

# Normaliseren in Weststellingwerf

Verkendend onderzoek naar factoren die samenhangen met het al dan niet normaliseren door jeugdprofessionals



rijksuniversiteit  
 groningen



gemeente  
 Weststellingwerf

**Naam:** Anne Zuiderveld

**Studentnummer:** 3212513

**Begeleider:** dr. D.E.M.C. Jansen

**Referent:** dr. L. Heyse

**Externe begeleider:** Msc. J. Rass

**Cursusjaar:** 2020-2021

*Normaliseren in Weststellingwerf; explorierend onderzoek naar wat wordt verstaan onder normaliseren, in hoeverre er binnen de gemeente wordt genormaliseerd, wat nodig is om te kunnen normaliseren en welke knelpunten professionals ervaren met het normaliseren.*



## Voorwoord

Voor u heeft u mijn afstudeerscriptie; *Normaliseren in Weststellingwerf, een verkennend onderzoek naar het normaliseren door jeugdprofessionals* voor mijn Master Sociologie van Gezondheid, Zorg en Welzijn. Het gehele afstudeertraject is uiteindelijk een traject geworden die ik met veel plezier heb beleefd. De stage bij de gemeente Weststellingwerf, als beleidsmedewerker jeugd, die ik tijdens mijn afstudeerperiode heb mogen lopen, heeft mij veel geleerd over de Jeugdwet en de werkprocessen binnen het sociaal domein. Dit heeft mijn interesse verder aangewakkerd wat uiteindelijk heeft geleid tot het krijgen van een baan binnen het sociaal domein.

De coronamaatregelen hebben er helaas voor gezorgd dat ik tijdens mijn stage weinig op locatie heb kunnen werken. Toch hebben mijn collega's ervoor gezorgd dat ik het als een prettige werkomgeving heb ervaren. Het inplannen van kennismakingsgesprekjes heeft ertoe geleid dat ik snel opgenomen werd in het team. Ik wil graag mijn stagebegeleider dhr. Rass ontzettend bedanken voor het begeleiden tijdens mijn stageperiode. Ik heb veel kunnen sparren over mijn werkzaamheden en mijn scriptie. Ook wil ik mevrouw Heidinga bedanken voor de begeleiding tijdens de projecten waar ik aan mee heb mogen werken. Zij heeft mij veel hulp kunnen bieden met betrekking tot belangrijke beslis- en denkprocessen die er binnen de gemeente nodig zijn.

Het schrijven van mijn scriptie ging helaas niet geheel vlekkeloos. Waar ik in eerste instantie mijn afstudeertraject in Oktober 2021 af had willen ronden heb ik hier langer de tijd voor moeten nemen. Ik wil daarom mijn scriptiebegeleider mevrouw Jansen bedanken. Zij heeft mij naast de scriptiebegeleiding ook voldoende advies en vertrouwen kunnen geven bij het schrijven van mijn afstudeerscriptie. Ik heb mijn persoonlijke problemen goed kunnen bespreken, wat ik als erg fijn heb ervaren. De bemoedigende woorden bij de feedback en tijdens besprekingen hebben mij gemotiveerd en enthousiast gehouden om door te schrijven. Daarnaast heeft uw kritische blik ervoor gezorgd dat ik op verschillende manieren het begrip normaliseren heb kunnen belichten.

Ook wil ik mijn referent mevrouw Heyse bedanken voor de hulp, tips en het meedenken met betrekking tot het kwalitatieve onderzoek. Haar feedback heb ik dan ook als zeer nuttig ervaren.

Anne Zuiderveld

Eastermar, 27 Maart 2022



## Samenvatting

*Achtergrond en doel:* Een belangrijk uitgangspunt van Jeugdwet is het normaliseren van opvoedvragen. De gemeente Weststellingwerf wil daarom kijken hoe normaliseren bij kan dragen aan het voorkomen van onnodig zware jeugdhulp of -zorg. Dit onderzoek had als doel om na te gaan in hoeverre het normaliseren van opvoedvragen van de grond komt in de gemeente. Er is onderzocht wat wordt verstaan onder normaliseren, in hoeverre er al wordt genormaliseerd, wat jeugdprofessionals nodig achten om te normaliseren en welke knelpunten zij ervaren bij het normaliseren in de zorg voor jeugd. De onderzoeksvraag die in dit onderzoek centraal stond was: *'Welke factoren hangen volgens jeugdprofessionals samen met het al dan niet normaliseren van opvoedvragen?'*

*Methoden:* Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag werd kwalitatief onderzoek verricht. Middels diepte-interviews zijn negen jeugdprofessionals geïnterviewd. Door de interviews te coderen en het gebruik van een codeboek zijn de interviews vervolgens geanalyseerd. De participanten zijn werkzaam binnen het voorliggend veld en/of werkzaam als verwijzer naar de specialistische jeugdzorg. De jeugdprofessionals werkzaam voor de gemeente zijn benaderd middels de formele netwerkmethod. De professionals werkzaam buiten de gemeente zijn benaderd via de gatekeeper methode. De keuze voor deze onderzoekspopulatie was dat deze groep participanten vroegtijdig betrokken zijn bij de ondersteuning en zorg voor jeugdigen en zo een belangrijke schakel zijn bij het normaliseren.

*Resultaten:* Alle participanten waren bekend met het begrip normaliseren, maar wisten niet wat dit in de praktijk inhoudt. De participanten noemen hierbij verschillende componenten die zij belangrijk achten voor het normaliseren, zoals: de bewustwording en het accepteren dat problemen in de ontwikkeling thuishoren, bepalen wanneer een opvoedsituatie 'goed genoeg' is, de inzet van collectieve en laagdrempelige ondersteuning, het collectief bespreken van jeugdproblematiek en de zelfredzaamheid en weerbaarheid van gezinnen, zonder inmenging van professionals.

Hoewel de participanten niet precies wisten wat er met normaliseren werd bedoeld, blijkt uit de resultaten dat er al wel wordt genormaliseerd binnen de gemeente. Zo zien enkele professionals normaliseren als een standaardonderdeel van hun dagelijkse werkzaamheden, zoals het organiseren van activiteiten, het gebruik van visies die aansluiten bij de normaliseringsgedachte, het gebruik van voorliggende voorzieningen en netwerkbijeenkomsten en wordt normaliseren gezien als alternatief voor de specialistische zorg door middel van het organiseren van collectieve voorzieningen.

Tenslotte werden er ook verschillende benodigdheden en belemmeringen benoemd die invloed hebben op het al dan niet normaliseren onder jeugdprofessionals. Factoren die professionals nodig



achten zijn het organiseren van een bijeenkomst met jeugdprofessionals binnen de gemeente met als doel afspraken te maken over de werkwijze bij het normaliseren, het standaard organiseren van netwerkbijeenkomsten met gezinnen, kennisuitbreiding bij jeugdprofessionals met een overzicht van voorliggende voorzieningen, bewustwording van jeugdproblematiek onder gezinnen en jeugdprofessionals en meer samenwerking binnen de gemeente en met aanbieders.

Factoren die professionals ervaren die het normaliseringproces beperken zijn: een sterk verantwoordelijkheidsgevoel en een hoge werkdruk, onvoldoende voorliggende voorzieningen of kennis daarvan, een negatief beeld van de gemeente waardoor wordt gezocht naar een alternatieve manier om door verwezen te worden, de motivatie van ouders om problemen zelf op te lossen, waardoor de verantwoordelijkheid van de zorg bij de hulpverlening komt te liggen en de versnipperde samenwerking en marktwerking binnen de zorg voor jeugd.

*Conclusie:* Er zijn verschillende factoren die volgens jeugdprofessionals samenhangen om al dan niet te normaliseren. Professionals zouden voldoende kennis moeten hebben van het voorliggend aanbod in combinatie met de bijhorende problematiek. Een andere factor is de ruimte en tijd om de hulpvraag te kunnen analyseren en om standaard netwerkbijeenkomsten met gezinnen te kunnen organiseren. Ook het verantwoordelijkheidsgevoel onder jeugdprofessional lijkt een factor te zijn om wel of niet in te zetten op normaliseren. Tenslotte lijken korte lijnen binnen de gemeente als met ketenpartners een belangrijke factor te zijn. Hierdoor kan gezamenlijk worden gezocht naar een oplossing die binnen de normaliseringsgedachte valt.

*Aanbevelingen:* Een eerste aanbeveling die voor de gemeente Weststellingwerf wordt gedaan, is het organiseren van een bijeenkomst met verschillende jeugdprofessionals en ketenpartners. Hier kunnen afspraken worden gemaakt met betrekking tot de werkwijze en definitie van normaliseren. Een tweede aanbeveling is het in kaart brengen van voorliggende ondersteuning en veel voorkomende jeugdproblematiek in de gemeente. Een derde aanbeveling is het zoeken van samenwerking met lokale verenigingen zoals sport-, muziek- en kerkclubs met als doel om de voorliggende voorzieningen binnen de gemeente te versterken. Een laatste aanbeveling is het geven van voorlichting op scholen met betrekking tot veelvoorkomende (mentale)problemen onder jeugdigen.

Voor vervolgonderzoek is het goed om te achterhalen welke jeugdproblematiek het meest binnen de gemeente voorkomt. Een tweede suggestie is om vergelijkbaar onderzoek ook uit te voeren onder jeugdzorgaanbieders, huisartsen en de GGZ. Tenslotte wordt aanbevolen om ook een dergelijk onderzoek uit te voeren onder ouders en jeugdigen met als doel om te kijken wat gezinnen nodig hebben om zonder professionele zorg problemen op te lossen.



## Inhoud

Voorwoord .....	2
Samenvatting.....	3
1. Inleiding .....	8
1.1 introductie.....	8
1.2 Probleemstelling.....	10
1.3 Doel en vraagstelling .....	11
1.4 Relevantie.....	11
1.4.1Maatschappelijke relevantie .....	11
1.4.2 Wetenschappelijke relevantie.....	11
1.4.3 Sociologische relevantie .....	12
1.5 Scriptieopbouw .....	12
2. Theoretische Kader.....	13
2.1 Samenvatting.....	13
2.2 De mogelijke invloed van medicalisering op normaliseren.....	14
2.2.1 Hoge prestatiedruk.....	15
2.2.2 Diagnosedrift & ‘Better Safe Than Sorry’ .....	17
2.3 Uitblijven van normaliseren door een beperkte professionele ruimte en ervaren werkdruk....	18
2.4 Ontbreken van een eenduidige definitie van normaliseren .....	20
2.4.1 Verschillende definities van normaliseren .....	20
2.4.2 Noodzaak van samenwerking tussen jeugdprofessionals.....	21
2.5 het tegengaan van stigma’s als verwant begrip van normaliseren.....	22
2.5.1 Definitie van stigma.....	23
2.5.2 Stigma als belemmering van normaliseren .....	23
2.5.3 Destigmatisering als een vorm van normaliseren.....	25
3. Methoden.....	28
3.1 Kwalitatief onderzoek.....	28
3.2 Participantenselectie en -werving.....	28
3.2.1 Onderzoekspopulatie .....	29
3.2.2 Participantenwerving .....	29
3.2.3 Aantal participanten.....	30
3.3 Interviewstudie.....	31
3.3.1 Diepte-interviews .....	31
3.3.2 Interviewschema .....	31
3.4 Dataverwerking en data-analyse.....	33
3.4.1 Dataverwerking & analyse.....	34



3.4.2 Ontwikkelen van codes .....	34
3.5 Validiteit en betrouwbaarheid .....	35
3.5.1 Geloofwaardigheid .....	35
3.5.2 Overdraagbaarheid.....	36
3.5.3 Dependability .....	36
3.5.4 Conformeerbaarheid .....	36
4. Resultaten.....	38
4.1 Participantenkenmerken .....	38
4.2 Wat wordt verstaan onder normaliseren.....	40
4.2.1 Bekendheid met normaliseren .....	40
4.2.2 Belangrijke componenten van normaliseren .....	41
4.2.2.1 Accepteren van opgroeioproblemen als problemen die bij het leven horen .....	41
4.3 In hoeverre wordt er binnen de gemeente Weststellingwerf al genormaliseerd?.....	44
4.3.1: Standaardonderdeel van dagelijks werk van professionals .....	44
4.3.2: Voorkomen van verwijzingen naar de specialistische jeugdhulp .....	45
4.3.3: Alternatieven voor zorg.....	46
4.4: Wat is er nodig om te kunnen normaliseren.....	47
4.4.1 Organiseren van bijeenkomsten .....	47
4.4.2 Standaard netwerkbijeenkomsten met gezinnen .....	48
4.4.3 Kennisuitbreiding bij professionals .....	49
4.4.4: Versterken voorliggend veld en laagdrempelige voorzieningen.....	51
4.4.5: Samenwerking tussen aanbieders.....	52
4.4.6: De rol van het onderwijs .....	54
4.5 Knelpunten bij het normaliseren.....	55
4.5.1 Knelpunten binnen de gemeente.....	55
4.5.2 Knelpunten bij gezinnen.....	56
4.5.3 Knelpunten binnen het onderwijs.....	58
4.5.4 Knelpunten bij professionals .....	59
4.5.5 Knelpunten aanbieders .....	62
5 Conclusie .....	65
6: Discussie en beperkingen van het onderzoek .....	68
6.1 Discussie .....	68
6.1.1 Belemmeringen voor jeugdprofessionals om in te zetten op normaliseren.....	69
6.1.2 Randvoorwaarden om in te zetten op normaliseren door jeugdprofessionals .....	71
6.2 Sterke en zwakke punten van het onderzoek .....	72
6.3 Implicaties voor de gemeente Weststellingwerf en vervolgonderzoek.....	74



6.3.1 Aanbevelingen voor de gemeente .....	74
6.3.2 Suggesties voor vervolgonderzoek.....	76
Literatuurlijst .....	78
Begrippenlijst.....	94
1.1 Inleiding .....	96
1.2 interviewschema .....	97
1.3 Overzicht gestelde vragen en onderzoeksvragen .....	99
Bijlage 2: Informatiebrief deelname interviews.....	100
Bijlage 3: Codeboek .....	103



## 1. Inleiding

### 1.1 introductie

Wanneer heeft een kind ondersteuning nodig bij de ontwikkeling en wanneer kunnen problemen tijdens de ontwikkeling als normaal worden gezien? Wanneer kan een gezin op eigen kracht zorgen dat problemen worden opgelost? Door een forse toename in het gebruik van jeugdzorg, wordt naar antwoorden gezocht op dit soort vragen. Waar twintig jaar geleden nog één op de 27 kinderen gebruik maakte van enige vorm van jeugdzorg, is dat nu bijna één op acht kinderen (Van Yperen, Van de Maat & Prakken, 2019). Onderzoek naar het normaliseren van opvoedvragen neemt in deze ontwikkeling een belangrijke plaats in. Volgens de Jeugdwet, uit 2015, wordt het normaliseren van opvoedvragen gedefinieerd als het zoveel mogelijk verlenen van hulp binnen de omgeving van het kind, thuis in het gezin, op school en in de buurt (Kamerstukken II, 33864, nr. 3, 2012-2013).

Hoewel kwetsbaarheid bij jeugdigen in sommige gevallen als lastig wordt ervaren, hoort dit bij de ontwikkeling van het kind. Volgens de Raad Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO, 2012) moet het normaliseren van opvoedvragen helpen om het onnodige diagnosticeren en problematiseren van kwetsbaarheden tegen te gaan. Hierbij moet de zorg, hulp en ondersteuning aan jeugdigen op een dusdanige manier worden ingericht, dat een normale manier van opvoeden wordt gestimuleerd (Gisling, 2019). In tegenstelling tot het diagnosticeren en problematiseren, wordt de ondersteuning bij normaliseren zoveel mogelijk binnen de directe omgeving van de jeugdige georganiseerd. Door middel van laagdrempelige hulp wordt de focus gelegd op de behoeften en vaardigheden van jeugd en gezin (Bartelink, Meeuwissen & Eijgenraam, 2015). Volgens de Jeugdwet is het uitgangspunt van normaliseren dat er minder beroep wordt gedaan op specialistische jeugdhulp en dat de verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling van het kind bij de ouders en de sociale omgeving van het kind wordt gelegd (RMO, 2012; Kamerstukken II, 33864, nr. 3, 2012-2013; Friele et al, 2018). Het bieden van laagdrempelige ondersteuning en het benutten van de vaardigheden van het gezin en de directe omgeving zou ervoor moeten zorgen dat de gekozen ondersteuning niet zwaarder is dan nodig.

Hoewel het normaliseren van opvoedvragen een van de voornaamste doelstellingen uit de Jeugdwet is, lukt dit in veel gemeenten nog niet (Hildering et al, 2020). Met de invoering van de Jeugdwet in 2015, hebben gemeenten de verantwoordelijkheid gekregen voor alle taken binnen het sociaal domein, dus ook op het gebied van ondersteuning en jeugd (Kamerstukken II, 33864, nr. 3, 2012-2013; Bröcking, 2017; Van Asten, 2020). Bijvoorbeeld het bieden van passende en persoonlijke zorg aan ouders en kinderen (Gisling, 2019). Deze nieuwe verantwoordelijkheden, in combinatie met bezuinigingen, hebben bij veel gemeenten geleid tot grote financiële tekorten (Bröcking, 2017; Van Yperen et al, 2019; Van Asten, 2020; Hildering, Niessen, de Nooijer, van Schoubroeck, Schoonenberg,





Lustermans, van Helmond, Groen, Hemmelder, van den Broek & Jansen, 2020). Deze ontwikkeling staat haaks op de verwachting dat het versterken van het opvoedkundig klimaat door middel van demedicaliseren, ontzorgen en normaliseren van opvoedvragen leidt tot een afname van het jeugdzorggebruik en dus lagere kosten (Kamerstukken II, 33864, nr. 3, 2012-2013). Het normaliseren van opvoedvragen lijkt niet te lukken, mede omdat veel gemeenten niet weten hoe en wat nodig is om te kunnen normaliseren. Het aantal kinderen in de jeugdzorg blijft stijgen, waardoor wachtlijsten ontstaan. Om de wachtlijsten weg te werken worden kinderen soms doorverwezen naar professionele zorg buiten de sociale omgeving. Hetgeen bij normaliseren als iets essentieels wordt gezien. De geboden zorg sluit daardoor niet altijd goed aan bij de behoeften van de jeugdige en het gezin (Berg, van den Daamen, Gorissen & Vink, 2017; Scholte, 2017; Hildering et al, 2020). Daarnaast zorgt een hoge werkdruk binnen de gemeente ervoor dat jeugdprofessionals te weinig tijd of kennis hebben om samen met het gezin op zoek te gaan naar passende hulp binnen het sociale netwerk (Smulders, Driessen, Regenmortel & Schalk, 2016).

Ook binnen de gemeente Weststellingwerf zijn deze landelijke ontwikkelingen zichtbaar; een stijgend aantal jongeren dat gebruik maakt van de jeugdzorg, het ontstaan van steeds langere wachtlijsten en toenemende tekorten binnen het sociaal domein (Hart voor de Jeugd, 2014; Begroting Weststellingwerf, 2019). Om deze problemen binnen de gemeente Weststellingwerf het hoofd te bieden, neemt de vraag naar aanscherping van beleid en richtlijnen toe. Het huidige gemeentebestuur is gericht op het versterken van de pedagogische samenleving, waarin het gedachtegoed van *'it takes a village to raise a child'* centraal staat. In een dergelijke samenleving zijn burgers binnen het sociale netwerk van een kind of jeugdige bereid om de verantwoordelijkheid van het opgroeien van het kind te delen (Hart voor de Jeugd, 2014; Sa dogge wy dat, 2015). Volgens de gemeente Weststellingwerf kan normaliseren een belangrijk onderdeel vormen bij het versterken van de pedagogische samenleving binnen de gemeente. Bij het normaliseren van opvoedvragen is het namelijk de bedoeling dat het sociale netwerk een actief deel wordt van de hulpverlening (Kampen, Bredewold & Tonkens, 2016). Normaliseren zou volgens de gemeente bij kunnen dragen om het onnodig gebruik van jeugdzorg in sommige gevallen te voorkomen.

Uit eerder onderzoek blijkt dat er verschillende verklaringen zijn voor het uitblijven van normaliseren. Zo blijkt uit onderzoek naar de werking van de Jeugdwet dat verschillende doelen van deze wet, rondom normaliseren, op gespannen voet met elkaar staan (Bucx, de Groot, Hageraats & Pehlivan, 2018; Hildering et al 2020). Het normaliseren en ontzorgen van opvoedvragen is vooral gericht op het voorkomen van een onnodig jeugdhulptraject en het omgaan met problemen binnen de directe sociale omgeving. Het preventief handelen is daarentegen voor jeugdprofessionals gericht op het vroegtijdig signaleren van problemen bij jeugdigen, waardoor specialistische jeugdzorg in



sommige gevallen onnodig en vroegtijdig wordt ingeschakeld (Van Yperen et al, 2019). Hierdoor ervaren veel jeugdprofessionals niet de juiste morele en wettelijke steun om te kunnen normaliseren. Enerzijds moeten zij bij problemen vroegtijdig ingrijpen en anderzijds moeten zij problemen laten zoals ze zijn. Het ontbreekt hierbij aan kaders en overeenstemming tussen hulpverleners over wat precies wordt verstaan onder normaliseren (Friele, Hageraats, Fermin, Bouwman & van de Zwaan, 2019). Veel jeugdprofessionals en hulpverleners voelen zich daarnaast ook verantwoordelijk voor de hulpvraag, waarbij wordt gesteld dat zij hun werk naar eer en geweten doen. Dit verantwoordelijkheidsgevoel in combinatie met het ontbreken van wettelijke kaders en overeenstemming, kiezen hulpverleners uiteindelijk sneller voor een verwijzing naar de specialistische jeugdzorg om toekomstige of ernstige problemen te voorkomen (Friele et al, 2019; Van Yperen et al, 2019).

Er wordt verwacht dat normaliseren positieve uitkomsten kan bieden. Het normaliseren van opvoedvragen zorgt namelijk voor een positieve benadering van de zelfredzaamheid van het gezin. Het uitspreken dat problemen bij het leven horen en het krijgen van steun binnen het eigen netwerk kan namelijk een positieve invloed hebben op het verloop van de ervaren problemen (Van Der Horst, 2018, Howick, Moscrop & Mebius, 2018). Met normaliseren leren ouders bijvoorbeeld om hulp te zoeken binnen het sociale netwerk, waardoor zij niet alleen staan bij het oplossen van het probleem. Het is daarom belangrijk om als professional samen met het gezin op zoek te gaan naar de juiste ondersteuning binnen het sociale netwerk. De gezinnen kunnen op deze ondersteuning terugvallen wanneer de situatie uit de hand dreigt te lopen. Hiermee kan onnodig gebruik van specialistische zorg in sommige gevallen voorkomen worden.

## 1.2 Probleemstelling

Met de invoering van de Jeugdwet heeft de gemeente de taak gekregen om ouders en jeugdigen te ondersteunen bij opvoedvragen. Door de gemeenten de verantwoordelijkheid over de jeugdzorg te geven kan de zorg dichterbij georganiseerd worden. Hierdoor zou de toegang tot deze ondersteuning niet direct moeten leiden tot een jeugdzorgtraject (Kamerstukken II, 33864, nr. 3, 2012-2013, Hildering et al, 2020). Ook de gemeente Weststellingwerf wil graag onderzoeken hoe normaliseren bij kan dragen aan het voorkomen van onnodige zware jeugdzorgtrajecten. De ervaring is echter dat, ondanks de voordelen van normaliseren, er nog te weinig wordt genormaliseerd. Het is hierbij onduidelijk welke factoren zorgen voor het al dan niet uitblijven van normaliseren onder jeugdprofessionals. Bij het normaliseren van opvoedvragen spelen partijen binnen het voorliggend veld en verwijzers naar de specialistische jeugdzorg een belangrijke rol. Zij bepalen namelijk wanneer specialistische jeugdhulp of -zorg noodzakelijk is of juist niet. Dit onderzoek richt zich daarom op de



perspectieven van jeugdprofessionals binnen het voorliggend veld en verwijzers naar de specialistische jeugdhulp met betrekking tot het normaliseren van opvoedvragen.

### 1.3 Doel en vraagstelling

Dit onderzoek heeft het doel om kennis te verschaffen over de factoren die samenhangen met het uitblijven van normaliseren binnen de Jeugdzorg en om te achterhalen wat jeugdprofessionals nodig hebben om te kunnen normaliseren. Daarnaast stelt dit onderzoek zich ook ten doel om te achterhalen wat er binnen de gemeente Weststellingwerf wordt verstaan onder ‘normaliseren’ en in hoeverre er al wordt genormaliseerd. Een breed gedragen begrip kan helpen om de samenwerking tussen hulpverleners en de betrokkenheid van de omgeving te versterken. Wanneer hulpverleners vanuit dezelfde uitgangspunten werken, weten zij beter wie en wat nodig is bij een specifieke zorgvraag. De verwachting is dat hulpverleners meer gebruik gaan maken van elkaars expertise en ook weten wanneer de verantwoordelijkheid van de zorgvraag bij de hulpverlener stopt of start. De onderzoeksvraag die in dit onderzoek centraal staat is:

*‘Welke factoren hangen volgens jeugdprofessionals samen met het al dan niet normaliseren van opvoedvragen?’*

### 1.4 Relevantie

#### 1.4.1 Maatschappelijke relevantie

Een onderzoek naar het achterhalen van factoren die normaliseren onder professionals bevorderen of belemmeren is maatschappelijk relevant. De invoering van de Jeugdwet heeft veel veranderingen voor zowel de gemeente, ondersteuners als cliënten meegebracht (Bröcking, 2017; Scholte, 2017). Door te achterhalen wat precies wordt verstaan onder normaliseren en te achterhalen welke factoren samenhangen met het al dan niet normaliseren, kan de expertise onder jeugdprofessionals gericht worden ingezet. Bijvoorbeeld doordat het duidelijk is wie verantwoordelijk is voor welke zorg. Hiermee kan normaliseren tevens bijdragen aan het voorkomen van onnodig jeugdzorggebruik (Scholte, 2017). De factoren, die volgens jeugdprofessionals belangrijk worden geacht, kunnen ook bijdragen aan het vormen van nieuw beleid binnen de jeugdhulp met betrekking tot de doelen van de Jeugdwet.

#### 1.4.2 Wetenschappelijke relevantie

Onderzoek naar het normaliseren van opvoedvragen draagt bij aan het vergroten van de wetenschappelijke kennis rondom dit onderwerp. Er is al veel onderzoek gedaan naar het normaliseren binnen de jeugdzorg en de effecten die het kan hebben op problemen bij jeugdigen. Uit eerdere onderzoeken blijkt dat normaliseren en het hebben van een positieve verwachting vanuit zorgprofessionals, over het verloop van een probleem, een positieve invloed heeft op de uitkomst van de ervaren klachten (Van Der Horst, 2018; Howick, Moscrop & Mebius, 2018). Hoewel het



normaliseren van problemen een positieve invloed heeft en er verschillende verklaringen zijn voor het uitblijven van normaliseren, lijkt er in de literatuur weinig bekend over factoren die jeugdprofessionals nodig achten om te kunnen normaliseren.

Dit onderzoek kan daarmee een toevoeging zijn aan de huidige wetenschap aangezien het inzicht kan geven wat jeugdprofessionals nodig hebben om te kunnen normaliseren. Daarnaast kan dit onderzoek inzicht geven hoe normaliseren volgens jeugdprofessionals bijdraagt aan het versterken van de zelfredzaamheid binnen de maatschappij. Hierbij wordt namelijk onderzocht welke knelpunten er worden ervaren om succesvol te kunnen normaliseren en welke oplossingen nodig zijn om als jeugdprofessional succesvol te kunnen normaliseren.

#### 1.4.3 Sociologische relevantie

Tenslotte is onderzoek naar het normaliseren van opvoedvragen ook sociologisch relevant. Normaliseren is namelijk bij uitstek een sociologisch onderwerp. Volgens Foucault (1976) wordt normaliseren als een sociologische ontwikkeling gezien. De maatschappelijke norm bepaalt namelijk wanneer gedrag als normaal of afwijkend wordt gezien. Door middel van het inzetten van jeugdzorg zou mogelijk afwijkend gedrag weer gelijk moeten worden gemaakt aan de standaard, aan 'normaal' gedrag (Van Mol & Lieshout, 2008).

Het verschil tussen normaal gedrag en afwijkend gedrag is niet eenvoudig te bepalen. Dit onderzoek kan een toevoeging zijn aan de sociologische literatuur, omdat wordt onderzocht welke sociale processen een belemmering kunnen zijn voor jeugdprofessionals om succesvol te normaliseren. Dit kan namelijk inzicht geven in hoeverre de sociale context bepalend is voor het normaliseren van opvoedvragen en welke sociale structuren moeten worden aangepast om dit mogelijk te maken. Tenslotte is dit onderzoek sociologisch relevant aangezien het inzicht geeft in hoeverre hulpverleners handelen naar verwachtingen die zij vanuit de maatschappij ervaren.

#### 1.5 Scriptieopbouw

Hoofdstuk 2 bespreekt de theorie waaruit het conceptueel schema van dit onderzoek wordt gevormd. In hoofdstuk 3 worden de methoden van onderzoek besproken, zoals de methode voor het verzamelen en analyseren van de interviews. Hoofdstuk 4 bestaat uit de resultaten. In hoofdstuk 5 wordt middels de conclusie antwoord gegeven op de centrale onderzoeksvraag. Hoofdstuk 6 vormt de discussie. In dit hoofdstuk wordt op de resultaten gereflecteerd op basis van de verwachtingen uit de theorie. Hier wordt ook ingegaan op de sterke kanten en beperkingen van het onderzoek. Afsluitend worden er aanbevelingen gedaan voor het beleid van de gemeente Weststellingwerf en worden er aanbevelingen gedaan voor toekomstig onderzoek.



## 2. Theoretische Kader

De vraag die in dit onderzoek centraal staat, is: *‘Welke factoren hangen volgens jeugdprofessionals samen met het al dan niet normaliseren van opvoedvragen?’* In dit hoofdstuk worden mogelijke verklaringen vanuit de literatuur besproken met betrekking tot het al dan niet uitblijven van normaliseren door jeugdprofessionals. Aan de hand van deze verklaringen is er een conceptueel model opgesteld.

In paragraaf 2.1 wordt een samenvatting van mogelijke verklaringen besproken waarom jeugdprofessionals moeite hebben om te normaliseren en wat jeugdprofessionals mogelijk nodig hebben om te kunnen normaliseren in de zorg voor jeugd. In paragraaf 2.2 wordt nader aandacht gegeven aan medicaliseren als mogelijke verklaring voor het niet inzetten op normaliseren van professionals in de zorg voor jeugd. Paragraaf 2.3 gaat verder in op de beperkte professionele ruimte die het normaliseren belemmert. In paragraaf 2.4 wordt beschreven hoe een gebrek aan kennis in elkaars expertise en werkwijze onder jeugdprofessionals mogelijk bijdraagt aan het uitblijven van normaliseren binnen de jeugdzorg en wat er nodig is om deze kennis uit te breiden. Tenslotte wordt in paragraaf 2.5 besproken hoe stigmatisering van mentale en psychische problematiek ontstaat, wat de gevolgen van stigmatisering zijn voor normaliseren en hoe het tegengaan van stigma's verwant is aan het begrip van normaliseren.

### 2.1 Samenvatting

Een eerste mogelijke verklaring voor het uitblijven van normaliseren onder jeugdprofessionals is de medicalisering van de maatschappij. Deze ontwikkeling houdt in dat er steeds meer niet-medische problemen worden gediagnosticeerd en behandeld als een medisch probleem. Dit wordt in paragraaf 2.2.1 nader besproken. In paragraaf 2.2.2 worden verschillende determinanten van medicaliseren besproken die uiteindelijk het normaliseren van problemen belemmeren, namelijk; de stijgende prestatiedruk en stress onder jongeren, de ‘diagnosedrift’ in de jeugdzorg en de angst onder professionals om fouten te maken waarbij jeugdprofessionals werken uit het principe *‘Better Safe Than Sorry’*, waarbij professionals het zekere voor het onzekere nemen en het beter vinden om te verwijzen en/of behandelen dan dit niet te doen.

Een tweede verklaring, naast medicalisering voor het uitblijven van normalisering, zijn organisatorische problemen, zie paragraaf 2.3. Hierbij gaat het vooral om de werkdruk en beperkte professionele ruimte die jeugdprofessionals ervaren. Deze werkdruk zorgt ervoor dat de professionals niet de ruimte en tijd hebben om de ervaren problematiek van jeugdigen adequaat te kunnen analyseren.



Een derde mogelijke verklaring voor het uitblijven van normaliseren is het ontbreken van een uniforme definitie van normaliseren (paragraaf 2.4). Het ontbreken van deze uniforme definitie leidt tot een gebrek aan overeenstemming binnen de zorg voor jeugd over wat normaliseren is. Tevens wordt in paragraaf 2.4.1 verschillende definities besproken die mogelijk verklaren waarom er geen overeenstemming is over de werkwijze van normaliseren in de zorg voor jeugd. Het gaat hierbij om normaliseren vanuit sociologisch oogpunt, normaliseren zoals is omschreven door het RMO (2012) en normaliseren vanuit medisch oogpunt.

Tenslotte wordt in paragraaf 2.5 toegelicht hoe het destigmatiseren van mentale problemen verwant is aan het normaliseren van opvoedvragen. Een stigma zou leiden tot minder tolerantie en vriendelijk gedrag richting de gestigmatiseerde. Het krijgen van een stigma zou daarom leiden tot minder maatschappelijke participatie, minder sociale support en een belemmering bij de toegang tot zorg. Onderzoek naar het destigmatiseren van problemen laat echter zien dat het onderwijzen en bespreekbaar maken van mentale problemen een normaliserende functie heeft. Het destigmatiseren van mentale problematiek zou daarmee een bijdrage kunnen leveren in het normaliseren binnen de zorg voor jeugd. In Figuur 1, aan het einde van dit hoofdstuk, zijn de mogelijke verklaringen voor het uitblijven van normaliseren weergegeven in een conceptueel model.

## 2.2 De mogelijke invloed van medicalisering op normaliseren

Een mogelijke verklaring voor het al dan niet uitblijven van normaliseren door jeugdprofessionals is de medicalisering van de maatschappij. Volgens de Gezondheidsraad (2014) reflecteert de stijging van het aantal jongeren dat gebruikmaakt van de jeugd-GGZ (Geestelijke gezondheidszorg) een ongewenste vorm van medicaliseren van alledaagse problemen. Met medicalisering wordt het proces bedoeld waarbij niet medische problemen worden omschreven in medische termen zoals een ziekte of stoornis (Zola, 1983; Conrad, 1992; Conrad, 2007; Gezondheidsraad, 2014b). Het medicaliseren van bijvoorbeeld psychische of sociale problemen legitimeert hiermee het gebruik van de medische professie. Dit betekent dat bijvoorbeeld onwenselijk sociaal gedrag kan worden omschreven en gediagnosticeerd als een medisch probleem en ook wordt behandeld als zodanig (Conrad, 1992; Conrad & Potter, 2000, Simoni, 2017). Er wordt doorgaans gezocht naar een medische oplossing zoals het gebruik van medicijnen of therapie. Het probleem dat verschillende onderzoekers hierbij stellen is dat bij een medische interventie de oplossing van het probleem wordt gezocht bij het individu. Er is hierbij onvoldoende aandacht voor de sociale omgeving en het veranderen van de sociale structuren waarbinnen het probleem zich heeft ontwikkeld (Rose, 2007; Furedi, 2008; Parens, 2013; Kaczmarek, 2019).

