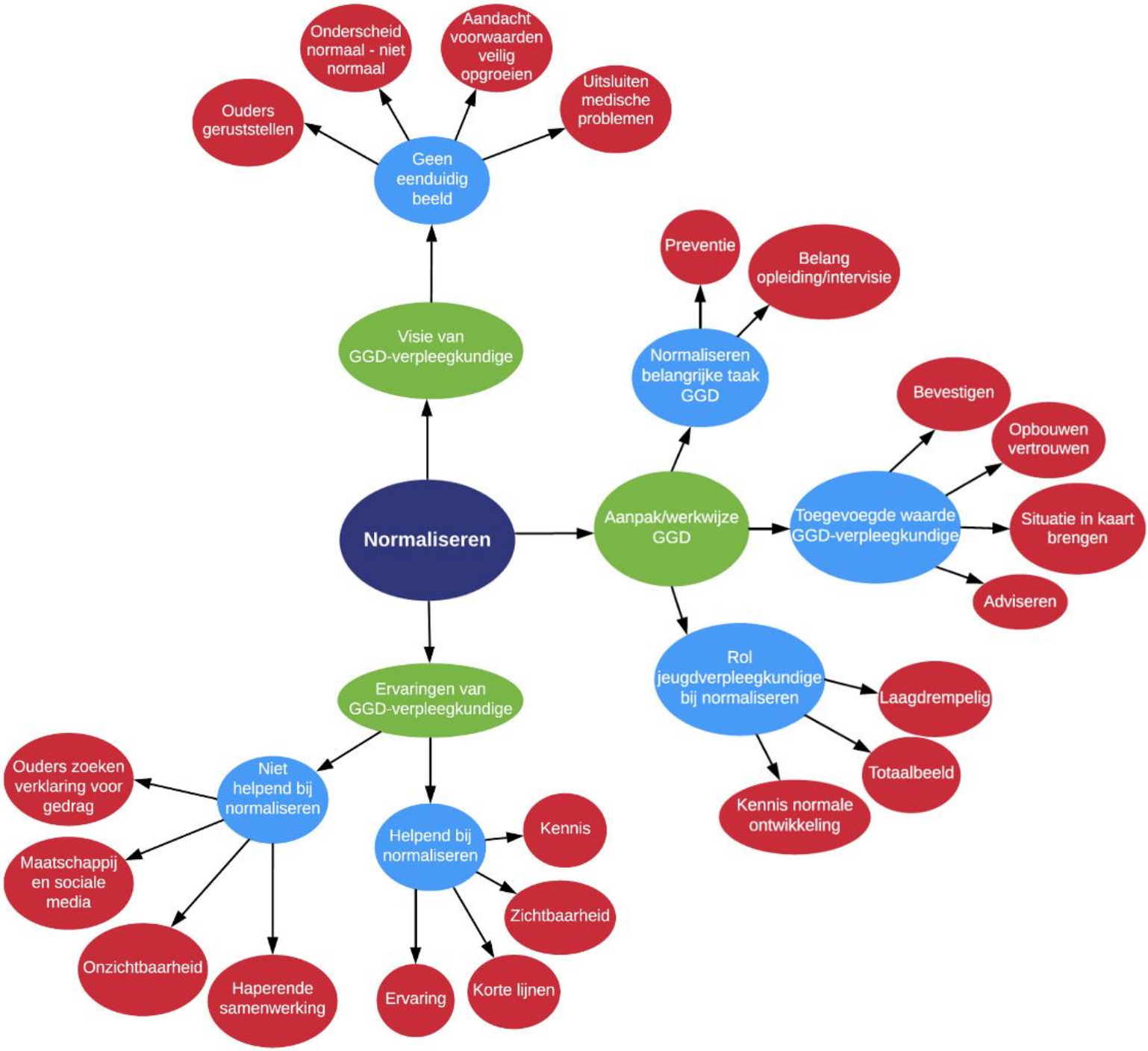
tweede transcript gecodeerd. Hierna hebben de twee onderzoekers wederom naar consensus gezocht. Op basis hiervan is er een tweede versie van een codeerschema ontstaan. De twee onderzoekers hebben vervolgens weer afzonderlijk een nieuw transcript gecodeerd en hun codes naast elkaar gelegd. Door steeds op basis van het codeerschema te zoeken naar consensus en vervolgens weer opnieuw terug te gaan naar de transcripten, is er circulair gewerkt totdat vrijwel volledige consensus werd bereikt. Nadat op deze wijze een voorlopig codeboek ontstaan is, hebben beide onderzoekers afzonderlijk van elkaar een aantal transcripten gecodeerd. Hierdoor konden beide onderzoekers ervaren of het codeboek al sterk genoeg was. Beide onderzoekers hebben regelmatig met elkaar overlegd en het codeboek aangepast indien dit nodig was. Bij elke aanpassing van het codeboek hebben de onderzoekers alle transcripten opnieuw nagelezen, zodat nieuwe codes eventueel nog aan deze transcripten toegevoegd konden worden. Uiteindelijk hebben beide onderzoekers alle transcripten afzonderlijk gecodeerd met een definitief codeboek. Aangezien beide onderzoekers dezelfde hoofd- en deelvragen hadden, en daardoor aan dezelfde analyse hebben gewerkt door middel van coderen, is er sprake van onderzoekstriangulatie (Verhoeven, 2020). Vervolgens is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid berekend middels Cohen's Kappa. Met deze formule is er gecorrigeerd voor de mate van overeenkomst op basis van toeval (Flick, 2014). Per categorie werden alle gecodeerde passages van zowel de hoofd- als subcodes van beide onderzoekers geteld. Op basis hiervan werd er per code een categorische Cohen's Kappa berekend. De totale Kappa werd berekend door het gemiddelde van categorische Kappa's te wegen (Warrens, 2011). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid bleek k= 0,78 te zijn, wat een substantiële mate van overeenstemming is (Lombard, Snyder-Duch, & Bracken, 2002).

Resultaten

Het doel van het huidige onderzoek is om meer zicht te krijgen in de werkwijze van de GGD en de visies en ervaringen van GGD-verpleegkundigen betreffende het door de overheid gewenste normaliseren van opgroei- en opvoedproblemen. Er zijn zeven hoofdcodes en twintig subcodes. Uit interviews met tien jeugdverpleegkundigen kwamen zes hoofdthema's naar boven. Thema's zijn overkoepelende begrippen of concepten waar hoofd- of subcodes onder vallen (O'Connor & Joffe, 2020; Verhoeven, 2020). De gevonden thema's zullen gebruikt worden om de onderzoeksvragen te beantwoorden. Deze staan hieronder weergegeven in Figuur 1. In dit hoofdstuk worden deze thema's en bevindingen beschreven.

Figuur 1.

Thematisch diagram van drie hoofdcodes, zes hoofdthema's en eenentwintig subthema's.



Noot. Hoofdcodes zijn groen, hoofdthema's zijn blauw en subthema's zijn rood.

Aanpak/werkwijze GGD

Wat de geïnterviewde jeugdverpleegkundigen zeiden over de werkwijze van de GGD is onder te verdelen in 3 hoofdthema's: normaliseren is een belangrijke taak van de GGD, de rol

van de jeugdverpleegkundige bij normaliseren en de toegevoegde waarde van de jeugdverpleegkundigen binnen de GGD.

Normaliseren belangrijke taak van de GGD

Preventie. De geïnterviewde GGD verpleegkundigen bevestigen dat normaliseren een belangrijke taak van de GGD is en proberen dit toe te passen in de praktijk. Preventie is daarbij een belangrijk uitgangspunt. Vier van de tien participanten vinden preventie een belangrijk onderdeel van hun werk. Participant 6 zegt hier bijvoorbeeld het volgende over: *'Ja, dat is preventie en dat is het voor zijn. Dat je zichtbaar bent en dat je op een laagdrempelige manier iets aan kan bieden wat al heel erg helpend kan zijn.'* Ook vertelt ze dat ze dat zij als preventieve JGZ een eerste portaal zijn. Participant 3 benoemt ook het belang van preventie: *'En dan denk ik van zet preventief goed in zodat deze jongens later niet in de jeugdgezondheidszorg belanden.'* Ook vertelt ze dat preventie inhoudt dat je goed blijft kijken en je blik open probeert te houden. Participanten geven aan dat (het terugkomen van) een spreekuur of een extra contactmoment een positieve invloed zou kunnen hebben op preventie. Op het moment dat er spreekuren zijn, zijn jeugdverpleegkundigen beter zichtbaar en wordt er makkelijker naar ze toegestapt. Op deze manier kunnen ze volgens hen eerder problematiek op de radar krijgen zodat dit niet verergert en er later bijvoorbeeld jeugdzorg nodig is. Participant 2: *'Noem het een spreekuur of noem het anders, maar je bent dus op de plek waar ouders komen. Waar ouders het ook verwachten.'* Participant 4 vindt het volgende: *'Maar ik denk dat het ophoudt op het moment dat je je realiseert dat het hier niet meer gaat om preventie, een stukje begeleiden, maar dat je echt in behandeling gaat zitten.'*

Belang opleiding/intervisie. Vijf van de tien participanten vinden dat normaliseren gefaciliteerd wordt binnen de GGD. Dit wordt volgens deze participanten bijvoorbeeld door middel van intervisie of scholingen of gedaan. Twee van deze vijf participanten benoemen ook dat ze vinden dat positieve gezondheid een belangrijk thema is binnen de GGD. Participant 7 benoemt dat het helpend zou kunnen zijn om normaliseren meer onder de aandacht te brengen tijdens de inwerkperiode van nieuwe medewerkers, bijvoorbeeld door middel van scholing en/of intervisie. Op die manier zal normaliseren (nog) meer een standaard onderdeel van werkzaamheden worden.