Deze te grote nadruk op de rol van de medische professie in plaats van op de sociale context is onwenselijk binnen de normaliseringsgedachte. Om te kunnen normaliseren moet ondersteuning



juist gericht zijn op het versterken van de zelfredzaamheid van gezinnen en zouden gezinnen moeten leren om het eigen netwerk te benutten bij het omgaan van problemen zoals verdriet, stress, angst, verlegenheid of woede (Rose, 2007; Parens, 1998; 2013). Het betrekken van de sociale context kan namelijk een belangrijke factor zijn bij het oplossen van psychosociale problemen (Pijpenburg et al 2010; Parens, 2013). Daarnaast zouden gezinnen ook zelf in staat moeten zijn om kwetsbaarheden in het leven op te lossen. Het zou bij normaliseren daarom van belang zijn om als professional oog te hebben voor de sociale omgeving, hetgeen bij medicaliseren onvoldoende gebeurt (Parens, 2013; Kaczmarek, 2019; Wienen, 2019). Bijvoorbeeld door ondersteuning te bieden binnen de sociale leefomgeving zoals; school, sport- en muziekverenigingen en de thuissetting zoals; familie, vrienden en buurtgenoten (Pijpenburg, 2010).

Vanuit de literatuur zijn er verschillende factoren van medicaliseren te noemen die het normaliseren belemmeren. In de komende paragrafen zal eerst worden toegelicht hoe een hoge prestatiedruk onder jeugdigen zorgt dat er meer (sociale) problemen worden gemedicaliseerd. De tweede factor die wordt besproken is de stijgende maatschappelijke druk onder jeugdprofessionals om geen fouten te maken. Uit angst om fouten te maken kiezen jeugdprofessionals doorgaans sneller voor een medische interventie in plaats van dat zij proberen te normaliseren.

### 2.2.1 Hoge prestatiedruk

De eerste mogelijke factor die bijdraagt aan het medicaliseren in plaats van normaliseren onder jeugdprofessionals, is de stijgende prestatiedruk die jeugdigen ervaren (Van Yperen et al, 2019; Schoemaker et al, 2019; Wienen et al, 2019). Al geruime tijd komen er signalen vanuit het onderwijs dat steeds meer jeugdigen kampen met psychische problemen (Gezondheidsraad, 2014; Schoemakers et al, 2019). Uit verschillende landelijke onderzoeken blijkt dat jongeren uit zowel het basis-, voortgezet- en beroepsonderwijs steeds meer stress en prestatiedruk ervaren (Gezondheidsraad, 2014; Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS), 2018, Van Yperen et al, 2019; Wienen, 2019; Schoemaker et al, 2019; Kleinjan et al, 2020). Volgens het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) (2019) ontstaat deze prestatiedruk vanuit de maatschappij. In deze paragraaf wordt besproken wat er met deze prestatiedruk wordt bedoeld en wat de gevolgen hiervan zijn, hoe dit zich verhoudt tot medicaliseren en op wat voor manier ouders op zoek gaan naar een diagnose.

Prestatiedruk ontstaat doordat jeugdigen het gevoel hebben dat zij moeten voldoen aan vooraf bepaalde verwachtingen, die worden opgelegd door de sociale omgeving (RVS, 2018; Schoemaker et al, 2019; Kooijmans, 2019). In verschillende evaluaties worden oorzaken benoemd die de stijgende prestatiedruk zouden verklaren, zoals de druk die jeugdigen ervaren om te moeten presteren op school, werk of sport en de sociale vergelijking door bijvoorbeeld de sociale media (RVS, 2018; Schoemaker et al, 2019). De constante verwachtingen zorgen ervoor dat jeugdigen en hun



gezinnen ervan uitgaan dat het leven maakbaar is. Volgens het RVS (2018) heeft dit ertoe geleid dat jeugdigen het gevoel hebben dat kwetsbaarheden die zij ervaren in het leven hun eigen schuld is. Er wordt sterk benadrukt dat deze prestatiedruk nadelige gevolgen heeft voor de gezondheid van jeugdigen. Meerdere onderzoeken laten zien dat deze druk uiteindelijk kan leiden tot psychosociale problemen en normafwijkend gedrag zoals ADHD, stress, depressies of faalangst (Rose, 2007; Schmidt & Simons, 2013; Schoemaker et al, 2019).

Om toch aan de hoge verwachtingen in de maatschappij te kunnen voldoen gaan ouders in sommige gevallen op zoek naar een diagnose voor hun kind. Het stellen van een diagnose of het krijgen van medische hulp kan in dergelijke gevallen voor ouders een uitkomst bieden (Furedi, 2008; Dehue, 2014; Bloemink, 2019; Wienen, 2019; Kenniscentrum Jeugd en Kinderpsychiatrie (KJP), 2020). Volgens medisch socioloog Parsons (1951) heeft het zoeken van een diagnose namelijk een 'motivational component', omdat het stellen van een ziekte of afwijking ook aantrekkelijke kanten heeft. Een individu waarbij een afwijking of diagnose wordt gesteld, wordt niet verantwoordelijk gehouden voor deze afwijking. Een ziekte of afwijking is namelijk iets wat het individu overkomt (Parsons, 1951; Mol & Van Lieshout, 2008). Dit zou betekenen dat bij het stellen van een diagnose bij jeugdigen, ouders ook niet meer verantwoordelijk zijn voor de problematiek van hun kind. Daarnaast is, volgens verschillende onderzoeken, het medisch benaderen van normafwijkend gedrag en psychische problemen ook nodig om de juiste ondersteuning te kunnen ontvangen (Furedi, 2008; Merten, Cwik, Margraf & Schneider, 2017). Door het medisch benaderen van normafwijkend gedrag voelen jeugdprofessionals druk vanuit de maatschappij of ouders om een diagnose te stellen. Hierbij wordt niet gekeken naar de sociale oorzaken van de problemen.

Volgens de Gezondheidsraad (2014) wordt er binnen de jeugdzorg naar problemen gekeken vanuit het sociaal-maatschappelijk perspectief. Binnen dit perspectief worden psychische problemen beschouwd als zijnde verweven met sociale problematiek. Dit zou betekenen dat de toename van het aantal psychische stoornissen voortkomt uit de stijgende psychosociale problematiek, zoals de stijgende prestatiedruk (Schnabel, 1995; Gezondheidsraad, 2014). Psychische problemen zoals stress, faalangst of ADHD komen daardoor ook meer voor omdat steeds meer jongeren last ondervinden van prestatiedruk. Het medicaliseren van deze maatschappelijk gebonden problemen laat daarentegen zien dat er nog onvoldoende aandacht bestaat voor de sociale oorzaken van deze problemen. In sommige gevallen werkt dit het normaliseren onder jeugdprofessionals tegen omdat de boodschap van het normaliseren van problemen juist is dat het normaal zou moeten zijn dat sociale verwachtingen soms niet worden behaald (Parsons, 1951; Parens, 2013; Gezondheidsraad, 2014; Van Yperen et al, 2019).





### 2.2.2 Diagnosedrift & 'Better Safe Than Sorry'

Een tweede mogelijke factor, die bijdraagt aan het medicaliseren, is de *'diagnosedrift'* onder jeugdprofessionals. Verschillende onderzoekers stellen dat de toename van het aantal jeugdigen dat gebruikmaakt van de jeugdzorg ook te maken heeft met een verbeterde herkenning van psychische problemen en verminderde tolerantie van afwijkend gedrag (Gezondheidsraad, 2014a, 2014b; Merten, Cwik, Margraf & Schneider, 2017; Van Yperen, 2019; Lambregts-Rommelse, 2021). Doordat er steeds meer bekend is over de oorzaken en gevolgen van psychische problematiek, vallen ook steeds meer gedragskenmerken onder abnormaal of afwijkend gedrag. Hierdoor komen jeugdigen steeds sneller in aanmerking voor een bijhorende zorginterventie. In de komende paragraaf wordt besproken wat wordt bedoeld met diagnosedrift en hoe de angst om fouten te maken, onder jeugdprofessionals, zorgt voor het diagnosticeren van problemen.

Wanneer de grenzen voor het stellen van een diagnose worden opgerekt, wordt er binnen de geneeskunde gesproken over een *'diagnosedrift'* (Anderson, Sorenson & Prenner, 1991; Shuster, 2009; Bloemink, 2018). Het probleem dat zich binnen de geneeskunde voordoet is dat diagnoses ook worden gesteld zonder dat wordt voldaan aan alle criteria of symptomen van ziekte (Armstrong, 2018). In sommige gevallen handelen hulpverleners daardoor vanuit het uitgangspunt *'Better Safe than Sorry'*, aangezien hulpverleners bang zijn om te laat in te grijpen. Dit komt doordat hulpverleners doorgaans verantwoordelijk worden gehouden wanneer er sprake is van een foutief verloop van een behandeling (Levell et al, 2009; Armstrong & Hilton, 2019). Bij de inzet van een behandeling wordt in het algemeen geen rekening gehouden met de mogelijke negatieve sociale en fysieke gevolgen van een zorgtraject (Moynihan, Henry & Doust, 2012; Armstrong, 2018).

Deze ontwikkeling van een *'diagnosedrift'* is volgens Bloemink (2018) ook terug te zien binnen de jeugdzorg en jeugdhulp. Zij stelt, dat waar aan de ene kant steeds meer bekend is over de oorzaken en gevolgen van psychische problemen bij jeugdigen, aan de andere kant ook steeds meer gedrag als norm afwijkend wordt gezien. Wanneer kinderen niet gemiddeld presteren lijken, zij sneller tegen belemmeringen op te lopen omdat zij niet aan de gemiddelde norm voldoen. Doordat deze maatschappelijke norm steeds strenger lijkt te worden, wordt door verschillende onderzoekers gesteld dat steeds meer kinderen kenmerken laten zien van een psychische stoornis, zoals ADHD of ADD (Gezondheidsraad, 2014b; Bloemink, 2018; van den Bergh et al, 2021). Jeugdigen worden hierdoor in sommige gevallen vroegtijdig gediagnosticeerd en verwezen naar de specialistische zorg, waarbij niet wordt gekeken naar achterliggende sociale oorzaken (Parens, 2007; Van Yperen et al, 2019; Kaczmarek, 2019). Het stellen van een diagnose zorgt ervoor dat er sneller wordt overgestapt naar het nemen van medicatie of therapie zonder dat er gebruik wordt gemaakt van bijvoorbeeld het



sociale netwerk om de hulpvraag op te lossen (Gezondheidsraad, 2014b; RVS, 2017; Lambregts-Rommelse, 2021).

Daarnaast lijkt de maatschappelijke druk op de jeugdzorg de afgelopen jaren sterk te zijn toegenomen door bijvoorbeeld dramatisch verlopen zorgtrajecten, die in de media terecht zijn gekomen (Pijpenburg, 2010; Bloemink 2018). Het gevolg hiervan is dat jeugdprofessionals bang zijn om te laat in te grijpen. Volgens Bloemink (2018) lijken jeugdprofessionals ook hier te handelen vanuit het principe *'Better Safe than Sorry'*. Hierdoor kiezen hulpverleners uit voorzorg voor het vroegtijdig stellen van diagnose of het inzetten van een behandeling van een probleem om erger te voorkomen (Struijs & Doorten, 2009; Bloemink, 2018). Dit geldt in sommige gevallen ook wanneer symptomen en problemen niet duidelijk zijn en ouders graag willen dat hun kind doorverwezen wordt. Het kost professionals hierbij veel tijd om ouders te overtuigen dat specialistische zorg niet noodzakelijk is (Wammes, Jeurissen, Verhoef, Assendelft, Westert & Faber, 2016). Hoewel jeugdprofessionals worden gezien als een belangrijke schakel bij het normaliseren binnen de jeugdsector, stelt Bloemink (2018) dat dit nog niet altijd van de grond komt, omdat er sprake is van een te groot verantwoordelijkheidsgevoel onder professionals.

### 2.3 Uitblijven van normaliseren door een beperkte professionele ruimte en ervaren werkdruk

In deze paragraaf wordt besproken wat jeugdprofessionals bij normaliseren nodig hebben om de hulpvraag te analyseren. Daarna wordt toegelicht op welke manier de beperkte professionele ruimte en de ervaren werkdruk belemmerend werkt bij het analyseren van de hulpvraag en bij het normaliseren binnen de zorg voor jeugd. Ook wordt besproken welke factoren leiden tot een beperkte professionele ruimte en een hogere werkdruk. Volgens de Jeugdwet (Kamerstukken II, 33864, nr. 3, 2012-2013) en het RMO (2012) wordt het bij normaliseren belangrijk geacht om de sociale context mee te nemen in het analyseren en het beoordelen van de hulpvraag. De gedachte hierachter is dat hulp gericht moet zijn op het vergroten van de 'eigen kracht' en zelfredzaamheid van jeugdige en opvoeders. Hierbij gaat het om het vergroten van de probleemoplossende vaardigheden en opvoedvaardigheden van het gezin zelf en diens sociale netwerk (Van Yperen, Wijnen & Hageraats, 2016; Ince & Schmidt, 2017; Friele et al, 2018). Het vergroten van de eigen kracht zou een vraaggerichte houding van hulpverleners vereisen, waarbij de inzet van vrijwilligers en buurtgenoten moet worden gestimuleerd (Ince & Schmidt, 2019).

Om een vraaggerichte houding aan te kunnen nemen en hiermee de eigen kracht van jeugdigen en gezinnen te versterken, is het voor een jeugdprofessionals van belang dat hij/zij de cliënt en zijn/haar gedrag leert begrijpen (Ahn, Novick & Kim, 2003). Het begrijpen en onderscheiden van normaal en afwijkend gedrag houdt in, dat ook achterliggende oorzaken van het vertoonde gedrag moeten worden besproken. Uitleg door een professional over afwijkend gedrag en de



oorzaken daarvan zou dit gedrag namelijk normaler laten lijken. Uitleg hoe afwijkend gedrag ontstaat en het bespreken van mogelijke achterliggende oorzaken zorgt ervoor dat jeugdige en gezin het probleem beter begrijpen (Kahneman & Tversky, 1982; Ahn, Novick & Kim, 2003). Ook zorgt deze uitleg ervoor dat het voor jeugdige en gezin waarschijnlijker is dat problemen vaker voorkomen, waardoor zij het gevoel hebben dat de ervaren problemen normaal zijn bij de ontwikkeling van het kind (Ahn, Novick & Kim, 2003). Om te kunnen normaliseren moeten jeugdprofessionals samen met jeugdige en diens gezin achterhalen welke causale oorzaken ten grondslag liggen aan de ervaren problematiek. Door te kijken naar de oorzaken van bijvoorbeeld ADHD-achtig gedrag of het niet behalen van schoolprestaties, is het volgens verschillende onderzoeken mogelijk om diagnoses achterwege te laten en kinderen binnen het eigen sociale systeem te ondersteunen (Parens, 2013; Meerman, 2017; Wienen, 2019; KJP, 2020).

Uit internationaal onderzoek blijkt daarentegen dat huisartsen, als een van de jeugdprofessionals die zouden moeten normaliseren, te weinig tijd en ruimte in de consulttijd hebben om vanuit de normaliseringsgedachte te werken (Wilson, 1991; Deveugele, Derese, Van Den Brink-Muinen & Maeseneer, 2002). Bijvoorbeeld om de psychosociale problemen van jongeren te bespreken en te begrijpen. Ook uit landelijk onderzoek blijkt dat huisartsen graag gesprekken zouden voeren om de hulpvraag te normaliseren, maar dat ze daar gewoonweg geen tijd voor te hebben (Otten, Geuijen, Zwaanswijk & Koopman, 2018). Hiermee lijkt een beperkte professionele ruimte en beperkte tijd een belangrijke factor te zijn voor het uitblijven van normaliseren onder jeugdprofessionals. Indien de professionals meer tijd zouden hebben, zou er vaker een dialoog gevoerd kunnen worden om, samen met het sociale netwerk van jeugdige en het gezin, de werkelijke oorzaken van sociale en psychische problemen te achterhalen. Zodoende kan worden gezocht naar een oplossing zonder een diagnose te stellen, bijvoorbeeld door het bijstellen van de sociale verwachtingen of het deelnemen aan maatschappelijke activiteiten (Parens, 2007; 1998; Kaczmarek, 2019).

Uit verschillende evaluaties naar de implementatie van de Jeugdwet komt naar voren dat veel jeugdprofessionals een hoge werkdruk ervaren die het normaliseren belemmert (Bröcking, 2017; Gisling, 2019; Smulders et al, 2016). Uit onderzoek van het CBS (2019) en het NJi (2019) blijkt dat 53 procent van de werknemers binnen de jeugdzorg een te hoge werkdruk ervaart. Redenen voor de te hoge werkdruk, die door deze jeugdprofessionals worden genoemd, zijn een toename van het aantal hulpvragen, hoge caseload, veel administratieve lasten en een tekort aan personeel (Bröcking, 2017; Gisling, 2019; Berndsen, 2021). Volgens het NJi (2019) zijn er steeds meer organisaties die met een personeelstekort kampen, waardoor de caseload omhooggaat. Daarnaast blijkt uit de Jeugdwet dat de regeldruk de grootste veroorzaker is van een gebrek aan tijd en ervaren angst om de



hulpvraag (adequaat) te analyseren en te behandelen. Hierdoor houden jeugdprofessionals zich niet bezig met taken die nodig zijn om te normaliseren, zoals het ondersteunen van- en zoeken naar collectieve hulp, het bieden van laagdrempelige ondersteuning of het betrekken van het sociale netwerk (Van Arum & Schoorl, 2016; Smulders et al, 2016). Dergelijke ondersteuning en hulp zouden namelijk de bewustwording van jeugdproblematiek kunnen vergroten, wat als belangrijk wordt geacht bij het normaliseren.

## 2.4 Ontbreken van een eenduidige definitie van normaliseren

Een derde mogelijke verklaring voor het uitblijven van normaliseren bij jeugdprofessionals is dat niet duidelijk is wat er precies wordt bedoeld met normaliseren. Hoewel de Jeugdwet (Kamerstukken II, 33864, nr. 3, 2012-2013) oproept om te normaliseren, wordt hierin niet beschreven hoe dit binnen de jeugdzorg vorm moet worden gegeven. Doordat er geen eenduidige definitie is van normaliseren, worden er door jeugdprofessionals ook verschillende definities en visies rondom normaliseren gehanteerd. In de komende paragrafen worden verschillende definities en visies van normaliseren besproken, wordt uiteengezet waarom er binnen gemeenten geen eenduidige definitie is van normaliseren en wat binnen gemeenten mogelijk nodig is om het begrip normaliseren te operationaliseren.

### 2.4.1 Verschillende definities van normaliseren

Een eerste definitie van normaliseren kan vanuit sociologisch oogpunt worden benaderd en houdt in dat steeds meer afwijkingen als normaal worden gezien (Mol & Van Lieshout, 2008; Gezondheidsraad, 2014). Afwijkingen worden gezien als gedragingen die duidelijk afwijken van de maatschappelijke norm (Foucault, 1997; Mol & Van Lieshout, 2008). Volgens de Gezondheidsraad (2014) worden de maatschappelijke normen en verwachtingen bij normaliseren opgerekt, waardoor gedrag dat eerst als afwijkend wordt gezien nu als normaal wordt beschouwd. Het probleem, dat hierbij op kan treden, is dat deze maatschappelijke norm sterk kan verschillen per maatschappij en tijd, waardoor jeugdprofessionals onderling ook sterk verschillen in mening wanneer gedrag als normaal of als afwijkend kan worden gezien (Aggleton, 1987; Grebennikov, 2005). Onderscheid tussen normaal en afwijkend gedrag kan daarom sterk verschillen per context waarin de problemen van jeugdigen zich voordoen.

Bij een tweede mogelijke definitie wordt normaliseren gezien als een vorm van ondersteuning, die gezinnen in staat stelt om problemen zelfstandig op te lossen en in staat stelt om het alledaagse leven zelfstandig te organiseren (RMO, 2012). In deze definitie ligt de verantwoordelijkheid van de zorgvraag bij de jeugdige en gezin zelf en niet bij de hulpverlening. Een uitgangspunt van de Jeugdwet (Kamerstukken II, 33864, nr. 3, 2012-2013), bij het 'normaliseren', is daarom om het opvoedkundige klimaat te versterken en nadruk te leggen op welk gedrag als



normaal kan worden beschouwd tijdens de ontwikkeling en opvoeding van jeugdigen (Bröcking, 2017; Friele et al, 2018; Hilderink et al, 2021). Hierbij zou het opvoedkundig klimaat moeten worden versterkt in bijvoorbeeld het gezin, op school en in de buurt. Normaliseren zou gericht moeten zijn op het vergroten van de zelfredzaamheid en eigen kracht van gezinnen (RMO, 2012; Friele et al, 2018). Voorbeelden van initiatieven, die de eigen kracht versterken, zijn; jeugdigen mee laten beslissen in de keuzes van de jeugdprofessional, het bieden van lichte ondersteuning en het betrekken van het sociale netwerk en het doorverwijzen naar voorliggende voorzieningen (Van Arum & Schoorl, 2016; Smulders et al, 2016).

Een derde mogelijke definitie van normaliseren kan vanuit een medisch oogpunt worden benaderd. Bij deze vorm van normaliseren wordt het gebruik van medicatie of jeugdzorg gezien als een vorm van normaliseren. Volgens het 'Normale Functie Model' van Daniels (1994) zouden (sociale) afwijkingen het voor individuen onmogelijk maken om deel te nemen aan de maatschappij. Het gebruik van de gezondheidszorg en medicatie zou mensen moeten helpen om 'normaal' te kunnen functioneren. De zorg heeft daarmee als doel het in stand houden of het herstellen van sociale functies veroorzaakt door afwijkingen of ziekte (Daniels & Sabin, 1994; Parens 1998). Goede zorg zou volgens het 'Normale Functie Model' eraan bijdragen dat mensen met een afwijking of ziekte gelijke kansen hebben in bijvoorbeeld het onderwijs. Het gebruik van medicatie of verwijzing naar de jeugdzorg heeft dan een normaliserende functie; normaliseren betreft binnen deze definitie namelijk het gebruik van medicatie om het psychische functioneren of presteren in lijn te brengen met de maatschappelijke verwachtingen of norm (Conrad & Potter, 2000; Simoni, 2017). De kanttekening, die bij deze vorm van normaliseren wordt gemaakt, is dat de noodzaak van een medische interventie sterk afhangt van de sociale context. Bij bijvoorbeeld het gebruik van ADHD-medicatie is het moeilijk om onderscheid te maken of medicatie kan worden beschouwd als een normaliserend middel of een onnodige prestatieverbetering (Parens, 1998; Simoni, 2018).

#### 2.4.2 Noodzaak van samenwerking tussen jeugdprofessionals

Naast de verschillende visies met betrekking tot normaliseren, laten verschillende evaluaties ook zien dat een gebrekkige samenwerking belemmerend werkt bij het normaliseren bij de zorg voor jeugd (Bröcking, 2017; Friele et al, 2018; Kooijmans, 2019; Hilderink et al, 2020). Volgens Bröcking (2017) komt samenwerking binnen de jeugdzorg nog niet op gang door de grote cultuurverschillen in werkwijze tussen diverse expertises en jeugdhulporganisaties (Friele et al, 2018). Verschillen in belang en werkwijze zorgen ervoor dat professionals het vaak niet met elkaar eens zijn over een situatie waarin een gezin zich bevindt en welke acties moeten worden ondernomen (Munro, 2008; Bartelink, 2015, 2018). Hierbij worden signalen van problemen anders geïnterpreteerd door bijvoorbeeld een wijkteammedewerker, huisarts of leraar. Onderzoek naar de samenwerking



rondom besluitvorming binnen de jeugdzorg laat zien dat jeugdprofessionals vaak intuïtief handelen, waarbij de eerste indruk van het probleem leidend is voor de keuzes die een jeugdprofessional maakt (Munro, 1998; Bartelink, 2018). Doordat jeugdprofessionals sterk verschillen in werkwijze en de keuzes die zij daarin maken, is er nauwelijks terugkoppeling of de genomen beslissing ten aanzien van de specialistische zorg juist was (Berben, 2000; Munro, 2008; Bartelink, 2018; Van Yperen et al, 2019). Deze grote cultuurverschillen en een gebrek aan samenwerking kunnen ertoe leiden dat er geen gebruik wordt gemaakt van elkaars expertise en kennis. Doordat er geen gebruik wordt gemaakt van elkaars kennis is er in sommige gevallen onvoldoende zicht over beschikbare mogelijkheden en effectieve interventies (Bröcking, 2017; Bartelink, 2015; Van Yperen et al, 2019; Friele, 2018; 2019).

Om te kunnen normaliseren is het echter van belang om domein overstijgend te werken en weet te hebben van elkaars expertise; dit vergroot namelijk de informatievoorziening en terugkoppeling op de gemaakte keuzes (Gambrill, 2005; Hilderink et al, 2020). Het wordt belangrijk geacht om overleg en overeenstemming te organiseren met betrekking tot de werkwijze van normaliseren binnen de gemeente (Friele et al, 2018; Van Den Bergh, Broschot, Gritchley, Thayer & Ottaviani, 2020). Het zoeken naar de juiste ondersteuning door professionals lijkt daarentegen een grote uitdaging te zijn (Medenhall & Frauenholtz, 2014). Om de samenwerking tussen verschillende hulpverleners te versterken is een gedeelde visie van belang. Overeenstemming over de doelen en visies is namelijk sturend voor de uitkomsten waar men binnen de gemeente naar streeft (Ansell & Gash, 2008). Een gedeelde visie houdt in dat er binnen de gemeente een heldere doelstelling en een duidelijke operationalisatie is over hoe de ervaren problematiek moet worden aangepakt. Een gedeelde visie zou er juist voor zorgen dat hulpverleners elkaar beter weten te vinden, meer onderling vertrouwen hebben en gemakkelijker samenwerking zoeken om deze visie na te leven (Ansell & Gash, 2008; Frauenholtz & Mendenhall, 2014). Verschillende onderzoekers stellen daarom dat het belangrijk is om op gemeentelijk niveau normaliseren op te pakken en dit in de praktijk te concretiseren (Hilderink et al, 2020; Wesseling, 2021)

## 2.5 het tegengaan van stigma's als verwant begrip van normaliseren

Hoewel er weinig onderzoek is gedaan naar hoe professionals kunnen normaliseren binnen de jeugdzorg, is er wel veel onderzoek gedaan naar het tegengaan van stigma rondom mentale gezondheid. Wereldwijd stijgt het aantal jeugdigen dat kampt met mentale problemen sterk (Merten et al, 2017; James et al, 2018; Hecht, Kloss & Bartsch, 2021). Volgens het NJi (2019) en de Gezondheidsraad (2014) is deze trend ook terug te vinden binnen de jeugdzorg, waarbij een stijging is te zien van het aantal jeugdigen met stress, depressies of ADHD (Walker et al, 2008; Gezondheidsraad, 2014; Van Yperen et al, 2019). Verschillende onderzoeken laten hierbij zien dat het



diagnosticeren van dergelijke stoornissen gepaard gaat met bijhorende stigma's, waarbij hulpverleners vaak onbewust zijn van hun bijdrage aan deze stigma's (Hansson et al, 2011; Arboleda-Florez & Stuart, 2012; Van Erp et al, 2019). Onderzoek naar de oorzaken en gevolgen van stigma's kan volgens een aantal onderzoekers inzicht geven wat er voor gezondheidsprofessionals nodig is om stigma's tegen te gaan (Gale, 2007; Walker 2008). In de komende paragraaf wordt daarom besproken wat een stigma inhoudt, hoe stigma's ontstaan, wat de gevolgen van een stigma kunnen zijn, hoe het tegengaan van stigma's zich verhoudt tot normaliseren en wat belangrijke factoren zijn bij het tegengaan van stigma's.

#### 2.5.1 Definitie van stigma

Binnen de jeugdpsychiatrie wordt een stigma omschreven als een kenmerk van een individu waaraan, door de samenleving, onwenselijke eigenschappen worden toegeschreven (Goffman, 1963; Arboleda-Florez & Stuart, 2012; Gezondheidsraad, 2014). Een stigma onderscheidt jeugdigen op een negatieve manier van hun leeftijdsgenoten en omvat vaak vooroordelen of discriminerend gedrag richting de gestigmatiseerde (Link & Pehlan, 2001; Moses 2010; Hansson 2011; Arboleda-Florez & Stuart, 2012). Een mentaal stigma ontwikkelt zich vooral wanneer er onvoldoende bewustzijn is binnen de maatschappij met betrekking tot mentale problemen. Op deze manier bepaalt de maatschappij wanneer afwijkend gedrag als problematisch kan worden beschouwd (Arboleda-Florez, 2002).

#### 2.5.2 Stigma als belemmering van normaliseren

Stigmatisering rondom mentale problematiek kan het normaliseren belemmeren. Het krijgen van een diagnose, of het uiten van afwijkend gedrag volgens de maatschappij op zichzelf, leidt tot minder tolerantie en vriendelijk gedrag richting de gestigmatiseerde (Link & Pehlan, 2001). Verschillende onderzoeken stellen daarbij dat deze negatieve houding richting de gestigmatiseerde ontstaat doordat stigmatiserend gedrag wordt geassocieerd met negatieve eigenschappen zoals agressiviteit, onberekenbaar, minderwaardig en onbetrouwbaar (Connolly et al, 1992; Mukolo, Link & Pehlan, 2001; Heflinger & Wallston, 2010; Moses, 2010; Hansson et al, 2011). De negatieve associaties die samenhangen met een stigma, zorgen ervoor dat de sociale reputatie van jeugdigen wordt aangetast en zij sociaal worden buitengesloten. Hierdoor ontvangen jeugdigen en diens gezin minder sociale steun om met mentale en psychische problemen om te gaan en nemen zij minder deel aan maatschappelijke activiteiten (Link & Pehlan, 2001; Walker et al, 2008; Moses, 2010; Mukolo et al, 2010; Gezondheidsraad, 2014; Van Erp et al, 2019). Deze sociale support en deelname aan maatschappelijke activiteiten worden volgens de Jeugdwet (Kamerstukken II, 33864, nr. 3, 2012-2013) en het RMO (2012) juist belangrijk geacht bij het normaliseren binnen de zorg voor jeugd.



Daarnaast is een stigma een belangrijke factor die de toegang tot en het gebruik van de zorg belemmert (Mukolo et al, 2010). Een manier om om te gaan met mentale problemen is het zoeken van laagdrempelige ondersteuning of hulpverlening. Het zoeken van hulp wordt daarentegen sterk geassocieerd met stigmatisering, aangezien het krijgen van hulp als bevestiging wordt gezien dat iemand kampt met mentale problemen en dus afwijkt van de maatschappelijke norm (Chandra & Minkovitz, 2007; Moses, 2010; Van Erp et al, 2019). Deze bevestiging naar de maatschappij toe kan in sommige gevallen ertoe leiden dat jeugdigen en diens gezin zich beschaamd of schuldig voelen voor de ervaren problematiek. Het gevoel van schaamte en schuld kan door ouders en jeugdigen gezien worden als een belemmering om op zoek te gaan naar de juiste ondersteuning (Walker et al, 2008; Arboleda-Florez & Stuart, 2012; Henderson & Gronholm, 2018). Het ontvangen van hulp of ondersteuning en het bevestigen van het stigma zou namelijk door de gestigmatiseerde worden gezien als een maatschappelijke straf. Doordat ouders niet weten hoe zij om moeten gaan met deze mentale problemen en geen ondersteuning krijgen bij het omgaan met deze problemen, vergroot dit tevens de zorglast bij ouders en verzorgers (Van Wijngaarden, Schener & Koeter, 2004; Bool & Bransen, 2006). Dit mechanisme zou ook het normaliseren kunnen belemmeren, doordat jeugdprofessionals pas te maken krijgen met jeugdigen wanneer de problematiek is verergerd (Perlick et al, 2001; Arboleda-Florez, 2012). Hierdoor is het aannemelijk dat jeugdigen niet meer in aanmerking komen voor laagdrempelige hulp of zorg in het voorliggend veld.

Volgens Walker (2008) worden stigma's bij jeugdigen vooral binnen de schoolsetting en tussen leeftijdsgenoten opgeplakt. Onderzoek naar kinderen gediagnosticeerd met ADHD laat zien dat een goede relatie met de leerkracht belangrijk is bij het ontwikkelen van een positief zelfbeeld, een goede relatie met klasgenoten, het gevoel om erbij te horen, academische prestaties en mate van succes die jeugdigen ervaren (Cameron, 2006; Sherman, Rasmussen & Baydala, 2008; Moses, 2010; Wienen et al, 2019). Een diagnose, met bijhorende stigma, zorgt er daarentegen voor dat leerkrachten de problematiek als zwaarder en problematischer inschatten dan jeugdigen zonder diagnose (Eisenberg & Schneider, 2007; Ohan et al, 2011; Gezondheidsraad, 2014; Simoni, 2018; Wienen et al, 2019). Leerkrachten geven aan dat zij minder goed in staat zijn om kinderen met een ADHD-label te helpen dan kinderen zonder dit label (Gezondheidsraad, 2014; Simoni, 2018). Zij zullen daarom eerder op zoek gaan naar professionele ondersteuning om deze problematiek aan te pakken. Enkele onderzoekers stellen hierbij dat een stigma zorgt voor een negatieve dynamiek, waarbij symptomen worden versterkt en er zwakke relaties binnen de klas worden gevormd (Cameron, 2006; Moses, 2010). Bij stigma binnen de schoolsetting ligt de focus op het verhelpen van symptomen bij een diagnose of uiting van afwijkend gedrag en niet, zoals bij normaliseren, bij het herstel van





mogelijke sociale, economische of persoonlijke achterliggende oorzaken van de ervaren problematiek.

### 2.5.3 Destigmatisering als een vorm van normaliseren

Volgens het Trimbos Instituut wordt normaliseren als een belangrijke factor gezien bij het tegengaan van stigma's (Van Erp, 2019). Het tegengaan van stigma's (destigmatiseren) wordt in de literatuur omschreven als het normaliseren en accepteren van gestigmatiseerde groepen door het verminderen van stereotypen en het verminderen van de sociale afstand tussen de maatschappij en de gestigmatiseerde groep (Lundahl 2020; Hecht et al, 2021). Binnen de jeugdpsychiatrie betekent dit een positieve verandering vanuit de maatschappij in houding en gedragingen ten opzichte van kinderen met psychische problemen (McKeever, 2015; Hecht et al, 2021). Het tegengaan van stigma's en normaliseren kan bijvoorbeeld plaatsvinden door als hulpverlener aan te geven dat psychische klachten vaker voorkomen of bij het leven horen. Hierbij wordt aandacht besteed aan het gedrag dat samengaat met de ervaren psychische problemen en de mogelijke oorzaken die hier ten grondslag liggen (Van Erp et al, 2019; Gezondheidsraad, 2014). Net als bij normaliseren ligt bij het destigmatisering van psychische problemen de focus op het herstellen en versterken van de sociale relatie tussen familie, buurt en leeftijdsgenoten (Moses, 2010; Henderson & Gronholm, 2018; Hecht et al, 2020). Het versterken van deze relatie zou namelijk de bewustwording van psychische problemen vergroten, waardoor er binnen het sociale netwerk meer begrip is voor de ervaren problematiek.

Om stigma's tegen te gaan wordt het belangrijk geacht om mentale problemen bespreekbaar te maken en maatschappelijke participatie van mensen met psychische problemen te vergroten. Het onderwijs kan hierin een belangrijke rol spelen (Gale, 2007; Walker, 2008; Howick et al, 2018; Austin & Schwartz, 2018; Wienen et al, 2019). Voorgaand onderzoek laat zien dat jongeren een beperkte kennis en begrip hebben ten opzichte van mentale en psychische problemen (Gale, 2007; Moses, 2010; Howick et al, 2018). Het onderwijzen van oorzaken en invloed van mentale en psychische problemen leidt tot meer kennis, betere herkenning van symptomen en meer begrip voor deze problematiek (Arboleda-Florez, 2012). Onderzoek suggereert dat voorlichting, door een individu die succesvol omgaat met een mentale stoornis, ook negatieve vooroordelen weg kan nemen en de sociale inbedding van mentale stoornissen kan vergroten (Gale, 2007; Arboleda-Florez, 2012; Henderson & Gronholm, 2018). De verhoogde tolerantie voor mentale problemen kan bij de gestigmatiseerde leiden tot meer zelfvertrouwen waardoor zij sneller op zoek gaan naar zowel professionele ondersteuning als ondersteuning binnen hun eigen sociale omgeving om met hun problemen om te gaan (Austin & Schwartz, 2018; Newcomb-Anjo, 2019). Wel zijn dergelijke vormen



van onderwijs stoornis specifiek, wat inhoudt dat het alleen de kennis en tolerantie van de onderwezen stoornis vergroot (Watson, 2004; Arboleda-Florez & Stuart, 2012).

Ook het onderwijzen en bespreken van mentale problematiek met jeugdhulpverleners kan bijdragen aan het tegengaan van stigma's. Hoewel jeugdprofessionals in contact staan met jeugdigen die mentale problemen ervaren, hebben professionals vaak onvoldoende kennis over de oorzaken en gevolgen van stigmatisering (Gale, 2007; Henderson & Gronholm, 2018). Uit onderzoek van het Trimbos-instituut (Van Erp et al, 2019) blijkt dat een kwart van de mensen, die gebruikmaakt van de GGZ, zich gestigmatiseerd voelt door de hulpverlening. Zij geven hierbij aan dat de focus van de hulpverlening is gericht op de beperkingen van het individu. Het Trimbos-instituut benadrukt daarom dat er in de opleiding en hulpverlening van professionals aandacht moet zijn voor de gevolgen van stigmatisering (Van Erp et al, 2019). Om de stigma's tegen te gaan hebben jeugdprofessionals bijvoorbeeld kennis nodig over de noodzaak van samenwerking, sociale status, ontkrachten van vooroordelen en onderling contact bij het tegengaan van stigma's (Allport, 1954; Henderson & Gronholm, 2018). Hierbij is het belangrijk om gezinnen zelf mee te laten beslissen over de hulpverlening en overzicht te hebben van werkzame interventies en ondersteuning die is gericht op het herstel en de eigen kracht van de gestigmatiseerde (Gale, 2007; Hansson et al, 2014).

Daarnaast wordt het bij destigmatiseren en normaliseren belangrijk geacht dat de zorgverlening is gericht op het versterken van de sociale positie en eigen kracht van de gestigmatiseerde. Hierbij wordt het belang van empathie en het contact met lotgenoten benadrukt (Mahlke, 2014; Howick et al, 2018; Ince & Schmidt). Hierbij moet ondersteuning gericht zijn op het versterken van vaardigheden, kennis en participatie en het benutten van sociale hulpbronnen van jeugdigen en diens gezin (Laffra & Nikken, 2014; Ince & Schmidt, 2017). Bijvoorbeeld het gebruik van zelfhulpgroepen, zelfmanagement of groepstrainingen. Dergelijke groepen hebben een normaliserende functie omdat de gestigmatiseerde bewust wordt dat de eigen problemen vaker voorkomen in de maatschappij. Dit bevordert het zelfvertrouwen, vermindert het zelf-stigma en verlaagt de drempel om hulp te zoeken binnen het sociale netwerk (Ince & Schmidt, 2017; Van Erp, 2019). Uiteindelijk kan dit ook de sociale binding van jeugdigen versterken, waardoor zij beschikking hebben over meer begrip en sociaal-emotionele steun.

Figuur 1: conceptueel model van factoren al dan niet normaliseren door jeugdprofessionals





### 3. Methoden

Om antwoord te geven op de onderzoeksvraag is voor dit scriptieonderzoek kwalitatief onderzoek verricht. Aan de hand van het boek 'Kwalitatieve Onderzoeksmethoden' van Hennink, Hutter en Bailey (2020), wordt in dit hoofdstuk beschreven waarom was gekozen voor kwalitatief onderzoek en welke stappen zijn ondernomen tijdens het verzamelen van de data.

#### 3.1 Kwalitatief onderzoek

Er is gekozen voor kwalitatief onderzoek, omdat deze manier van onderzoeken het meest geschikt is voor explorerend onderzoek naar onderwerpen waar nog weinig onderzoek naar is gedaan. Zo ook naar wat wordt verstaan onder het normaliseren en wat jeugdprofessionals nodig hebben om te kunnen normaliseren binnen de zorg voor jeugd. Kwalitatief onderzoek is namelijk gericht op de ervaringen, overtuigingen, meningen en percepties van de participant binnen de context waarin iemand zich bevindt (Hennink, Hutter & Bailey, 2020). Daarnaast zijn kwalitatieve onderzoeksmethoden open van aard, waardoor deze inzicht verschaffen in verschillende perspectieven en visies ten opzichte van het normaliseren binnen de zorg voor jeugd. In dit scriptieonderzoek stond daarmee het perspectief van jeugdprofessionals binnen de gemeente Weststellingwerf centraal. Aan de hand van dit kwalitatief onderzoek is er geprobeerd antwoord te geven op de onderzoeksvraag:

*'Welke factoren hangen volgens jeugdprofessionals samen met het al dan niet normaliseren van opvoedvragen?'*

Een eerste doel van kwalitatief onderzoek is om te begrijpen waarom, hoe en wat voor invloed de sociale, economische en culturele context heeft op de keuzes die, in dit onderzoek, jeugdprofessionals maken. Het begrijpen van deze keuzes, ervaringen, overtuigingen, meningen en percepties binnen de context van de participant, maakt kwalitatief onderzoek hiermee interpretatief van aard. Een tweede doel van kwalitatief onderzoek is het ontwikkelen van een theorie of het aanvullen van een bestaande theorie. Doordat ook wordt gezocht naar wetmatigheden is het mogelijk om een nieuwe theorie te formuleren of een bestaande theorie aan te vullen (Hennink et al, 2020). Tenslotte wordt bij kwalitatief onderzoek de studiepopulatie aangeduid als participanten. Middels het afnemen van een diepte-interview vertellen zij hun verhaal, waardoor zij actief participeren in het onderzoek (Hennink et al, 2020).

#### 3.2 Participantenselectie en -werving

Omdat in dit onderzoek gebruik werd gemaakt van kwalitatieve onderzoeksmethoden was er sprake van een doelgerichte steekproef (Hennink et al, 2020). Dit betekent dat er doelgericht werd gezocht naar participanten met specifieke kenmerken, die belangrijk waren om antwoord te krijgen op de



onderzoeksvraag (Patton, 2002; Hennink et al, 2020). Kwalitatief onderzoek richt zich op een gedetailleerd begrip van de context van het onderzoeksonderwerp. Om gedetailleerd en diepgaande informatie te achterhalen werd er gestreefd naar een klein aantal heterogene participanten (Hennink et al, 2020). De heterogeniteit tussen participanten werd belangrijk geacht om verschillende visies en ervaringen met betrekking tot het normaliseren binnen de zorg voor jeugd te kunnen onderzoeken. Een doelgerichte steekproef maakte het mogelijk om te zoeken naar een diverse onderzoekspopulatie die verschillende perspectieven ten opzichte van de onderzoeksvragen kon belichten.

### 3.2.1 Onderzoekspopulatie

Voor het benaderen van participanten werd eerst de onderzoekspopulatie gedefinieerd. De onderzoekspopulatie bestond uit jeugdprofessionals die werkzaam zijn binnen het voorliggend veld en/of werkzaam zijn als verwijzer naar de specialistische jeugdzorg. Binnen dit onderzoek werd de jeugdprofessional gezien als het verzamelwoord voor alle mensen die zich beroepsmatig bezighouden met de ontwikkeling van het kind. Een jeugdprofessional kon daarom veel verschillende vormen aannemen, zoals leerkracht, huisarts, gezinsvoogd, medewerker van een gebiedsteam of jongerenwerker (Vogelvang & Verhagen, 2016). Om de verschillende visies en contexten te onderzoeken werd onderscheid gemaakt tussen jeugdprofessionals werkzaam binnen de gemeente, zoals het gebiedsteam, schoolmaatschappelijk werkers, gedragswetenschappers en jongerenwerkers en participanten buiten de gemeente werkzaam voor de GGD, het onderwijs en als huisarts. De keuze voor deze onderzoekspopulatie was dat deze participanten vroegtijdig betrokken zijn bij de ondersteuning en zorg voor jeugdigen. Hierdoor werd verwacht dat deze groep participanten een belangrijk rol spelen bij het normaliseren binnen de jeugdzorg en jeugdhulp.

### 3.2.2 Participantenwerving

De eerste groep participanten die waren benaderd, zijn werkzaam binnen de gemeente Weststellingwerf. Voor het benaderen van deze groep werd gebruikgemaakt van een formeel netwerkmethod. In dit onderzoek was dat het netwerk van werknemers binnen het sociaal domein binnen de gemeente Weststellingwerf. Omdat dit onderzoek zich heeft gefocust op het normaliseren binnen de zorg voor jeugd, werd gezocht naar participanten die zich binnen het sociaal domein bezig houden met de jeugdzorg. Denk hierbij aan vlechtwerkers, schoolmaatschappelijk werkers, gedragswetenschappers of jongerenwerkers. Vlechtwerker is hierbij een term die in de gemeente Weststellingwerf wordt gebruikt als benaming voor iemand werkzaam als gebiedsteammedewerker. Er werd gekozen voor deze manier van werven, aangezien de betreffende student, als stagiair beleidsmedewerker jeugd, werkzaam was binnen het sociaal domein. Hierdoor was er de mogelijkheid om direct contact te zoeken met collega's binnen het sociaal domein. Samen met de



stagebegeleider heeft de student op basis van de werkzaamheden, functie en ervaring een selectie gemaakt van geschikte participanten. Vervolgens werd via de mail een uitnodiging gestuurd om deel te nemen aan het onderzoek. Deze uitnodigingsmail is samen met de stagebegeleider opgesteld, met daarin de aanleiding en het doel van het onderzoek. Deze uitnodiging is te vinden in Bijlage 2.

De tweede groep participanten zijn werkzaam buiten de gemeente zoals de GGD, het onderwijs of als huisarts in de gemeente Weststellingwerf. Deze groep participanten werd benaderd via gatekeepers (Hennink et al, 2020). Gatekeepers hebben een prominente rol binnen een specifieke groep en kunnen potentiële participanten aansporen om deel te nemen aan onderzoek (Hennink et al, 2020). Het gebruik van gatekeepers had daarbij verschillende voordelen. Zo was het benaderen van een gatekeeper van belang om de privacy van mogelijke participanten te waarborgen. Zonder gatekeeper was het lastiger om de contactgegevens van personen werkzaam voor de GGD, onderwijs en huisartsen te verkrijgen. Binnen dit onderzoek waren de gatekeepers werkzaam voor de gemeente Weststellingwerf, die in nauw contact stonden met de GGD en onderwijsinstellingen. Voor de huisartsen is er via de gemeente contact opgenomen met de praktijkondersteuner huisarts jeugd (POH-jeugd). De gatekeepers waren via mail op de hoogte gebracht van het onderzoek. Deze mail was uit naam van de stagebegeleider en de gemeente verzonden. Daarnaast was een informatiebrief meegestuurd (bijlage 2) met een uitgebreide uitleg over het doel en onderwerp van het onderzoek. Vervolgens hebben de gatekeepers geschikte participanten benaderd voor deelname aan het onderzoek. Omdat deelname voor dit onderzoek vrijwillig was, hadden potentiële participanten zelf de keuze om contact met de onderzoeker op te nemen.

### 3.2.3 Aantal participanten

Het aantal participanten, dat nodig werd geacht voor dit onderzoek, werd bepaald aan de hand van het punt van *saturatie* (Hennink et al, 2020). Er wordt gesproken van saturatie, wanneer de informatie tijdens de dataverzameling zich begint te herhalen en geen nieuwe inzichten geeft met betrekking tot het onderzoek. Het afnemen van nieuwe interviews is dan overbodig. Binnen dit onderzoek werd gestreefd naar vijftien participanten om het punt van saturatie te bereiken. Er werd hierbij gezocht naar zes vlechtwerkers, drie participanten werkzaam voor de GGD, drie huisartsen en drie participanten werkzaam binnen het onderwijs. Uiteindelijk zijn er acht interviews afgenomen met in totaal negen jeugdprofessionals, waarbij twee professionals gezamenlijk zijn geïnterviewd. Zeven participanten waren werkzaam voor de gemeente Weststellingwerf binnen het gebiedsteam, een participant werkzaam voor de GGD en een participant werkzaam binnen het onderwijs. Het was niet gelukt om interviews af te kunnen nemen met huisartsen.



De bereidheid om deel te nemen aan het onderzoek bleek erg laag te zijn. Na het versturen van meerdere herinneringen en gezien de tijdsdruk van het onderzoek is er daarom gekozen om het bij negen participanten te laten. Tijdens het analyseren van de interviews werd tevens het punt van saturatie bereikt (Hennink et al, 2020). Hiermee leek er voldoende informatie te zijn verzameld om een goede analyse uit te kunnen voeren. Een verklaring waarom het niet was gelukt om het beoogde aantal participanten te werven is een gebrek aan tijd en kennis van het onderwerp bij potentiële participanten. De POH-jeugd gaf aan dat veel huisartsen drukke ervaren en geen tijd hadden om deel te nemen aan het onderzoek. Na het sturen van de uitnodigingsmail en twee herinneringsmails, was er vanuit de huisartsen dan ook geen enkele reactie ontvangen. Ook bij de GGD en het onderwijs werd veelal geen reactie ontvangen, mogelijk ook vanwege een gebrek aan voldoende kennis van het onderwerp. Tijdens het onderzoek werd vanuit de gemeente duidelijk dat de GGD en het onderwijs nog niet actief bezig zijn met het normaliseren van jeugdproblematiek. Dit zou er toe kunnen hebben leiden dat potentiële participanten onvoldoende motivatie hadden om deel te nemen aan het onderzoek.

### 3.3 Interviewstudie

#### 3.3.1 Diepte-interviews

Voor het verzamelen van de data werd gebruik gemaakt van diepte-interviews. Een diepte-interview kan worden omschreven als een gesprek met een doel, waarbij de participant wordt gestimuleerd om zijn eigen mening en ervaringen te delen (Hennink et al, 2020). Aan de hand van een interviewschema probeerde de onderzoeker inzicht te krijgen in de persoonlijke ervaringen, meningen en beslissingen van de participanten met betrekking tot het normaliseren in de zorg voor jeugd. Deze inzichten werden belangrijk geacht voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Daarnaast kon door middel van een diepte-interview in worden gegaan op praktijkvoorbeelden en casuïstiek. Op deze manier werd de participant ook gestimuleerd om zijn eigen denk- en handelwijze binnen de zorg voor jeugd te vertellen.

#### 3.3.2 Interviewschema

Omdat het onderzoek explorierend van karakter was, is er gekozen voor een semigestructureerd interview. Met deze vorm van interviewen was het mogelijk om verschillende onderwerpen, die bijdragen aan een antwoord op de onderzoeksvraag, uitgebreid te bespreken (Hennink et al, 2020). Het interviewschema diende hiermee als een geheugensteun voor de onderzoeker en was hiermee minder gestructureerd dan bijvoorbeeld een vragenlijst (Hennink et al, 2020). Bij een semigestructureerd interviewschema is het namelijk belangrijk dat er ook voldoende vrijheid voor de geïnterviewde moet zijn om zijn eigen ervaringen en mening te vertellen. Dit maakte het voor de onderzoeker mogelijk om door te vragen op onderwerpen, die door de participant werden aangehaald. Ook wanneer deze onderwerpen niet in het interviewschema naar voren kwamen.



Het interviewschema (bijlage 1) was opgesteld aan de hand van de aanleiding van het onderzoek, de onderzoeksvraag, het theoretische kader en het conceptuele model (Hennink et al, 2020). Het interview startte met een introductie over het doel en onderwerp van het onderzoek en wat er uiteindelijk werd gedaan met de informatie die tijdens het interview werd gedeeld. Ook werd de participant op de hoogte gebracht van de anonimiteit van het onderzoek en werd nogmaals mondeling toestemming gevraagd om het interview af te nemen. Daarna werden er een aantal inleidende vragen gesteld. De inleidende vragen hadden betrekking op de achtergrond van de participant, bijvoorbeeld hoe zij betrokken zijn bij de jeugdzorg binnen de gemeente Weststellingwerf. Deze vragen hadden als doel om informatie te krijgen over de context waarbinnen de participant werkzaam is. De inleidende vragen waren daarmee wel gerelateerd aan het onderzoeksonderwerp. De introductie en inleidende vragen waren belangrijk om *rapport* op te bouwen met de participant (Hennink et al, 2020). Rapport houdt in dat er een vertrouwensband met de participant werd opgebouwd, waardoor de participant een veilig en vrij gevoel had om zijn eigen verhaal te vertellen.

Na het bespreken van de introductie en de inleidende vragen werd gebruik gemaakt van sleutelvragen. Dit waren open vragen die antwoord moesten geven op de onderzoeks- en deelvragen. Het opbouwen en behouden van rapport was hierbij belangrijk, omdat dit de participant een vrij en veilig gevoel gaf om zijn of haar eigen mening en ervaringen te bespreken (Hennink et al, 2020). Aangezien het doel van het interview was dat de participant zijn eigen mening en ervaringen met de onderzoeker deelde, was het van belang dat de onderzoeker zo weinig mogelijk invloed had op de participant. De invloed van de onderzoeker is geprobeerd te beperken door open vragen te stellen waarbij de mening van de onderzoeker achterwege werd gelaten. Omdat de sleutelvragen antwoord moest geven op de onderzoeksvraag, werd daarom ook gebruikgemaakt van *topical probes* (Hennink et al, 2020). *Topical probes* zijn onderwerpen waar de interviewer op door kon vragen, wanneer een bepaald onderwerp niet door de participant zelf werd aangehaald.

Tijdens de sleutelvragen lag de focus op de mening en ervaringen die jeugdprofessionals hadden met betrekking tot het normaliseren binnen de jeugdzorg. Daarnaast werd gevraagd wat jeugdprofessionals zowel zelf als van andere professionals nodig hebben om succesvol te kunnen normaliseren. Een voorbeeldvraag hiervan is *'Bent u bekend met het begrip normaliseren binnen de jeugdzorg? Zo ja, wat verstaat u daar onder?'*. Omdat in gemeentelijk en landelijk beleid veel wordt gesproken over het normaliseren binnen de jeugdzorg, was het de bedoeling dat de participanten actief na gingen denken wat zijzelf verstaan onder normaliseren. Op deze manier was het mogelijk om zoveel mogelijk verschillende meningen in kaart te brengen. Een andere vraag die tijdens de sleutelvragen werd gesteld is: *'Zou u een voorbeeld kunnen bedenken waarbij het wel en niet is gelukt om te normaliseren?'*. Vragen naar een specifieke casus gaf een duidelijk beeld op wat voor manier





jeugdprofessionals proberen te normaliseren, welke stappen zij zetten en welke keuzes zij maken tijdens een zorgvraag. Het vragen naar een specifieke casus heeft ervoor gezorgd dat jeugdprofessionals vertellen over factoren, die volgens hen invloed hebben om al dan niet in te zetten op normaliseren.

Om te voorkomen dat het interview plotseling stopt en de participant geen mogelijkheid had om zelf vragen te stellen, werd tenslotte gebruik gemaakt van afsluitende vragen (Hennink et al, 2020). Deze vragen hadden als doel om het opgebouwde rapport tussen de onderzoeker en de participant af te bouwen. In dit onderzoek werd daarom als afsluiting gevraagd naar positieve en leuke ervaringen die de participant in zijn werk mee heeft gemaakt. Bijvoorbeeld waar de participant binnen eigen werk trots op is of welke aspecten het werk leuk maken. Tenslotte werd gevraagd of de participant ook nog onderwerpen had die zij graag zelf nog wouden bespreken. Hiermee werd weer afstand tussen de participant en de onderzoeker gecreëerd. Door de participant te bedanken, was het mogelijk om het interview af te sluiten.

Aan de hand van het interviewschema werd verwacht dat het interview ongeveer een uur zou duren. Dit werd ook gemeld in de informatiebrief die naar de participanten was gestuurd. Van de acht afgenomen interviews hadden zes interviews een duur tussen de 50 en 60 minuten. Het interview met de participant werkzaam voor de GGD had een duur van 35 minuten. Dit kwam doordat de participant moeilijk antwoord kon geven op de onderzoeksvragen en meerdere malen doorverwees naar collega's. Hierdoor werden korte antwoorden gegeven en werd weinig gesproken over eigen ervaringen. Ook werd dit interview online afgenomen, wat het opbouwen van rapport lastiger maakte dan een face-to-face interview op locatie (Hennink et al, 2020). Het interview met de jongerenwerkers had een duur van 80 minuten. Doordat de participanten in tweetal werden geïnterviewd, konden zij op elkaar reageren en samen ervaringen delen met de onderzoeker.

Omdat er tijdens dit onderzoek sprake was van de coronamaatregelen, had de participant de keuze gekregen om online of fysiek deel te nemen aan het onderzoek. Wanneer de participant gekozen had om het interview online af te nemen werd gebruikgemaakt van het Microsoftprogramma Teams. Wanneer de participant aangaf om het interview fysiek af te nemen, werd het interview op het gemeentehuis in Wolvega of het gemeentehuis in Noordwolde afgenomen. Hierbij werden de coronamaatregelen zo goed als mogelijk nageleefd.

### 3.4 Dataverwerking en data-analyse

Hoewel het deelnemen aan het onderzoek vrijwillig was, was een schriftelijke toestemming van deelname vereist. Hiervoor was bij de informatiebrief (bijlage 2) een toestemmingsformulier gevoegd, die zowel door de participant als de onderzoeker moest worden ondertekend. Met dit



formulier gaf de participant toestemming om gebruik te maken van de opgenomen interviews en de verstrekte informatie. Het opgenomen interview werd uiteindelijk gebruikt voor de data-analyse.

#### 3.4.1 Dataverwerking & analyse

Om de interviews te verwerken tot bruikbare data zijn de interviews opgenomen met behulp van audioapparatuur. Hierna zijn de audiobestanden getranscribeerd. Dit betekent dat de interviews letterlijk zijn uitgeschreven. In de transcripten werden ook de stiltes en versprekingen tijdens het interview aangegeven. Een belangrijk aspect bij het transcriberen is het weglaten van informatie die herleidbaar waren naar de participant. Daarom zijn de transcripten geanonimiseerd. Alle informatie die de identiteit van de participant onthult, zoals namen, plaatsen en andere specifieke informatie is verwijderd (Hennink et al, 2020). De namen van de participanten zijn in de transcripten vervangen door een cijfer, bijvoorbeeld P1. Ter controle zijn de uitgeschreven transcripten naar de betreffende participant gestuurd. Deze kreeg hiermee de mogelijkheid om op- of aanmerkingen toe te voegen. Van deze mogelijkheid heeft geen enkele participant gebruik gemaakt. Op het moment dat de transcripten waren goedgekeurd, zijn deze gebruikt voor de analyse. Voor het analyseren en coderen van de transcripten werd gebruikgemaakt van het programma ATLAS.ti.

#### 3.4.2 Ontwikkelen van codes

Voor het afnemen van de interviews en het analyseren van de data zijn codes ontwikkeld. Een code is een probleem, onderwerp, mening of kwestie, die in de data aanwezig is (Hennink et al, 2020). Met het coderen van de data werd onderscheid gemaakt tussen deductieve en inductieve codes. Het ontwikkelen van deductieve codes werd gedaan voordat aan de slag werd gegaan met het analyseren van de interviews (Hennink et al, 2020). Deze codes werden gemaakt aan de hand van verwachtingen van de onderzoeker, de onderzoeksvraag, het theoretische kader, het conceptueel model en onderwerpen die terugkwamen in het interviewschema. Vervolgens werden de codes ingedeeld in verschillende categorieën die mogelijk antwoord konden geven op de onderzoeksvraag. Omdat deze codes werden ontwikkeld aan de hand van bronnen buiten de data, was het belangrijk om na te gaan of deze onderwerpen, problemen en meningen ook daadwerkelijk naar voren kwamen in de data (Hennink et al, 2020).

De inductieve codes werden daarentegen ontwikkeld door middel van de verzamelde data. Deze codes kwamen pas naar voren bij het analyseren van de interviews en vulden de deductieve codes aan. Bijvoorbeeld door het actief lezen van de transcripten, het schrijven van memo's, herhaalde meningen en ervaringen en connecties tussen verschillende onderwerpen (Hennink et al, 2020). Codes die werden ontwikkeld tijdens het analyseren van de data waren erg waardevol, aangezien deze onderwerpen of meningen door de participanten zelf als belangrijk werd gezien. Deze nieuwe onderwerpen konden sterk verschillen met de verwachtingen van de onderzoeker zelf



(Hennink et al, 2020). Het categoriseren van deze codes werd tijdens het analyseren van de interviews gedaan.

Aan de hand van de ontwikkelde codes en de transcripten werd uiteindelijk een codeboek (bijlage 3) opgesteld om de interviews te coderen. Het codeboek bestond uit de namen van alle codes, een beschrijving hoe de code op de tekst was toe te passen en een voorbeeld uit de interviews (Hennink et al, 2020). In het codeboek werd ook onderscheid gemaakt tussen de categorieën. Relevante informatie werd door middel van het codeboek gelabeld met een deductieve of een inductieve code (Hennink et al, 2020). Tijdens het analyseren van de interviews werd het codeboek ook aangevuld met inductieve codes of werden er codes samengevoegd. Het labelen en toekennen van codes was essentieel voor het schrijven van de resultaten en het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Daarnaast kon het categoriseren van de codes in het codeboek ook bijdragen aan het vormen van een nieuwe theorie of het aanvullen van de gebruikte theorie (Hennink et al, 2020). Dit houdt in dat codes die overeenkomen of antwoord geven op een bepaalde onderzoeksvraag onder eenzelfde categorie vallen.

### 3.5 Validiteit en betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid en validiteit binnen kwalitatief onderzoek verschilt met die van kwantitatief onderzoek. Volgens Shenton (2004) bestaat de betrouwbaarheid en validiteit van kwalitatief onderzoek uit vier voorwaarden. In deze paragraaf worden deze vier voorwaarden besproken met betrekking tot dit onderzoek.

#### 3.5.1 Geloofwaardigheid

De geloofwaardigheid van kwalitatief onderzoek kan worden vergeleken met de interne validiteit van kwantitatief onderzoek. Geloofwaardigheid van het onderzoek gaat over de vraag in hoeverre de bevindingen overeenkomen met de werkelijkheid. De geloofwaardigheid van kwalitatief onderzoek kan vergroot worden door het gebruik van gevestigde onderzoeksmethoden. Bijvoorbeeld door het gebruik van een semigestructureerd interviewschema. Ook is het ontwikkelen van vertrouwen tussen de onderzoeker en de participant belangrijk. Dit is in dit onderzoek gedaan door middel van het gebruik van gatekeepers en het opbouwen van rapport tijdens de interviews. Gatekeepers zijn namelijk bekend met de participanten en kunnen mogelijke participanten aansporen om deel te nemen aan het onderzoek. Hierdoor zullen participanten het onderzoek sneller als vertrouwd beschouwen. Rapport draagt er daarnaast aan bij dat participanten zich veilig en vertrouwd genoeg voelen om hun eigen mening en ervaring, met betrekking tot het onderzoeksonderwerp, te delen. Het bestuderen van de context waarbinnen de data wordt verzameld, kan hiermee de geloofwaardigheid van het onderzoek vergroten (Shenton, 2004).



### 3.5.2 Overdraagbaarheid

Binnen kwantitatief onderzoek wordt de overdraagbaarheid van de resultaten ook wel de externe validiteit genoemd (Shenton, 2004). Aangezien de resultaten van kwalitatief onderzoek specifiek zijn toe te kennen aan een kleine onderzoekspopulatie en een specifieke context, is het niet mogelijk om de resultaten buiten deze context toe te passen. Om de overdraagbaarheid van de uitkomsten van kwalitatief onderzoek te vergroten, is het belangrijk dat de context en grenzen van het onderzoek gedetailleerd worden beschreven. In dit onderzoek wordt geprobeerd de overdraagbaarheid te vergroten door middel van het beschrijven van de stappen die zijn gezet binnen het onderzoek, wat voor organisaties zijn benaderd voor deelname aan het onderzoek, het aantal en soort participanten dat heeft deelgenomen aan het onderzoek en op welke manier de data is verzameld. Op deze manier wordt geprobeerd om een duidelijke omschrijving te geven van de context waarbinnen dit onderzoek is uitgevoerd. Een duidelijke omschrijving maakt het voor andere onderzoekers mogelijk om te bepalen of de resultaten bruikbaar zijn voor een vergelijkbaar vervolgonderzoek.

### 3.5.3 Dependability

Met de dependability binnen kwalitatief onderzoek wordt de betrouwbaarheid van het onderzoek bedoeld. Omdat de context van het onderzoek voortdurend verandert, zijn de bevindingen van kwalitatief onderzoek gebonden aan de situatie van het onderzoek (Shenton, 2004). Hiermee lijkt er veel overlap te zijn tussen de overdraagbaarheid en dependability van kwalitatief onderzoek. Door de steeds veranderende context is de kans klein dat bij een volgend vergelijkend onderzoek dezelfde resultaten naar voren zullen komen. Bijvoorbeeld door een verschil in meningen en ervaringen bij nieuwe participanten. Het is bij kwalitatief onderzoek daarom van belang om een gedetailleerde beschrijving te geven van de onderzoeksmethoden en onderzoeksdesign en de operationalisatie van dataverzameling. Ook is het noodzakelijk om een reflectieve beoordeling van de processen binnen het onderzoek te geven. Hierbij is het belangrijk om een uitleg te geven waarom bepaalde keuzes worden gemaakt en hoe deze keuzes invloed hadden op de context. De betrouwbaarheid in dit onderzoek werd vergroot door in de methoden paragraaf een gedetailleerde beschrijving te geven van de onderzoeksmethoden en -design, dataverzameling en de gemaakte keuzes. Ook werd de betrouwbaarheid vergroot door het codeboek (bijlage 3) in het onderzoek op te nemen.

### 3.5.4 Conformerbaarheid

De laatste voorwaarde voor kwalitatief onderzoek is die van conformerbaarheid. Deze voorwaarde is vergelijkbaar met de objectiviteit binnen kwantitatief onderzoek. Objectiviteit in onderzoek wordt veelal geassocieerd met onderzoeksmethoden die niet afhankelijk zijn van menselijke vaardigheden of percepties. In kwalitatief onderzoek is dit lastig aangezien het interviewschema door de onderzoeker zelf wordt ontworpen en de onderzoeker zelf de interviews afneemt en analyseert



(Shenton, 2004). Het is hierdoor onmogelijk om de invloed van de onderzoeker te vermijden. Daarom is het belangrijk dat bevindingen in kwalitatief onderzoek berusten op ervaringen en percepties van de participanten zelf. Om de objectiviteit van het onderzoek te vergroten, wordt het belangrijk geacht dat de onderzoeker ervan bewust is dat hij invloed heeft op het onderzoek middels persoonlijke ervaringen en de eigen mening. De keuzes, die de onderzoeker maakt met betrekking tot het onderzoek, dienen daarom nauwkeurig te worden beschreven. Tijdens de discussie (hoofdstuk 6) zal daarom een reflectie worden gegeven met betrekking tot de invloed die onderzoeker heeft en de beperkingen van het onderzoek. Ook is de conformeerbaarheid vergroot door bewust na te denken over de invloed van de onderzoeker en dit na het afnemen en transcriberen van de interviews, te bespreken met de stagebegeleider.



## 4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten besproken, die zijn verzameld aan de hand van de interviews met jeugdprofessionals binnen de gemeente Weststellingwerf. Door middel van een kwalitatieve analyse van de interviews is getracht antwoord te geven op de volgende onderzoeksvragen:

*‘Wat wordt verstaan onder normaliseren?’, ‘Wat is nodig om te kunnen normaliseren?’, ‘In hoeverre wordt er binnen de gemeente Weststellingwerf al genormaliseerd?’ en ‘Welke knelpunten worden ervaren bij het normaliseren binnen de gemeente Weststellingwerf?’.*

Uiteindelijk zullen de resultaten van de interviews samen antwoord geven op de hoofdvraag *“Welke factoren hangen volgens jeugdprofessionals samen met het al dan niet normaliseren van opvoedvragen?”*. De beantwoording van deze vraag zal in het conclusie hoofdstuk aan de orde komen.

Paragraaf 4.1 geeft, aan de hand van tabel 1, een beschrijving van de participanten uit dit onderzoek. Paragraaf 4.2 gaat in op de vraag wat wordt verstaan onder normaliseren. Hier wordt besproken op wat voor manier de participanten bekend zijn met normaliseren en welke componenten zij belangrijk achten bij het normaliseren binnen de jeugdzorg. Paragraaf 4.3 gaat verder in op in hoeverre er binnen de gemeente Weststellingwerf al wordt genormaliseerd. Vervolgens wordt in paragraaf 4.4 besproken wat volgens de participanten nodig is om succesvol te kunnen normaliseren. Tenslotte geeft paragraaf 4.5 weer welke knelpunten jeugdprofessionals ervaren om al dan niet in te zetten op het normaliseren binnen de zorg voor jeugd.

### 4.1 Participantenkenmerken

In tabel 1 is een overzicht te vinden van de participanten die deel hebben genomen aan het onderzoek. Uit deze tabel wordt duidelijk dat zeven participanten werkzaam zijn voor de gemeente Weststellingwerf. Hierbij is participant P1 betrokken bij het gebiedsteam als gedragswetenschapper. Participant P2 en P3 zijn werkzaam als jongerenwerker. Participant P4, P7, P8 en P9 zijn werkzaam als vlechtwerker binnen het gebiedsteam. Van de negen participanten zijn er twee werkzaam buiten de gemeente. Dit geldt voor participant P4, die werkzaam is als gedragspecialist binnen het onderwijs, en voor participant P5 die werkzaam is als gezondheidsadviseur voor de GGD.