Rol jeugdverpleegkundige bij normaliseren

Kijkend naar welke rol jeugdverpleegkundigen hebben op het gebied van normaliseren, worden er verschillende factoren benoemd door de participanten.

Situatie in kaart brengen. Jeugdverpleegkundigen kunnen de situatie goed in kaart brengen voordat er eventueel aan doorverwijzen gedacht wordt. Participant 7 zegt hier het volgende over: *'Dus normaliseren vind ik daarin wel heel belangrijk. Want als je dat niet doet, dan schiet je inderdaad wel snel richting die hulp.'* Hierbij speelt de kennis die zij als jeugdverpleegkundigen hebben een grote rol. Zo zegt participant 10 bijvoorbeeld: *'Nou ja eerst moet je het heel feitelijk houden denk ik, eerst moet je gewoon bijvoorbeeld zelf heel goed weten wat het voedingsschema of een gemiddeld slaappatroon is. Of wat gemiddeld gedrag voor een peuter is in die peuterfase, dus je moet ergens beginnen. Je moet beginnen met iets afgebakend en dat goed in je hoofd hebben, wat is normaal.'* Participant 6: *'Je hebt natuurlijk waar je je in kan lezen en wat je tot je kan nemen, dat is hoe een normale gemiddelde ontwikkeling van een kind eruit ziet. Lichamelijk, sociaal, psychisch, daar kun je gewoon in inlezen.'*

Opbouwen vertrouwen. Drie van de tien participanten vinden dat het opbouwen van vertrouwen een belangrijke basis is voor normaliseren. Participant 6 zegt hier het volgende over: *'Dus dat beginstuk is een relatie en vertrouwen opbouwen. En dat hoeft echt niet langdurig te zijn, dat is gewoon het gesprek aangaan en weten hoe je zo'n gesprek ingaat. En het is altijd het serieus nemen van hun verhaal en het verhaal van het kind en daar iets mee doen. En volgens mij is dat heel belangrijk voordat je een thema gaat bespreken.'* Participant 2 vult hierbij aan dat wanneer ouders weten waar ze terechtkunnen, doordat ze daar met hun kind geweest zijn, ze wel weer terugkomen bij de GGD. Participant 8 vertelt dat zij als verpleegkundige aan ouders laat weten wat ze goed doen. Volgens haar is dit helpend en geeft het vertrouwen, waardoor mensen bij haar terugkomen.

Adviseren. Volgens vier van de tien participanten is betrokken zijn bij ouders en ze tips of adviezen geven belangrijk voor normaliseren. Participant 3: *'Op het moment dat je ouders informatie en dus kennis geeft, kunnen ze van daaruit ook kijken van oh, maar dat is ook helemaal niet zo raar. Dus dan kun je ook al een heleboel dingen afstrepen om ook te voorkomen dat alles maar doorgaat naar de jeugdzorg.'* Participant 5 is hier nog iets specifieker in: *'En ook met de uitleg, ja het kind is druk, maar ja dan kan ben je niet gelijk in één keer een ADHD'er.'* Participant 9: *'Maar dan blijf je normaliseren door niet direct te zeggen van oh, ga maar naar de huisarts, nee je mag de basisadviezen geven die je kent, en twijfel je dan kom je gewoon nog een keer weer terug.'*

Bevestigen. Participant 4 denkt dat ouders de meeste behoefte hebben aan het volgende: *'Ik denk bevestiging dat het goed gaat. En de ene ouder heeft dat meer nodig dan de andere. Maar ook wel erkenning dat het soms niet goed gaat. En dat dat dus wel mag, ook als*

het niet goed gaat.' Participant 9 voegt hier nog aan toe dat het belangrijk is dat ouders zich gehoord en gezien voelen.

Toegevoegde waarde GGD verpleegkundigen

Zoals eerder genoemd is preventie een belangrijke taak van jeugdverpleegkundigen. Het is echter ook van belang om te kijken wat voor toegevoegde waarde jeugdverpleegkundigen zelf denken te hebben op het gebied van normaliseren.

Laagdrempelig. Participant 6 zegt het volgende over de laagdrempeligheid van de GGD: *'Dus dat preventieve, laagdrempelige, zicht op normale ontwikkeling, nou ja we hebben het nu over normaliseren, dat vind ik toch wel de pijlers van de JGZ.'* Participant 2 vertelt over de laagdrempeligheid op scholen: *'Daar had ik op elke school een spreekuur elke maand. Waardoor ik heel laagdrempelig was bij ouders, waardoor de IB'er de ouders letterlijk over de drempel gooide bij mij, hé vraag maar even aan [XX]'.*

Kennis normale ontwikkeling. Participanten 9 en 10 vertellen daarnaast dat ze veel kennis hebben van de normale ontwikkeling. Hierdoor weten ze goed wanneer iets normaal of abnormaal is. Dit komt onder andere doordat ze kinderen vanaf de geboorte al zien, waardoor ze weten hoe het met een kind gaat op het gebied van fysieke en mentale gezondheid en de sociale ontwikkeling. Volgens participant 10 kunnen ze ouders hierdoor geruststellen, omdat jeugdverpleegkundigen als professionals goed weten wat normaal is voor het kind.

Totaalbeeld. Volgens participant 10 wordt er niet alleen gekeken naar groei en ontwikkeling, maar ook naar alles eromheen. Daardoor ontstaat er een totaalbeeld. Ze vertelt hier het volgende over: '*Wij proberen een totaalbeeld van een kind en van het gezin te vormen. We kijken dus ook naar het medische en sociale domein. Dus niet alleen naar groei en ontwikkeling, maar alles eromheen. We kijken bijvoorbeeld ook naar hoe een gezin in een buurt zit, of ze gezond zijn, of ze andere zorgen hebben, problemen qua werk, financiën, huisvesting. Op die manier kijken we ook naar een gezin'.*

Visie van GGD-verpleegkundigen: niet eenduidig

De geïnterviewde GGD-verpleegkundigen hebben geen eenduidig beeld van wat nromaliseren nou precies is en inhoudt. Ze gaven vier verschillende definities: het onderscheid maken tussen normaal en niet normaal, uitsluiten van medische problemen, aandacht voorwaarden veilig opgroeien en ouders geruststellen.

Onderscheid normaal – niet normaal.

Vier van de tien participanten benoemen dat normaliseren gaat om wat normaal gedrag is. Zo zegt bijvoorbeeld participant 2 hier het volgende over: *'Dat je het onderscheid kunt maken wat is normaal en wat is niet meer normaal.'* Participant 5 beaamt dit: *'Wanneer is het nog normaal, wanneer is het niet normaal?'* Participant 10: *'Wat is gemiddeld gedrag voor een peuter in die peuterfase, dus je moet beginnen met iets afgebakend en dat goed in je hoofd hebben, wat is normaal.'* Participant 9 heeft hier het volgende over te zeggen: *'Maar dat je ook benadrukt van dit is passend en normaal gedrag voor jouw kindje'.*

Uitsluiten medische problemen.

Participant 9 vindt dat er bij normaliseren uitgesloten wordt dat er iets medisch aan de hand is. Participant 5 vindt dat het filteren van medische dingen voor de huisarts ook bij normaliseren hoort.

Aandacht voorwaarden veilig opgroeien.

Participant 4 zegt het volgende over normaliseren: *'Zijn de voorwaarden aanwezig dat dat kind gezond, veilig gelukkig groot kan worden gebracht, hebben de ouders voldoende tools om dat ook voor elkaar te boksen binnen hun eigen normen en waarden.'* Ook vertelt deze participant dat er wel grenzen aan zitten, want mishandeling op psychisch of fysiek niveau moet gewoon niet. Daar kun je volgens haar geen eigen invulling aan geven. Participant 8 sluit hierbij aan en vertelt dat wanneer er risico voor het kind is, ze dit met ouders moet durven bespreken, aangezien de veiligheid van het kind voorop staat. Ook zegt zij het volgende: *'Maar je ziet wel heel veel in een huisbezoek, en dan is het belangrijk dat het ook goed gaat met de ouders, daar hebben we zeer zeker interesse in. En komt dan ook weer ten goede van een kind.'* Participant 1 vindt dat ouders degenen zijn die de omgeving voor hun kind moeten creëren. Ook vindt zij het belangrijk om te zien hoe ouders zelf zijn, wat voor ritme en regelmaat er in het gezin is en welke regels er gelden.