Tabel 1: beschrijving van jeugdprofessionals binnen de gemeente Weststellingwerf

Code	Functie	Werkzaam bij:	Werkzaamheden:	Op wat voor manier betrokken bij de jeugdzorg:	Betrokken bij wat voor jeugdcasussen:
P1	Gedragswetenschapper	Gemeente	De gedragswetenschapper heeft een verbindende rol met de beleidsvoering binnen de gemeente en heeft een adviserende en begeleidende rol binnen het gebiedsteam.	Vast punt in de route naar Veilig Thuis en Raad Van De Kinderbescherming en beoordeelt de kwaliteit bij toekenning van een jeugdhulpvoorziening. Daarnaast begeleidt de participant werknemers met een SKJ-registratie.	Heftige jeugdcasussen en meervoudige problematiek.
P2	Jongerenwerker	Gemeente	Ontwikkelen van een sociale basis om jeugdproblematiek op te vangen	Preventie en toegang tot het voorliggend veld. Hierbij staat de participant vooral in contact met de eerstelijnszorg.	Gezonde jongeren binnen de gemeente en laagdrempelige zorgvragen.
P3	Jongerenwerker	Gemeente	Ontwikkelen van een sociale basis om jeugdproblematiek op te vangen. Daarnaast is heeft deze persoon een signalerende functie en is een aanspreekpunt in de buurt.	Preventie en toegang voorliggend veld. Hierbij staat de participant vooral in contact met eerstelijnszorg en schoolmaatschappelijke werkers.	Gezonde jongeren binnen de gemeente en laagdrempelige zorgvragen.
P4	Jeugdzorgwerker gebiedsteam	Gemeente	Jeugdzorgwerker houdt zich bezig met alle taken die binnen de jeugdwet en WMO vallen.	Vooraf betrokken bij gesloten plaatsingen en herindicatie binnen de jeugdhulp.	De participant is betrokken bij voorliggende projecten, zelfstandigheidstrainingen en behandelgroepen.
P5	Gedragsspecialist	Onderwijs	De participant kijkt mee bij hulpvragen met betrekking tot het passend onderwijs. Daarnaast voert de participant gesprekken met ouders. Hierbij zijn ze ondersteunend en adviserend richting het onderwijs.	Voert handelingsgerichte gesprekken en kan aan de hand van deze gesprekken doorverwijzen naar de schoolmaatschappelijk werker, huisarts of het gebiedsteam.	Samenwerkingsverband van verschillende schoolbesturen in OWO** en kinderen die binnen de Wet Passend Onderwijs vallen.
P6	Adviseur gezondheidsbevordering	GGD	Adviserende rol bij uitvoering gezondheidsbeleid binnen gemeente Weststellingwerf.	Is niet direct betrokken bij de verwijzing naar de jeugdzorg	De participant is niet direct betrokken bij jeugdcasussen. Heeft wel een directe functie bij maatschappelijke projecten, zoals; 'Welbevinden Op School'.
P7	Casemanager gebiedsteam	Gemeente	Contactpersoon voor gezin en jeugdige bij het opstellen van resultaten. Daarnaast is de participant ook werkzaam binnen de integrale vroeghulp.	Zoeken naar passende jeugdzorgaanbieders en bepalen welk bedrag een aanbieder nodig heeft.	Heftige jeugdcasussen, hulpvragen met betrekking tot de WMO en het project 'Nu tot Nul'
P8	Vlechtwerker gebiedsteam	Gemeente	Werkzaam binnen het schoolmaatschappelijk werk en integrale vroeghulp. Daarnaast is de participant vooral gericht op basisschoolkinderen en gesprekken met diens gezin.	Mogelijkheid om direct te verwijzen naar relevante specialistische jeugdhulp.	Bij jeugdigen met een basisschoolleeftijd. Daarnaast is de participant ook betrokken bij het project 'Nu tot nul' en de 'KIES-groep'.
P9	Inkoopondersteuner jeugdhulp gebiedsteam	Gemeente	Opstellen van gewenste resultaten, bepalen kosten van jeugdhulp, en een adviserende rol bij de sociale kaart. De participant werkt daarnaast met de Friese systematiek voor het toekennen van jeugdhulp.	De participant is niet betrokken bij directe verwijzing naar de specialistische zorg. De participant bepaalt alleen mee over de kosten van het hulptraject.	Gesprekken met aanbieders over kosten van de in te zetten zorg of alternatieve mogelijkheden.

\*\* Ooststellingwerf, Weststellingwerf en Opsterland (OWO)

## 4.2 Wat wordt verstaan onder normaliseren

In deze paragraaf wordt besproken in welke mate de jeugdprofessionals uit dit onderzoek bekend zijn met het begrip normaliseren (4.2.1). Hoewel uit de Jeugdwet van 2015 (kamerstukken II, 33864, nr.3, 2012-2013) duidelijk wordt dat jeugdprofessionals een belangrijke rol spelen bij het normaliseren van opvoedvragen, geven alle participanten aan niet precies te weten wat normaliseren inhoudt. Na het stellen van de vraag hoe de participant het begrip normaliseren zou definiëren, was het voor alle participanten wel mogelijk om uitleg te geven welke aspecten volgens hen belangrijk zijn. Er is tijdens de analyse daarom voor gekozen om de vraag ‘Wat wordt verstaan onder normaliseren’ te bespreken op basis van belangrijke componenten bij het normaliseren binnen de zorg voor jeugd. Volgens de participanten gaat het hierbij om de volgende componenten: het accepteren van problemen, bepalen wanneer de situatie goed genoeg is, ontwikkelen van handvaten, zelfredzaamheid zonder professionals en laagdrempelige ondersteuning (4.2.2).

### 4.2.1 Bekendheid met normaliseren

Op de vraag op welke manier de participanten bekend zijn met het begrip normaliseren, gaven alle participanten aan dat dit wel al een plaats heeft in het vormen van nieuw beleid en regelmatig naar voren komt in vergaderingen en overleggen. Daarmee lijken alle jeugdprofessionals theoretisch bekend te zijn met het begrip normaliseren. De bekendheid van het begrip is daarentegen in de praktijk minder aanwezig. Alle professionals geven aan dat wordt verwacht dat zij gaan normaliseren, maar dat het niet duidelijk is wat dit begrip precies inhoudt en hoe zij dit in de praktijk moeten vormgeven. Zo geeft een participant aan, *“een tijd geleden nog ook weer een training over gehad, ook over het feit wat houdt het precies in?”* Vervolgens wordt aangegeven dat, hoewel normaliseren een plaats in het beleid heeft, het nog steeds niet duidelijk is wat het precies betekent.

*“En toen kwam daar op een gegeven moment, na een aantal jaren, dat zal iets van 25 jaar geleden zijn geweest, maar of we dan over hetzelfde hebben daar ben ik wel benieuwd naar. Wel dat we inderdaad meer moesten gaan normaliseren. Dat we die kinderen niet moesten laten zoals ze waren, maar ze moesten zich, uhm naja, we moesten er eigenlijk voor zorgen dat wij ze meekregen in het gewone leven.” (P5)*

Aanvullend op het citaat van participant P5 blijkt, dat deze vanuit eerdere werkzaamheden al bekend was met het begrip normaliseren en dit ook eerder in de praktijk vorm heeft moeten geven. Ondanks dat de participant een eigen uitleg heeft kunnen geven wat normaliseren betekent en hoe dit in





praktijk werd toegepast, gaf de participant ook aan dat het tijdens vergaderingen niet mogelijk was om te achterhalen wat normaliseren in de praktijk inhoudt.

#### 4.2.2 Belangrijke componenten van normaliseren

Om de onderzoeksvraag ‘wat wordt verstaan onder normaliseren?’ te bespreken, wordt in deze paragraaf verschillende componenten besproken die volgens de participanten belangrijk worden geacht bij het normaliseren binnen de jeugdzorg. In tabel 2, aan het einde van deze paragraaf, wordt een overzicht van deze componenten gegeven.

##### Accepteren van opgroei problemen als problemen die bij het leven horen

Een eerste component die door alle participanten werd genoemd, is de acceptatie van ervaren problemen. Bij het normaliseren is het volgens een aantal participanten van belang dat problemen tijdens de ontwikkeling als normaal worden beschouwd. Een aantal participanten gaf aan dat ouders het gedrag van hun kinderen steeds sneller als afwijkend zien. Het is daarom belangrijk om als professionals aan ouders duidelijk te maken dat sommige problemen bij het leven en het opgroeien horen.

*“En uhm, en ook wel een beetje dat ouders redelijk snel in paniek kunnen schieten of zo. Dat een bepaalde situatie niet normaal is terwijl naar mijn idee best wel dingen ook wel gewoon onder het opvoeden vallen. En ja bij het ene kind maak je het ene mee met het andere kind het ander en er wordt soms wel snel een soort paniek van gemaakt of zo. Ja, en dat vind ik ook wel een stukje normaliseren. Omdat een beetje terug te brengen naar wat is gebruikelijk en wat is ongebruikelijk zeg maar.” (P7)*

Daarnaast werd door een participant aangegeven dat het normaal moet zijn om vragen over opvoeden en opgroeien te kunnen stellen. Het stellen van vragen kan namelijk voorkomen dat ouders moeite ervaren tijdens de ontwikkeling en opvoeding van hun kind. Problemen worden beter begrepen en ouders kunnen hierbij het gevoel hebben dat zij er tijdens de opvoeding niet alleen voor staan. Wanneer er problemen worden ervaren, is het volgens een van de participanten ook normaal om met het gezin mee te lopen. Bijvoorbeeld door het gezin tijdelijk te ondersteunen, te adviseren of bepaalde vaardigheden aan te leren zonder dat hier specialistische jeugdzorg voor nodig is. Op deze manier zouden de ouders de ervaren problemen aan kunnen pakken met de mensen binnen het eigen gezin of om het gezin heen.

*“Wordt het op een gegeven moment echt dusdanig dat je denkt, ik heb er last van. Nou ja, natuurlijk je mag altijd om hulp vragen, die, die handreiking moet er ook altijd zijn om bijvoorbeeld met de gebiedsteams daar eens over in gesprek te gaan, maar in dat gesprek, nou, in eerste instantie gewoon zoeken naar wat is normaal wat is een normale ontwikkeling, wat zijn normale reacties en*



*hoe, als je nu het gevoel hebt ik ben even uit mijn normale doen, hoe kom jij weer terug in jou ja, normale situatie. Dat is voor mij wel het normaliseren.” (P9)*

#### *Bepalen wat goed genoeg is*

De tweede component die door een aantal participanten werd genoemd, is het principe van ‘goed genoeg.’ Bij het bepalen of een situatie ‘goed genoeg’ is, wordt gekeken waar de grens tussen normale problemen en uitzonderingen ligt. Het was volgens een participant dan ook belangrijk om “goed voor de bril te hebben wat bij verschillende levensfasen hoort en wat specifiek niet”. Daarnaast is het van belang om te achterhalen of de opvoedsituatie van voldoende kwaliteit en veilig genoeg is om met deze problemen om te kunnen gaan. Hierbij wordt het normale van een gezin naast het maatschappelijke normaal gezet en wordt gekeken of ouders zelf de competenties hebben om met de ervaren problemen om te gaan. Wanneer de situatie als ‘goed genoeg’ wordt beschouwd, zouden ouders voldoende in staat moeten zijn om deze problemen zelf op te lossen.

*“Uhm, dus normaliseren gaat over, uhm, het bepalen wat bij het gewone leven hoort, uhm, of wat daar echt buiten valt. Dus ook vanuit het idee van goed genoeg van uhm, vanuit de pedagogische visie is het ook van alles wat niet goed genoeg is op basis van het pedagogische kader. Dat is verder uit te diepen dan uhm, wat mij nu lukt hoor. Maar alles wat buiten niet goed genoeg valt, dat komt in een grijs gebied waarvan je niet weet. Daarin ga je bepalen wat goed genoeg is. Alles wat goed genoeg is betekent dat je als gemeente zegt, oh daar hoeven we niks mee. En dat is het uhm, normale leven.” (P1)*

#### *Laagdrempelige en collectieve ondersteuning*

Een derde component, die door meerdere participanten werd genoemd als een belangrijk onderdeel van normaliseren, was de aanwezigheid en inzet van voorliggende en laagdrempelige ondersteuning bij jeugdproblematiek. Door verschillende participanten werd aangegeven dat problemen die relatief veel voorkomen in de samenleving, collectief en laagdrempelig zouden moeten worden aangepakt. Door gebruik te maken van voorliggende initiatieven is het volgens de participanten mogelijk om problemen aan te pakken zonder het gebruik van specialistische zorg. Een kernbegrip hierbij is volgens een aantal participanten de bewustwording bij gezinnen. Het is belangrijk dat gezinnen problemen begrijpen en dat zij er bewust van gemaakt worden dat sommige problemen bij de opvoeding en ontwikkeling horen. Ouders leren zo niet alleen om zelf oplossingen te zoeken om met de ervaren problemen om te gaan, maar ook dat zij vaak niet alleen zijn bij het zoeken van een oplossing.

*‘Ik denk wel collectief, ik noemde net al even dat project welbevinden op school, dat vind ik wel een heel mooi uitgangspunt. Dus dat je eigenlijk die omgeving waarin kinderen en ouders al jong zich*

*bevinden en dan heb je school, maar ik kan me voorstellen dat ook kinderopvang daarin en misschien nog wel daarvoor ook de peuterspeelzalen. Dat je die, als je daar ouders ook die het nodig hebben, extra bagage mee zou kunnen geven over die weerbaarheid, maar ook gewoon hun opvoedingsvaardigheden..’ (P6)*

Ook het collectief bespreken van problemen, bijvoorbeeld middels projecten op school of tijdens een ouderavond, kan bijdragen aan de bewustwording van problemen door gezinnen. Zo stelt een participant dat het nodig is om bijvoorbeeld *“gesprekken te voeren over de mentale gezondheid”* onder jeugdigen. Wanneer er binnen de sociale omgeving van gezinnen collectief meer aan preventie wordt gedaan, zou dit volgens de participant de inzet van zwaardere zorg kunnen voorkomen.

#### *Ontwikkelen van handvaten en zelfredzaamheid zonder professional*

Een laatste component van normaliseren die door de participanten werd genoemd, is het versterken van de zelfredzaamheid en weerbaarheid van de jeugdige en het gezin. Verschillende participanten geven aan dat het bij normaliseren belangrijk is om gezinnen handvaten te geven om zelf problemen tijdens de ontwikkeling op te kunnen lossen. Dit betekent ook dat er moet worden genormaliseerd wanneer er al specialistische jeugdzorg wordt ingezet. Er moet samen met jeugdzorgaanbieders worden gewerkt om jeugdigen en gezinnen weer zelfstandig te laten zijn. Hierbij moet worden nagegaan wat nodig is om de zorg weer af te kunnen schalen en te kijken wat gezinnen nodig hebben om zelfstandig mee te draaien in de samenleving.

*“Precies, ja dat is natuurlijk de uh... nou het moeilijkst van wat is nou normaal? Hè, die vraag. Normaliseren versta ik eigenlijk onder, dat je weer zo snel mogelijk terug moet naar wat iemand zelf kan, zonder professionals.” (P4)*

Een participant merkte op dat je *“als professionals daar een goed oog voor moet hebben en dat proces goed moet bewaken”*. Het zou bij normaliseren belangrijk moeten zijn om iemand voldoende vertrouwen te geven en na te gaan wat iemand nodig heeft om problemen zelfstandig op te lossen. De participant benadrukt dat het niet erg is als het een keer fout loopt, dat *“je af en toe natuurlijk wel heel even mag zwemmen”*.

Tabel 2: belangrijke componenten bij normaliseren

Onderzoeksvraag	factoren
Componenten van normaliseren	<ul style="list-style-type: none"><li>- Accepteren van opgroeioproblemen, waarbij het voor ouders normaal moet zijn om vragen te stellen.</li><li>- Het principe van ‘Goed Genoeg’ om te bepalen wanneer een opvoedsituatie veilig genoeg is.</li><li>- Beschikbaarheid van collectieve en laagdrempelige ondersteuning en voorliggende voorzieningen.</li><li>- Het collectief bespreken van jeugdproblematiek.</li><li>- De zelfredzaamheid en weerbaarheid van jeugd en gezin.</li></ul>

#### 4.3 In hoeverre wordt er binnen de gemeente Weststellingwerf al genormaliseerd?

Tijdens de interviews werd duidelijk dat sommige participanten normaliseren zien als een standaardonderdeel van hun dagelijks werk, dat normaliseren wordt gebruikt om verwijzingen naar de specialistische jeugdzorg te voorkomen en dat normaliseren wordt gezien als een alternatief voor zorg. In tabel 3, aan het einde van deze paragraaf, wordt een overzicht gegeven in hoeverre er, volgens de jeugdprofessionals, al wordt genormaliseerd.

##### 4.3.1: Standaardonderdeel van dagelijks werk van professionals

Een aantal participanten maakt duidelijk dat zij normaliseren zien als een standaardonderdeel van hun werkzaamheden. Zo geven twee participanten aan dat zij als jongerenwerker een normaliserende functie hebben doordat zij activiteiten organiseren met de ‘gezonde jeugd’ binnen de gemeente Weststellingwerf. Zij proberen vooral jongeren die opvallend gedrag laten zien mee te nemen in deze activiteiten.

*“Je staat eigenlijk op de linie van de gezonde, want weet je het grootste gedeelte in Wolvega is ook gewoon gezond. Doet het hartstikke goed. En wij staan eigenlijk met hun op de linie van we blijven dan ook lekker in die onderste hè, als je die piramide van bovenste topje jeugdzorg, hoe blijven we nou in die onderste. Ja, daar. Dus alleen al ons dagelijkse werk, wij bevinden ons al in een normaliserende functie.” (P2)*

Ook twee andere participanten geven enkele voorbeelden waarin naar voren komt dat zij normaliserend proberen te werken. Zo worden door de participanten verschillende visies gebruikt omtrent normaliseren: *‘It takes a village to raise a child’* en de *‘Friese pedagogische visie.’* Volgens deze visies betekent normaliseren onder andere het mobiliseren van het sociale netwerk. Een participant geeft aan dat er *“cirkels om een kind heen worden gezet die bijdragen aan het opgroeien van een kind”*. Er wordt gekeken welke mensen uit het sociale netwerk een bijdrage kunnen leveren bij het behandelen van jeugdproblematiek. Het volgende citaat geeft deze gedachte goed weer:

*“En dan kom je weer op ‘it takes a village to raise a child’. Daar moet je toch weer naartoe, want die professional, ja, die zit wel ergens in de village, maar wel aan de buitenkant. Die is wel weer tijdelijk en de rest van de village is iets permanenter.” (P9)*

Tenslotte geven enkele participanten aan dat zij tijdens gesprekken met jeugdigen en gezinnen ook normaliserend proberen te werken. Bijvoorbeeld door middel van de ouderschapstheorie. Volgens een participant kent deze theorie veel componenten van normaliseren: er wordt geprobeerd niet alleen naar jeugdige en gezin te kijken, maar ook naar sociale of economische factoren die invloed kunnen hebben op de ervaren problemen. Door te kijken naar achterliggende problemen kan volgens

een aantal participanten onnodige jeugdzorg in sommige gevallen worden voorkomen, aangezien de stressfactoren binnen het gezin worden verwijderd.

*“Ja, ik probeer daar wel altijd naar te kijken. Van als ik een vraag heb, van kijk kinderen zijn natuurlijk allemaal wel eens boos. [...] Hoe vaak is altijd? Speelt er nog meer waardoor je vindt dat hij altijd boos is? Of reageer jij met een kort lontje omdat je overwerkt bent of omdat je schulden hebt? Hè, dus altijd kijken naar, oké wat is normaal gedrag? Wat laten alle kinderen wel eens zien en waarin wordt het dan extremer zeg maar of extra? En dat is eigenlijk wel uh... altijd wel een onderdeel van het gesprek. Als ze zeggen van het is zo spannend, dan zeg ik dat snap ik natuurlijk ook wel. Hè van dat herken ik wel of ik haal mijn eigen kinderen er ook wel eens bij.” (P8)*

Hoewel sommige participanten aangeven dat zij normaliserend proberen te werken, wordt dit volgens een deel van de professionals nog onvoldoende in de praktijk gedaan en is het nog geen concrete stap in hun werkzaamheden. Dit heeft volgens een aantal participanten te maken met het feit dat professionals verschillend denken over normaliseren. Zo stelt een participant dat iemand in de zware zorg anders denkt over normaliseren dan iemand die bijvoorbeeld werkzaam is in het voorliggend veld. Dat normaliseren nog niet breed wordt gedragen en er verschillende manieren van normaliseren zijn, blijkt uit het onderstaande citaat:

*“Ik denk niet dat we altijd op dezelfde lijn zitten. Zorgaanbieder en het gebiedsteam. Zeker niet in kader van normaliseren waarbij al zorg betrokken is.” (P8)*

#### 4.3.2: Voorkomen van verwijzingen naar de specialistische jeugdhulp

Ten tweede kwam uit de interviews naar voren dat de inzet van het voorliggend veld wordt gezien als een manier om te normaliseren. Normaliseren wordt door participanten gezien als een mogelijkheid om verwijzingen naar de specialistische jeugdzorg te voorkomen. Dit houdt in dat er een bepaalde vorm van ondersteuning wordt gegeven, bijvoorbeeld vanuit het gebiedsteam, voordat wordt gekeken naar een specialistische aanbieder.

*“Uh, afhankelijk van de problematiek die er speelt, kijk je in principe altijd eerst naar oké wat kan er in het voorliggend veld nog geboden worden. Dus het kan ook zijn als ik een aanmelding krijg van goh ik wil graag dat mijn kind weerbaarder wordt want hij durft geen nee te zeggen als iemand iets van hem vraagt in de klas of nou ja zoiets. en dan denk ik bijvoorbeeld inderdaad eerst aan een rots en watertraining die wij vanuit het gebiedsteam zelf geven dan dat ik gelijk verwijs naar een organisatie die één op één met zo'n kind maandenlang daarmee aan de slag gaat.” (P7)*

Een tweede manier hoe, volgens de vlechtwerkers, wordt geprobeerd om verwijzingen naar de specialistische jeugdzorg te voorkomen en hiermee te normaliseren, is het organiseren van

netwerkbijeenkomsten. Tijdens netwerkbijeenkomsten wordt gekeken wie er binnen het sociale netwerk belangrijk zijn voor het gezin en welke mensen het gezin of jeugdige zouden kunnen helpen. Deze mensen worden vervolgens uitgenodigd om samen met het gezin een plan te maken. Volgens een participant kan dit ook helpen wanneer het gezin zich onveilig voelt, omdat men zich kan wenden tot iemand binnen het eigen netwerk. Volgens de participanten kan dit bijvoorbeeld een dure logeeropvang of zorgboerderij voorkomen.

*“Dat is wel de bedoeling dat je altijd wel aandacht hebt voor het netwerk wat er omheen staat, wie kan waarin ondersteunen, ook kan bijvoorbeeld hè als ouders overbelast zijn wie is er in netwerk bijvoorbeeld om de kinderen af en toe eens op te kunnen vangen, wie kan net een keer dit doen of dat doen waardoor ouders sowieso wat minder belast worden.”(P6)*

#### 4.3.3: Alternatieven voor zorg

Meerdere participanten gaven aan dat binnen de gemeente al wordt gewerkt aan collectieve voorzieningen die een normaliserende functie hebben. Deze collectieve voorzieningen kunnen volgens de participanten dienen als een alternatief voor de specialistische zorg. Bijvoorbeeld door het organiseren van bijeenkomsten voor ouders of het organiseren van activiteiten binnen de wijk of buurt. Dit maakt het mogelijk om ondersteuning of zorg te bieden binnen de sociale omgeving van het kind zonder dat er een specialistische aanbieder nodig is. Op deze manier hoeven jeugdigen in sommige gevallen niet naar een specialistische zorgboerderij, die vaak buiten de eigen woonplaats is gevestigd. Volgens een aantal participanten worden er samen met jeugdzorgaanbieders verschillende initiatieven opgezet waarbij het doel is om een verwijzing naar een zwaardere jeugdzorg te voorkomen.

*“Nou er is nu zo’n donderdagmiddagclubje ook opgericht, wel met een specialistische jeugdhulp aanbieder, maar die is breder. Dat is dan [...]. Dat is dan ook een groepje waar wel wat kwetsbare kinderen zitten en er zit dan ook wel iemand bij die er verstand van heeft, maar in principe is het gewoon een vereniging. Dus ouders betalen contributie en we hebben ook gezegd misschien moet je ergens halverwege het jaar wel een koekactie gaan houden als jullie nog wat leuke activiteiten willen doen en je wilt daar geld voor te hebben.” (P8)*

Dit donderdagmiddagclubje, waar de participant over spreekt, is opgezet om specialistische jeugdhulp te voorkomen. Hier wordt gebruikgemaakt van vrijwilligers binnen de eigen woonplaats. Dit maakt het mogelijk om tijdig op zoek te gaan naar een oplossing in plaats van dat een jeugdige naar een specialistische zorgboerderij wordt gestuurd. Volgens de participanten is dit ook normaliserend aangezien er gewoon contributie wordt betaald en het voor iedereen uit de gemeente

toegankelijk is. Hiermee worden ouders wel geholpen maar zonder het gevoel te hebben dat zij gebruikmaken van de hulpverlening.

Daarnaast werd het voorbeeld besproken om burgers zelf initiatieven op te laten zetten als een alternatief om specialistische zorg te voorkomen, zoals een meidenmiddag. Bij deze burgerinitiatieven kunnen burgers elkaar om advies vragen en zo hun eigen netwerk vergroten. Dit kan in sommige gevallen een alternatief zijn voor specialistische zorg, aangezien dit bijdraagt aan de bewustwording van de eigen problemen. Daarnaast kunnen deze initiatieven er ook toe leiden dat hulp wordt geboden vanuit het eigen opgebouwde netwerk:

*“Elk kind is op een gegeven moment in zijn puberteit even niet meer weerbaar voor de wereld om zich heen. Dus we gaan hier ook meidenmiddag opzetten weet je meiden lekker babbelen kletsop op tafel en we gaan het hebben hoe klote het leven soms is. Want het leven is af en toe ook heel klote. Hè dat, dus dan gaan we ook weer. Dan tref ik meiden die het thuis niet altijd over hebben, dan hoop ik weer dat alternatieve poppetje te kunnen zijn.” (P2)*

Tabel 3: In hoeverre wordt er al genormaliseerd

onderzoeksvraag	factoren
In hoeverre wordt er al genormaliseerd	<ul style="list-style-type: none"><li>- Dagelijkse werkzaamheden, bijvoorbeeld het organiseren van netwerkbijeenkomsten en maatschappelijke activiteiten en het gebruik van bestaande visies die aansluiten bij de normaliseringsgedachte.</li><li>- Het gebruik van het voorliggend veld of ondersteuning vanuit het gebiedsteam</li><li>- Het organiseren van collectieve voorzieningen die dienen als een alternatief voor de specialistische zorg.</li></ul>

#### 4.4: Wat is er nodig om te kunnen normaliseren

Deze paragraaf draagt bij aan het beantwoorden van de derde onderzoeksvraag, namelijk wat er nodig is om te kunnen normaliseren binnen de gemeente Weststellingwerf. De suggesties die tijdens de interviews werden benoemd, worden samengevat in het organiseren van bijeenkomsten met verschillende hulpverleners binnen de gemeente, het standaard organiseren van netwerkbijeenkomsten met gezinnen, kennisuitbreiding bij professionals, vergroten van het voorliggend veld, samenwerking met aanbieders en de rol van het onderwijs. In tabel 4, aan het eind van deze paragraaf, is een overzicht te vinden wat de professionals in dit onderzoek nodig achten om te normaliseren in de zorg voor jeugd.

##### 4.4.1 Organiseren van bijeenkomsten

Door alle participanten wordt het organiseren van een bijeenkomst of het voeren van een gesprek met hulpverleners binnen de gemeente genoemd. Tijdens deze gesprekken is het volgens de participanten belangrijk om afspraken te maken over wat wordt verstaan onder normaliseren en hoe dit in de praktijk vorm moet worden gegeven. Het doel hierbij is om gezamenlijk te overleggen hoe



normaliseren binnen de gemeente moet worden geoperationaliseerd. Het is daarnaast belangrijk dat zowel gemeente als ketenpartners op de hoogte zijn van elkaars werkwijze met betrekking tot het normaliseren binnen de jeugdzorg. Volgens twee participanten is een dergelijk gesprek nodig, omdat normaliseren *“een term is die we te weinig belicht hebben met elkaar, waardoor de ene collega sneller doorverwijst dan de ander.”* Enkele participanten geven ook aan dat het belangrijk is dat een dergelijk gesprek jaarlijks wordt gevoerd. Zij merken op dat nieuwe collega's anders denken en ook andere invloeden hebben. Door ieder jaar een gesprek te voeren blijft iedereen op de hoogte van ontwikkelingen met betrekking tot beleid en weet iedereen wat er binnen de gemeente wordt verstaan onder normaliseren.

Om collectief te kunnen normaliseren wordt het niet alleen belangrijk geacht dat er overeenstemming is over wat er met normaliseren wordt bedoeld, maar dat ook duidelijk is wat ieders rol en verantwoordelijkheid is binnen het proces van normaliseren. Hoewel de gemeente door een aantal participanten wordt gezien als het startpunt van normaliseren, is het belangrijk dat zorgaanbieders ook aangeven wanneer de gekozen zorg niet de juiste is. Dit geldt ook voor bijvoorbeeld huisartsen en scholen. Volgens een participant is er ook een cultuurverandering nodig, aangezien het duidelijk moet zijn wanneer bijvoorbeeld de rol van een leraar stopt en wanneer de rol van een jeugdverpleegkundige of gebiedsteammedewerker start. Op deze manier wordt verwacht dat er in een vroeg stadium beter gebruik worden gemaakt van elkaars expertise die aansluit bij de normaliseringsgedachte.

*“Ik ben wel blij dat hier aandacht voor is. Want ik denk als je met elkaar een beetje stelt van hier leggen wij als gemeente de norm, heb je natuurlijk als persoon ook nog een norm, maar als je daar wat meer, dan denk ik dat het daar wat uniformer in gaat werken. En dat ouders ook bij de ene, dat zien we ook wel van die ouders die hoppen van de één naar de ander. Als ik het bij jou niet krijg dan ga ik wel naar de huisarts. Als je ook met je netwerkpartners, als je met de huisartsen over eens bent van hé hier hebben we het nog over normaal en hier gaat de grens over hier gaan we hulp inschakelen, dan vind ik dat we het daar best wel eens over mogen hebben met elkaar.” (P2)*

#### 4.4.2 Standaard netwerkbijeenkomsten met gezinnen

Uit de interviews wordt duidelijk dat er binnen de gemeente al netwerkbijeenkomsten worden georganiseerd wanneer dit nodig lijkt te zijn. Het doel van deze netwerkbijeenkomsten is om samen met ouders het sociale netwerk in kaart te brengen. Op deze manier weten ouders waar zij terecht kunnen voor hulp, voordat zij beroep doen op de jeugdzorg of het gebiedsteam. Volgens de vlechtwerkers vergroot dit de zelfredzaamheid van gezinnen. Een aantal participanten gaf aan dat zij deze netwerkbijeenkomsten met gezinnen als een belangrijk aspect van normaliseren zien. De





participanten zouden graag meer tijd en ruimte willen hebben om, samen met het gezin, het netwerk in te kunnen schakelen en de hulpvraag te achterhalen. Het organiseren van een netwerkbijeenkomst zou daarmee een standaardonderdeel van de ondersteuning moeten zijn. Het wordt namelijk belangrijk geacht om na te gaan wie er binnen het netwerk steunend kan zijn en het gezin kan helpen wanneer een situatie uit de hand dreigt te lopen. Doordat kinderen opgroeien in verschillende omgevingen, zoals de thuissituatie, op school of de sportvereniging, worden zij op verschillende manieren beïnvloed. Samenwerking met het sociale netwerk is juist nodig om zicht te hebben op deze verschillende omgevingen en mogelijke problemen op te lossen of te signaleren.

*“Om goed te kunnen normaliseren, wat volgens mij nodig is om goed te kunnen normaliseren is dat je heel erg in gesprek bent met elkaar en dan bedoel ik even het netwerk zeg maar. Om gezinnen heen zeg maar. Zodat je met elkaar ook, een beetje misschien helder krijgt in wie is waar van, wie kan wat betekenen, hoe zie jij dat, hoe zie ik dat.” (P6)*

Naast het organiseren van een netwerkbijeenkomst is het volgens een aantal participanten ook nodig om samen met het gezin en jeugdige op zoek te gaan naar een vertrouwensfiguur binnen het netwerk. Dit is een persoon die het gezin en jeugdige leert de hulpvraag te begrijpen en kan daarnaast ook ondersteuning bieden of ondersteuning regelen. Dit kan ervoor zorgen dat er niet direct specialistische zorg nodig is. Volgens de participanten is het niet mogelijk om een zorgvraag op te lossen zonder hulp van het gezinssysteem. Een participant merkt hierbij op dat zij vaak meemaakt dat gezinnen aangeven geen netwerk te hebben, *“maar als je doorvraagt blijken er heus wel eens mensen te zijn.”* Uit de interviews wordt duidelijk dat professionals tijd en ruimte nodig hebben om, samen met het gezin, het netwerk te kunnen onderzoeken.

*‘Als je bijvoorbeeld ouders hebt die in een complexe echtscheiding zitten, waarom moet jij als kind dan al gelijk zware jeugdzorg? Daarmee geef je gelijk ook al aan van oh, je hebt een groot probleem.*

*Nou liever dat voorliggend inderdaad, ik denk dat een kind veel meer heeft aan een vast he, zorg ervoor dat ie een vast vertrouwensfiguur heeft waar die zijn verhaal bij kwijt kan. En die een beetje helpt te begrijpen wat er aan de hand is’ (P4)*

#### 4.4.3 Kennisuitbreiding bij professionals

Ook binnen de gemeentelijke teams worden verschillende eigenschappen belangrijk gevonden die nodig zijn om te kunnen normaliseren. Door de participanten wordt aangegeven dat jeugdprofessionals duidelijke kaders moeten hebben bij het beslissen of specialistische zorg noodzakelijk is. Ook wanneer ouders aandringen op een verwijzing naar de specialistische zorg. Een participant heeft hierbij het gevoel dat er bij de gemeente een situatie is waarbij hulpverleners werken vanuit de beschikbaarheid van voorzieningen en hulpvaardige mensen. Dit heeft als gevolg



dat er hulpdiensten en -voorzieningen worden ingezet, zonder na te gaan of de ingezette zorg daadwerkelijk invloed zal hebben op de ervaren problematiek. Om de inzet van onnodige zorg te voorkomen is het daarom belangrijk om de professionele positie helder te hebben en dat jeugdprofessionals de Jeugdwet goed kennen. Daarnaast is het ook nodig dat er voldoende kennis is over de jeugdproblematiek die binnen de gemeente speelt. Op deze manier is het mogelijk om te onderbouwen, waarom wordt gekozen voor een bepaalde vorm van hulp.

*“Uhm en je hebt dus een ondersteunend kader nodig om in te kunnen schatten wanneer iets specifiek vraagt om specialistische jeugdhulp of wanneer niet. Daar hoort dus ook bij dat je goed weet wat er voorliggend beschikbaar is bijvoorbeeld. Zo van: oh maar als u dit heeft kunt u daar heen. Uhm, maar je moet ook de inhoudelijke kennis op orde hebben van een veel veelvoud aan verschillende beelden, problematieken enzovoort, dus het vraagt nogal wat.” (P1)*

Een belangrijke eigenschap, die binnen een team nodig wordt geacht, is een vroegtijdige terugkoppeling en input van collega's met betrekking tot beschikbare normaliserende ondersteuning. Volgens een participant begint deze terugkoppeling wanneer normaliseren *“wat vaker een agendapunt moet zijn tijdens overleggen.”* Door normaliseren standaard als agendapunt te benoemen tijdens overleggen en evaluaties, denkt deze participant dat er meer gebruik wordt gemaakt van voorliggende ondersteuning en wordt normaliseren ook meegenomen bij het beslissen over jeugdhulp. Een van de participanten geeft hierbij aan dat er een zo compleet mogelijk beeld van de situatie nodig is. Ook hier is het nodig om een overzicht te hebben van het aanbod dat is gericht op het normaliseren. Bijvoorbeeld collectieve voorzieningen, voorliggende opties of ondersteuning die de zelfredzaamheid of weerbaarheid van gezinnen en jeugdigen versterkt.