Ouders geruststellen.

Zorgen wegnemen bij ouders, ouders geruststellen, het gesprek aangaan met ouders en uitleggen aan ouders worden genoemd als belangrijke factoren met betrekking tot normaliseren. Participant 5 zegt het volgende: *'Ouders geruststellen. Wat er allemaal wel nog mag en kan. En handvatten geven.'* Wel geeft ze aan dat ouders hier verschillend over denken. Sommige ouders vinden het volgens haar fijn dat ze belt en meedenkt, andere ouders houden dit soms af.

Ervaringen van GGD-verpleegkundigen

Over het algemeen hebben de GGD-verpleegkundigen verschillende ervaringen met betrekking tot normaliseren. Deze ervaringen zijn onder te verdelen in twee hoofdthema's, namelijk belemmerende factoren en helpende factoren. De belemmerende factoren zijn onder te verdelen in vier subthema's: ouders zoeken verklaring voor gedrag, maatschappij en sociale media, onzichtbaarheid en haperende samenwerking. De helpende factoren zijn ook onder te verdelen in vier subthema's: kennis, ervaring, korte lijnen en zichtbaarheid.

Belemmerende factoren m.b.t. normaliseren

Ouders zoeken verklaring voor gedrag. Vier van de tien participanten benoemen dat sommige ouders denken dat er iets met hun kind aan de hand moet zijn wanneer er sprake is van problematisch gedrag. Participant 1: *'Kijk het is voor ouders dan misschien fijn om die bevestiging te hebben, van kijk het ligt niet alleen aan mij, want er zit ook iets in het kind'*. Participant 4: *'Het mag nooit een falen zijn van zichzelf, of het falen van het kind, dus moet er een diagnose zijn. Als het ons niet lukt, nou dan moet er iets met mijn kind aan de hand zijn, dat kan niet anders.'* Ook vertelt zij dat er ouders zijn die niets willen weten van ondersteuning en direct naar een verwijzing vragen. Participant 5 vertelt het volgende: *'Ouders zeggen ook, de ene wel en de andere niet, ja er is wat met mijn kind. Het ligt niet bij mij maar het ligt bij mijn kind.'* Ze vertelt dat ouders het probleem soms buiten zichzelf neerleggen. Participant 6 sluit zich hierbij aan: *'En ik merkte wel dat ouders het dan prettig zouden vinden als het echt iets was of zo. Dat verklaarde dan het gedrag en dan ligt het niet meer aan hun.'* Participant 10 laat het volgende weten: *'Maar er zijn ook ouders die vinden dat al te veel en die schieten in de stress en die worden onzeker. Die weten niet wat er aan de hand is en die denken van alles wat er aan de hand kan zijn.'*

Maatschappij en sociale media. Er worden zorgen geuit door de participanten over de veeleisende maatschappij. Participant 3 zegt bijvoorbeeld: *'En we leven natuurlijk in een samenleving die ongelooflijk hoog tempo heeft. Van alles moet. En ik denk ook dat er toch steeds meer mensen zijn die zeggen: ik kan het niet bijbenen.'* Ook spreekt deze participant haar zorgen uit over de coronacrisis: *'Ik denk dat we nu door het hele Covid op onze plek gezet worden. Dat onze samenleving helemaal niet zo maakbaar is als dat we denken'*. Participant 10 benoemt zowel sociale media als de maatschappij: *'Je hebt heel veel risico's in de tienerleeftijd qua sociale media, alcohol en drugs. Maar als ik het over mijn leeftijdsgroep heb, zie je bijvoorbeeld heel veel overgewicht. Dat is ook wel een beetje een maatschappelijk probleem, dus heel veel hangt ook wel van de tijd af.'*

Drie participanten benoemen de invloed van internet en sociale media. Participant 2 en participant 7 vertellen bijvoorbeeld dat je alleen de leuke verhalen op Facebook en Instagram ziet. Participant 5 benoemt dat ouders ook veel informatie van het internet halen: *'Maar daar komen ouders wel mee, ja ik heb gegoogeld en het lijkt ook wel wat op autisme.'* Participant 3 deelt een vergelijkbare ervaring: *'Ouders nemen het ook minder makkelijk aan. Bij wijze van spreken bellen ze ons op en zeggen ze dat ze op internet hebben gekeken, en dan kijken ze of wat ik vertel of dat wel hetzelfde is. Ja, en daar moeten we het natuurlijk ook mee doen.'*

De maatschappij en de invloed van sociale media worden als belangrijkste redenen voor de toename van de jeugdhulp gezien. Drie van de tien participanten benoemen dat ze het idee hebben dat scheidingen van ouders een belangrijke factor zijn. Participant 3 zegt hier het volgende over: *'Kijk als je bedenkt dat 1 op de 3 huwelijken strandt, dan weet je ook dat er heel veel kinderen een verlieservaring al heel jong in de rugzak krijgen.'* Participant 7 heeft het idee dat sociale media veel invloed kunnen hebben op jongeren: *'Op het moment dat je daar net buiten valt, is dat voor jongeren best lastig. Want dan denken ze oh, ik ben niet zo. Jongeren zijn ook best hard naar elkaar.'* Daarnaast benoemt zij dat er voor haar gevoel vroeger meer medicatie (methylfenidaat of ritalin) werd geslikt dan nu. Participant 6 heeft echter het idee dat mensen tegenwoordig vaker een dokter, een arts en medicijnen willen. Zij geeft het volgende voorbeeld: *'heeft u een tabletje zodat mijn kind weer gaat eten'*. Participant 9 denkt dat de maatschappij een oorzaak voor de toename van jeugdhulp zou kunnen zijn: *'Misschien ook wel door onze steeds drukker wordende maatschappij. Ingewikkelder, ouders die allebei werken, die ontzettend veel ballen in de lucht hebben te houden, en dat is immens. Soms hebben ze mantelzorg voor hun eigen ouders, of familie, de hectiek. En dan voldoende ontspanning en tijd kunnen vinden om niks te doen.'* Ook vraagt ze zich vaak af of ze nu meer problemen in de ontwikkeling van kinderen signaleert dan voorheen. Participant 5 heeft het idee dat de toename van jeugdhulp door medicalisering komt. Ze vertelt hierbij dat we nu meer diagnosticeren dan vroeger, omdat we nu kinderen kunnen diagnosticeren en dit vroeger niet gedaan werd.

Onzichtbaarheid. Vijf van de tien participanten vinden dat ze te onzichtbaar zijn voor bijvoorbeeld ouders en scholen. Het missen van het spreekuur en het ontbreken van extra contactmomenten worden hiervoor als oorzaak genoemd. Zo laat participant 5 weten: *'In het begin weten ze ons wel te vinden. Of na het vierde jaar of na de school periode dan raken wij wat uit beeld. Wij zien de ouders als het kind 5, 5,5 is en dan met 10 pas weer. Dus dat gat, waarin de meeste diagnoses denk ik plaatsvinden, dat is een groot gat.'* Aanvullend hierop vertelt participant 4 het volgende: *'Die 5,5 jaar dat hadden ze nooit op 5,5 moeten zetten. Die hadden ze op 6 moeten zetten of 6,5 of zo, ik weet het ook niet precies. Maar bijvoorbeeld*

dyslexie komt altijd omhoog als kinderen een beetje gaan lezen. Dat is 7, 8 dat dat een beetje gaat komen, als kinderen echt achter gaan lopen en je hebt een kind dat heel druk is. Ja dan moet je gaan kijken is dit een heel druk kind, of is dit een kind dat niet kan lezen. Wat zit hier dan achter?' Beide participanten beamen dus dat ze niet zichtbaar genoeg zijn in cruciale perioden van kinderen. Daarnaast vertelt participant 5 dat het sociaal wijkteam wel spreekuren op scholen heeft en dat zij hierdoor continue in beeld zijn. Scholen stappen volgens haar dan makkelijker naar een wijkteam toe. Ze geeft ook aan gehoord te hebben dat de scholen de GGD wel missen.

Haperende samenwerking. Jeugdverpleegkundigen werken met veel verschillende partijen samen. Hierbij kan er gedacht worden aan intern begeleiders (IB'ers), jeugdartsen, wijkteams, schooldirecteurs en ouders. Sommige participanten hebben hier negatieve ervaringen mee. Participant 4 schetst het volgende: *'En de samenwerking tussen het sociaal wijkteam en de JGZ, ja dat is natuurlijk een beetje verdrietig hoe slecht dat loopt. Dat loopt niet. En hetzelfde geldt voor de jeugd ggz.'* Deze participant vertelt daarnaast dat ze denkt dat juist bij kinderen samenwerking de basis is. Ook zegt ze het volgende: *'Er zijn gewoon dingen waarvan ik denk, ja ik snap niet goed hoe het werkt en dat zit hem vaak in samenwerking. Toch weinig vertrouwen in de organisaties onderling. En dan denk ik je hebt toch hetzelfde doel? We willen de jeugd binnen [XX] of binnen [XX] veilig en gezond en alstublieft een beetje gelukkig groot laten worden.'* Participant 3: *'Plus wat je ook vaak ziet is bijvoorbeeld; stel dat bijvoorbeeld het sociale wijkteam betrokken is. Nou die lopen een tijdje op met dat gezin, die sluiten het af. En dan komt het kind op de middelbare school. Soms staat er nauwelijks iets van in het dossier. En dat is zonde, want dan heb je die doorlopende lijn niet. Daar is nog wel veel winst te behalen denk ik.'*

De samenwerking van de jeugdverpleegkundigen met scholen loopt erg uiteen. Scholen zijn belangrijk om een totaalbeeld van een kind te kunnen vormen. Op deze manier kan er gekeken worden of bepaalde gedragingen van kinderen contextafhankelijk zijn of niet. Participant 1 zegt hier het volgende over: *'Scholen zijn een heel groot signaleringsinstrument voor ons, want scholen maken elke dag die kinderen mee. Juist met de triangel kan je de vragen waar ouders mee zitten ook veel beter in perspectief plaatsen, want je hoort dan ook van scholen hoe het kind op school is. Zien ze dezelfde problemen of blijkt de schoolse structuur gewoon heel goed te werken.'* Het is dus van belang dat deze samenwerking goed verloopt. Een goede samenwerking met scholen is echter niet vanzelfsprekend. Sommige participanten ervaren de samenwerking met scholen als negatief. Participant 2 vertelt dat sommige scholen soms al een diagnose klaar hebben liggen en dat het wijkteam hier soms in meegaat, waardoor er al heel

gestuurd verwezen wordt. Ook heeft ze het idee dat scholen vaak een snelle oplossing willen. Participant 1 ervaart dat er sprake is van heel weinig samenwerking met scholen in vergelijking tot het andere team waar ze bij zat. Participant 5 zegt het volgende: *'Ja liefde moet van twee kanten komen, wij doen ons best wel om ons op scholen te profileren, maar die scholen moeten er ook wat in willen.'* Participant 4 vertelt dat ze uiteindelijk een hele fijne samenwerking had opgezet met twee van de drie scholen, maar dat dit haar wel vier jaar had gekost.

Helpende factoren m.b.t. normaliseren

Kennis. Zes van de tien participanten vinden kennis een belangrijke factor voor normaliseren. Volgens hen is het hierbij van belang dat medewerkers zelf over voldoende kennis beschikken om te weten hoe de normale ontwikkeling van een kind eruit ziet. Zo vertelt participant 9: *'Kennis is hier gewoon wel van belang, je moet gewoon kunnen onderscheiden van wanneer is het fout en wanneer niet.'* Participant 3 vindt iets vergelijkbaars: *'Meer kennis kan er in ieder geval toe leiden dat je anders handelt en dat je zelf ook andere inzichten hebt.'* Participant 1 benoemt ook dat het belangrijk is om ouders uit te leggen dat bepaald gedrag bij een fase van een kind kan horen en dat dit normaal is. Ook blijkt kennis van de situatie waarin een kind zich bevindt belangrijk. De GGD doet aan dossieropbouw, waardoor veel informatie over het kind al in het dossier staat. Participant 4 zegt hier het volgende over: *'Maar in ieder geval bestaat er een dossieropbouw en dan heb je een hoop achtergrond en informatie al, die kennis die heb je gewoon in je dossier staan.'* Participant 10 zegt het volgende: *'Wat er belangrijk is, is dat wij kinderen vanaf het allereerste begin tot achttien jaar volgen, en dat we eigenlijk op de achtergrond altijd aanwezig zijn. En dat we ook een digitaal dossier hebben waarin alles heel mooi omschreven wordt, dus we kunnen altijd terugkijken.'*

Ervaring. Het hebben van ervaring wordt ook als helpende factor voor normaliseren gezien. Participant 6 geeft bijvoorbeeld aan dat ze veel zicht heeft op de normale ontwikkeling, omdat ze al veel ervaring heeft op het gebied van reguliere jeugdzorg. Participant 8 zegt hier het volgende over: *'Ja, maar normaliseren kun je eigenlijk alleen maar doen als je kennis en ervaring hebt denk ik.'* Participant 3: *'Ja en ik denk ook wel dat ervaring een rol speelt, en tegelijkertijd is het toch de kunst om je in ieder geval bewust te zijn van wat de impact daar van is.'* Participant 10 zegt hier het volgende over: *'Op een gegeven moment krijg je steeds meer gevoel er ook bij, en dat is niet zo goed meetbaar. Maar je krijgt bijvoorbeeld steeds meer gevoel in de interactie, of hoe ouders reageren en we kunnen het niet eens zo goed hard maken. Nee. Het is gewoon wat je merkt, wat je voelt of wat je ziet.'* Tevens geeft ze aan veel scholingen gehad te hebben en vertelt ze veel ervaring te hebben. Participant 2 vertelt het volgende over

haar ervaring: *'Als ik dan een dag had gehad en dan zei dat er geen bijzonderheden waren, dan zeiden mijn collega's, oh niet gesignaleerd. Maar dat had ik natuurlijk niet door. En op een gegeven moment had ik door dat ik dat gewoon gemist had, maar dat komt doordat je heel veel kinderen ziet. En dan zie je dus niet dit is normaal en dit niet. Dat is dus meters maken en door mijn eigen kinderen heb ik ook wel geleerd om me beter in te leven in de ouder.'*

Korte lijnen met ouders, scholen en jeugdartsen. Participant 5 vertelt dat het hebben van korte lijnen met ouders een belangrijke taak is van de GGD. Dit is volgens haar vooral belangrijk op latere leeftijd, aangezien ouders de GGD dan weten te vinden. Ze geeft aan dat dit vooral om de periode tussen de vijfeneenhalf en tien jaar gaat. Participant 4 vult hierbij aan dat de GGD al bekend is voor ouders, aangezien hun kinderen al vanaf jongs af aan bij ze komen. Participant 6 vertelt dat korte lijnen met ouders volgens haar voor preventie zorgt.

Korte lijnen met scholen lijken daarnaast ook belangrijk te zijn. Participant 6: *'Ik merkte wel tijdens de jaren regulier dat scholen het als heel erg prettig hebben ervaren dat er één vaste contactpersoon was. En dat ik daar op school inloopspreekuren had, dat ik mijn vaste overleggen had en dat ik hele korte lijnen met de leerkrachten en daarmee eigenlijk ook met de ouders had, dus ik heb snel de ouders om de tafel met een leerkracht erbij.'*

Ook wordt een goede samenwerking met de jeugdarts als belangrijk gezien. Jeugdartsen zijn van belang wanneer doorverwijzing nodig is. Zeven van de tien participanten benoemen de samenwerking met de jeugdarts. Vijf van deze zeven participanten vertellen dat ze overleggen met een jeugdarts wanneer ze denken dat er meer aan de hand is bij een kind. Participant 2 vertelt bijvoorbeeld dat ze denkt dat het goed is dat de jeugdarts meekijkt en dat ze de jeugdarts ook nog vaak inschakelt.

Zichtbaarheid. Drie van de tien participanten vinden het spreekuur op scholen een belangrijke factor voor zichtbaarheid. Participant 2 vertelt dat het spreekuur op scholen volgens haar de oplossing is om meer zichtbaar te kunnen zijn. Dit kan volgens haar helpend zijn om de jeugdhulp terug te dringen. Participant 4 zou het een hele goede ontwikkeling vinden als jeugdverpleegkundigen meer zichtbaar zouden kunnen zijn op scholen. Participant 10 zegt iets vergelijkbaars: *'Ik denk dat het heel erg belangrijk is dat we in het begin van die basisschoolperiode een extra contactmoment hebben. Dat we dat niet met vijf en een half hebben en dan pas met elf, want we zijn preventief, we zijn signalerend, en dat willen we ook. Dat zijn we ook wel, maar op deze manier als we de kinderen niet zien en ook nog zo weinig op de scholen komen, hoe kunnen we dan in vredesnaam signaleren. Dus ik zou heel graag een extra contactmoment in groep drie of zoiets willen hebben. Drie of vier.*'

Conclusie en discussie

Conclusie

Het doel van dit onderzoek was zicht krijgen op de visies en ervaringen van GGD-verpleegkundigen ten aanzien van het normaliseren van emotionele – en gedragsproblemen bij jongeren. Uit kwalitatieve interviews met tien GGD jeugdverpleegkundigen bleek dat ze een verschillende visie hebben op wat normaliseren nou precies behelst. Wel vinden ze het normaliseren van emotionele en gedragsproblemen bij jongeren een belangrijke taak van de GGD en hun eigen professie van toegevoegde waarde hierbij. Jeugdverpleegkundigen zijn namelijk goed in de volgende punten: de gehele situatie in kaart brengen, het opbouwen van een vertrouwensband en het adviseren van ouders. Daarnaast zijn ze laagdrempelig, hebben ze veel kennis van de normale ontwikkeling en kijken ze naar het totaalbeeld. Als helpend bij het normaliseren noemen de participanten kennis, ervaring, korte lijnen met ouders, scholen en jeugdartsen, en zichtbaarheid. Niet helpend zijn ouders die een verklaring zoeken voor gedrag, de veeleisende maatschappij en sociale media, onzichtbaarheid, en een haperende samenwerking met het sociaal wijkteam, de JGZ en scholen.