*“Goede ervaringen delen en niet alleen dus onderling in een gebiedsteam, maar ook naar de buitenwereld toe. Dus ja, dat komt echt op gezamenlijk uitdragen dat je voorliggende opties in de buurt gaat hebben.” (P8)*

Daarnaast wordt door een aantal participanten aangegeven dat jeugdprofessionals soms doorverwijzen naar de specialistische jeugdzorg, terwijl dit niet in alle gevallen nodig is. Om deze onnodige doorverwijzingen te voorkomen is er niet alleen kennis nodig van het normaliserende aanbod, maar ook kennis over de ervaren jeugdproblematiek binnen de gemeente. Om deze kennis te ontwikkelen en te gebruiken hebben jeugdprofessionals meer tijd en ruimte nodig om de hulpvraag binnen gezinnen in kaart te kunnen brengen. Volgens een aantal participanten is er daarom meer mankracht nodig om voldoende kennis te hebben over verschillende problematieken.



Dit zou er namelijk voor kunnen zorgen dat jeugdigen worden doorverwezen naar beter passende zorg.

#### 4.4.4: Versterken voorliggend veld en laagdrempelige voorzieningen

Volgens een aantal participanten is het binnen de gemeente nodig om het voorliggend veld te versterken. Dit zou het voor jeugdprofessionals mogelijk maken om te normaliseren. Zoals eerder vermeld kan het voorliggend veld binnen de wijken namelijk een alternatief zijn voor specialistische hulp voor jeugdigen die opgroeien in een lastige opvoedsituatie. Twee participanten geven hierbij aan dat de kracht van het voorliggend veld binnen de wijk ligt. Hier wonen gezonde mensen en gezonde mensen hebben een zuigende kracht op de jeugd die net buiten de bandbreedte vallen. Het wordt daarom belangrijk geacht om het voorliggend veld binnen de gemeente uit te breiden en in kaart te brengen. Bijvoorbeeld door meer samenwerkingsverbanden aan te gaan met sport- en muziekverenigingen, buurthuizen of de huisartsen. Deze partijen kunnen namelijk een belangrijke rol spelen om problemen binnen het eigen netwerk of eigen buurt op te lossen. Daarnaast kan het voorliggend veld er ook voor zorgen dat de gezonde jeugd binnen de gemeente en jeugdigen die ondersteuning nodig hebben elkaar versterken. Volgens de participanten kan het voorliggend veld ervoor zorgen dat de zelforganiserende laag van de maatschappij wordt versterkt.

*“En ik denk dat we daar in de gemeente nog wel een slag in hebben te slaan. We hebben nu ons als gemeente en huisartsen en we hebben die tweedelijnszorg en dat voorliggend veld. Waarin de voetbalclubs zich bevinden waarin de buurtvereniging zich bevindt, die dingen organiseren. Dat die nog onderbelicht is of nog niet goed genoeg gevuld in mijn ogen, daar ligt voor ons ook een schone taak om daar groepen eigenlijk in beweging te krijgen waar mijn collega’s die wat meer in die jeugdhulp terechtkomen te zeggen van hé maar in jouw wijk is een groep actief die zich daar al voor inzet dus ga daar eerst eens even naartoe.” (P2)*

Naast het organiseren en versterken van het voorliggende veld, wordt ook het organiseren van laagdrempelige hulp binnen wijken of buurten nodig geacht om te normaliseren. Met de laagdrempelige hulp wordt ondersteuning binnen de buurt of wijk bedoeld waar ouders terecht kunnen met vragen over de ontwikkeling van hun kind. Hier zou ook na kunnen worden gegaan welke hulpvragen veel voorkomen en waar mogelijk een collectieve oplossing voor kan worden gezocht. Een van de participanten maakt duidelijk dat het vormgeven van collectieve oplossingen “een heel mooi uitgangspunt” is om te normaliseren binnen de gemeente. Het is hierbij nodig dat de omgeving waarin jeugdigen en ouders zich bevinden wordt versterkt. Bijvoorbeeld door extra bagage en handvaten mee te geven aangaande de weerbaarheid en opvoedvaardigheden. Het gaat hierbij niet om ondersteuning of hulp, maar wel om een plek waar jeugdigen en ouders vragen kunnen

stellen of om advies kunnen vragen. Bij normaliseren is namelijk nodig dat het normaal is om ook vragen te stellen over de ontwikkeling van jeugdigen wanneer dit stroef verloopt.

*“Dat als je er op school of waar dan ook in de wijk een punt hebt waar je heel laagdrempelig als ouder terecht kan met je vragen met je zorgen. Of dat nou op gezondheid is of op een heel ander vlak, financiën, schulden of wat dan ook. Maar je kan nergens terecht waar je gewoon even binnen kan lopen waar je gehoord voelt. Ik denk wel uiteindelijk dat daar nou uhm, daar komen vragen binnen, daar kun je verzamelen daar kun je ook bedenken van hé dit zijn heel veel vragen of kunnen we daar Samen iets mee doen? Of misschien kan die je helpen? Ik denk echt dat dat wel helpt om uiteindelijk zwaardere zorg te voorkomen. Voor een deel van de groepen hè. Want ik realiseer me ook dat we niet voor iedereen zo kunnen doen.” (P6)*

#### 4.4.5: Samenwerking tussen aanbieders

Een aantal participanten geeft aan dat er bij het normaliseren meer samenwerking nodig is tussen zowel collega's werkzaam binnen de gemeente als met jeugdzorgaanbieders. Allereerst is er meer samenwerking binnen de gemeente onderling nodig voor een betere terugkoppeling van de gemaakte keuzes. Hierbij geeft een van de participanten aan dat zij gelooft in de kracht van het delen, bijvoorbeeld door het bespreken van casuïstiek. Op deze manier is het mogelijk om gebruik te maken van elkaars expertise en kennis en kan op verschillende manieren worden gezocht naar een mogelijke oplossing die past bij normaliseren:

*“Breng maar eens een casus in, en dat je ons ook daar bij laat zitten en dat je hoort, want ik merk ook zodra je vlechtwerker jeugd dan zit je ook al heel veel wat aan die kant van de hulpverlening. Van ja er komt iemand met een hulpvraag, alleen een hulpvraag kan ook weer terug naar het gewone normale veld.” (P2)*

Ook zou volgens de participanten meer samenwerking moeten worden gezocht tussen gemeentelijke instanties en ketenpartners. Hierbij wordt het vooral belangrijk geacht dat ketenpartners bij de gemeente aangeven wanneer de gekozen zorg niet de meest passende is. Wanneer de gemeente de keuze maakt om door te verwijzen naar de specialistische jeugdzorg, is het belangrijk dat ketenpartners ook bij een mogelijk onnodige verwijzing normaliserend werken. Dit betekent dat de gemeente en ketenpartners samen op zoek gaan naar het meest passende aanbod en ketenpartners ook zicht hebben op het voorliggende aanbod. Wanneer ketenpartners de verwachting hebben dat de gekozen zorg niet aansluit bij de ervaren problematiek, zouden zij dit ook terug kunnen leggen bij de gemeente.



*“Uhm dus in zoverre willen wij ook van ketenpartners horen dat als wij iets helemaal verkeerd hebben ingeschat, maar wel doorverwijzen, dat ze zeggen wat verwijst je nu naar ons door. Hier is helemaal niets aan de hand. Want dat hebben we natuurlijk ook wel nodig.” (P1)*

Met betrekking tot de samenwerking wordt ook aangegeven dat korte lijnen belangrijk zijn bij het normaliseren van een hulpvraag. Volgens een aantal participanten is het belangrijk om bevlogen personeel te hebben dat elkaar goed weet te vinden. Door een van de participanten wordt voorgesteld om vaste teams samen te stellen waarin iedereen elkaar goed kent en op de hoogte is van elkaars werkwijze. Niet alleen binnen teams, maar ook met jeugdzorgaanbieders in de gemeente. Deze korte lijnen moeten volgens de participanten ervoor zorgen dat je *“gebruik kan maken van elkaars expertise”*, omdat professionals weten wie de juiste kennis heeft. Op deze manier kan de juiste ondersteuning beter en sneller worden geregeld dan wanneer het moet worden geregeld via formele wegen. Vaste aanspreekpunten bij verschillende partijen hebben namelijk het voordeel dat mensen niet hoeven te wachten op het juiste antwoord.

*“Maar ook wel, ik denk als je veel meer gebruik zal maken zoals we nu eigenlijk ook wel proberen van het preventief werken en het voorliggend veld en de scholen en korte lijntjes daar ook mee. Dat je daar ook al, dat je veel meer op een vroeger stadium in kan stappen. Omdat je het veel eerder ziet, omdat je veel dichtbij staat. Of in ieder geval kortere lijntjes hebt met personen die er dichtbij staan. Dus dat je ook veel eerder in kan stappen op het moment dat iets even niet goed gaat.”(P7)*

Volgens een aantal participanten is het ook nodig om samen met jeugdaanbieders voorliggende initiatieven op te blijven zetten. Volgens de participanten kunnen deze initiatieven zwaardere zorg voorkomen en kan deze vorm van ondersteuning ook worden opgezet binnen de wijk of buurt. Ook zorgen deze initiatieven ervoor dat er binnen eigen woonplaats of wijk sociale contacten worden opgebouwd. Deze contacten worden nodig geacht om om te kunnen gaan met de ervaren problematiek. Op dit moment liggen zorginstanties, zoals bijvoorbeeld woonboerderijen of opvangcentra, vaak buiten de eigen woonplaats, waardoor jeugdigen niet de ruimte hebben om dichtbij een sterk sociaal netwerk op te bouwen.

*“Ja, in principe wel. Ik ben nu met een paar collega's in gesprek met bijvoorbeeld Zorggroep [naam zorgorganisatie] dat is dan aanbieder hier. Om te kijken bijvoorbeeld naar een groep voor jonge moeders die er alleen voor staan. Ook een stukje om een netwerk op te bouwen voor ze om met elkaar te kunnen sparren om even je ei kwijt te kunnen. Nou dat is nu inmiddels opgezet. Hebben we in samenwerking met hun gedaan.” (P6)*



#### 4.4.6: De rol van het onderwijs

Uit de interviews werd duidelijk dat normaliseren ook binnen het onderwijs een actieve rol zou moeten gaan spelen. Zo wordt bijvoorbeeld aangegeven dat het binnen het onderwijs nodig is om inclusieve klassen te stimuleren. Deze inclusieve klassen moeten ervoor zorgen dat iedereen passend onderwijs kan volgen dichtbij huis. Dit kan voorkomen dat kinderen naar het speciaal onderwijs worden verwezen en zorgt ervoor dat ze mee kunnen draaien binnen het regulier onderwijs. Volgens een aantal participanten zijn hier fysieke aanpassingen voor nodig, bijvoorbeeld meer mankracht of het faciliteren van kleine klassen. Volgens de participanten draagt dit bij aan normaliseren, omdat hiermee de focus ligt op wat kinderen nodig hebben om mee te draaien en niet wordt gekeken naar welke problemen kinderen hebben.

*“Ze zeggen zelf vaak ook van het zou toch wel fijn zijn als er dan extra handen in de klas komen of kleinere klassen. Dus daar zit het in, want dan als je het een beetje tegemoet komt in het faciliteren dan denk ik dat mensen ook wat makkelijker meegaan in het denken over.” (P5)*

Een tweede suggestie wat betreft de rol van het onderwijs bij het normaliseren, is dat volgens de participanten meer moet worden samengewerkt tussen het onderwijs en de jeugdzorg. De jeugdzorg zou hierbij een prominentere rol binnen het onderwijs moeten krijgen en zouden er kortere lijnen moeten zijn tussen leerkrachten, zorginstellingen en het gebiedsteam. Volgens een van de participanten kunnen leerkrachten hierdoor gemakkelijker vragen stellen wanneer zij problemen binnen de klas ervaren. Op deze manier wordt er niet alleen gekeken naar de ontwikkeling van het kind, maar kan ook worden nagegaan welke rol een leerkracht of ouder kan hebben, wanneer zij problemen ervaren tijdens de ontwikkeling. Dit maakt het mogelijk dat leerkrachten handvaten krijgen om met deze problemen om te kunnen gaan, alvorens er wordt doorverwezen naar de specialistische jeugdzorg. Het is hierbij van belang om regelmatig af te stemmen, wanneer er meer hulp nodig is of wanneer ondersteuning af kan worden gebouwd. Op deze manier blijven kinderen langer op school binnen het eigen sociale netwerk, wat belangrijk wordt geacht bij normaliseren.

*“Dus dat zorg en onderwijs daarin samen optrekken. En dat lukt goed wanneer die verbinding goed is en wanneer mensen uh, ook geloven in elkaars expertise, ook van elkaar willen aannemen, dat ook iedereen een beetje op zijn eigen stoel blijft zitten, maar wel in gesprek blijft. Dat zorgmensen niet voor het onderwijs gaan bepalen en dat onderwijzmensen niet beter denken te weten wat er in de zorg moet” (P5)*

Tabel 4: Wat is er nodig om te kunnen normaliseren?

Wat is er nodig om te kunnen normaliseren?	factoren
<i>Binnen de gemeente</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Bijeenkomst met verschillende professionals over wat wordt verstaan onder normaliseren.</li><li>- Het standaard organiseren van netwerkbijeenkomsten met gezinnen</li><li>- Kennisuitbreiding bij professionals met betrekking tot; de professionele positie, beschikbaarheid en in het voorliggend veld en veel voorkomende problematiek</li></ul>
<i>Versterken voorliggend veld</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Opzetten van voorliggende initiatieven en laagdrempelige voorzieningen binnen wijken of buurten</li><li>- In kaart brengen van voorliggende initiatieven</li><li>- Stimuleren van samenwerkingsverbanden tussen de gemeente en zelforganiserende laag van de samenleving, zoals; sport-, muziek- en kerkverenigingen.</li><li>-</li></ul>
<i>Samenwerking tussen jeugdprofessionals en aanbieders</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Stimuleren van samenwerking tussen gemeente, jeugdzorgaanbieders en onderwijs</li><li>- Delen van casuïstiek.</li><li>- Korte lijnen en vaste teams tussen gemeente en ketenpartners</li><li>- Ketenpartners moeten meer zicht hebben op het voorliggende aanbod en moeten helpen bij het opzetten van voorliggende initiatieven.</li></ul>
<i>Rol van het onderwijs</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Kleine en inclusieve klassen</li><li>- Prominente rol van de jeugdzorg in het onderwijs.</li></ul>

#### 4.5 Knelpunten bij het normaliseren

Tijdens de interviews werden er verschillende knelpunten benoemd die als belemmering worden gezien bij het normaliseren. In deze paragraaf worden de knelpunten besproken die worden ervaren binnen de gemeente, bij gezinnen, in het onderwijs, bij professionals en bij jeugdzorgaanbieders. Hiervan is in tabel 5 een overzicht te vinden.

##### 4.5.1 Knelpunten binnen de gemeente

Hoewel tijdens de interviews duidelijk wordt dat het voorliggend veld nodig is om te kunnen normaliseren, wordt door een aantal participanten aangegeven dat het niet altijd even duidelijk is wat er onder het voorliggend veld wordt verstaan. De partijen, die betrokken zijn bij de jeugdzorg, hebben daardoor een verschillend beeld bij het voorliggend veld. Zo omschrijft één van de participanten de zelforganiserende laag van de samenleving als het voorliggend veld te zien, zoals de voetbalvereniging, de kerk of een buurthuis. Jeugdzorgaanbieders daarentegen zien de gehele gemeente als het voorliggend veld. Doordat het volgens de participanten ontbreekt aan een duidelijke omschrijving van het voorliggend veld, is er niet altijd zicht op de juiste voorzieningen.

*‘Wat is dan het voorliggend veld? Dat is wel grappig he, dat is wel de discussie die vaak gevoerd wordt.’ (P3)*

Een tweede knelpunt dat binnen de gemeente wordt ervaren, is dat er volgens een aantal participanten niet voldoende aanbod is binnen het voorliggend veld. Er wordt aangegeven dat het verenigingsleven binnen de gemeente lijkt te verdwijnen waardoor ook een stukje ondersteuning



vanuit het sociale netwerk ontbreekt. Het verenigingsleven is volgens de participant vooral belangrijk voor jeugdigen die het thuis lastig hebben.

Onvoldoende aanbod binnen het voorliggend veld heeft volgens een van de participanten vooral te maken met de logistieke beperkingen binnen de gemeente. De participant merkt op dat er voldoende initiatieven worden opgezet om de ondersteuning van jeugdigen dichtbij te houden. Deze initiatieven hebben als doel om de inzet van specialistische aanbieders te beperken. Het probleem is echter dat er niet genoeg vrijwilligers zijn om deze initiatieven op te zetten. Hierdoor is het niet mogelijk om gebruik te maken van deze voorliggende voorzieningen.

*‘En ik denk dat er qua normaliseren, ik denk dat er eigenlijk nog te weinig aanbod is dat dat meespeelt. We kunnen het vaak heel mooi bedenken met zijn allen van is er niet een vrijwilliger die dit zou kunnen doen of is er niet een maatje voor het kind. Maar dan hebben we ze vervolgens niet. Dus ja, dan zit het hem daar ook vaak in een stukje teleurstelling’ (P9)*

Een derde knelpunt dat tijdens de interviews naar voren kwam is het maatschappelijke beeld dat is ontstaan dat de gemeente niets wil regelen. Dit zou volgens een aantal participanten komen door de financiële beperkingen waar de gemeente mee te maken heeft. Daarnaast zouden er geen duidelijk afspraken zijn welke partijen voor welke zorg moeten betalen. Volgens een participant komt dit mede doordat niet iedereen hetzelfde doel heeft met betrekking tot de in te zetten zorg. Ook vanuit de jeugdwet wordt niet duidelijk wie verantwoordelijk is voor welke zorg. Doordat het beeld is ontstaan dat de gemeente niets wil regelen, willen ouders niet altijd hulp van de gemeente ontvangen en gaan zij op zoek naar een andere manier om doorverwezen te worden, bijvoorbeeld door naar de huisarts te gaan. Een doorverwijzing leidt er doorgaans toe dat er geen ondersteuning wordt ingezet die binnen de normaliseringsgedachte valt.

*“Nou bijvoorbeeld op geld, denk ik dan. Hè, een kind gaat niet meer naar school dus die gaat voor die opvangplek betalen dan. Is het omdat het op school, moet het onderwijs dat betalen? Moet de zorg dat betalen?” (P5)*

*“Wij zijn natuurlijk altijd de gemeente, en we staan sowieso met 1-0 achter. Want de gemeente, ja die wil niks, die wil nooit betalen. Een beetje gechargeerd gezegd. Dus je moet je wel altijd heel bewust zijn van wanneer zeg je wat en hoe doe je dat dan?” (P4)*

#### 4.5.2 Knelpunten bij gezinnen

Een eerste knelpunt bij gezinnen dat wordt genoemd, is de motivatie van ouders. Dit betekent dat ouders soms op zoek gaan naar de zorg die zij graag willen ontvangen. Wanneer zij niet de juiste zorg bij de gemeente ontvangen, gaan gezinnen in sommige gevallen bij andere partijen kijken wat daar





mogelijk is. Ouders stellen zichzelf hierdoor niet in staat om problemen zelf of binnen het eigen netwerk op te lossen.

*“En dat ouders ook bij de ene, dat zien we ook wel van die ouders die hopen van de één naar de ander. Als ik het bij jou niet krijg dan ga ik wel naar de huisarts” (P2)*

Ook komen uit de interviews verschillende redenen naar voren waarom gezinnen niet altijd openstaan voor een oplossing die past binnen de gedachte van de normaliseringsgedachte. Het verwijzen van kinderen met ontwikkelings- of opvoedproblemen naar een specialistische aanbieder, kan ouders namelijk het gevoel geven dat zij zich niet verantwoordelijk voelen voor de ervaren problemen. Dit probleem geldt niet alleen voor ouders maar ook voor scholen. Door scholen wordt al snel hulp gezocht wanneer een kind afwijkend gedrag laat zien. De jeugdige wordt dan als het probleem gezien, waarbij niet wordt gekeken naar achterliggende problematiek of de rol van de omgeving.

*“En soms doen ouders dat zelf, omdat het kan hun soms ook een beetje verontschuldigen van het ligt bij mijn kind hè. Dus ik hoef niks anders te doen in de opvoeding, soms vinden op scholen of in scholen vanuit mijn stukje dan, van nah het lukt niet misschien maar naar die therapeut.” (P5)*

Een tweede knelpunt dat wordt benoemd is dat sommige gezinnen afhankelijk worden van de zorgaanbieder en zich aan een dergelijke aanbieder binden. Dit wordt door sommige participanten ook wel een loyaliteitscrisis naar de aanbieder toe genoemd. Een dergelijke crisis ontstaat vooral wanneer een specialistische aanbieder al in beeld. Het kan voorkomen dat ouders een goede band opbouwen met de hulpverlening, waardoor meer hulp wordt geboden dan nodig hoeft te zijn. Door deze loyaliteit blijven aanbieders betrokken, omdat zowel de ouders en hulpverleners aangeven dat deze hulp noodzakelijk is. Het gezin en hulpverlener durven elkaar dan niet meer los te laten. Ook wanneer het punt is bereikt dat gezinnen weer op eigen benen kunnen en moeten staan.

*“Ja, dus nu is er toevallig ook een casus hadden wij een gesprek waarvan wij wel denken van hmm, dat gezin is best wel afhankelijk van die hulpverlening geworden. En die lopen ook helemaal met die hulpverlener weg. Dus dat is heel mooi, dat ze daar zo’n goede band mee hebben opgebouwd. Maar toch heb ik dat gezin weer apart uitgenodigd om een gesprek te hebben. Zonder die aanbieder lijkt wel alsof ze dan ook in een soort loyaliteit terecht komen.” (P4)*

Daarnaast zijn ouders in sommige gevallen ook handelingsverlegen binnen het eigen gezin. Deze handelingsverlegenheid vormt volgens een aantal participanten ook een knelpunt voor normaliseren. Ouders raken namelijk redelijk snel in paniek wanneer er problemen worden ervaren tijdens de ontwikkeling van het kind, waardoor ouders snel geneigd zijn om op zoek te gaan naar een

hulpverlener. Er wordt dan niet nagegaan of het om gebruikelijke of ongebruikelijke problemen gaat. Ouders zichzelf dan niet in staat om achterliggende problemen op te lossen of om hulp te zoeken binnen het eigen netwerk.

*“Nou het verschilt een beetje, of heel erg eigenlijk, maar ik vind het ook wel redelijk vaak gaan moet ik zeggen om ouders die eigenlijk handelingsverlegen zijn. zoals ik dan een aanmelding krijg en ik kom bij het gezin en die gaat inventariseren van wat is er aan de hand. Dat ouders het vaak vertellen op een manier alsof een kind anders is dan andere kinderen en daardoor zo lastig is of dat van alles mee is. Terwijl ik vaak, nou vaak is misschien overdreven, maar best wel een aantal keer dan de conclusie trek van nou, het kind laat niet zozeer heel vreemd gedrag zien, maar reageert op hoe je als ouder omgaat met.” (P7)*

Volgens de participant wordt dit probleem versterkt wanneer hulpverleners “harder rennen dan de ouders zelf”. Dit houdt in dat hulpverleners problemen voor het gezin proberen op te lossen in plaats van dat gezinnen in staat worden gesteld om problemen zelf op te lossen. Hierdoor wordt te weinig verantwoordelijkheid bij de gezinnen zelf gelegd. In dergelijke gevallen worden gezinnen zelf niet gemotiveerd om problemen aan te pakken. Ouders zijn dan vastberaden dat hun kind wordt onderzocht. De verantwoordelijkheid zou daarentegen niet bij de hulpverleners moeten liggen, maar bij de ouders of andere opvoeders.

#### 4.5.3 Knelpunten binnen het onderwijs

Ook ervaren participanten verschillende knelpunten binnen het onderwijs, die het normaliseren lastig maken. Uit een van de interviews wordt duidelijk dat het onderwijs de laatste jaren erg complex is geworden, waarbij leerkrachten veel meer taken hebben gekregen. Door deze complexiteit is er niet genoeg aandacht voor jeugdigen die ondersteuning nodig hebben. Door het gebrek aan aandacht is het voor leerkrachten binnen het onderwijs lastig om normaliserend te werken. Dit zorgt ervoor dat er in sommige gevallen onnodig naar specialistische begeleiding gezocht.

*“Het is niet alleen meer het onderwijs, maar er is zoveel over de heg van dat onderwijs gekieperd. Na ja ze moeten hier al voorlichting geven, ze moeten naar goed burgerschapsonderwijs doen, ze moeten naar de bibliotheek. Na ja je kunt het zo gek niet bedenken, maar het is allemaal over de heg van het onderwijs gekieperd. En dan moet je ook nog leren omgaan met uh al die verschillen in de klas.” (P5)*

Daarnaast wordt uit de interviews duidelijk dat het per leerkracht verschilt hoe wordt omgegaan met de verschillen in de klas. Er is sprake van een verschil in referentiekader. De ene leerkracht ziet afwijkend gedrag minder snel als problematisch dan een andere leerkracht. Daarnaast geven



verschillende participanten aan dat het voor scholen soms lastig is, om samen met ouders, te zoeken naar een geschikte oplossing voor de ervaren problematiek. Bijvoorbeeld omdat scholen het gesprek met de ouders niet aan durven of kunnen gaan. Het betrekken of zoeken van een hulpverleningspartij kan scholen dan geruststellen, aangezien zij dan niet meer verantwoordelijk zijn voor de problematiek die wordt ervaren.

*“Ik denk sowieso... dat iedereen in elke functie zijn verantwoordelijk daarvoor moet nemen. Bijvoorbeeld huisartsen, maar ook scholen. Omdat bijvoorbeeld bij scholen merk ik ook wel vaak dat als er iets aan de hand is dat ze best wel snel paniekerig zijn of zo. Of het gesprek met ouders bijvoorbeeld niet aan durven te gaan of dus daar best wel snel iets groots van wordt gemaakt.” (P7)*

#### 4.5.4 Knelpunten bij professionals

Ook op individueel niveau worden verschillende eigenschappen van professionals genoemd die het normaliseren lastig maken. Door meerdere participanten wordt het verantwoordelijkheidsgevoel van professionals genoemd. Jeugdprofessionals komen soms door zichzelf, door het gezin of door een combinatie van beide in een situatie terecht waarin zij zich eindverantwoordelijke voelen voor de hulpvraag. Deze verantwoordelijkheid zorgt er in sommige gevallen voor dat jeugdprofessionals niet durven te normaliseren, omdat zij bang zijn verkeerde keuzes of fouten te maken. Om zeker te zijn dat jeugdigen of gezinnen wel hulp ontvangen, verwijzen zij daarom door naar de specialistische zorg om erger te voorkomen. In de interviews worden verschillende voorbeelden aangehaald die angst onder jeugdprofessionals kan verklaren.

*“Dat op het moment dat je niet handelt, nou Er zijn Natuurlijk zo nu en dan stukken In de krant van ja, er gebeurt iets en de instanties waren op de hoogte. Ja, alsof wij 24 uur per dag met iemand aan het handje met al onze casussen over straat lopen. Wij hebben niet 24/7 zicht op al onze kinderen en dat hoeft ook helemaal niet. Maar dat wordt soms wel verwacht.” (P9)*

Daarnaast wordt aangegeven dat het verantwoordelijkheidsgevoel er ook voor zorgt dat hulpverleners afhankelijk worden van gezinnen. Jeugdprofessionals zetten namelijk hulp in om te voorkomen dat problemen verder escaleren, maar volgens participanten zou een ethische discussie gevoerd kunnen worden of het wel juist is om onnodig zware hulp in te zetten. Onnodige zware hulp kan namelijk ook nadelige gevolgen hebben. Deze afweging wordt volgens de participanten niet gemaakt. Jeugdprofessionals kiezen in sommige gevallen om betrokken te blijven bij de gezinnen om geen signalen te missen. Hoewel de verantwoordelijkheid van zorgvraag bij het gezin zelf ligt, kan het zijn dat dit deels over wordt genomen door de hulpverlener. Hierdoor worden gezinnen niet in staat gesteld om problemen zelfstandig op te lossen.



*“Je rolverdeling je rolduidelijkheid uhm, is ook een onderdeel van het beetje durven normaliseren ofzo he. Durven we ook eens te zeggen van mevrouw dat is toch helemaal niet ons probleem ofzo, of dat is überhaupt helemaal geen probleem, dit hoort erbij dit heeft 90 procent van de ouders heeft dit. En 89 procent krijgt daar geen hulp bij.” (P1)*

*“Het is niet alleen zo zeer dat die ouders soms afhankelijk gevoel krijgen van de hulpverlening. Van he het geeft ze natuurlijk een klankbord en een steun en toeverlaat. Andersom is het weleens zo dat de jeugdhulp de ouders niet los wil laten, omdat ze bang zijn, oeh als wij er niet meer zijn straks gebeuren er dingen.” (P4)*

Verder blijkt uit één van de interviews dat sommige professionals ook angstig worden van de regels die de Stichting Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ) en Tuchtcommissie opstellen. Dit geldt vooral voor hulpverleners met weinig ervaring. Deze angstige gevoelens zorgen ervoor dat hulpverleners langer binnen gezinnen blijven dan in sommige gevallen nodig is. Volgens een participant is deze angst ook het gevolg van het ‘claim cultuurtje’ dat in de afgelopen jaren is ontstaan. Dat wil zeggen dat de betrokken jeugdprofessional doorgaans verantwoordelijk wordt gehouden, wanneer er sprake is van verkeerd gelopen zorgtraject of ondersteuning. De hoge verwachtingen die binnen de jeugdzorg gelden, leiden er daardoor toe dat professionals liever binnen gezinnen blijven dan dat zij durven af te schalen.

Tenslotte zijn volgens een aantal participanten niet alle jeugdprofessionals kundig genoeg om de gekozen zorg te motiveren. Zo wordt genoemd dat de keuzes van besluiten niet duidelijk zijn, waardoor het niet duidelijk is waarom bepaalde zorg noodzakelijk is. Hoewel wordt gesteld dat de professionele positie van vlechtwerker goed is, is het motiveren nog wel een ontwikkelpunt bij jeugdprofessionals. Volgens de participanten ontstaat het gebrek aan motiveren ook deels door de bureaucratie waar de meeste professionals geen zin in hebben. Wanneer niet goed kan worden uitgelegd waarom gekozen is voor een bepaalde vorm van hulp, leidt dit ertoe dat de leefsituatie jeugd en gezin niet geheel duidelijk in kaart wordt gebracht. Hierdoor wordt er niet meer gezocht naar passende voorliggende oplossingen of oplossingen binnen het sociale netwerk.

*“Als je nu kijkt naar de documentatie en hoe onnavolgbaar besluiten zijn. Ik denk dat dat een mooie kapstok is om de rest ook aan op te hangen. Want op het moment dat je moet gaan motiveren, moet je ook over je eigen werk gaan nadenken. Wat heb ik hierin gedaan, hoe ziet de situatie eruit, wat heeft dit gezin nodig, en op basis waarvan ga ik dit nu zeggen. Dus dat, ik zou vooral de uhm, de motivatievaardigheid, is dat een woord, nou bij deze, van vlechtwerkers als ontwikkelpunt willen zien omdat dat direct onderdeel is van hun professionele positie.” (P1)*



Aanvullend op het motiveren van de gekozen zorg hebben professionals niet altijd de ruimte en tijd om dit te doen. Het motiveren van de gekozen zorg is belangrijk bij normaliseren omdat er wordt gekeken waarom bepaalde ondersteuning wel of niet moet worden ingezet en waarom er wel of niet kan worden genormaliseerd. Volgens alle participanten zorgt een hoge caseload en een te hoge werkdruk ervoor dat jeugdprofessionals niet altijd kunnen normaliseren waar mogelijk is. Ook is er niet altijd de ruimte om beslissingen te nemen vanuit het kader van de Jeugdwet waarin normaliseren een belangrijke plaats inneemt. Door de hoge caseload hebben jeugdprofessionals niet de tijd om het sociale netwerk in te schakelen of gesprekken te voeren over wie binnen het netwerk belangrijke schakels kunnen zijn wanneer problemen lijken te escaleren. Bijvoorbeeld door het organiseren van een netwerkbijeenkomst. Het is daardoor niet mogelijk om gezinnen te motiveren om problemen zelf op te lossen of te zoeken naar voorliggende ondersteuning. Dit heeft als gevolg dat jeugdigen in sommige gevallen onnodig door worden verwezen naar een specialistische aanbieder. Dit geldt niet alleen voor professionals binnen de gemeente, maar ook voor huisartsen.

*“Een huisarts heeft ook gewoon domweg de tijd niet om daar heel erg nou, allerhande andere opties in te benoemen. Want die mensen komen daar, je hebt vijf minuten en door. In het licht daarvan vind ik de ontwikkeling dat we praktijkondersteuners jeugd hebben, wel heel positief.*

*Want ik vind wel dat dat ook bijdraagt weer tot normaliseren.” (P9)*

Een gevolg van deze hoge caseload is dat veel vanuit de diagnostiek wordt gewerkt. Wanneer iets niet helemaal loopt zoals het zou moeten lopen, schiet de professional in een ‘reflex’ waarbij het kind moet worden onderzocht. In de meeste gevallen komt hier dan diagnostiek aan te pas. Er wordt hierbij niet meer oplossingsgericht gewerkt, waardoor de thuissituatie van de jeugdige niet meer wordt onderzocht. Volgens enkele participanten hoeft niet elke vraag specialistisch te zijn, maar door de hoge tijdsdruk is het niet mogelijk om goed te onderzoeken waar het probleem ontstaat en welke stressfactoren invloed hebben op de ervaren problematiek.

*“Ik vind dat er heel makkelijk gedacht wordt over de... ah dan gooien we er een pilletje in en dan is het klaar, weet je wel. Even een diagnose en dan weten we in ieder geval waar we aan toe zijn. Soms is dat de oplossing maar soms ook niet. Dan vind ik dat wel heel erg kort door de bocht.”*

*(P8)*

Tenslotte wordt door verschillende participanten ook het referentiekader van problemen bij jeugdigen als een belemmering voor normaliseren genoemd. Enkele participanten geven hierbij aan dat veel professionals verschillend denken over het normaliseren binnen de jeugdzorg. Iemand die



bijvoorbeeld net als jeugdprofessional aan de slag gaat of iemand die al langer ervaring heeft, kijkt anders naar problemen en interpreteren het begrip normaliseren anders.

*“Dat is misschien voor iemand die aan het einde zit van, hè, zwaardere zorg wel anders dan hoe ik dat vanuit de preventie misschien zie. Dus als je het erover eens moet zijn en je moet afstemmen.*

*Maar ik weet eigenlijk ook niet of dat dan voldoende is. Want het vraagt denk ik ook wel, nou misschien bijna wel een cultuur, of een cultuurverandering, maar anders aankijken tegen zaken.” (P6)*

#### 4.5.5 Knelpunten aanbieders

Uit de interviews komen tenslotte ook enkele knelpunten naar voren die bij de jeugdzorgaanbieders te vinden zijn. Een aantal participanten geeft aan dat de marktwerking binnen de jeugdzorg ertoe leidt dat het in sommige gevallen lastig is om te normaliseren. Zo stellen de participanten dat er niet altijd overeenstemming is wanneer zorg moet stoppen. In sommige gevallen is er geen sprake van terugkoppeling of de juiste zorg is ingezet. De marktwerking zorgt ervoor dat aanbieders en werknemers nodig moeten zijn, met als gevolg dat aanbieders liever een beschikking of verlenging aanvragen om door te kunnen gaan met de zorgverlening. Dit leidt ertoe dat er niet samen met de aanbieder wordt gezocht naar een normaliserende oplossing:

*“Waar het voor mij begint is uhm ja, ik denk om dat te bereiken zul je eerst af van de marktwerking in het systeem denk ik. Want het is nu gewoon een uhm business. Mensen moeten nodig zijn, mensen moeten een reden hebben om nodig te zijn want ze krijgen het geld ervoor. Het is hun werk en daar zitten marketingcomponenten aan. En dat ik realiseer mij goed dat dat voor mij ook geldt hoor.” (P1)*

Naast de marktwerking worden ook de wachttijden binnen de jeugdzorg gezien als een belemmering bij het normaliseren. Door de wachttijden zijn jeugdigen niet altijd zeker om de juiste hulp te kunnen ontvangen. Eén van de participanten geeft hierbij aan dat de wachttijden ervoor zorgen dat kinderen voor de zekerheid worden doorverwezen naar een zorgtraject om te voorkomen dat zij helemaal geen hulp krijgen. Hierdoor worden jeugdigen in sommige gevallen onnodig doorverwezen naar de specialistische jeugdzorg, zonder dat wordt gekeken naar een voorliggende optie. Door de wachttijden is er geen plaats om met gezinnen te zoeken naar een mogelijkheid of oplossing die past binnen de normaliseringsgedachte.