Discussie

Van de verschillende definities die de jeugdverpleegkundigen geven van normaliseren, komt ‘ouders geruststellen’ het meest overeen met wat de Gezondheidsraad (2014) onder normaliseren verstaat: gedrag wat als afwijkend gezien wordt weer als normaal beschouwen. Volgens jeugdverpleegkundigen kunnen zij goed aan ouders uitleggen dat afwijkend gedrag van hun kind bij de ontwikkeling kan horen. Dit is in overeenstemming met het onderzoek van Van der Horst (2018), waarin geconcludeerd wordt dat de mogelijkheid bestaat dat problemen na een bepaalde periode vanzelf overgaan. Volgens Traeger et al. (2015) zijn ouders wanneer ze adequaat gerustgesteld worden minder snel geneigd om (specialistische) hulp te zoeken. Jeugdverpleegkundigen kunnen de ouders opvoedadviezen geven, zodat zij de juiste handvatten krijgen om verder te kunnen. Jeugdverpleegkundigen leggen hierbij de focus op wat wel goed gaat bij het kind. Daarnaast kan het geruststellen van ouders ertoe leiden dat ouders weer meer zelfvertrouwen krijgen in het opvoeden van hun kind(eren), wanneer de opvoedadviezen van de jeugdverpleegkundige helpend blijken te zijn (Van Acker, 2015).

Andere definities die de respondenten geven van normaliseren zijn het verschil tussen normaal en niet meer normaal bepalen en doorverwijzen wanneer iets niet normaal is, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van een medisch probleem. Het is dan van belang om de

jeugdarts in te schakelen (Gezondheidsraad, 2014). Hier lijkt het kortom niet zozeer te gaan om de vraag wat normaliseren is, maar over het (kunnen) bepalen waar de grens ligt.

Een laatste definitie die de participanten geven aan normaliseren is aandacht hebben voor de voorwaarden om een kind veilig op te kunnen laten groeien. Veiligheid en een stabiel gezinsklimaat kunnen beschermende factoren zijn van gedrags- en emotionele problemen (Hassink-Franke, Oud, & Beeres, 2015; Vanderbilt-Adriance et al., 2015). Dit is belangrijk, maar lijkt meer een voorwaarde voor gezond opgroeien dan, zoals in de definitie van normaliseren van de Gezondheidsraad (2014), gedrag wat als afwijkend gezien wordt weer als normaal beschouwen. Wanneer een kind in een veilige omgeving opgroeit, is de kans groter dat het kind geen gedrags- of emotionele problemen zal ontwikkelen op latere leeftijd. Hiermee kan voorkomen worden dat een kind (op latere leeftijd) een behandeling behoeft (Conroy et al., 2018). Preventie en positieve gezondheid zijn hierbij belangrijke factoren volgens van Meerten, Dierx en de Bot (2020). Onderzoek van Hoenselaar, Jansen-Kamerik en Staal (2020) bevestigt het belang van preventie, aangezien volgens hen het risico bestaat dat jeugdigen niet optimaal gezond en veilig kunnen opgroeien wanneer zij geen preventieve zorg ontvangen waar dit wel nodig is. Bij positieve gezondheid wordt in plaats van de ziekte de mens centraal gesteld. Door meer in te zetten op de sterke aspecten van een individu en minder te kijken naar de beperkingen, wordt er niet zo vanuit het medische perspectief gekeken. Hierdoor gaat het niet meer om ziektebeelden en zal er minder snel een psychiatrische classificatie nodig zijn (Huber, Jung, & Van den Brekel-Dijkstra, 2021).

Het opbouwen van vertrouwen bij ouders is volgens de jeugdverpleegkundigen een belangrijke basis voor normaliseren. Het hebben van een vertrouwensband kan er namelijk aan bijdragen dat ouders gemakkelijker om hulp vragen wanneer zij moeilijkheden ervaren. Onderzoek van Bannink et al. (2015) bevestigt dat er vertrouwen in een professional nodig is om moeilijkheden te durven delen. Dit kan weer bijdragen aan preventie, aangezien problemen dan niet verergeren doordat er tijdig ondersteuning geboden wordt (Gezondheidsraad, 2014). Volgens van Acker (2015) kan er op deze manier onnodige specialistische hulp vermeden worden.

Kennis en ervaring worden door de jeugdverpleegkundigen als helpende factoren voor normaliseren gezien. Kennis van de normale ontwikkeling is van belang om uit te kunnen sluiten dat er bijvoorbeeld sprake is van een gedragsstoornis. Het hebben van ervaring door veel meters te maken wordt ook belangrijk geacht om goed te kunnen normaliseren. Uit onderzoek van Theunissen, De Wolff, Vogels en Reijneveld (2014) blijkt bijvoorbeeld dat er een verschil is in het percentage van gesignaleerde psychosociale problemen bij jeugdigen door

medewerkers van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) en dat een deel van de verschillen in het signaleren van deze problemen werd verklaard door werkervaring. Jeugdverpleegkundigen die meer kennis en ervaring hebben, kunnen beter onderscheid maken tussen (probleem)gedrag wat genormaliseerd kan worden en (probleem)gedrag wat verdere hulpverlening behoeft.

Korte lijnen in de samenwerking kunnen ervoor zorgen dat een kind of jeugdige met problemen eerder bij het juiste station terecht komt. Kinderen of jeugdigen met afwijkend gedrag kunnen besproken worden bij de jeugdarts, die vervolgens kan beslissen of er doorverwijzing nodig is (Van Hoeck & Devriendt, 2020). Volgens de jeugdverpleegkundigen is een korte lijn met de jeugdarts hierbij van belang. Scholen hebben volgens de jeugdverpleegkundigen een belangrijke signalerende functie met betrekking tot probleemgedrag van kinderen en jeugdigen. Scholen helpen de jeugdverpleegkundigen om een totaalbeeld van de ontwikkeling van het kind te kunnen schetsen. Op deze manier kan de jeugdverpleegkundige in kaart brengen of het probleemgedrag van het kind of de jeugdige contextafhankelijk is. Volgens Blokstra, Pieter, Opten en Bemelmans (2017) blijkt een goede samenwerking met scholen in de praktijk echter niet altijd vanzelfsprekend te zijn, wat bevestigd wordt door de jeugdverpleegkundigen in dit onderzoek. Het hebben van korte lijnen met ouders wordt ook belangrijk gevonden door de jeugdverpleegkundigen. Volgens Schout (2015) is het van belang dat hulpverleners naast in plaats van boven de ouders staan, zodat er een gezamenlijk plan opgesteld kan worden. Ouders zijn namelijk degenen die het meeste weten van hun eigen kind (Van Hoeck & Devriendt, 2020). Daarnaast zorgen korte lijnen met ouders ervoor dat zij weten waar ze terecht kunnen wanneer hun kind(eren) gedrags- of emotionele problemen hebben. In combinatie met het opbouwen van een vertrouwensband is de kans hierdoor groter dat ouders sneller hulp inschakelen, waardoor problemen eerder gesignaleerd kunnen worden.

Eén van de belemmerende factoren die de geïnterviewde verpleegkundigen in dit onderzoek noemen, is dat ouders een verklaring zoeken voor het gedrag van hun kind en daarom graag een diagnostisch label willen. Pameijer en van Beukering (2014) beamen dat sommige ouders op zoek gaan naar gedragskenmerken die bevestigend zijn voor een psychiatrisch beeld. Ouders kunnen het gevoel hebben dat het probleem niet aan de omgeving ligt, maar aan het kind zelf. Het internet en het onderwijs zouden hieraan kunnen bijdragen. Leerkrachten en mentoren kunnen signalen van gedragsproblemen met de ouders van deze leerling bespreken, wat mogelijk weer bijdraagt aan het beeld wat ouders al van hun kind hebben. Daarnaast kunnen ouders argumenten op het internet vinden om hun kind op een bepaalde gedragsstoornis te laten

testen. Het internet wordt door een aantal jeugdverpleegkundigen van dit onderzoek om deze reden als belemmerende factor gezien.

Een andere belemmerende factor die uit dit onderzoek naar voren komt is de invloed van de veeleisende maatschappij. In combinatie met sociale media wordt deze factor door de participanten als belangrijkste redenen gezien voor de toename van de jeugdhulp. Maatschappelijke problemen hangen volgens een participant van de tijd af waarin we leven, wat in overeenstemming is met het artikel van Kolthof et al. (2017). Volgens hen is het maar net hoe er vanuit de maatschappij tegen een probleem wordt aangekeken. Ook wordt medicalisering door de participanten als reden genoemd voor de toename van de jeugdhulp. Volgens een jeugdverpleegkundige uit dit onderzoek wordt er tegenwoordig meer gediagnosticeerd dan vroeger. Mogelijk ligt de focus tegenwoordig nog steeds op het medische perspectief en worden (psychische) problemen nog vaak als iets medisch beschouwd in de samenleving (Friele et al., 2018). Van der Horst (2018) vraagt zich ook af of er daadwerkelijk een toename is van het aantal psychische klachten of dat we het als maatschappij minder acceptabel vinden als er iets van de norm afwijkt. Het is dus maar de vraag of demedicaliseren en normaliseren dominant zijn in de huidige maatschappij, of dat toch het medische perspectief nog altijd op de voorgrond staat.

Uit de artikelen van Bröcking (2017) en Bröcking en Vlaardingerbroek (2019) blijkt dat de samenwerking tussen wijkteams, gemeenten en professionals nog steeds moeizaam verloopt. Participanten uit het huidige onderzoek bevestigen dat de samenwerking tussen het sociaal wijkteam en de JGZ slecht verloopt. Dit kan ervoor zorgen dat jongeren niet tijdig de juiste hulp krijgen, waardoor problematiek weer kan verergeren.

Beperkingen van het onderzoek

Er zijn een aantal beperkingen van dit onderzoek te benoemen. Ten eerste moeten uitspraken van dit onderzoek met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden, aangezien er sprake was van een kleine steekproef uit één organisatie in Nederland. Resultaten zijn hierdoor niet te generaliseren naar de gehele populatie. Er kan door middel van dit onderzoek wel iets gezegd worden over de huidige steekproef. Ten tweede zijn de participanten geworven via de GGD IJsselland, waardoor de resultaten bij andere GGD's wellicht anders kunnen zijn. In de regio IJsselland ligt een sterke focus op normaliseren (*Projecten*, 2021). Misschien zijn GGD's in andere regio's minder gefocust op normaliseren en zeggen de huidige resultaten weinig of niets over de GGD's in het algemeen. Ten derde kan er sprake zijn van selectiebias, aangezien er mogelijk slechts jeugdverpleegkundigen op de oproep gereageerd hebben die sowieso al veel

bezig zijn met normaliseren in hun werk. Wellicht hadden jeugdverpleegkundigen die minder met normaliseren bezig zijn in hun werk geen interesse in het onderzoek.

Sterke punten van het onderzoek

Naast beperkingen van het onderzoek zijn er ook sterke punten van het onderzoek te benoemen. Ten eerste is er tijdens de interviews veel de diepte ingegaan. Door het inzetten van semigestructureerde interviews wordt er voldoende ruimte geboden voor de participant om relevante en belangrijke punten te bespreken. Ook bestaat de mogelijkheid dat de interviewers door kunnen vragen op een bepaald onderwerp. Hierdoor is er meer informatie verkregen dan wanneer er bijvoorbeeld een volledig gestructureerd interview of een enquête afgenomen zou zijn. Dit zou ertoe kunnen leiden dat er nieuwe kennis en inzichten verkregen zijn om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. Ten tweede is er sprake van onderzoekstriangulatie, aangezien beide onderzoekers dezelfde hoofd- en subvragen hadden en daardoor dezelfde data-analyse hebben uitgevoerd. Dit heeft er waarschijnlijk voor gezorgd dat de geldigheid en betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten verhoogd zijn (Scheepers, Tobi, & Boeije, 2016; Verhoeven, 2020). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid bleek na het coderen k=0.78 te zijn. Volgens Lombard, Snyder-Duch en Bracken (2002) is dit een substantiële mate van overeenstemming. Ten derde zijn beide onderzoekers intensief met de data bezig geweest, door het codeerproces steeds opnieuw te herhalen. Volgens Braun en Clarke (2021) getuigt dit van een goed codeerproces waarbij het niveau van complexiteit hoog is. Tijdens het codeerproces is verzadiging opgetreden, waardoor er geen belangrijke informatie mist tijdens de analyse. De gevonden thema's uit de analyse dekken de lading van het onderzoek, waardoor er een zo volledig mogelijk antwoord gegeven kon worden op de onderzoeksvragen (Verhoeven, 2020).

Aanbevelingen voor onderzoek en praktijk

Er is nog maar weinig onderzoek gedaan naar normaliseren in de jeugdhulp en de toepassing hiervan. Normaliseren is sinds de invoering van de Jeugdwet een steeds belangrijker onderdeel geworden van de jeugdhulp. Door middel van dit onderzoek is er meer inzicht verkregen in de visies en ervaringen van jeugdverpleegkundigen ten aanzien van normaliseren. Daarnaast is er in dit onderzoek informatie verzameld over de werkwijze van de GGD en hoe normaliseren binnen de GGD gefaciliteerd wordt. Op basis van dit onderzoek zou vervolgonderzoek zich kunnen richten op GGD's binnen heel Nederland of op andere organisaties en instellingen. Het is hierbij belangrijk om inzicht te krijgen in de definitie van normaliseren, aangezien uit het huidige onderzoek is gebleken dat er (nog) geen eenduidig beeld over deze definitie bestaat.

Ook zou vervolgonderzoek zich kunnen richten op het interviewen van ouders en/of leerkrachten van jongeren met gedrags- of emotionele problemen, om een beter inzicht te krijgen in hun belevingswereld en hoe zij tegen normaliseren aankijken. Hierdoor kan er onderzocht worden of de helpende- en belemmerende factoren die vanuit dit onderzoek naar voren zijn gekomen ook als helpend of belemmerend worden gezien door ouders en/of leerkrachten. Het is nog maar de vraag in hoeverre normaliseren daadwerkelijk wordt toegepast in het werk van de jeugdverpleegkundigen. Er zijn bijvoorbeeld geen cijfers bekend over hoeveel procent van de problematiek van jeugdigen genormaliseerd wordt en hoeveel procent toch wordt doorverwezen. Het is van belang om hier meer onderzoek naar te doen, zodat het effect van normaliseren in de jeugdhulp duidelijk(er) wordt.

Een eerste aanbeveling voor de praktijk is om de spreekuren op scholen weer terug te laten komen. Op deze manier is de kans groter dat alle kinderen en jeugdigen in beeld zijn bij de GGD, waardoor er meer preventief gewerkt kan worden. Meer preventie zorgt er weer voor dat milde problematiek niet verergert, waardoor er uiteindelijk minder specialistische hulp nodig is. Een ander voordeel van het terugbrengen van de spreekuren is dat er makkelijker overleg kan plaatsvinden tussen de jeugdverpleegkundigen, leerkrachten en intern begeleiders (IB’ers), wat bijdraagt aan een betere samenwerking (Hoenselaar, Jansen-Kamerik, & Staal, 2020). Hieruit volgt een tweede aanbeveling voor de praktijk, namelijk om de samenwerking tussen betrokken partijen te versterken. Een goede samenwerking zorgt ervoor dat kinderen en jeugdigen tijdig de juiste hulp ontvangen. Een derde aanbeveling voor de praktijk is het aanbieden van (verplichte) trainingen of cursussen door de GGD met betrekking op normaliseren. Het is namelijk van belang dat jeugdverpleegkundigen normaliseren in hun werk op dezelfde manier kunnen uitoefenen.

Literatuurlijst

Bannink, R., Broeren, S., Heydelberg, J., Van ’t Klooster, E., Van Baar, C., & Raat, H. (2015). Proces- en effectevaluatie van een extra contactmoment in het mbo (Your Health) om de gezondheid en het gedrag van adolescenten te bevorderen. *JGZ Tijdschrift voor jeugdgezondheidszorg*, *47*(2), 29–35. https://doi.org/10.1007/s12452-015-0009-7

Bastian, B., Kuppens, P., Hornsey, M. J., Park, J., Koval, P., & Uchida, Y. (2012). Feeling bad about being sad: The role of social expectancies in amplifying negative mood. *Emotion*, *12*(1), 69–80. https://doi.org/10.1037/a0024755

Blokstra, A., Pieter, R., Opten, R., & Bemelmans, W. (2017). Samenwerking tussen JGZ en het voortgezet onderwijs: tips en trucs uit de praktijk. *JGZ Tijdschrift voor jeugdgezondheidszorg*, *49*(3), 40–44. https://doi.org/10.1007/s12452-017-0101-2

Bröcking, B. C. (2017). Evaluatie van de Jeugdwet. *Jeugdbeleid*, *11*(4), 203–211. https://doi.org/10.1007/s12451-017-0157-7

Bröcking, B., & Vlaardingerbroek, P. (2019). Greep op de jeugdhulp: handreikingen voor gemeentelijke regievoering. *Jeugdbeleid*, *13*(2), 107–119. https://doi.org/10.1007/s12451-019-00201-2

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Braun, V., & Clarke, V. (2021). Conceptual and design thinking for thematic analysis. *Qualitative Psychology*. Advance online publication. https://doi.org/10.1037/qup0000196

Bucx, F., De Groot, J., Hageraats, R., & Pehlivan, T. (2018). Eerste Evaluatie van de Jeugdwet: transformatie in zicht? *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, *96*(8), 342–347. https://doi.org/10.1007/s12508-018-0205-3

Clark, J. (2014). Medicalization of global health 1: has the global health agenda become too medicalized? *Global Health Action*, *7*(1), 23998. https://doi.org/10.3402/gha.v7.23998

Conrad, P. (1975). The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior. *Social Problems*, *23*(1), 12–21. https://doi.org/10.2307/799624

Conroy, M. A., Sutherland, K. S., Algina, J., Werch, B., & Ladwig, C. (2018). Prevention and Treatment of Problem Behaviors in Young Children: Clinical Implications From a Randomized Controlled Trial of BEST in CLASS. *AERA Open*, *4*(1), 1–16. https://doi.org/10.1177/2332858417750376

Flick, U. (2014). *An Introduction to Qualitatieve Research.* London: SAGE Publications Ltd.