*“Dat zie je jeugdzorg dat die wachttijden zijn ontzettend hoog. Dat je hem gaat doorverwijzen van hup weg en dan kan ik de volgende van de lijst pakken. Dat denk ik niet dat dat ten goede komt van het stukje normaliseren echt in het gezin komen.” (P2)*

Er wordt daarnaast onvoldoende gebruik gemaakt van elkaars expertise. Volgens een participant trekken de gemeente, onderwijs en aanbieders in dat opzicht nog onvoldoende met elkaar op. Dit



zou komen doordat het onderwijs volgens de participant ‘wel een beetje gesloten’ is geweest. Hierdoor is het lastig om de jeugdzorg ook binnen het onderwijs te laten. Dat wil zeggen dat de jeugdzorg een prominente rol moet krijgen binnen bijvoorbeeld scholen, zodat de juiste ondersteuning ook binnen de klas kan worden verleend. Hierbij is het belangrijk dat er niet voor elkaar wordt gedacht, maar dat het onderwijs en aanbieders de eigen expertise aanhouden en daarin afstemming zoeken.

*“En wat soms gebeurt is dat ouders en die pedagogische gezinsbegeleider in gesprek gaan over de school en dan ook vinden dat bijvoorbeeld, zou het dan niet beter zijn dat ie naar een andere school gaat. En dan kom ik of een collega van mij komen dan weer op school en dan hebben we zo’n gesprek. En dan hoor ik van de intern begeleider, ja moeder die vindt dat kind maar naar een andere school gaat, want dat heeft de mevrouw van mmm mmm mmm die instantie gezegd. Terwijl die niet echt van het onderwijs zijn zeg maar. Dus het is een beetje je hebt je eigen expertise en we moeten elkaar zien te vinden, maar dat loopt gewoon nog lang niet altijd zo.” (P5)*

Tenslotte wordt ook nog het aantal aanbieders dat blijft stijgen als een knelpunt voor normaliseren gezien. Enkele participanten noemen dat er op dit moment een “wildgroei” aan zorgverleners is. Volgens een participant is de laagdrempelige hulpverlening aan de ene kant goed omdat ouders zelf de mogelijkheid hebben om ondersteuning te zoeken. Anderzijds zorgt het hoge aantal kindercoaches ervoor dat ouders niet in staat worden gesteld om het probleem zelfstandig op te lossen. Hierbij wordt ook aangegeven dat deze wildgroei ervoor heeft gezorgd dat steeds meer mensen iets vinden van de zorg en zich bemoeien met kwetsbare gezinnen.

*‘Als je kijkt, als je googelt naar een coach Friesland. Nou uh... bij jou in de buurt zelfs, oh wist ik niet, iedereen is ineens coach geworden. Ja ik denk daar moet je vanaf. Tenzij ouders dit zelf willen en zelf willen betalen, dat is ieders goed recht. Maar ik denk dat je ook voor jongeren zelf... is dat gewoon ook een belasting. Als je bijvoorbeeld ouders hebt die in een complexe echtscheiding zitten, waarom moet jij als kind dan al gelijk zware jeugdzorg. Daarmee geef je gelijk ook al aan van oh je hebt een groot probleem.’ (P4)*

Tabel 5: knelpunten bij normaliseren

<b>Knelpunten bij normaliseren</b>	<b>factoren</b>
<i>Knelpunten binnen de gemeente</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- onduidelijk wat wordt bedoeld met het voorliggend veld</li><li>- Onvoldoende aanbod binnen het voorliggend veld</li><li>- Beeld van de gemeente dat zij niets willen regelen.</li></ul>
<i>Knelpunten bij gezinnen</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Motivatie en verantwoordelijkheid van ouders</li><li>- loyaliteitscrisis en handelingsverlegenheid van ouders naar aanbieders toe</li><li>- hulpverleners die 'harder rennen dan de ouders zelf'.</li></ul>
<i>Knelpunten binnen het onderwijs</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Onvoldoende mankracht binnen het onderwijs.</li><li>- Stijgende complexiteit van het onderwijs.</li></ul>
<i>Knelpunten bij professionals</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Verantwoordelijkheidsgevoel en angst onder professionals</li><li>- Het onvoldoende motiveren van de inzet van zorg.</li><li>- Hoge caseload en tijdsdruk.</li><li>- Een verschil in referentiekader tussen professionals.</li></ul>
<i>Knelpunten bij aanbieders</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Marktwerking die de professionele zorg noodzakelijk maakt.</li><li>- Wachttijden in de jeugdzorg.</li><li>- Een 'wildgroei' van aanbieders binnen de gemeente.</li></ul>





## 5 Conclusie

Met deze scriptie is getracht inzicht te krijgen in de percepties, ervaringen en denkwijze van jeugdprofessionals met betrekking tot het normaliseren in de zorg voor jeugd. In dit onderzoek stond de volgende onderzoeksvraag centraal:

*‘Welke factoren hangen volgens jeugdprofessionals samen met het al dan niet normaliseren van opvoedvragen?’*

Aan de hand van kwalitatief onderzoek en het afnemen van interviews, is geprobeerd antwoord te geven op deze vraag. Er is onderzocht wat jeugdprofessionals binnen de gemeente verstaan onder het normaliseren, in hoeverre er binnen de gemeente al wordt genormaliseerd, wat jeugdprofessionals nodig achten om te kunnen normaliseren en welke knelpunten zij ervaren bij het normaliseren van opvoedvragen.

Uit de afgenomen interviews is gebleken dat alle jeugdprofessionals in dit onderzoek bekend lijken te zijn met het begrip normaliseren, maar dat ze het lastig vinden om het begrip te vertalen naar de praktijk. Wel konden de professionals verschillende componenten benoemen die belangrijk worden beschouwd bij het normaliseren, zoals: de bewustwording en het accepteren dat opvoedproblemen bij het leven horen, waarbij het voor gezinnen normaal moet zijn om hulp of advies te vragen, het versterken van de zelfredzaamheid van gezinnen, het bepalen wanneer een opvoedsituatie als ‘goed genoeg’ kan worden beschouwd, het gebruikmaken van het voorliggend veld en laagdrempelige ondersteuning en het collectief bespreken van jeugdproblematiek.

Op basis van de resultaten lijkt een aantal jeugdprofessionals al normaliserend te werken. Zij zien dit als een standaardonderdeel van hun dagelijkse werkzaamheden. Door activiteiten binnen de buurt of wijk te organiseren, waar zowel jongeren met opvallend gedrag als de ‘gezonde jeugd’ aan deelnemen, wordt geprobeerd de sociale en maatschappelijke participatie te bevorderen. Deze maatschappelijke participatie wordt door de professionals als een belangrijke component binnen de normaliseringsgedachte gezien. Daarnaast geven enkele professionals aan normaliserend te werken vanuit de visies *‘It Takes a Village to Raise a Child’*, *‘Friese pedagogische visie’* en de *Ouderschapstheorie*. Deze visies maken gebruik van het sociale netwerk van jeugdigen en ligt de focus op de erkenning en aanpak van achterliggende stressfactoren, zoals de sociale en/of economische problematiek. Ook geeft een aantal professionals aan dat zij al proberen te normaliseren door netwerkbijeenkomsten met gezinnen te organiseren of hen door te verwijzen naar het voorliggend veld of collectieve voorzieningen in plaats van naar de specialistische zorg. Deze



netwerkbijeenkomsten dragen volgens de professionals bij aan het normaliseren, omdat hierbij het sociale netwerk actief deelneemt aan het oplossen en omgaan van de hulpvraag.

Uit de resultaten komt een aantal voorwaarden naar voren die volgens de jeugdprofessionals nodig zijn om te kunnen normaliseren. Zo lijkt het organiseren van een bijeenkomst met verschillende (jeugd)hulpverleners binnen de gemeente noodzakelijk te zijn, om zo afspraken te kunnen maken over de te kiezen werkwijze en definitie van normaliseren. Daarnaast stelt een aantal vlechtwerkers dat het nodig is om standaard netwerkbijeenkomsten met gezinnen te organiseren. Dit versterkt volgens hen de zelfredzaamheid van gezinnen en de bewustwording binnen het sociale netwerk, aangezien dit netwerk wordt meegenomen in (het omgaan met) de hulpvraag. Een andere voorwaarde die volgens de jeugdprofessionals nodig lijkt te zijn, is de kennisuitbreiding bij professionals. Zij zouden voldoende kennis moeten hebben over de Jeugdwet en jeugdproblematiek in de gemeente in combinatie met voorliggende voorzieningen die hierop aansluiten. Ook wordt benoemd dat het bij normaliseren gewenst is dat de voorliggende en laagdrempelige voorzieningen worden uitgebreid en in kaart worden gebracht. Het bieden van dit soort zorg in de buurt van het kind en het gezin zou een verwijzing naar de specialistische zorg kunnen voorkomen. Wanneer jeugdprofessionals voldoende zicht hebben op het voorliggend aanbod, kunnen zij jeugdigen gericht doorverwijzen naar deze voorzieningen. Binnen het onderwijs worden inclusieve klassen en nauwere samenwerking met de jeugdzorg als bevorderend voor normalisering genoemd.

Tenslotte benoemen de jeugdprofessionals verschillende knelpunten die het normaliseren belemmeren. Het is bijvoorbeeld niet duidelijk wat precies wordt bedoeld met het voorliggend veld en welke voorliggende voorzieningen binnen de gemeente beschikbaar zijn. Daarnaast worden de logistieke beperkingen binnen de gemeente benoemd, waarbij er onvoldoende vrijwilligers en professionals zijn om voorliggende activiteiten of voorzieningen te organiseren. Een ander knelpunt dat naar voren komt is dat de financiële beperkingen voor een negatief beeld van de gemeente zorgt. Hierdoor wordt, bijvoorbeeld door ouders, naar een alternatieve manier gezocht om jeugdigen door te verwijzen, wat haaks op de normaliseringsgedachte staat. Ook worden er verschillende gezinsfactoren besproken die het normaliseren lijken te belemmeren, zoals; een gebrek aan motivatie bij ouders, een loyaliteitscrisis waarbij een nauwe band met de hulpverlening ervoor zorgt dat de deze onnodig en langdurig betrokken blijft en de handelingsverlegenheid bij ouders. Deze factoren leiden ertoe dat de verantwoordelijkheid van de ervaren jeugdproblematiek bij de hulpverlening komt te liggen, omdat ouders niet de competenties en motivatie hebben om zelf met de ervaren problemen om te gaan. Volgens een van professionals geldt deze verschuiving van verantwoordelijkheid ook voor het onderwijs. Het betrekken van de specialistische zorg kan scholen



geruiststellen waardoor zij niet meer verantwoordelijk zijn voor de zorgvraag. Door de toenemende complexiteit van het onderwijs is er onvoldoende tijd voor jeugdigen die ondersteuning nodig hebben en wordt er in sommige gevallen gezocht naar specialistische begeleiding.

Jeugdprofessionals lijken, door hun sterk verantwoordelijkheidsgevoel, uit voorzorg te kiezen voor specialistische zorg om erger te voorkomen. Zij vinden het soms lastig om te motiveren waarom specialistische zorg moet worden ingezet en zijn bang om fouten te maken, waardoor vaak wordt gehandeld vanuit de diagnostiek. De ondersteuning focust zich dan op het behandelen van specifieke gedragsproblemen of symptomen die verwant zijn aan de diagnose. Er wordt daardoor niet gekeken naar achterliggende problematiek in het gezin, het netwerk of op school die de kwetsbaarheden in de ontwikkeling of opvoeding kunnen verklaren. Dit lijkt veroorzaakt te worden door een hoge caseload en werkdruk waardoor jeugdprofessionals onvoldoende tijd en ruimte hebben om een hulpvraag goed te kunnen analyseren en beoordelen. Tenslotte worden er in dit onderzoek enkele knelpunten genoemd vanuit de aanbieders. Zo zou de marktwerking ervoor zorgen dat aanbieders hun eigen diensten als noodzakelijk beschouwen en dat er een wildgroei aan aanbieders ontstaat. Er wordt door aanbieders daardoor niet altijd gezocht naar een normaliserende oplossing, maar juist naar een geschikte behandeling. Ook de wachttijden zorgen ervoor dat er vroegtijdig wordt doorverwezen naar alternatieve vormen van zorg, om escalatie van problemen te voorkomen.

Volgens de jeugdprofessionals lijken er dus verschillende factoren samen te hangen om al dan niet in te zetten op het normaliseren. Zo zouden professionals voldoende kennis moeten hebben van het voorliggend aanbod binnen de gemeente in combinatie met de bijhorende problematiek. Het moet daarnaast duidelijk zijn wat er binnen de gemeente wordt verstaan onder het voorliggend veld. Voorliggende voorzieningen kunnen namelijk bijdragen aan de bewustwording van jeugdproblematiek binnen de maatschappij en de zelfredzaamheid van gezinnen vergroten. Een andere factor is de ruimte en tijd om de hulpvraag te kunnen analyseren en om standaard netwerkbijeenkomsten met gezinnen te organiseren. Deze tijd en ruimte is nodig om stressfactoren in en rond het gezin in kaart te brengen en de gekozen zorg te kunnen motiveren. Ook het verantwoordelijkheidsgevoel onder jeugdprofessional lijkt een factor te zijn om wel of niet in te zetten op normaliseren. Tenslotte lijken korte lijnen binnen zowel de gemeente als met ketenpartners een belangrijke factor te zijn om al dan niet in te zetten op normaliseren. Wanneer er voldoende samen wordt gewerkt, is het mogelijk om de casuïstiek te bespreken. Daarnaast is het de bedoeling dat ketenpartners aangeven wanneer de gekozen zorg vanuit de gemeente niet de juiste is. Hierdoor kan gezamenlijk worden gezocht naar een oplossing die binnen de normaliseringsgedachte valt.



## 6: Discussie en beperkingen van het onderzoek

In het laatste hoofdstuk worden de overige belangrijke en opvallende resultaten besproken. Hierbij wordt een terugkoppeling gemaakt naar het theoretisch kader. Door de explorerende aard van het onderzoek zal worden besproken in hoeverre de resultaten overeenkomen met het theoretisch kader, op wat voor manier de resultaten een aanvulling zijn op de gebruikte theorie en wat de gevonden resultaten impliceren voor de gebruikte theorie. Hoewel de resultaten over het algemeen overeen lijken te komen, leidt dit onderzoek wel tot nieuwe inzichten met betrekking tot factoren die invloed hebben op jeugdprofessionals om al dan niet te normaliseren binnen de gemeente Weststellingwerf.

In paragraaf 6.1 wordt gekeken in hoeverre de resultaten overeenkomen met de theoretische verwachtingen. Tevens zal er een verklaring worden gegeven wanneer resultaten afwijken van het theoretisch model. Paragraaf 6.2 zal ingaan op de beperkingen van het onderzoek. Tenslotte wordt in paragraaf 6.3 ingegaan op de bredere implicaties van dit onderzoek, waarbij zowel praktische aanbevelingen voor de gemeente Weststellingwerf worden gedaan als suggesties voor vervolgonderzoek.

### 6.1 Discussie

Vanuit het theoretische kader werd verwacht dat er verschillende factoren zijn die professionals zouden noemen om al dan niet in te zetten op normaliseren in de zorg voor jeugd. Verwachte belemmerende factoren waren: de medicalisering van de maatschappij door een stijgende prestatiedruk en 'diagnosedrift', ontbrekende motivatie van ouders, angst onder professionals om fouten te maken, een beperkte professionele ruimte om taken uit te voeren met betrekking tot de normaliseringsgedachte, hoge werkdruk onder professionals, het ontbreken van een eenduidige definitie van normaliseren binnen de gemeente en de versnipperde samenwerking tussen jeugdprofessionals door cultuurverschillen. Ook werd vanuit de theorie verwacht dat stigma's en een beperkte maatschappelijke kennis bij/van professionals over jeugdproblematiek zou worden genoemd als een belemmerende factor bij het normaliseren. Tenslotte werd verwacht dat de professionals het versterken van de eigen kracht, het gebruik en bevorderen van het sociale netwerk, het begrijpen van achterliggende oorzaken van opgroei problemen en de maatschappelijke bewustwording van mentale problemen onder jeugdigen zouden noemen als factoren die nodig zijn om in te zetten op normaliseren.

Uit de resultaten blijkt dat een aantal van de verwachte belemmeringen inderdaad zijn benoemd. Dit zijn: het ontbreken van een eenduidige definitie van normaliseren, 'de diagnosedrift', angst onder professionals, de beperkte professionele ruimte en werkdruk en de beperkte



maatschappelijke kennis. Daarnaast kwam uit de interviews de bewustwording van mentale problematiek, de eigen kracht van het gezin, het begrijpen van achterliggende problemen en het betrekken van het sociale netwerk naar voren als factoren die jeugdprofessionals nodig achten om in te zetten op normaliseren.

#### 6.1.1 Belemmeringen voor jeugdprofessionals om in te zetten op normaliseren.

Een factor die niet in de theorie naar voren kwam, maar wel is genoemd door de professionals is het negatieve beeld van de gemeente. Dit negatieve beeld zou vooral binnen het onderwijs en de maatschappij heersen. Dit negatieve beeld is, volgens de professionals ontstaan, doordat het niet duidelijk is wie verantwoordelijk is voor welke zorg en door de maatschappelijke aanname en ervaring dat de gemeente niets wil regelen. Onderzoek binnen het onderwijs laat zien dat deze negatieve beeldvorming van de gemeente en jeugdhulp niet onbekend is (Stoutjesdijk & Westerbeek, 2016). Het negatieve beeld ontstaat volgens deze onderzoekers door een verschil in werkwijze, gesproken taal en referentiekader tussen gemeente, jeugdhulp en onderwijs. Dit verschil zou leiden tot een verschil in beleving en overtuiging waarom bepaalde zorg wel of niet wordt ingezet (Johnston, 1990; Smeets, 2007; Stoutjesdijk & Westerbeek, 2016). Een verklaring voor deze verschillen in overtuiging ontstaat doordat de gemeente de zorg graag binnen het eigen netwerk wil verlenen. De jeugdzorg wil daarentegen een zorgtraject inzetten en het onderwijs wil professionele begeleiding in de klas (Smeets, 2007; Stoutjesdijk & Westerbeek, 2016). De onbekendheid in de uitgangspunten en de verschillende manieren van benadering zorgen voor negatieve vooroordelen waardoor samenwerking niet tot stand komt (Bosdriesz, van Lieshout & Radema, 2007; Stoutjesdijk & Westerbeek, 2016). Het gevolg van dit negatieve beeld van de gemeente is dat verschillende instanties minder snel zullen gaan samenwerken met de gemeente waardoor partijen niet gezamenlijk optrekken in het normaliseringproces.

Een andere belemmerende factor voor het normaliseren die professionals noemen, maar niet uit het theoretisch kader naar voren kwam, is dat gezinnen zich wenden tot de huisarts wanneer zij geen doorverwijzing krijgen van de gemeente. Het lijkt erop dat huisartsen moeite hebben om samen met de gemeente te normaliseren doordat huisartsen geen vast aanspreekpunt hebben binnen de wijk- en gebiedsteams (De Been en Hospers, 2018). Dit belemmert de normaliseringsgedachte, omdat gezinnen op deze manier niet de gelegenheid grijpen om problemen binnen het eigen netwerk op te lossen. Volgens De Been en Hospers (2018) is er met de invoering van de Jeugdwet binnen sommige gemeenten nog onvoldoende samenwerking en terugkoppeling tussen huisarts en wijk- en gebiedsteams. Deze samenwerking is van belang om sociale en medische problemen integraal op te kunnen pakken (De Been en Hospers, 2018). Een integrale aanpak kan de



normaliseringsgedachte bevorderen, omdat ook wordt gezocht naar achterliggende problematiek die het gedrag van jeugdigen kan verklaren. Dit zou in sommige gevallen onnodige verwijzing naar de jeugdzorg kunnen voorkomen. Bijvoorbeeld door samenspraak met hulp- en dienstverleners die werkzaam zijn binnen de wijkverpleging, maatschappelijk werk, jeugd-GGZ, schuldhulpverlening of de GGD.

De gemeente Weststellingwerf lijkt met de invoering van de praktijkondersteuner huisarts voor de jeugd (POH-jeugd) wel stappen te zetten om samen met huisartsen te normaliseren. De POH-Jeugd houdt zich bezig met preventie, monitoring, laagdrempelige begeleiding, voorlichting en educatie met betrekking tot mentale, (psycho)sociale en economische problematiek bij jeugdigen (De Been & Hospers, 2018). Daarnaast heeft de POH-jeugd een vast aanspreekpunt binnen het gebiedsteam en vraagt om terugkoppeling bij gemaakte keuzes. Een dergelijk aanspreekpunt zorgt ook voor samenspraak met bijvoorbeeld de schuldhulpverlening, maatschappelijk werkers of de jeugd-GGZ. Hierbij wordt bij (psycho)sociale problematiek gezocht naar een passende oplossing die past binnen het sociale netwerk van de jeugdige om onnodige professionele zorg te voorkomen. De POH-jeugd legt hiermee de verantwoordelijkheid van de zorgvraag terug bij de gezinnen en stelt gezinnen zelf in staat om de ervaren problematiek op te lossen. Hoewel het effect van de POH-jeugd binnen de gemeente Weststellingwerf nog niet duidelijk is, aangezien dit nog in de pilotfase zit, lijkt het onderzoek van De Been en Hospers (2018) gunstige resultaten te laten zien.

Tenslotte lijkt, binnen de gemeente Weststellingwerf, de marktwerking in de jeugdzorg als een belemmering van het normaliseren te worden gezien. De resultaten uit dit onderzoek suggereren dat de marktwerking en de 'wildgroei' van zorgaanbieders binnen de gemeente Weststellingwerf ervoor zorgt dat aanbieders nodig zijn. Zorgaanbieders vragen daarom liever een beschikking of verlenging aan om door te kunnen gaan met zorgverlening in plaats van het zoeken naar bijvoorbeeld een voorliggende interventie die past binnen de normaliseringsgedachte. Onderzoek naar marktwerking binnen de jeugdzorg lijkt dit te bevestigen (Van De Weijenberg, 2021). De wildgroei aan zorgaanbieders zou ervoor zorgen dat gezinnen meer mogelijkheden hebben om te zoeken naar professionele ondersteuning. Daarnaast zou de marktwerking binnen de zorg er ook toe leiden dat vooral lichte gevallen worden behandeld (Van de Weijenberg, 2021). Deze zouden namelijk goed behandelbaar zijn, wat de financiële zekerheid van zorginstellingen kan garanderen. De marktwerking zou er tevens aan bijdragen dat criteria voor het stellen van een diagnose worden opgerekt. Het stellen van een diagnose is namelijk nodig om bepaalde zorg te verlenen die zorginstellingen nodig hebben om te kunnen bestaan (Suijs & Verbon, 2018). Door de criteria op te rekken kunnen zorginstellingen jeugdigen goed behandelen. Onderzoek stelt dat hierdoor het

hebben van gezonde financiën de drijfveer is geworden voor het leveren van zorg (Suijs & Verbon, 2018).

#### 6.1.2 Randvoorwaarden om in te zetten op normaliseren door jeugdprofessionals

Een factor die door professionals genoemd wordt om te kunnen normaliseren, heeft te maken met wanneer een opvoedsituatie ‘goed genoeg’ is voor een gezin. Deze term is afkomstig uit de gemeentelijke visie ‘*Sa Dogge Wy Dat*’. Deze visie zou gezinnen in staat stellen om problemen zelf op te lossen. Een verklaring dat het begrip ‘*goed genoeg*’ wel door professionals wordt genoemd, maar niet in de theorie naar voren kwam, is mogelijk omdat specifiek de gemeente Weststellingwerf deze visie ziet als een beginpunt bij het normaliseren. Deze visie suggereert dat bij normaliseren moet worden gekeken of ouders voldoende competenties hebben om met problemen om te gaan en om te bepalen of de opvoedsituatie veilig genoeg is. Binnen de psychiatrie lijkt een dergelijke visie ook te worden gebruikt bij ouders met een psychiatrische stoornis of verslavingsproblematiek (Wenselaar, 2015; Van den Braak, 2019). De pijlers van ‘Goed Genoeg Ouderschap’ leggen de focus op de zelfredzaamheid van gezinnen en lijkt daarmee aan te sluiten bij de normaliseringsgedachte die de gemeente Weststellingwerf beoogt te concretiseren.

Een andere factor die wel in de interviews naar voren komt, maar niet in de theorie, is dat er meer mankracht in het onderwijs nodig is om te kunnen normaliseren. Het aanstellen van meer leerkrachten of door de jeugdzorg te integreren binnen een school, zou bijdragen aan kleinere en inclusieve klassen. Dit zorgt vervolgens voor meer individuele aandacht, waardoor kinderen met moeilijkheden langer mee kunnen draaien in het reguliere onderwijs. Hoewel meer mankracht volgens een aantal professionals bij zou dragen aan het normaliserend werken binnen het onderwijs, lijkt dit niet haalbaar te zijn. Uit de resultaten lijkt duidelijk te worden dat het onderwijs extra taken heeft gekregen en complex is geworden. Er zou hierdoor onvoldoende ruimte zijn om aandacht te besteden en ondersteuning te geven aan jeugdigen die dit nodig hebben. Ook uit onderzoek van de Onderwijsinspectie (2019) blijkt dat er landelijk sprake is van een lerarentekort. Hierdoor staan in sommige gevallen onbevoegde leraren voor de klas of krijgen leraren de leiding over meerdere klassen. Dit zou binnen het onderwijs leiden tot onvoldoende gelijke kansen onder jeugdigen en waardoor het niet mogelijk is om aandacht en laagdrempelige hulp binnen de klas te bieden aan jeugdigen die dit nodig hebben. Dit onderzoek (Onderwijsinspectie, 2019) laat zien dat het op dit moment niet mogelijk is om extra personeel aan te nemen die het normaliseren binnen het onderwijs kan bevorderen.



## 6.2 Sterke en zwakke punten van het onderzoek

Dit onderzoek kent zowel sterke als zwakke punten die invloed kunnen hebben op de resultaten. In deze paragraaf zullen deze sterke en zwakke punten besproken worden.

Een eerste kanttekening is de *'conformeerbaarheid'* of objectiviteit van het onderzoek. Dat wil zeggen dat de onderzoeker bewust moet zijn van de invloed die hij/zij kan hebben op de resultaten. Doordat de onderzoeker werkzaam is geweest binnen de jeugdzorg, heeft deze op voorhand een mening over het normaliseren binnen de zorg voor jeugd. Daarnaast heeft de onderzoeker stage gelopen bij de gemeente Weststellingwerf die zich actief in wil zetten op beleid met betrekking tot het normaliseringsproces. Deze punten zouden mogelijk invloed kunnen hebben op de betrouwbaarheid van het onderzoek. Om dit te voorkomen is in de beginfase meerdere malen overleg geweest tussen de stagebegeleider, scriptiebegeleider en de student. Hierbij is besproken dat de normaliseringsgedachte vanuit meerdere perspectieven belicht moet worden om de eenzijdigheid van het onderwerp te voorkomen. Daarnaast heeft de scriptiebegeleider meermaals de resultaten bekeken om de eigen interpretaties van de onderzoeker zoveel mogelijk uit de resultaten te halen. Zo is geprobeerd om de eigen mening van de onderzoeker zoveel mogelijk buiten het onderzoek te houden.

Een tweede beperking van het onderzoek is de homogeniteit van de onderzoekspopulatie die is geïnterviewd. Tijdens de interviews werd al vrij snel het punt van saturatie bereikt, waarbij de informatie uit de interviews zich begon te herhalen (Hennink, Hutter & Bailey, 2020). Uit de interviews komen daardoor overeenkomende ervaringen, meningen en projecten naar voren. Dit heeft mogelijk te maken met dat zeven participanten werkzaam zijn voor de gemeente Weststellingwerf, waarbij iedere participant werkzaam is als vlechtwerker of nauw betrokken is bij de vlechtwerkers. Dit zou kunnen verklaren dat de participanten gemeenschappelijke doelen nastreven, dezelfde visies hanteren en dezelfde taal spreken met betrekking tot het normaliseringsproces. Hoewel er verschillende jeugdprofessionals zijn benaderd zoals huisartsen, personen werkzaam binnen het onderwijs en aanbieders, zijn zij niet ingegaan op het verzoek om deel te nemen aan het onderzoek. Dit heeft ervoor gezorgd dat de resultaten niet volledig inzicht geven in de verschillende denk- en handelingswijze ten opzichte van het normaliseren binnen de gemeente Weststellingwerf.

Daarnaast lijkt de coronapandemie ook invloed te hebben gehad op de werving van participanten. Doordat het in het begin niet mogelijk was om participanten op het gemeentehuis uit te nodigen en veel interviews in eerste instantie online af moesten worden genomen, leek de drempel om deel te nemen ook hoger. Dit zou een reden kunnen zijn waarom er vooral participanten zijn gevonden die werkzaam zijn binnen het gemeente muren. Deze hadden namelijk wel de





mogelijkheid om op het gemeentehuis aanwezig te zijn. Ook heeft het stagelopen bij de gemeente Weststellingwerf ervoor gezorgd dat deze groep participanten gemakkelijk waren te benaderen. De participanten werkzaam voor de GGD, het onderwijs en als huisarts waren benaderd via de 'gatekeeper' methode (Hennink, Hutter & Bailey, 2020). Dit heeft ertoe geleid dat deze participanten geen reactie hebben gegeven op het verzoek om deel te nemen. Er wordt verwacht dat het fysiek benaderen van deze groep participanten sneller had geleid tot deelname aan het onderzoek. Een tweede probleem die de pandemie met zich meebracht, is dat een aantal interviews online werden afgenomen. Bij een interview viel hierbij het beeld weg. Dit kan zorgen voor minder rapport (Hennink, Hutter & Bailey, 2020). Wat ertoe kan dat er minder diep op onderwerpen in wordt gegaan en participanten minder gemotiveerd zijn om antwoord te geven.

Een interview heeft minder informatie opgebracht dan op voorhand werd gehoopt. De professional gaf aan te ver van de maatschappij en de jeugd te staan om duidelijk aan te geven hoe zij werken met betrekking tot het normaliseren. De participant gaf hierbij wel verschillende voorbeelden van mogelijke projecten die binnen de normaliseringsgedachte vallen. In de loop van het interview maakte de participant duidelijk dat het beter was om participanten te interviewen die actief betrokken zijn bij deze projecten. Na het afnemen van het interview is geprobeerd om participanten te werven die werkzaam zijn bij deze projecten en de GGD. Hier is echter geen reactie op ontvangen. Voor dit onderzoek geldt daarmee dat er weinig informatie is verkregen over de denken en handelingswijze bij het normaliseren binnen de GGD. Vervolgonderzoek zou hier mogelijk meer aandacht aan kunnen besteden.

Een derde beperking is dat bij normaliseren de focus ligt op voorkomen van onnodig jeugdzorggebruik. Hierbij is niet belicht dat jeugdzorggebruik in sommige gevallen ook bijdraagt aan het versterken van de eigen kracht en zelfredzaamheid van gezinnen. Het gebruik van jeugdzorg zou in sommige gevallen ook maatschappelijke voordelen hebben. Zo stelt Furedi (2008) dat het stellen van een medische diagnose ervoor zorgt dat ouders problemen van hun kind beter begrijpen en meer begrip hebben voor de ervaren problemen. Ook worden de maatschappelijke verwachtingen van het kind bijgesteld, die ook voor het kind zelf haalbaar lijken te zijn. Hiermee zou kunnen worden gesteld dat het diagnosticeren van problemen juist een normaliserende werking kan hebben. Het gebruik van medicatie of jeugdzorg zou er dan namelijk voor zorgen dat een kind 'normaal' kan functioneren binnen de maatschappij (Daniels & Sabin, 1994; Simoni, 2018).

Een sterk punt van dit onderzoek is de manier waarop participanten zijn benaderd. In de wervingsbrief is namelijk geen aandacht besteed aan de uitleg wat er onder het normaliseren binnen de zorg voor jeugd wordt verstaan. Dit heeft ervoor gezorgd dat er tijdens het interview actief moest



worden nagedacht over de onderwerpen en participanten niet op voorhand na hebben kunnen denken over de antwoorden die zij wilden geven. Dit gaf de professionals die zijn geïnterviewd de mogelijkheid om te vertellen over de eigen denk- en handelswijze met betrekking tot het normaliseren in de zorg voor jeugd.

Tenslotte lijkt de vraagstelling tijdens de interviews een sterk punt van het onderzoek te zijn. Door de open vraagstelling werden de participanten gestimuleerd om de eigen ervaringen te delen. Dit heeft ervoor gezorgd dat de eigen mening van de participant naar voren kwam. Hierdoor was het voor de onderzoeker ook mogelijk om onderwerpen te bespreken die niet in het interviewschema stonden. Hoewel de participanten in het onderzoek geen eenduidige definitie konden geven van het begrip normaliseren, lijkt het doorvragen naar ervaringen met betrekking tot het normaliseren binnen de eigen werkzaamheden tot veel nieuwe informatie te hebben geleid. Zo gaven een aantal participanten aan dat zij normaliseren zien als een standaardonderdeel van hun dagelijkse werkzaamheden. Daarnaast konden alle participanten aan de hand van deze ervaringen belangrijke componenten benoemen die zij als normaliserend zien en konden zij aangeven wat zij nodig hadden om te normaliseren in de zorg voor jeugd. Zo vertelden de participanten wat zij nodig hebben in de samenwerking met andere jeugdprofessionals, wat zij zelf nodig hebben en wat de gemeente nodig heeft om te kunnen normaliseren.

## 6.3 Implicaties voor de gemeente Weststellingwerf en vervolgonderzoek

### 6.3.1 Aanbevelingen voor de gemeente

Een eerste aanbeveling voor de gemeente Weststellingwerf is het in kaart brengen van voorliggende mogelijkheden en bijhorende problematiek die binnen de gemeente Weststellingwerf speelt. Voorliggende mogelijkheden worden aangeduid als voorzieningen die voor iedereen uit de gemeente vrij toegankelijk zijn. Enkele voorbeelden die tijdens de interviews werden genoemd zijn: de donderdagmiddagclubjes, de meidenmiddag voor meisjes die niet lekker in hun vel zetten, ouderavond voor ouders die te maken hebben met kinderen met autisme, burgerinitiatieven en weerbaarheidstraining voor jeugdigen. Uit de resultaten komt naar voren dat jeugdprofessionals doorgaans werken vanuit de beschikbaarheid van voorzieningen en diensten die bij hen bekend zijn. Er blijkt echter nog onvoldoende overzicht voor jeugdprofessionals te zijn ten opzichte van welke voorliggende voorzieningen er binnen de gemeente beschikbaar zijn. Volgens enkele professionals is het nodig om een ondersteunend kader te ontwikkelen die het mogelijk maakt om in te schatten wanneer problematiek professionele hulp behoeft of juist met voorliggend mogelijkheden opgelost kan worden. Vervolgens zouden deze voorliggende mogelijkheden gekoppeld moeten worden aan de



bijhorende problematiek die binnen de gemeente bekend is. Dit zou het volgens de professionals uit dit onderzoek gemakkelijker maken om naar beter passende voorzieningen door te verwijzen.

Daarnaast lijken financiële beperkingen en een gebrek aan vrijwilligers er toe te leiden dat het niet altijd mogelijk is om vanuit de gemeente-initiatieven op te zetten. Het samenwerken met bijvoorbeeld sport- en muziekverenigingen, kinderclubs of kerkvereniging is volgens een participant nog onderbelicht. Door deze samenwerking te stimuleren, is het wellicht mogelijk om extra voorliggende mogelijkheden te ontwikkelen, waarbij jeugdigen met problemen in contact komen met de 'gezonde' jeugd. Deze initiatieven zouden niet alleen kostenbesparend zijn, maar door een kleine bijdrage van ouders of het betalen van contributie kunnen ouders ook het gevoel krijgen dat zij meedraaien met de normale maatschappij. Gezinnen lijken hiermee te worden geholpen zonder dat zij gebruikmaken van de specialistische zorg, maar juist van voorzieningen die zich binnen de leefomgeving van het kind bevinden. Dit zou bijdragen aan het normaliseren aangezien specialistische voorzieningen, zoals zorgboerderijen en opvangcentra, vaak buiten de woonomgeving van het kind zijn.

Een tweede aanbeveling voor de gemeente Weststellingwerf, is het organiseren van een bijeenkomst met verschillende expertises, ketenpartners en andere betrokken jeugdprofessionals die bij kunnen dragen aan het normaliseringsproces. Hier zouden belangrijke afspraken kunnen worden gemaakt over hoe het begrip normaliseren in de gemeente moet worden geoperationaliseerd. Daarnaast kunnen de rollen en verantwoordelijkheden van de verschillende jeugdprofessionals in kaart worden gebracht in combinatie met de ondersteuning die zij bieden. Eerder onderzoek stelt namelijk dat bij het kiezen van zorg het vooral mis gaat binnen het grijze gebied, waarbij het niet duidelijk is of het om gepaste of ongepaste vormen van zorg gaat (Kiers, 2021). Ook kan hier bijvoorbeeld worden besproken wat nodig is om de samenwerking tussen het onderwijs, jeugdzorg en gemeente te versterken. Uit de interviews komt daarnaast naar voren dat het niet duidelijk is wat wordt bedoeld met het voorliggend veld. Zo ziet de gemeente het zelforganiserende deel van de maatschappij als het voorliggend veld, zoals de kerk, de sport- of muziekvereniging. Aanbieders daarentegen zien de gemeente als voorliggend veld. Door ook hier afspraken over te maken, is er een mogelijkheid om de verschillende jeugdprofessionals op de hoogte te stellen van elkaars werkwijze, de verantwoordelijkheden en de beschikbare voorliggende ondersteuning die wordt geboden.

Een derde aanbeveling voor de gemeente Weststellingwerf is om samen met de onderwijsinstanties voorlichting te geven over veel voorkomende sociale en mentale problemen/gezondheid onder jeugdigen. Uit de resultaten blijkt dat het collectief bespreken van de jeugdproblematiek en de bewustwording bij gezinnen en de maatschappij belangrijke voorwaarden



zijn voor het normaliseren. Ook zou het collectief bespreken van mentale problemen binnen het onderwijs volgens de theorie bij kunnen dragen aan het normaliseren (Moses, 2010; Arboleda-Florez & Stuart, 2012; Henderson & Gronholm, 2018; Hecht et al, 2020). Het bespreken deze problemen binnen de schoolsetting zou namelijk zorgen voor meer begrip voor de ervaren problemen, meer kennis over mentale problemen, minder negatieve vooroordelen vanuit de maatschappij of klasgenoten (Gale, 2008; Moses, 2010; Henderson & Gronholm, 2018). Daarnaast zou dit zorgen voor meer zelfvertrouwen bij jeugdigen die te maken hebben met een diagnose waardoor zij sneller op zoek gaan naar laagdrempelige hulp of hulp binnen het sociale netwerk (Austin & Schwartz, 2018; Newcomb-Anjo, 2019). Mogelijke vormen die een voorlichting aan kunnen nemen zijn het organiseren van een ouderavond, het geven van voorlichting binnen de schoolsetting door iemand die omgaat met sociale of mentale problemen of het geven van les met betrekking tot sociale en mentale problematiek.

### 6.3.2 Suggesties voor vervolgonderzoek

Een eerste aanbeveling voor vervolgonderzoek is om te onderzoeken wat voor jeugdproblematiek het meest voorkomt binnen de gemeente Weststellingwerf. Uit de resultaten lijkt naar voren te komen dat laagdrempelige en collectieve voorzieningen nodig zijn om te kunnen normaliseren. Inzicht in de problematiek die het meeste voorkomt binnen de gemeente, kan bijdragen aan het vormgeven en ontwikkelen van deze collectieve voorzieningen. Inzicht in de oorzaken van deze jeugdproblematiek kan daarnaast ook een preventieve werking hebben, doordat maatschappelijke problemen vroegtijdig aangepakt kunnen worden. Daarnaast zou onderzoek naar meest voorkomende problematiek ook provinciaal op kunnen worden gepakt. Het Sociaal Domein Fryslân (SDF) zou dit mogelijk als leidraad kunnen gebruiken bij het contracteren van jeugdzorgaanbieders.

Een tweede suggestie is om vergelijkbaar onderzoek nogmaals uit te voeren maar dan ook onder jeugdzorgaanbieders, huisartsen en de GGZ. Deze instanties zijn belangrijke schakels binnen het doorverwijzen en het behandelen van jeugdigen. Zij zouden mogelijk een belangrijke rol kunnen spelen binnen het normaliseringsproces in de zorg voor jeugd. Het meenemen van jeugdzorgaanbieders, huisartsen en de GGZ in een vervolgonderzoek geeft meer inzicht in de verschillende denk- en handelingswijze onder jeugdprofessionals. Deze partijen hebben andere belangen en uitgangspunten bij het verlenen van de zorg dan de gemeente. Ook kan dergelijk onderzoek inzicht geven in wat deze partijen nodig hebben vanuit de gemeente Weststellingwerf, om het normaliseringsproces te concretiseren. Hoewel de gemeente Weststellingwerf in wil zetten op het normaliseren van opvoedvragen, is er ook een mogelijkheid dat verschillende jeugdprofessionals dit als een belemmering voor hun eigen werkzaamheden zien.



Een derde aanbeveling voor vervolgonderzoek is om ook binnen de maatschappij onderzoek te doen naar de verwachtingen van jeugdigen en gezinnen, die gebruikmaken van de specialistische zorg, met betrekking tot het normaliseren van opvoedvragen. Dit zou namelijk inzicht kunnen geven wat volgens ouders en jeugdigen zelf nodig is om zonder jeugdhulp problemen op te kunnen lossen. Ook zou dit inzicht kunnen geven in het gedrag van gezinnen waarom er in sommige gevallen wordt gezocht naar een diagnose. Scholing in dergelijke inzichten kan ook bijdragen in het motiveren waarom jeugdprofessionals kiezen voor een specifieke ondersteuning of verwijzing naar het voorliggend veld. Zij zouden namelijk problemen gemakkelijker binnen de normaliseringsgedachte kunnen plaatsen.



## Literatuurlijst

- Ahn, W., Novick, L., & Kim, N. (2003). Understanding behavior makes it more normal. *Psychonomic Bulletin & Review*, 10(3), 746-752. 10.3758/BF03196541
- Allport, G. W., Clark, K., & Pettigrew, T. (1954). The nature of prejudice.
- Ansell, C., & Gash, A. (2007). Collaborative Governance in Theory and Practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543-571. 10.1093/jopart/mum032
- Arboleda-Flórez J. (2002). What causes stigma? *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (Wpa)*, 1(1), 25–6.
- Arboleda-Flórez, J., & Stuart, H. (2012). *From Sin to Science: Fighting the Stigmatization of Mental Illnesses*. SAGE Publications. 10.1177/070674371205700803
- Armstrong, N. (2018). Overdiagnosis and overtreatment as a quality problem: insights from healthcare improvement research. *BMJ Quality & Safety*, 27(7), 571-575. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007571>
- Armstrong, N., & Hilton, P. (2014). Doing diagnosis: Whether and how clinicians use a diagnostic tool of uncertain clinical utility. *Social Science & Medicine (1982)*, 120, 208-214. 10.1016/j.socscimed.2014.09.032
- Arum, S. v., & Schoorl, R. (2016). Sociale wijkteams in beeld. *Stand Van Zaken Na De Decentralisaties (Najaar 2015)*. Utrecht: Movisie,
- Asscher, J., Hermanns, J., & Dekovi, M. (2006). Determinants of need for support in families with young children. *Journal of Children's Services*, 1(4), 21-34. 10.1108/17466660200600029
- Austin, L. J., & Schwartz, S. E. O. (2018). Addressing Mental Health Stigma in Early Adolescence: Middle School Antistigma Interventions. *Adolescent Research Review*, 4(3), 223-233. 10.1007/s40894-018-0101-8



- Bartelink, C. (2018). *Dilemmas in child protection: Methods and decision-maker factors influencing decision-making in child maltreatment cases* <https://www.narcis.nl/publication/RecordID/oai:pure.rug.nl:publications%2Ff61c10dd-5fa7-4387-80e5-738de3dbdb04>
- Bartelink, C., van Yperen, T. A., & ten Berge, I. J. (2015). Deciding on child maltreatment: A literature review on methods that improve decision-making. *Child Abuse & Neglect*, 49, 142-153. 10.1016/j.chiabu.2015.07.002
- Been, de, M., & Hosper, K. (2018). Goede voorbeelden van samenwerking tussen de huisartsenpraktijk en het sociaal domein. *Bijblijven*, 34(3-4), 309–319.
- Benson, P. L. (2006). *All kids are our kids: What communities must do to raise caring and responsible children and adolescents*. Jossey-Bass.
- Berben, E. (2000). *Als iedereen hetzelfde was... : indicatiestelling in de jeugdzorg* <https://www.narcis.nl/publication/RecordID/oai:repub.eur.nl:20417>
- Berndsen, M. (2021). Opgebrand? Je bent nog maar net begonnen. *Vakblad Sociaal Werk*, 22(2), 22-24. 10.1007/s12459-021-0866-x
- Bor, W., Dean, A. J., Najman, J., & Hayatbakhsh, R. (2014). Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(7), 606-616. 10.1177/0004867414533834
- Bosdriesz, M., Lieshout, M. van, & Radema, D. (2007). *Zorg en zorg delen: over de aansluiting van Bureau Jeugdzorg bij het primair onderwijs*. Apeldoorn: Garant.
- Bool, M., & Bransen, E. M. (2006). Naastbetrokkenen van mensen met psychische problemen: een bijzondere groep mantelzorgers. *Bijblijven*, 22(1), 23–27.
- Brink, G. van den (2012). 'Zeer bedankt! Heel fijn dat u dit doet'. In: H. Jumelet & J. Wenink (red). *Zorg voor onszelf? Eigen kracht van jeugdigen, opvoeders en omgeving, grenzen en mogelijkheden voor beleid en praktijk*. (pp.36-45). Amsterdam: SWP.



Brinkgreve, C. (2009). *Onzekere ouders*. Amsterdam: SWP.

Briton, J. (1979). Normalisation: What of and What For? (Part1). *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 5(6), 224-229. 10.3109/13668257909015584

Brown, P., Lyson, M., & Jenkins, T. (2011). From diagnosis to social diagnosis. *Social Science & Medicine* (1982), 73(6), 939-943. 10.1016/j.socscimed.2011.05.031

Bucx, F., de Groot, J., Hageraats, R., & Pehlivan, T. (2018). Eerste Evaluatie van de Jeugdwet: transformatie in zicht? *TSG : Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen*, 96(8), 342-347. 10.1007/s12508-018-0205-3

Cameron, M. (2006). Managing School Discipline and Implications for School Social Workers: A Review of the Literature. *Children & Schools*, 28(4), 219-227. 10.1093/cs/28.4.219

Chandra, A., & Minkovitz, C. S. (2007). Factors that influence mental health stigma among 8th grade adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 36(6), 763-774.

Connolly, J., Geller, S., Marton, P., & Kutcher, S. (1992). Peer responses to social interaction with depressed adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(4), 365-370.

Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18(1), 209-232. 10.1146/annurev.so.18.080192.001233

Conrad, P., & Potter, D. (2000). From Hyperactive Children to ADHD Adults: Observations on the Expansion of Medical Categories. *Social Problems (Berkeley, Calif.)*, 47(4), 559-582. 10.2307/3097135

Conrad, P., & Potter, D. (2004). Human growth hormone and the temptations of biomedical enhancement. *Sociology of Health & Illness*, 26(2), 184-215. 10.1111/j.1467-9566.2004.00386.x





- Culham, A., & Nind, M. (2003). Deconstructing normalisation: clearing the way for inclusion. *Journal of Intellectual & Developmental Disability, 28*(1), 65-78.  
10.1080/1366825031000086902
- Danielson, M. L., Bitsko, R. H., Ghandour, R. M., Holbrook, J. R., Kogan, M. D., & Blumberg, S. J. (2018). Prevalence of parent-reported ADHD diagnosis and associated treatment among US children and adolescents, 2016. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 47*(2), 199-212. 10.1080/15374416.2017.1417860
- Deniz Ince, & Anne Schmidt. *Eigen kracht versterken jeugd en ouders*. NJI.
- Deeugele, M., Derese, A., Van Den Brink-Muinen, A., Bensing, J., & DE Maeseneer, J. (2002). Consultation length in general practice: cross sectional study. *BMJ. British Medical Journal (International Ed.), 325*(7362), 472-474.
- Driesen, I., & Besselink, P. (2016). De werkzame bestanddelen van de hulpverlening aan gezinnen met meervoudige problematiek. *Journal of Social Intervention, 25*(3), 39-57.  
10.18352/jsi.494
- Dudevszky, S., & Witte, T. (2017). Participatie en inclusie van jongeren met psychische kwetsbaarheid. *Jeugdbeleid, 11*(2), 113-118.
- Edwards, R., & Gillies, V. (2004a). Support in parenting: values and consensus concerning who to turn to. *Journal of Social Policy, 33*(4), 627-647. <http://dx.doi.org/10.1017/S0047279404008037>
- Eisenberg, D., & Schneider, H. (2007). Perceptions of Academic Skills of Children Diagnosed With ADHD. *Journal of Attention Disorders, 10*(4), 390-397. 10.1177/1087054706292105
- Eric Taylor, & Rosemary Hemsley. (1995). Treating Hyperkinetic Disorders in Childhood: Treatment Needs Care but Is Worth While. *BMJ: British Medical Journal, 310*(6995), 1617-1618. <https://www.jstor.org/stable/29727676>



Furedi, F. (2008) Medicalisation in a Therapy culture. In Wainwright, D. (Ed.). *A sociology of health*. (97-112). Sage.

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

Friele, R., Hageraats, R., Fermin, A., Bouwman, R., & van der Zwaan, J. (2019). *De jeugd-GGZ na de Jeugdwet: een onderzoek naar knelpunten en kansen*. NIVEL.

<https://www.narcis.nl/publication/RecordID/oai:tilburguniversity.edu:publications%2Ff2a13af5-a4e6-4cee-a7ff-88776deefec2>

Gale, F. (2007). Tackling the stigma of mental health in vulnerable children and young people. *Mental Health Interventions and Services for Vulnerable Children and Young People*, 58-80.

Gambrill, E. (2012). *Critical Thinking in Clinical Practice: Improving the quality of judgements and decisions* (3. Aufl. ed.). Wiley.

Gilsing, R. (2019). Transformatie in de jeugdhulp: de noodzaak tot wonderwoordendialoog. *Jeugdbeleid*, 13(4), 238-253. 10.1007/s12451-019-00218-7

Glaser, B. G., & Straus, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*: New York: Adline.

Gemeente Weststellingwerf. (2014, 24 Augustus). Hart voor de jeugd, Beleidsplan

Ondersteuning en hulp voor de jeugd, Ooststellingwerf en Weststellingwerf [PDF].

Geraadpleegd van

[https://www.weststellingwerf.nl/organisatie/gemeenteblad\\_41061/item/gemeentebld-2017-nr-46-28-12-2017-verordening-hart-voor-de-jeugd-weststellingwerf-2018\\_39208.html](https://www.weststellingwerf.nl/organisatie/gemeenteblad_41061/item/gemeentebld-2017-nr-46-28-12-2017-verordening-hart-voor-de-jeugd-weststellingwerf-2018_39208.html)

Gezondheidsraad (2014a). *Participatie van jongeren met psychische problemen*. Den Haag:

Gezondheidsraad



Gezondheidsraad (2014b). ADHD medicatie en maatschappij. Den Haag: Gezondheidsraad.

Geraadpleegd van

<https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2014/07/03/adhd-medicatie-en-maatschappij>

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.

Grebennikov, L. (2005). The Normalised Child: A non-traditional psychological framework. *Australasian Journal of Early Childhood*, 30(2), 8-16.

Guthrie, W., Swineford, L. B., Nottke, C., & Wetherby, A. M. (2013). Early diagnosis of autism spectrum disorder: stability and change in clinical diagnosis and symptom presentation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(5), 582-590.  
10.1111/jcpp.12008

Haans, G. (2017a). Samen opvoeden in plaats van ouder op afstand. *Jeugdbeleid*, 11(3), 165-174. 10.1007/s12451-017-0151-0

Hansson, L., Jormfeldt, H., Svedberg, P., & Svensson, B. (2013). Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: Do they differ from attitudes held by people with mental illness? *International Journal of Social Psychiatry*, 59(1), 48-54.  
10.1177/0020764011423176

Henderson, C., Dr, Noblett, J., MBCh, Parke, H., MSc, Clement, S., PhD, Caffrey, A., MB ChB, Gale-Grant, O., MBBS, Schulze, B., PhD, Druss, B., Prof, & Thornicroft, G., Prof. (2014). Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *The Lancet. Psychiatry*, 1(6), 467-482. 10.1016/S2215-0366(14)00023-6

Henderson, C., & Gronholm, P. C. (2018). Mental Health Related Stigma as a 'Wicked Problem': The Need to Address Stigma and Consider the Consequences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), 1158. 10.3390/ijerph15061158

Herben, M., Hoogveld, A., & van Aar, J. (2020). Professional investeert in vertrouwen. *Vakblad Sociaal Werk*, 21(4), 26-29. 10.1007/s12459-020-0801-6



Hutschemaekers, G., Pijnenburg, H. M., Montfoort, A. v., Hermanns, J., & Yperen, T. v. (2010). *Zorgen dat het werkt: Werkzame factoren in de zorg voor jeugd*. SWP.

Jaarrekening en begrotingstekorten gemeente Weststellingwerf (2019). geraadpleegd van:

<https://weststellingwerf.begrotingsapp.nl/begroting-2019/programma/programma-6--sociaal-domein#onderdeel-actuele-ontwikkelen-en-nieuw-beleid>

James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., Murray, C. J. L. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: A systematic analysis for the global burden of disease study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1789–1858. doi:10.1016/S0140-6736(18)32279-7

Janssens, Jan M. A. M. (2015). Transitie en transformatie in de jeugdzorg. *Kind En Adolescent*, 36(4), 191-204. 10.1007/s12453-015-0103-2

Johnston, N.S. (1990). School consultation: The training needs of teachers and school psychologists. *Psychology in the Schools*, 27(1), 51-56.

Kahneman, D., Slovic, P., & Tversky, A. (1982). *Judgment under Uncertainty*. Cambridge University Press. 10.1017/CBO9780511809477

Kamerstukken II, 33864, nr. 3, 2012–2013. *Regels over de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor preventie, ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en ouders bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen (Jeugdwet)*. *Memorie van Toelichting*.

Kampen, T., Bredewold, F., & Tonkens, E. (2016). De belofte van nabijheid. *Hoe de verzorgingsstaat verbouwd wordt. [How the welfare state is rebuilt]*, 15-31

Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie. (2020, 2 oktober). *Normaliseren en het effect van labelen*. Geraadpleegd op 4 december 2021, van <https://www.kenniscentrum-kjp.nl/professionals/onderzoeks-ontwikkelingsagenda-kinder-jeugdpsychiatrie/normaliseren-effect-labelen/>



- Kesselring, M.C., de Winter, M., van Yperen, Tom; Lecluijze, Suzanne (2016) *Issues in Social Science*, volume 4, issue 1, pp. 69 – 97
- Kiers, B. (2021). Groot onderhoud zorgstelsel. *Zorgvisie*, 51(5), 44–47.  
<https://doi.org/10.1007/s41187-021-1063-1>
- Klasen, H. (2000). A Name, What's in a Name? The Medicalization of Hyperactivity, Revisited. *Harvard Review of Psychiatry*, 7(6), 334-344. 10.3109/hrp.7.6.334
- Kooijmans, M. (2019). Talentologie, voorbij een neoliberale focus op talentontwikkeling. *Jeugdbeleid*, 13(1), 13-37. 10.1007/s12451-019-00199-7
- Koppies, H. (2016). Opvoedingsproblemen: diagnosticeren of normaliseren. *Pedagogiek in Praktijk*, 22(94), 14-17.
- Laffra, J., & Nikken, P. (2014). Wat werkt bij het versterken van eigen kracht. *Utrecht, Nederlands Jeugdinstituut*.
- Lambregts-Rommelse, N. (2021). Het kind in de tijd.
- Levell, N. J., Beattie, C. C., Shuster, S., & Greenberg, D. C. (2009). Melanoma epidemic: a midsummer nights dream? *British Journal of Dermatology (1951)*, 161(3), 630-634.  
10.1111/j.1365-2133.2009.09299.x
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363-385. 10.1146/annurev.soc.27.1.363
- Lundahl, O. (2020). Dynamics of positive deviance in destigmatisation: celebrities and the media in the rise of veganism. *Consumption, Markets and Culture*, 23(3), 241-271.  
10.1080/10253866.2018.1512492
- Mahlke, C., Krämer, U., Becker, T., & Bock, T. (2014). Peer support in mental health services. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(4), 276-281. 10.1097/YCO.0000000000000074
- Manen, J. van e.a. (2018). Participatie van jongeren met psychische problemen. Utrecht: NJi.  
Geraadpleegd van [Participation-of-young-people-with-mental-health-issues.pdf \(nji.nl\)](#)



- McDaniel, T. R., & Benson, P. L. (2008). Review of All Kids Are Our Kids: What Communities Must Do to Raise Caring and Responsible Children and Adolescents, 2nd Edition. *The Clearing House*, 81(5), 237-238. 10.3200/TCHS.81.5.237-238
- McKeever, R. (2015). Vicarious experience: Experimentally testing the effects of empathy for media characters with severe depression and the intervening role of perceived similarity. *Health Communication*, 30(11), 1122-1134. <https://doi.org/10.1080/10410236.2014.921969>
- McLeod, J. D., Fettes, D. L., Jensen, P. S., Pescosolido, B. A., & Martin, J. K. (2007). Public knowledge, beliefs, and treatment preferences concerning attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatric Services*, 58(5), 626-631.
- Mendenhall, A. N., & Frauenholtz, S. (2012). System of Care Development in Children's Mental Health: Lessons Learned from a Process Evaluation. *Journal of Child and Family Studies*, 23(1), 157-168. 10.1007/s10826-012-9701-2
- Merten, E. C., Cwik, J. C., Margraf, J., & Schneider, S. (2017). Overdiagnosis of mental disorders in children and adolescents (in developed countries). *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11(1), 5. 10.1186/s13034-016-0140-5
- Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. (2019, 10 april). *Oplopend lerarentekort bedreiging voor gelijke kansen in het onderwijs*. De Staat van het Onderwijs | Inspectie van het onderwijs. Geraadpleegd op 26 januari 2022, van <https://www.onderwijsinspectie.nl/onderwerpen/staat-van-het-onderwijs/trends-in-het-onderwijs/leraren-en-lerarentekort/oplopend-lerarentekort-bedreiging-voor-gelijke-kansen-in-het-onderwijs>
- Mol, A. (2008). *Ziek Is het woord Niet: Medicalisering, normalisering en de veranderende taal van huisartsengeneeskunde en geestelijke Gezondheidszorg, 1945-1985*, (Ser. Amsterdam academic archive). Amsterdam University Press.



- Moses, T. (2010). Being treated differently: Stigma experiences with family, peers, and school staff among adolescents with mental health disorders. *Social Science & Medicine* (1982), 70(7), 985-993. 10.1016/j.socscimed.2009.12.022
- Mukolo, A., Heflinger, C. A., & Wallston, K. A. (2010). The Stigma of Childhood Mental Disorders: A Conceptual Framework. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(2), 92-103. 10.1097/00004583-201002000-00003
- Mulder, T. M., Kuiper, K. C., van der Put, Claudia E, Stams, G. J., & Assink, M. (2018a). Risk factors for child neglect: A meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 77, 198-210.
- Munro, E. (2019). *Effective child protection*. Sage.
- Newcomb-Anjo, S. E. (2018). Applying What is Known About Adolescent Development to Improve School-Based Mental Health Literacy of Depression Interventions: Bridging Research to Practice. *Adolescent Research Review*, 4(3), 235-248. 10.1007/s40894-018-0083-6
- Nijhof, K. S., Laninga-Wijnen, L., Mulder, E., van Domburgh, L., Popma, A., & Konijn, C. (2020). Kleinschalige groepen binnen de jeugdhulp: een eerste verkenning. *Kind En Adolescent*, 41(2), 187-204. <https://doi.org/10.1007/s12453-020-00236-6>
- Nouwen, E., Decuyper, S., & Put, J. (2012). Team decision making in child welfare. *Children and Youth Services Review*, 34(10), 2101-2116. 10.1016/j.childyouth.2012.07.006
- Ohan, J. L., Visser, T. A. W., Strain, M. C., & Allen, L. (2011). Teachers' and education students' perceptions of and reactions to children with and without the diagnostic label "ADHD". *Journal of School Psychology*, 49(1), 81-105. 10.1016/j.jsp.2010.10.001
- Ohlsen, S., Sanders, T., Connell, J., & Wood, E. (2021). Integrating mental health care into home-based nursing services: A qualitative study utilising normalisation process theory. *Journal of Clinical Nursing*, 10.1111/jocn.15975



- Otten, E., Geuijen, P., Zwaanswijk, M., & Koopman, I. (2018). Specialistische ondersteuner huisartsenzorg jeugd-GGZ (SOH-JGGZ). *Bijblijven (Amsterdam, Netherlands)*, 34(8), 596-615. 10.1007/s12414-018-0347-x
- Parens, E. (1998). Is Better Always Good?: The Enhancement Project. *The Hastings Center Report*, 28(1), s1-s17. 10.2307/3527981
- Parens, E. (2013). On good and bad forms of medicalization. *Bioethics*, 27(1), 28-35. 10.1111/j.1467-8519.2011.01885.x
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods* (Fourth edition ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Clarkin, J. F., Sirey, J. A., Salahi, J., Struening, E. L., & Link, B. G. (2001). Stigma as a Barrier to Recovery: Adverse Effects of Perceived Stigma on Social Adaptation of Persons Diagnosed with Bipolar Affective Disorder. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 52(12), 1627-1632. 10.1176/appi.ps.52.12.1627
- Polder, J. J., Kooiker, S., & van der Lucht, F. (2012). De gezondheidsepidemie. *TSG: Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen*, 90(3), 127-128. 10.1007/s12508-012-0045-5
- RMO. (2012). *Ontzorgen en normaliseren: Naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg*. Den Haag, Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. Geraadpleegd van: <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2012/04/01/ontzorgen-en-normaliseren>
- Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving. (2017). *Recept voor maatschappelijk probleem: Medicalisering van levensvragen*. Den Haag: RVS. Geraadpleegd van: <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2017/04/04/recept-voor-maatschappelijk-probleem>
- Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving. (2018). *Over bezorgd Maatschappelijke verwachtingen en mentale druk onder jongvolwassenen, essay*. Den Haag: RVS. <https://www.allesisgezondheid.nl/wp->





[content/uploads/2019/02/RVS\\_essay\\_Over\\_bezorgd\\_Maatschappelijke\\_verwachtingen\\_en\\_mentale\\_druk\\_onder\\_jongvolwassenen.pdf](https://content/uploads/2019/02/RVS_essay_Over_bezorgd_Maatschappelijke_verwachtingen_en_mentale_druk_onder_jongvolwassenen.pdf)

- Ray Moynihan, Jenny Doust, & David Henry. (2012). Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ: British Medical Journal*, 344(7859), 19-23. <https://www.jstor.org/stable/23233423>
- Sabin, J. E., & Daniels, N. (1994). Determining "Medical Necessity" in Mental Health Practice. *The Hastings Center Report*, 24(6), 5-13. 10.2307/3563458
- Schmidt, E., & Simons, M. (2013a). Psychische klachten onder studenten. *Utrecht: LSVb*, 13
- Schnabel, P. (1995). *De weerbarstige geestesziekte. Naar een nieuwe sociologie van de geestelijke gezondheidszorg*. SUN.
- Schoemaker, C., Kleinjan, M., van der Borg, W E, Busch, M., Muntinga, M. E., Nuijen, J., & Dedding, C. (2019). *Mentale gezondheid van jongeren: enkele cijfers en ervaringen*
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*, 22(2), 63-75. 10.3233/EFI-2004-22201
- Sherman, J., Rasmussen, C., & Baydala, L. (2008). The impact of teacher factors on achievement and behavioural outcomes of children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): a review of the literature. *Educational Research (Windsor)*, 50(4), 347-360. 10.1080/00131880802499803
- Simoni, Z. R. (2018). Medicalization, Normalization, and Performance Edge: teachers' attitudes about adhd medication use and the influence of race and social class. *Sociological Perspectives*, 61(4), 642-660. 10.1177/0731121417691050
- Smeets, E. (2007). *Samenwerking tussen primair onderwijs, voortgezet onderwijs, regionale expertisecentra en jeugdzorg: onderzoek naar innovatie in vijf regio's*. Nijmegen: ITS.



- Smeets, E., & Van Veen, D. (2018). Samenwerking tussen onderwijs, gemeenten en jeugdhulp. *Onderzoek Naar Succesfactoren in Praktijkvoorbeelden*. Nijmegen KBA Nijmegen/Zwolle: Hogeschool Windesheim/NCOJ
- Smulders, N.B.M., Driesen, I.G., Regenmortel, T. Van, & Schalk, M.J.D. (2016). *Passende zorg in de sociale wijkteams: Een onderzoek naar toeleiding naar zorg in de sociale wijkteams in de Gemeente Nijmegen*. Tilburg: Tranzo, Tilburg University
- Stoutjesdijk, R., & Westerbeek, K. (2016). Onbekend maakt onbemind: afstand tussen onderwijs en jeugdhulpverlening maakt samenwerken lastig. *Kind & Adolescent Praktijk*, 15(1), 4–11. <https://doi.org/10.1007/s12454-016-0002-6>
- Struijs, A., & Doorten, I. (2009). Sneller naar de voordeur, maar dan? Dilemma's in de jeugdzorg. *Onderwijs & Gezondheidszorg*, 33(2), 23-26. 10.1007/BF03080199
- Suijs, J., & Verbon, H. (2018). De winsten van zorginstellingen. *Beleid & maatschappij*, 45(1), 46-77.
- Svinhufvud, K., Voutilainen, L., & Weiste, E. (2017). Normalizing in student counseling. *Discourse Studies*, 19(2), 196-215. 10.1177/1461445617691704
- Tufford, L., & Lee, B. (2019). Decision-making factors in the mandatory reporting of child maltreatment. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 12(2), 233-244. <https://doi.org/10.1007/s40653-018-0211-2>
- van Andel, H W H. (2020). Child and adolescent psychiatry as part of youth care; developments after implementation of the Youth Law (2015). *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 62(2), 101-103. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32141516>
- van Arum, S. (2016). Sociale (wijk)teams: hoe staan ze ervoor? *TVZ - Tijdschrift Voor Verpleegkundige Experts*, 126(3), 12-13. 10.1007/s41184-016-0056-9
- van den Bergh, O., Brosschot, J., Critchley, H., Thayer, J. F., & Ottaviani, C. (2021). Better Safe Than Sorry: A Common Signature of General Vulnerability for



Psychopathology. *Perspectives on Psychological Science*, 16(2), 225-246.

10.1177/1745691620950690

van den Braak, J. (2016). Goed genoeg? *Jeugd En Co*, 10(2), 14–14.

<https://doi.org/10.1007/s12449-016-0021-y>

Van Erp, N. Knispel, A., Michon, N., de Lange, A., Bouman, J., Hulsbosch, L. & Kroon, H. (2019).

*Stigmatisering door hulpverleners in de GGZ*. Trimbos Instituut. Geraadpleegd van:

[d4033c43-3fe3-4b78-90b6-b5406835b1fc.pdf \(trimbos.nl\)](https://www.trimbos.nl/documenten/44033c43-3fe3-4b78-90b6-b5406835b1fc.pdf)

Van Essen, D. (2019, 19 september). *Administratiedruk jeugdzorg woekert voort ondanks belofte ministerie*. FNV. Geraadpleegd op 14 januari 2022, van

<https://www.fnv.nl/nieuwsbericht/sectornieuws/zorg-welzijn/2021/09/administratiedruk-jeugdzorg-woekert-voort-ondanks>

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

<https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Publicatie-NJi/Het-groeiend-jeugdzorggebruik-Duiding-en-aanpak.pdf>

van Yperen, T., Wijnen, B., & Hageraats, R. (2016). *Evaluatie Jeugdwet: Meer kwaliteit en minder zorgen*. Utrecht: Nederlands

Jeugdinstituut. <https://www.narcis.nl/publication/RecordID/oai:pure.rug.nl:publications%2F77d12bba-ebc7-493d-a59b-97b4d4f006e6>

Verhaak, P. (2011). Geestelijke gezondheidszorg in de huisartspraktijk: psychiatiseren of

normaliseren? *Psychologie & Gezondheid*, 39(2), 94–103. <https://doi.org/10.1007/s12483-011-0020-x>

Walker, J. S., Coleman, D., Lee, J., Squire, P. N., & Friesen, B. J. (2008). Children's

stigmatization of childhood depression and ADHD: Magnitude and demographic variation in a national sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(8), 912-920.



- Wammes, J. J. G., Jeurissen, P. P. T., Verhoef, L. M., Assendelft, W. J., Westert, G. P., & Faber, M. J. (2014). Is the role as gatekeeper still feasible? A survey among Dutch general practitioners. *Family Practice*, 31(5), 538-544.
- Watson, A. C., Otey, E., Westbrook, A. L., Gardner, A. L., Lamb, T. A., Corrigan, P. W., & Fenton, W. S. (2004). Changing Middle Schoolers' Attitudes About Mental Illness Through Education. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 563-572. 10.1093/oxfordjournals.schbul.a007100
- Wharf, B. (1994). The child welfare challenge: Policy, practice, and research. *Children and Youth Services Review*, 16(5-6), 457-460. 10.1016/0190-7409(94)90034-5
- Wenselaar, L. (2015). Goed-genoeg ouderschap, opvoedingsstijl en ouderrol. In *Integrale hulpverlening aan ouders met psychiatrische en/of verslavingsproblemen en hun kinderen* (pp. 37-45). Bohn Stafleu van Loghum, Houten.
- Weijenberg, van de, A. (2018). Ongemak. *Management Kinderopvang*, 24(7), 17-17.  
<https://doi.org/10.1007/s41190-018-0135-y>
- Wienen, A. W., Batstra, L., Thoutenhoofd, E., Bos, E. H., & de Jonge, P. (2019). Do troublesome pupils impact teacher perception of the behaviour of their classmates? *European Journal of Special Needs Education*, 34(1), 114-123. 10.1080/08856257.2017.1421600
- Wienen, A. W., Sluiter, M. N., Thoutenhoofd, E., de Jonge, P., & Batstra, L. (2019). The advantages of an ADHD classification from the perspective of teachers. *European Journal of Special Needs Education*, 34(5), 649-662. 10.1080/08856257.2019.1580838
- Wijngaarden, van. B., Schene, A. H., & Koeter, M. W. (2004). Family caregiving in depression: impact on caregivers' daily life, distress, and help seeking. *Journal of Affective Disorders*, 81(3), 211-22.
- Wilson, A. (1991). Consultation length in general practice: a review. *British Journal of General Practice*, 41(344), 119-122. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2031756>



Wright, A. (2009). Every Child Matters: discourses of challenging behaviour. *Pastoral Care in Education*, 27(4), 279-290. 10.1080/02643940903349344

*Mentale gezondheid jongeren: enkele cijfers en ervaringen | RIVM.* (2019, 24 mei). Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Geraadpleegd op 14 januari 2022, van <https://www.rivm.nl/nieuws/mentale-gezondheid-jongeren-enkele-cijfers-en-ervaringen>

*Werkdruk in de jeugdzorg toegenomen | Nederlands Jeugdinstituut.* (2019, 8 oktober). Nederlands Jeugdinstituut (NJI). Geraadpleegd op 10 oktober 2021, van <https://www.nji.nl/nieuws/werkdruk-in-de-jeugdzorg-toegenomen>



## Begrippenlijst

Jeugdprofessional: binnen dit onderzoek wordt de jeugdprofessional gezien als het verzamelwoord voor alle mensen die zich beroepsmatig bezighouden met de ontwikkeling van het kind. Een jeugdprofessional kan daarom veel verschillende vormen aannemen, zoals leerkracht, huisarts, gezinsvoogd, medewerker van een gebiedsteam of jongerenwerker (Vogelvang & Verhagen, 2016).

Voorliggend veld: Dit is een overkoepelende term voor het geheel aan collectieve voorzieningen en netwerk van vrijwilligers en professionals die vrij toegankelijk zijn voor iedereen in de gemeente Weststellingwerf. Deze voorzieningen helpen inwoners bij het versterken van de eigen kracht en het naar tevredenheid deelnemen aan de maatschappij (Gemeente Roosendaal, 2016).

Verwijzers naar de specialistische zorg: Dit zijn partijen en organisaties die jeugdigen op grond van de Jeugdwet direct door kan verwijzen naar een instelling of specialistische maatwerkvoorzieningen. Ook is er veel overlap met taken uit het voorliggend veld. Vaak zijn partijen en organisaties dan ook actief in zowel het voorliggend als het verwijzen naar de specialistische zorg.

Medicaliseren: Medicalisering is het proces waarbij niet medische problemen worden omschreven in medische termen, meestal als ziekte of afwijking (Conrad, 1992; Zola, 1983). Dit betekent dat bijvoorbeeld afwijkend gedrag wordt omschreven, gediagnosticeerd en behandeld als een medisch probleem (Conrad, 1992; Conrad & Potter, 2000; Simoni, 2017). Zodra dit afwijkende gedrag als een probleem wordt beschouwd, wordt ook gezocht naar een medische oplossing.

Normaliseren: Volgens de Jeugdwet, uit 2015, wordt normaliseren van opvoedvragen gedefinieerd als het zoveel mogelijk verlenen van hulp binnen de omgeving van het kind, thuis in het gezin, op school en in de buurt (Kamerstukken II, 33864, nr. 3, 2012-2013). Hoewel normaliseren wordt genoemd als één van de transformatiedoelstellingen, lijkt hier nog geen eenduidig begrip van aanwezig te zijn.

De termen jeugdhulp en jeugdzorg worden vaak door elkaar gebruikt. Voor dit onderzoek is het daarom belangrijk om het verschil tussen beide begrippen weer te geven om verwarring te voorkomen.

Jeugdzorg: Met ingang van de Jeugdwet en decentralisatie in 2015 wordt de jeugdzorg als verzamelnaam voor de jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering gebruikt (NJI, 2019).



Jeugdhulp: Met de term jeugdhulp worden alle vormen van ondersteuning en hulp bedoeld. Dit begint met lichte ambulante hulp en eindigt bij gespecialiseerde intensieve zorg, al dan niet in een gesloten jeugdinstelling (NJI, 2019)

Vals positieve diagnose: Dit zijn jeugdigen waarvan wordt gedacht dat ze risico lopen door worden verwezen naar de specialistische jeugdzorg, terwijl zij juist beter af zouden zijn geweest als ze binnen het gezin of sociale netwerk zouden worden ondersteund (Bartelink, 2018).

Vals negatieve diagnose: Het tegenovergestelde van vals positieve diagnose. De jeugdige krijgt geen hulp terwijl dit later wel nodig blijkt te zijn (Bartelink, 2018).



## Bijlage 1: interviewschema

### 1.1 Inleiding

Beste heer/mevrouw

Hartelijk dank dat u deel wilt nemen aan mijn onderzoek. Voordat we beginnen aan het interview zal ik mij even kort voorstellen.

Mijn naam is Anne Zuiderveld, ik ben een masterstudent aan de Rijksuniversiteit Groningen (RUG). Voor mijn afstudeertraject doe ik, in samenwerking met de gemeente Weststellingwerf, onderzoek naar het normaliseren binnen de jeugdzorg. Hierbij ga ik onderzoeken wat de mening van professionals is over het normaliseren binnen de jeugdzorg en wat volgens hen van belang is om te kunnen normaliseren.

Ik ben vooral geïnteresseerd hoe binnen het voorliggend veld en bij verwijzers naar de (specialistische) jeugdzorg, normaliseren een rol speelt bij het al dan niet verwijzen naar de specialistische jeugdzorg. Vragen tijdens dit onderzoek zullen daarom vooral betrekking hebben op wat wordt verstaan onder normaliseren, wat er nodig is om te kunnen normaliseren en of dat er al sprake is van normalisering binnen de gemeente. Het gaat hierbij vooral om professionals binnen het onderwijs, jeugdgezondheidszorg en het sociale domein.

Hoewel normaliseren van opvoedvragen één van de transformatiedoelstellingen is, wordt uit de Jeugdwet niet helemaal duidelijk wat hiermee wordt bedoeld. Inzicht hierin zou in de toekomst bij kunnen dragen bij het operationaliseren van de normaliseren en vervolgens het vormen van beleid. Het is daarom belangrijk om te weten hoe normaliseren volgens betrokken professionals samenhangt met de beslissingen om wel of niet door te verwijzen en hoe jeugdprofessionals samenwerken om zorgvragen te kunnen normaliseren.

Deelname aan het onderzoek is vrijwillig, u kunt op ieder moment uw deelname beëindigen zonder hier een reden voor op te geven. Alles wat u mij vertelt, wordt uitsluitend voor dit onderzoek gebruikt. Na afloop zal ik het interview verwerken en kunt u het uitgetypte interview ontvangen. Hiermee heeft u de mogelijkheid om op- of aanmerkingen te plaatsen, die ik daarna aan worden gepast.

Zijn er nog vragen of onduidelijkheden voordat wij beginnen?



## 1.2 interviewschema

Nu ik wat heb verteld over het onderzoek en wie ik ben, zou ik ook graag wat meer over u willen weten. De eerste vragen zullen dan ook over uw werkzaamheden gaan.

### Inleidende vragen

1. Zou u allereerst wat kunnen vertellen over uw werkzaamheden en uw functie binnen de jeugdzorg?

*Probe:* wat voor soort werk doet u, wat is uw plaats binnen de gemeente, hoelang bent u al werkzaam binnen uw huidige functie

2. Op welke manier ben tu betrokken bij de toegang naar de specialistische jeugdzorg?

*Probe:* wat zijn uw taken in het voorliggend veld, wat zijn uw taken als verwijzer naar de specialistische jeugdzorg, preventie

3. Uit onderzoek blijkt dat er nog steeds veel jongeren een beroep doen op de specialistische jeugdzorg. Wat is volgens u de reden dat er nog steeds zoveel vraag is naar de jeugdzorg?

*Probe:* toename mentale problemen, toename intensieve zorg, op wat voor manier merkt u dat er een stijgende vraag is naar de jeugdzorg, wat voor soort zorgvragen krijgt/behandelt u over het algemeen

### Sleutelvragen

Ik wil nu graag dieper ingaan op het onderwerp van dit onderzoek, namelijk het normaliseren binnen de jeugdzorg.

4. Bent u bekend met het begrip normaliseren binnen de jeugdzorg? Zo ja, wat verstaat u daar onder?

*Probe:* Vanuit waar bent u bekend met het begrip normaliseren, wat is uw doelstelling met betrekking tot het normaliseren van opvoedvragen, wat is volgens u de definitie van normaliseren, hoe geeft u normaliseren vorm in uw eigen werkzaamheden

5. Wat is uw mening over het normaliseren binnen de jeugdzorg?

*Probe:* bent u voor of tegen normaliseren, wanneer wel/wanneer niet, kunt u dat uitleggen

6. Wat voor rol speelt normaliseren volgens u bij het al dan niet doorverwijzen naar de specialistische zorg?

*Probe:* preventief handelen specialistische zorg, wordt het normaliseren van problemen ook meegenomen in de afweging van de zorgkeuzes, welke stappen zet u bij het doorverwijzen naar de specialistische jeugdzorg

7. Kunt u uitleggen wat er volgens u nodig is om te kunnen normaliseren? En zou u een voorbeeld kunnen bedenken waarbij het wel en niet is gelukt om te normaliseren?

*Probe:* wat heeft er aan bijgedragen dat het normaliseren bij de ene casus wel is gelukt en bij de andere niet, kunt u uitleggen op welke manier u (opvoed)vragen probeert te normaliseren, hoe maakt u onderscheid tussen ogenschijnlijk normaal en afwijkend gedrag, wanneer vindt u de sociale omgeving kundig genoeg om problemen zelf op te lossen, op wat voor manier neemt u de ouders en kind mee bij het normaliseren, op wat voor manier werkt u bij het normaliseren samen met andere jeugdprofessionals, wat is nodig om samen met andere professionals te normaliseren, kunt u uitleggen wat voor



knelpunten u ervaart bij het normaliseren, op wat voor manier neemt u het sociale netwerk mee in het beantwoorden van de hulpvraag, waarom durven jeugdprofessionals volgens u niet te normaliseren.

8. Wat hebt u zelf nodig om zorgvragen te kunnen normaliseren?

*Probe:* wat hebt u van andere partijen nodig om te kunnen normaliseren, wat heeft u van de gemeente nodig om te kunnen normaliseren

9. Is er volgens u ook sprake van een gedeelde visie met betrekking tot het normaliseren binnen de gemeente Weststellingwerf? En kunt ook uitleggen waarom wel of waarom niet?

*Probe:* samenwerking om doelen te bereiken, onderling overleg, terugkoppeling gekozen zorg, overeenstemming normaliseren, onderling vertrouwen

#### **Afsluitende vragen**

10. Zou u kunnen vertellen waar u trots op bent binnen uw werk?

*Probe:* zorgvragen, advies, samenwerking, doelstellingen

11. Tot slot, heeft u nog onderwerpen of vragen die nog niet aan bod zijn gekomen?

12. Mochten wij nog verdere vragen hebben, is het dan mogelijk om weer contact met u op te nemen?

### 1.3 Overzicht gestelde vragen en onderzoeksvragen

Onderzoeksvraag	interviewvragen
Hoofdvraag: 'welke factoren hangen volgens jeugdprofessionals met het al dan niet normaliseren van opvoedvragen?'	
<b>Deelvragen</b>	
Persoonlijke gegevens & Werkzaamheden	Zou u allereerst wat kunnen vertellen over uw werkzaamheden en uw functie?  Kunt u hierbij ook wat vertellen wat uw rol binnen de jeugdzorg is en op welke manier u betrokken bent bij de toegang naar de specialistische jeugdzorg?  Zou u kunnen vertellen waar u trots op bent binnen uw werk?
Wat wordt verstaan onder het normaliseren binnen de jeugdzorg	Bent u bekend met het begrip normaliseren binnen de jeugdzorg? Zo ja wat verstaat u daar onder?  Wat is uw mening over het normaliseren binnen de jeugdzorg?  Wat voor rol speelt normaliseren volgens u bij het dan wel of niet doorverwijzen naar de specialistische zorg?  Wanneer of in welke gevallen, besluit u om wel of niet te normaliseren?
Wat hebben professionals nodig om te kunnen normaliseren	Kunt u uitleggen wat er volgens u nodig is om te kunnen normaliseren? En zou u een voorbeeld kunnen bedenken waarbij het wel en niet is gelukt om te normaliseren?  Wat hebt u zelf nodig om zorgvragen succesvol te kunnen normaliseren
In hoeverre wordt er genormaliseerd binnen de gemeente	
Gedeelde visie met betrekking tot normaliseren binnen de gemeente Weststellingwerf	Is er volgens u ook sprake van een gedeelde visie met betrekking tot het normaliseren binnen de gemeente Weststellingwerf? En kunt ook uitleggen waarom wel of waarom niet?
Knelpunten bij het normaliseren binnen de jeugdzorg	Kunt u uitleggen of voorbeelden geven van knelpunten die u ervaart bij het normaliseren?



## Bijlage 2: Informatiebrief deelname interviews

### **Informatie over het onderzoek**

Versie voor deelnemers

#### **Normalisering in Weststellingwerf**

Verkenkend onderzoek naar het normaliseren binnen de jeugdzorg

Geachte Heer/Mevrouw,

Mijn naam is Anne Zuiderveld, masterstudent Sociologie aan de Rijksuniversiteit Groningen (RUG). In samenwerking met de gemeente Weststellingwerf doe ik voor mijn afstudeertraject, onderzoek naar het normaliseren binnen de jeugdzorg. Het onderwerp dat hierbij centraal staat is hoe, volgens jeugdprofessionals, normaliseren samenhangt met het omgaan van opvoedvragen en verwijzing naar de (specialistische) jeugdhulp. Het onderzoek richt zich op de mening van professionals die werkzaam zijn binnen het voorliggend veld en/of verwijzen naar de specialistische jeugdzorg in de gemeente Weststellingwerf.

Meedoen aan het onderzoek is vrijwillig. Wel is uw toestemming nodig. Lees deze informatie daarom goed door. Stel alle vragen die u misschien heeft, bijvoorbeeld omdat u iets niet begrijpt. Pas daarna besluit u of u wilt meedoen. Als u besluit om niet mee te doen, hoeft u niet uit te leggen waarom, en zal dit geen negatieve gevolgen voor u hebben. Dit recht geldt op elk moment, dus ook nadat u hebt toegestemd in deelname aan het onderzoek.

#### **Waarom dit onderzoek**

Normaliseren is één van de transformatiedoelstellingen van de Jeugdwet, maar het is vaak nog niet duidelijk wat hiermee wordt bedoeld en wat er precies voor nodig is. Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen wat professionals verstaan onder normaliseren, wat volgens hen nodig is om te kunnen normaliseren en in hoeverre normaliseren al mee wordt genomen bij de beslissing om wel of niet door te verwijzen naar de specialistische jeugdzorg. Daarnaast zou het onderzoek inzicht moeten geven wanneer ouders en jeugdigen en hun sociale omgeving zelf verantwoordelijk zijn voor het gezond en veilig opgroeien en wanneer verwijzing naar de specialistische jeugdzorg noodzakelijk wordt geacht. Het is hierbij belangrijk om vanuit verschillende perspectieven en ervaringen met betrekking tot normaliseren te achterhalen in hoeverre er overeenstemming is tussen verschillende jeugdprofessionals.

#### **Wat vragen wij van u tijdens het onderzoek**

Allereerst vragen wij u, middels een toestemmingformulier, toestemming voor deelname aan het onderzoek. Dit toestemmingsformulier wordt zowel door u als de onderzoeker ondertekend. Het toestemmingsformulier is onderaan de informatiebrief te vinden.

Bij deelname aan het onderzoek worden er interviews afgenomen. De vragen tijdens dit onderzoek hebben betrekking op uw ervaringen omtrent normaliseren in de jeugdzorg. De interviews worden door mij, Anne Zuiderveld, afgenomen en nemen ongeveer een uur van uw tijd in beslag. Tijdens het interview wordt er ook een audio-opname gemaakt. Deze opname wordt gebruikt bij het verwerken van uw gegevens voor het onderzoek. De geluidsopnamen worden letterlijk uitgetypt, waarna de uitgetypte resultaten gebruikt worden voor verdere analyse.

#### **Hoe gaan wij met uw gegevens om**

De gegevens die worden verzameld voor dit onderzoek zijn uitsluitend bedoeld voor dit scriptieonderzoek. De audio-opnames en de bijhorende transcripten worden dan ook door de masterstudent Anne Zuiderveld verwerkt. Er wordt geprobeerd om alle gegevens volledig anoniem te verwerken. In sommige gevallen kunnen antwoorden herleidbaar zijn naar de persoon van wie het antwoord afkomstig is. Dit kan bijvoorbeeld komen door antwoorden over uw functie of werkzaamheden binnen de jeugdhulp in de gemeente Weststellingwerf. Om de anonimiteit en vertrouwelijkheid zo goed mogelijk te kunnen waarborgen, krijgt u, na verwerking van de interviews, de kans om uw transcript in te zien. Hierin kunt u nalezen hoe de transcripten zijn opgesteld, heeft u de kans om op- of aanmerking te plaatsen wanneer u vindt 2 > 3



dat de gegevens niet correct zijn verwerkt en kunt u eventueel aangeven welke antwoorden niet mee mogen worden genomen in het onderzoek.

Omdat de gegevens alleen beschikbaar zijn voor dit scriptieonderzoek, worden de audio-opnames en transcripten bewaard op de Y-schijf van de RUG. Dit is een beveiligde schijf van de universiteit waar alleen de student en diens scriptiebegeleider (D.E.M.C. Jansen) toegang tot hebben. Om uw privacy te beschermen worden er geen namen opgeslagen en geven wij uw toestemmingsformulier, opname en transcript een cijfercode. Hiermee zijn de bestanden niet terug te leiden naar u als persoon. De verzamelde gegevens zijn tot het afronden van de scriptie beschikbaar voor de analyse. U heeft dan ook tot de afronding van het scriptieonderzoek de kans om uw gegevens op te vragen en te corrigeren. Wanneer de scriptie is afgerond en ter beoordeling is opgestuurd naar ter beoordeling, zijn de gegevens niet meer beschikbaar voor verdere analyses. U wordt hier te zijner tijd digitaal van op de hoogte gebracht.

Mocht u geïnteresseerd zijn in de uitkomsten van onderzoek, dan heeft u de mogelijkheid om dit tijdens het interview aan te geven. Wanneer het scriptieonderzoek met een voldoende is beoordeeld, ontvangt u een mail met de rapportage.

### **Wat moet u nog meer weten**

U kunt altijd vragen stellen over het onderzoek: nu, tijdens het onderzoek, en na afloop. Dit kan door een van de betrokken onderzoekers te e-mailen ([a.zuiderveld@weststellingwerf.nl](mailto:a.zuiderveld@weststellingwerf.nl)) of te bellen (0648318575), of door een aanwezige begeleider te contacten (Jurje Rass, 0612046161) aan te spreken.

Heeft u vragen/zorgen over uw rechten als onderzoeksdeelnemer of de uitvoering van het onderzoek?

U kunt hierover ook contact opnemen met de Ethische Commissie Gedrags- en Maatschappijwetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen: [ec-bss@rug.nl](mailto:ec-bss@rug.nl).

Heeft u vragen of zorgen over hoe er met uw persoonsgegevens wordt omgegaan? U kunt hierover ook contact opnemen met de Functionaris Gegevensbescherming van de Rijksuniversiteit Groningen: [privacy@rug.nl](mailto:privacy@rug.nl).

### **Contactgegevens**

Naam: Anne Zuiderveld

Tel. nr.: 0648318575

Mail: [a.zuiderveld@weststellingwerf.nl](mailto:a.zuiderveld@weststellingwerf.nl)



**Bijlage A**  
**GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING**  
**“NORMALISEREN IN WESTSTELLINGWERF**

EEN VERKENNEND ONDERZOEK NAAR HET NORMALISEREN BINNEN DE JEUGDZORG”

- Ik heb de informatie over het onderzoek gelezen. Ik heb genoeg gelegenheid gehad om er vragen over te stellen.
- Ik begrijp waar het onderzoek over gaat, wat er van me gevraagd wordt, welke gevolgen deelname kan hebben, hoe er met mijn gegevens wordt omgegaan, en wat mijn rechten als deelnemer zijn.
- Ik begrijp dat deelname aan het onderzoek vrijwillig is. Ik kies er zelf voor om mee te doen. Ik kan op elk moment stoppen met meedoen. Als ik stop, hoef ik niet uit te leggen waarom. Stoppen zal geen negatieve gevolgen voor mij hebben.
- Ik geef hieronder aan waar ik toestemming voor geef.

Toestemming voor deelname aan het onderzoek:

- Ja, ik geef toestemming voor deelname; deze toestemming loopt tot 01-07-2021  
 Nee, ik geef geen toestemming voor deelname

Toestemming voor het maken van audio-opnames tijdens het onderzoek:

- Ja, ik geef toestemming voor het maken van audio/video-opnames van mij als deelnemer.  
 Nee, ik geef geen toestemming voor het maken van audio/video-opnames van mij.

Toestemming voor de verwerking van mijn persoonsgegevens:

- Ja, ik geef toestemming voor de verwerking van mijn persoonsgegevens zoals vermeld in de onderzoeksinformatie. Ik weet dat ik tot 01-07-2021 kan vragen om mijn gegevens te laten verwijderen. Ook als ik besluit om te stoppen met deelname, kan ik hierom vragen.  
 Nee, ik geef geen toestemming voor de verwerking van mijn persoonsgegevens.

Volledige naam deelnemer:	Handtekening deelnemer:	Datum:

Volledige naam aanwezige onderzoeker:	Handtekening aanwezige onderzoeker:	Datum:

De aanwezige onderzoeker verklaart dat de deelnemer uitvoerig over het onderzoek is geïnformeerd.

*U heeft recht op een kopie van dit toestemmingsformulier.*

## Bijlage 3: Codeboek

Het codeboek wordt gebruikt om antwoord te geven op de onderzoeksvragen binnen dit onderzoek. Om antwoord te kunnen geven zijn alle codes ondergebracht in verschillende categorieën. Wanneer een code inductief is, wordt dit aangegeven met een \*. De onderzoeksvragen die in dit onderzoek centraal staan zijn:

Hoofdvraag:

*‘Welke factoren hangen volgens jeugdprofessionals samen met het al dan niet normaliseren van opvoedvragen?’*

Deelvragen:

*‘Wat wordt er verstaan onder normaliseren?’*

*‘Wat is er nodig om te kunnen normaliseren?’*

*‘In hoeverre wordt er binnen de gemeente Weststellingwerf al genormaliseerd?’*

*‘Welke knelpunten worden er ervaren bij het normaliseren binnen de gemeente Weststellingwerf?’*

<b>Categorie</b>	<b>Code</b>	<b>Omschrijving</b>	<b>Voorbeeld</b>
Definitie normaliseren	Bekendheid normaliseren	De participant legt uit wat hij of zij al weet van normaliseren	‘Ja, daar moest wel ik weer even aan denken inderdaad. Ik weet nog wel toen, ik denk dat ik van jou leeftijd was, toen werkte ik dus op die observatie- en behandelcentrum. Nou dan hebben we het over iets van 30 jaar geleden denk ik dat ik daar startte. Toen was het eerst wel heel erg, nou werkte ik op een plek, nou zo’n grote, het was op het terrein voor mensen met een verstandelijke beperking. Zo echt afgesloten, afgelegen, dat kan tegenwoordig helemaal niet meer. Het moest vooral niet in zicht en de kinderen ook niet. We moesten ook een beetje meegaan, laten zoals het was.’
	Belangrijke componenten van normaliseren	Participant geeft uitleg over componenten en aspecten die zij belangrijk vinden bij het normaliseren	‘Dat een bepaalde situatie niet normaal is terwijl naar mijn idee best wel dingen ook wel gewoon onder het opvoeden vallen. En ja bij het ene kind maak je het ene mee met het andere kind het ander en er wordt soms wel snel een soort paniek van gemaakt



Categorie	Code	Omschrijving	Voorbeeld
			ofzo. Ja, en dat vind ik ook wel een stukje normaliseren.'
	Goed Genoeg	Participant geeft aan dat het principe van goed genoeg een belangrijke rol speelt bij het normaliseren binnen de jeugdzorg	'Ja, als je het echt hebt over goed genoeg dan komt vaak in de context van de veiligheid naar voren. Dus op het moment dat nou dat er echt zorgen zijn over of de ouders hun kind ja voldoende ondersteuning, stimulering kunnen geven om ja gezond en veilig op te groeien.'
Mate van normaliseren in de gemeente	Gezamenlijke visie	Participant vertelt dat normaliseren al een plaats heeft in gezamenlijke visies of het vormen van beleid	Nou uhm, dat is dan ook nog een beetje onze zoektocht ook. Uhm het is een principe wat we willen gebruiken om die toekenningen naar de specialistische jeugdhulp ook scherper te krijgen. Ook om in onze vraagverheldering, dus je hebt uhm, de richtlijn samen met ouders beslissen over jeugdhulp, uhm om daarin nog steeds mee te nemen de vraag of het jeugdhulp is?
	Rol normaliseren	Participant geeft uitleg dat normaliseren wel of geen rol speelt bij het al dan niet doorverwijzen naar de specialistische zorg	'Uhm, dat is uh nee die voorbeelden heb ik zo niet. Omdat normaliseren niet zo'n concrete stap is die wij zetten momenteel.'
	Voorstander normaliseren	Participant geeft aan al gebruik te maken van normaliseren en daar ook voorstander van te zijn	Ja, ik vind het wel nodig, want kijk doordat wij natuurlijk bij de gemeente zijn gegaan en er zijn gebiedsteams, WIJ-teams geformeerd. dat je meer zicht krijgt op de samenleving, op de inwoners daarmee krijg je ook meer inwoners in beeld. En daardoor lopen de hulpvragen natuurlijk ook wel op. Ook wel een goed teken dan denk ik nou dan weten mensen ons in ieder geval te vinden
Benodigheden normaliseren	Bijeenkomsten en evaluaties	Participant geeft aan dat bijeenkomsten en evaluaties met zowel professionals als gezinnen belangrijk is om te succesvol te kunnen normaliseren	'Om goed te kunnen normaliseren. wat volgens mij het nodig is om goed te kunnen normaliseren is dat je heel erg in gesprek bent met elkaar en dan bedoel ik even het netwerk zeg maar. Om gezinnen heen zeg maar. Zodat je met elkaar ook, een beetje misschien helder krijgt in wie is waar van, wie kan wat betekenen, hoe zie jij dat, hoe zie ik dat. En tegelijkertijd denk ik nu oh, jij zei van voor iedereen normaliseren. Dus ik weet niet of dat dan helemaal uhm, helemaal past...'





Categorie	Code	Omschrijving	Voorbeeld
	Eigenschap gezin	Participant geeft aan welke eigenschappen een gezin moet ontwikkelen om succesvol te normaliseren	Dat we zien dat we gewoon zonder het systeem, zonder de ouders, ook niet verder kunnen. En volgens mij is daar ook wel bewezen, ligt daar wel iets van bewezen onderzoek ook onder. Hè dat ook systeem van de cliënt niet uh... ja.
	Eigenschap teams	Participant geeft een voorbeeld van belangrijke teameigenschappen om succesvol te normaliseren	Dat het meer kennis heb onderhouden over autisme ADHD dan over bijvoorbeeld de LVB. De lichtverstandelijk beperking, terwijl ik dat wel had. Dat was ook één van de redenen dat ik vanuit de MEE bij de gemeente in het gebiedsteam gezet werd. Maar dat je dan toch, kennis op pijl houden is wel heel belangrijk.
	Hoe normaliseren	Participant geeft aan op wat voor manieren je succesvol kan normaliseren	Dus dat je ook inderdaad zowel vanuit ons uitgangspunt als die van de die van de hulp aanbieder, maar ook van het gezin. Dus spreek je eigenlijk elke keer wel een keer in de zoveel tijd van oké hoe loopt het, worden resultaten ook daadwerkelijk behaald.
	Korte lijnen	Participant geeft aan dat het hebben van korte lijnen en frequent contact nodig is om succesvol te kunnen normaliseren	Maar andere manieren om te normaliseren, ja, ik denk dat het ook erg belangrijk is om goed personeel en bevlogen personeel, elkaar goed weten te vinden, korte lijnen met elkaar te hebben. En dat is eigenlijk steeds altijd een spanningsveld.
	Uitbreiden voorliggend veld	Participant geeft aan het uitbreiden van meer aanbod en bekendheid het van het voorliggend nodig is om succesvol te normaliseren	Ja, misschien vind ik wel dat wat het meest nodig zou zijn, is dat we laagdrempelige hulp, wat ik net eigenlijk een beetje schetste, je kan ergens binnenstappen en dat maakt mij ook niet zoveel uit wie dat dan is. Dat zou een jeugdverpleegkundige kunnen zijn, maar dat zou misschien ook iemand anders zijn
	Samenwerking professionals	Participant geeft uitleg dat samenwerking met professionals nodig is om succesvol te normaliseren	'wederom voor het collectieve zit het bij mij dan heel erg In de samenwerking met anderen die ook op collectief gebied actief zijn. En dat kan bijvoorbeeld de gebiedsteam medewerkers die onze namen geven of andere aanbieders van producten, maar



Categorie	Code	Omschrijving	Voorbeeld
			ook interventie eigenaren van bepaalde interventies. ja en wat we verder, wat ik zelf altijd heel prettig vind en dat gebeurt in meer of mindere mate al op dit thema, maar is dat je met elkaar kijkt van hé, wie kan wat hierin betekenen.'
	Rol onderwijs	Participant geeft aan welke rol het onderwijs heeft om succesvol te normaliseren	Ik denk ook dat dat gefaciliteerd moet worden. Dat is gewoon zo, soms moet je of fysieke aanpassingen kunnen hebben of in materialen, maar ook in mankracht. Dat is gewoon ook zo. Ze zeggen vaak zelf vaak ook van het zou toch wel fijn zijn als er dan extra handen in de klas komen of kleinere klassen. Dus daar zit het in, want dan als je het een beetje tegemoet komt in het faciliteren dan denk ik dat mensen ook wat makkelijker meegaan in het denken over.
Knelpunten normaliseren	Knelpunten voorliggend veld	Participant geeft aan welke problemen in het voorliggend veld het moeilijk maakt om te normaliseren	Ja, uhm... ik vind het wel eens jammer dat je tegenwoordig het verenigingsleven, hoe je dat vroeger wat meer in de dorpen, dat dat er niet meer is. En daar eigenlijk wil je naar zulk soort dingen wel weer terug. Je hebt kinderen als die maar een goede leefomgeving hebben, en die hebben het thuis wat minder leuk, dan is een school of een club... dat kan echt wel life saviors zijn voor zo'n iemand om een periode goed door te komen
	Knelpunten aanbieders	Participant geeft aan welke problemen er vanuit aanbieders worden ervaren die het normaliseren moeilijk maakt	En dat is niet om het af... maar de wildgroei aan zorg en dat daar zo'n en iedereen indicaties en budg... of iedereen? Maar goed ik ga het even niet aardig zeggen, maar ik zit in een gesprek op school en daar zit een mevrouw en die heeft een bloemenwinkel gehad en die heeft vijf coaching dagen kindercoach gedaan en die gaat iedereen aan tafel vervolgens vertellen hoe het moet en dat het anders moet en...
	Knelpunten gemeente	Participant geeft aan welke problemen de gemeente ervaart bij het normaliseren	Dus het gaat niet alleen maar over de inhoud maar ook, naja het zijn ook wel wat vage termen, maar het is ook op de betrekking in de relatie in hoe je er in zit. Wij zijn natuurlijk altijd de gemeente, en we staan sowieso met 1-0 achter. Want de gemeente, ja die wil niks, die wil nooit betalen. Een beetje



Categorie	Code	Omschrijving	Voorbeeld
			gechargeerd gezegd.
	Knelpunten gezin	Participant geeft aan welke problemen er vanuit gezinnen komen waardoor het niet mogelijk is om te normaliseren	'Nou het verschilt een beetje, of heel erg eigenlijk, maar ik vind het ook wel redelijk vaak gaan moet ik zeggen om ouders die eigenlijk handelingsverlegen zijn. zoals ik dan een aanmelding krijg en ik kom bij het gezin en die gaat inventariseren van wat is er aan de hand. Dat ouders het vaak vertellen op een manier alsof een kind anders is dan andere kinderen en daardoor zo lastig is of dat van alles mee is. Terwijl ik vaak, nou vaak is misschien overdreven, maar best wel een aantal keer dan de conclusie trek van nou, het kind laat niet zo zeer heel vreemd gedrag zien, maar reageert op hoe je als ouder omgaat met...
	Knelpunten onderwijs	Participant geeft aan wat voor problemen het onderwijs ervaart met betrekking tot het normaliseren van problemen	Ja, en ik denk ook dat het onderwijs wel heel erg complex is geworden. Het is niet alleen meer het onderwijs, maar er is zoveel over de heg van dat onderwijs gekieperd. Naja ze moeten hier al voorlichting geven, ze moeten naar goed burgerschapsonderwijs doen, ze moeten naar de bibliotheek. Naja je kunt het zo gek niet bedenken, maar het is allemaal over de heg van het onderwijs gekieperd. En dan moet je ook nog leren omgaan met uh al die verschillen in de klas
	Knelpunten professionals	Participant geeft aan welke problemen professionals ervaren bij het normaliseren	Ja ik probeer dat wel, maar ik vind dat nog wel lastig, Omdat ik wel merk Als je bijvoorbeeld een hoge caseload hebt en je bent gewoon druk druk druk en dit moet af en dat moet af. Dan merk ik wel dat er in mijn eigen hoofd soms wat weinig ruimte is om ook nog na te denken over, oja, wat voor opties hebben we eigenlijk allemaal nog hiervoor? Ja, dan ervaar ik soms wel wat weinig ruimte daar voor ofzo. Om die tijd te pakken dat daar dat echt te onderzoeken.
	Onvoldoende overeenstemming	Participant geeft aan dat een gebrek aan overeenstemming ertoe leidt dat normaliseren niet lukt	Uhm... nou Ik denk ook wel dat je, Je hebt ook andere verwijzers zoals de huisarts en zo bijvoorbeeld. en ik denk dat daar ook nog wel een mooie vertaalslag te maken is. Dan doe ik dat werk natuurlijk niet, maar ik heb soms wel het idee van nou als je



Categorie	Code	Omschrijving	Voorbeeld
			even naar de huisarts gaat ik geef je dit aan, dan krijg je zo een verwijzing naar het een of het ander dat dan best wel een dure hoge inzet is eigenlijk
	Overige knelpunten	Participant geeft nog voorbeelden van mogelijke knelpunten die het normaliseren bemoeilijkt	Naja, dan kom je toch op dat spanningspunt. Het voelt een beetje alsof normaliseren achterover leunen ook is. Zovan we doen even lekker niks.