Friele, R. D., Bruning, M. R., Bastiaanssen, I. L. W., de Boer, R., Bucx, A. J. E. H., de Groot, J. F., Pehlivan, T., Rutjes, L., Sondeijker, F., van Yperen, T. A., & Hageraats, R. (2018). *Eerste evaluatie Jeugdwet: Na de transitie nu de transformatie*. ZonMw.

Gezondheidsraad (2014). *ADHD: medicatie en maatschappij*. Geraadpleegd van http://www.pseudowetenschap.nl/Gezondheidsraad%20-%20adhd_medicatie_en_maatschappij_201419.pdf

Ghandour, R. M., Sherman, L. J., Vladutiu, C. J., Ali, M. M., Lynch, S. E., Bitsko, R. H., & Blumberg, S. J. (2019). Prevalence and Treatment of Depression, Anxiety, and Conduct Problems in US Children. *The Journal of Pediatrics*, *206*, 256–267.e3. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.09.021

Halfmann, D. (2011). Recognizing medicalization and demedicalization: Discourses, practices, and identities. *Health*, *16*(2), 186–207. https://doi.org/10.1177/1363459311403947

Hassink-Franke, L., Oud, M. & Beeres, M. (2015). Gedragsproblemen bij jonge kinderen. *Huisarts Wet* 58, 378–381. https://doi.org/10.1007/s12445-015-0199-x

Hilderink, A., Niessen, I., de Nooijer, A., van Schoubroeck, C., Schoonenberg, D., Lustermans, G., van Helmond, C., Groen, L., Hemmelder, V., van den Broek, T., & Jansen, R.

(2020). *Stelsel in groei. Een onderzoek naar financiële tekorten in de jeugdzorg*. Utrecht: AEF.

Hoenselaar, D., Jansen-Kamerik, A., & Staal, I. I. E. (2020). Consultatiebureau in de school: een nieuwe manier van werken. *JGZ Tijdschrift voor jeugdgezondheidszorg*, *52*, 40–44. https://doi.org/10.1007/s12452-020-00209-4

Huber, M. (2019). Positieve Gezondheid - de status anno 2019. *Bijblijven*, *35*(8), 7–17. https://doi.org/10.1007/s12414-019-0079-6

Huber, M., Jung, H. P., & Van den Brekel-Dijkstra, K. (2021). *Handboek Positieve Gezondheid in de Huisartspraktijk* [E-book]. Bohn Stafleu van Loghum. https://doi.org/10.1007/978-90-368-2653-2

Illich, I. (1976). *Medical nemesis*. New York: Pantheon.

Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie. (2021, 2 april). Normaliseren en stigma tegengaan. Geraadpleegd op 24 november 2021, van https://www.kenniscentrum-kjp.nl/gemeenten/normaliseren-stigma/

Kolthof, H. J., Staff, A., Van der Heijden, F., Beemsterboer, M., & Hinfelaar, M. (2017). Over het ongedaan maken van een psychiatrische diagnose. *Kind en adolescent*, *38*(3), 137–147. https://doi.org/10.1007/s12453-017-0150-y

Lombard, M., Snyder-Duch, J., & Bracken, C. C. (2002). Content Analysis in Mass Communication: Assessment and Reporting of Intercoder Reliability. *Human Communication Research*, *28*(4), 587–604. https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.2002.tb00826.x

Nederlands Jeugdinstituut (2021). *Cijfers over depressie*. Geraadpleegd van https://www.nji.nl/cijfers/depressie

O'Connor, C., & Joffe, H. (2020). Intercoder Reliability in Qualitative Research: Debates and Practical Guidelines. *International Journal of Qualitative Methods*, *19*, 160940691989922. https://doi.org/10.1177/1609406919899220

Oudhof, M., de Wolff, M.S., de Ruiter, M., Kamphuis, M., L'Hoir, M.P., & Prinsen, B. (2013). *Opvoedingsondersteuning voor hulp bij opvoedingsvragen en lichte opvoedproblemen*. Een JGZ-richtlijn. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ)

Pameijer, N., & Van Beukering, T. (2014). *Handelingsgerichte diagnostiek in het onderwijs* (3de editie). Acco.

Piovani, D., Clavenna, A., & Bonati, M. (2019). Prescription prevalence of psychotropic drugs in children and adolescents: an analysis of international data. *European Journal of Clinical Pharmacology*, *75*(10), 1333–1346. https://doi.org/10.1007/s00228-019-02711-3

Projecten. (2021, 8 februari). RKJ IJsselland. Geraadpleegd op 2 februari 2022, van https://rkj-ijsselland.nl/projecten/

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2017). *Recept voor Maatschappelijk probleem: Medicalisering van levensfasen*. Den Haag. Geraadpleegd op 23 november 2021, van https://www.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Ouderen/NPO/Advies_RVS_Medicalisering.pdf

Sadler, J. Z., Jotterand, F., Lee, S. C., & Inrig, S. (2009). Can medicalization be good? Situating medicalization within bioethics. *Theoretical Medicine and Bioethics*, *30*(6), 411–425. https://doi.org/10.1007/s11017-009-9122-4

Scheepers, P. L. H., Tobi, H., & Boeije, H. R. (2016). *Onderzoeksmethoden* (9de editie). Boom Lemma.

Schout, G. (2015). Egoloos hulpverlenen en de jeugdgezondheidszorg. Een verkenning van mogelijkheden. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, *24*(2), 47–61. https://doi.org/10.18352/jsi.444

Stichting Farmaceutische Kengetallen (2021, 16 september). *Aantal jeugdige gebruikers antidepressiva 4% hoger*. Geraadpleegd op 1 november 2021, van https://www.sfk.nl/publicaties/PW/2021/aantal-jeugdige-gebruikers-antidepressiva-4-hoger

Theunissen, M., De Wolff, M., Vogels, A., & Reijneveld, S. (2014). Het opsporen van psychosociale problemen bij kinderen in de leeftijd van nul tot en met zes jaar door de jeugdgezondheidszorg. *JGZ Tijdschrift voor jeugdgezondheidszorg*, *46*(3), 46–50. https://doi.org/10.1007/s12452-014-0015-1

Traeger, A. C., Hübscher, M., Henschke, N., Moseley, G. L., Lee, H., & McAuley, J. H. (2015). Effect of Primary Care–Based Education on Reassurance in Patients With Acute Low Back Pain. *JAMA Internal Medicine*, *175*(5), 733–743. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.0217

Van Acker, J. (2015). Online advies: ouders echt geholpen? *Jeugdbeleid*, *9*(1), 17–22. https://doi.org/10.1007/s12451-015-0069-3

Van der Horst, H. E. (2018). Medicaliseren of normaliseren? De arts als evenwichtskunstenaar. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, *162*(51-52), [D3541].

Van Hoeck, K., & Devriendt, A. (2020). Samenwerking tussen huisarts en jeugdarts in Vlaanderen. *JGZ Tijdschrift voor jeugdgezondheidszorg*, *52*(2), 28–32. https://doi.org/10.1007/s12452-020-00212-9

Van Meerten, E., Dierx, J., & De Bot, C. (2020). Positieve Gezondheid voor jeugdgezondheidszorgprofessionals. *JGZ Tijdschrift voor jeugdgezondheidszorg*, *52*(1), 2–7. https://doi.org/10.1007/s12452-019-00203-5

Vanderbilt-Adriance, E., Shaw, D. S., Brennan, L. M., Dishion, T. J., Gardner, F., & Wilson, M. N. (2015). Child, Family, and Community Protective Factors in the Development of Children's Early Conduct Problems. *Family Relations*, *64*(1), 64–79. https://doi.org/10.1111/fare.12105

Verhoeven. N. (2020). *Thematische Analyse*. Amsterdam: Boom Onderwijs

Warrens, M. J. (2011). Cohen's Linearly Weighted Kappa is a Weighted Average of 2×2 Kappas. *Psychometrika*, *76*(3), 471–486. https://doi.org/10.1007/s11336-011-9210-z

Yperen, van, T., Van de Maat, A., & Prakken, J. (2019). *Het groeiend jeugdzorggebruik. Duiding en aanpak*. Nederlands Jeugdinstituut.

Welling, M. (2016). Staat de cliënt centraal in de Jeugdwet en de toegang? *Jeugdbeleid*, *10*(3), 167–172. https://doi.org/10.1007/s12451-016-0118-6

Zola, I. K. (1972). Medicine as an Institution of Social Control. *The Sociological Review*, *20*(4), 487–504. https://doi.org/10.1111/j.1467-954x.1972.tb00220.x

Bijlage 1. Interviewleidraad

Interviewschema
Heel fijn dat je mee wil werken aan dit onderzoek. We gaan het vandaag hebben over jouw werk in relatie tot het concept normaliseren. Hoe zie jij hierbij de rol van de verpleegkundige/arts. Hoe geef je hier uiting aan binnen de organisatie maar ook bijvoorbeeld binnen gesprekken met kinderen, ouders en andere betrokken partijen Vooraf heb je een toestemmingsformulier van ons ontvangen. Daarin stond ook dat ik dit interview ga opnemen. Dit is om het goed uit te kunnen werken. Is dit voor jou akkoord?
Opname starten

Vragenlijstje:
M/V:
Hoe lang jeugdarts/vpk:
Leeftijd:
Werkzaam in gemeente:
leeftijdsgroep:
Eventuele andere functies in het verleden of nevenfuncties:
Het interview zal ongeveer een uur uren. Heb je verder nog vragen voordat we beginnen met het interview? Dan beginnen we.

Inleidende vraag:
- Wat vind je leuk aan je vak? Wat drijft je hierin? Waar word je enthousiast van?
- Ervaring met jongeren die aangemeld zijn met afwijkend en of moeilijk gedrag. Heb je hier weleens mee te maken? **Wat versta je hieronder? Wat vind je daarvan?**
- **Behoort dit tot de taakopvatting van de GGD professional en tot wanneer dan? Wanneer kan het echt niet meer**

Vignetstudie: Casus Koen
Koen, een jongen van 12 jaar komt op het spreekuur, hij is aangemeld door zijn ouders. Zijn ouders vinden hem erg druk zowel thuis als op school, leraren geven dit ook aan. Hij kan zich niet goed concentreren, is snel afgeleid en lijkt overal meer zin in te hebben dan in school. Zijn schoolprestaties zijn hier het afgelopen jaar onder gaan lijden waardoor zijn ouders ook bang zijn dat hij op VMBO-T wordt ingeschaald terwijl hun overtuiging is dat hij makkelijk HAVO zou kunnen, dit is ze eerder ook altijd verteld door de leerkrachten en dit zouden ze eeuwig zonde vinden. Ze zouden graag een onderzoek willen voor verdere diagnostiek, want ze denken dat hun zoon ADHD heeft.

-Wat ga je doen op dat moment. Waar zou je het met deze ouders over willen hebben en hoe pak je dat gesprek aan?
-Hoe zou deze jongen geholpen kunnen worden volgens jou?
-Wat heb je in je hoofd qua eventueel vervolg traject?
-Hoe zien ouders jullie rol als het gaat om casussen als deze? Hoe zien partners/partijen jullie rol? – Hoe zou dit volgens jou anders kunnen? Zijn er verbeterpunten?

Maatschappelijke factoren
Groei in het aantal kinderen dat jeugdhulp ontvangt: in 2018: 1 op 10, in 2020: 1 op 12 (ook vanwege corona). In sommige gemeentes liggen de aantallen hoger. In Zwolle was het percentage jongeren dat jeugdhulp ontving in 2018 11,45%
- Wat vind je van deze ontwikkeling? Hoe denk je dat dit komt? Welke factoren spelen hierbij een rol?

- Zie je een tendens in de samenleving en in de werkomgeving als het gaat om moeilijk en/of afwijkend gedrag onder jongeren en hoe we hiermee omgaan? Zo ja: *Hoe zou het komen? Kunt u daar ook verklaringen voor geven?*
- Wat is de rol van de GGD verpleegkundige of arts volgens jou?
- Hoe zou er een weerwoord kunnen worden geboden aan die toenemende vraag om jeugdhulp? Vanuit de organisatie? Vanuit de arts/vpk zelf? Wat heeft die daarvoor nodig?

Persoonlijke factoren
-Op welke manier neem je bepaalde ervaringen uit je eigen leven mee in je werk? Om wat voor ervaringen/overtuigingen gaat dit?
-Wat vind jij belangrijk in je werk en waar komt dat door? Kun je dit in voldoende mate uitdragen?
-Op welke manier haal je voldoening uit je werk? Kun je een voorbeeld noemen? Wat zijn belemmerende of bevorderende factoren hiervoor?

Normaliseren
- Heb je weleens van het begrip normaliseren gehoord? Wat is je eerste associatie bij normaliseren?
Eventueel uitleggen: Normaliseren versus problematiseren
- In hoeverre heeft normaliseren een plek in je werk?
- Doorvragen: op welke manier ben je met normaliseren bezig in het contact met ouders/kinderen/jongeren? Kun je hier voorbeeld van noemen?
Evt. aan de hand van de casus. Stel ouders willen wel een doorverwijzing/diagnose maar jij hebt je bedenkingen, hoe doe je dit dan in het gesprek? Wat is hierin belangrijk?
- Welke houding is volgens jou helpend bij het normaliseren?
- Wat werkt niet wanneer bij normaliseren?
- In hoeverre is er in het werk ruimte voor reflecterende gesprekken over normen, waarden, ethische kanten van het werk? Gaat dit dan ook over normaliseren?
- In hoeverre worden jullie gefaciliteerd vanuit de organisatie als het gaat om normaliseren. Bijvoorbeeld training/intervisie
- Hoe zou normaliseren beter mogelijk zijn binnen je werk? Zou er iets voor moeten veranderen? Zo ja wat dan?
- Hoe spelen richtlijnen en protocollen een rol in het werk? Zijn die helpend voor normaliseren of juist belemmerend?
- Hoe is de samenwerking met andere partijen? *Bijvoorbeeld scholen.* In hoeverre speelt normaliseren een rol in de samenwerking? Hoe loopt dit? Zijn hier voorbeelden van (positief of negatief)? Hoe is dat (niet) helpend als het gaat om normaliseren?

Afsluitende vragen
-Wat vond je van het interview?
-Heb je nog aanvullingen/opmerkingen
Hartelijk dank voor je deelname. Je krijgt een exemplaar van het transcript toe gemaild als deze klaar is. Mocht je naar aanleiding van dit interview of van het toegestuurde transcript nog vragen hebben dan kan je me altijd mailen. Vragen naar interesse in het eindrapport?

Bijlage 2. Toestemmingsformulier

Toestemmingsformulier interview

Onderzoek: **professionals en normaliseren**

De Regionale kenniswerkplaats Jeugd IJsselland "Samen Normaliseren", waarbij onder andere Windesheim Zwolle en de GGD IJsselland betrokken zijn, doen onderzoek naar de rol van de verpleegkundigen en artsen jeugdgezondheidszorg bij het ondersteunen van kinderen met een hulpvraag. Het doel van het onderzoek is om nieuwe kennis en handelingspraktijken voor gemeenten, mede-professionals en onderwijs te ontwikkelen als het gaat om normaliseren.

We vragen u om met ons in gesprek te gaan over uw werk in relatie tot het concept normaliseren. Wat is hierin volgens u de rol van de verpleegkundige/arts. Hoe geeft u hier uiting aan binnen de organisatie maar ook bijvoorbeeld binnen gesprekken met kinderen, ouders en andere betrokken partijen. Het interview zal ongeveer een uur duren.

Meer informatie over hoe wij omgaan met privacy, is te vinden op:
https://www.ggdijsselland.nl/privacy/
We vragen enkele contactgegevens. Deze contactgegevens bewaren we apart van de antwoorden die u geeft tijdens het interview. Uw antwoorden zullen we zoveel mogelijk anonimiseren. De contactgegevens en uw antwoorden worden tot 1 jaar na afronding van het onderzoek.

Voor vragen over dit onderzoek kunt u contact opnemen met
Eva van Dijk, onderzoeker hogeschool Windesheim
E-mail: e.van.dijk@windesheim.nl
Tessa Overmars, onderzoeker GGD IJsselland
E-mail: t.overmars@ggdijsselland.nl

Met het ondertekenen van dit formulier verklaart u het volgende:

- Ik ben voldoende geïnformeerd over het onderzoek. Ik kon aanvullend vragen stellen en mijn vragen zijn beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe.
- Ik verklaar vrijwillig mee te doen aan dit onderzoek. Ik weet dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen of te stoppen. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.
- Ik weet dat het interview wordt opgenomen en dat deze opname alleen gebruikt wordt voor het analyseren van het interview. De opname wordt 1 jaar na afronding van het onderzoek verwijderd.
- Ik geef toestemming om mijn antwoorden/gegevens tot 1 jaar na afronding van het onderzoek te bewaren en te gebruiken voor anonieme rapportage.
- Ik geef **wel/geen** toestemming om uitgenodigd te worden voor eventueel vervolgonderzoek.

Naam deelnemer:

Datum: