

---

# EN WAT DOEN WE MET DE KINDEREN?

Jeugd, jeugdbeleid en behandeling van jongeren met problematisch gedrag.

**Ivonne van der Padt**, sociaal psychiatrisch verpleegkundige en redactielid van Sociale Psychiatrie.

## **Inleiding**

Onlangs werden we via de media geïnformeerd over het welzijn en welbevinden van de Nederlandse jeugd. Aanleiding hiertoe was het verschijnen van het rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR), (Van Lieshout et al., 2007). De WRR adviseert over toekomstig regeringsbeleid, waaronder het jeugdbeleid. Dat het nodig is om hier onderzoek naar, en uitspraken over, te doen blijkt wel uit televisiebeelden van de afgelopen maanden. Groepen jongeren in Utrecht, Brabant of Amsterdam, terroriseren buurten of wijken i.c. hun buurtbewoners. Zij drinken steeds meer en op steeds jongere leeftijd liters alcohol. Zij doen verschillende pogingen tot suicide (W-Friesland). De rol van ouders, buurtbewoners en de samenleving als geheel wordt gezien als belangrijk, zo niet, zeer bepalend. De campagne over mishandeling en bedreiging van kinderen in gezinnen is net achter de rug. Daarin kwam naar voren dat in Nederland jaarlijks circa 80.000 kinderen worden mishandeld en dat elke week 1 kind overlijdt aan mishandeling door ouders. Vervolgens werden we geconfronteerd met informatie over de slechte kwaliteit van inrichtingen (Inspecties, 2007) en 'falende' zorginstellingen zoals het Advies- en meldpunt Kindermishandeling (AMK), Bureau Jeugdzorg en jeugd GGZ. Verwachtingen over maakbaarheid, verantwoordelijkheid en het voorkomen van excessen door inspanningen van hulpverleners, zijn enorm groot. Kortom, de stroom van zorgelijkheid en probleemsituaties lijkt onuitputtelijk. Redenen genoeg om voor het toekomstig regeringsbeleid zaken op een rij te zetten en zo mogelijk adviezen te formuleren. De jeugd vormt immers de toekomst van de samenleving?

Maar, is het nu werkelijk zo slecht gesteld met de Nederlandse jeugd, de samenleving en de verschillende instellingen die zich bezighouden met zorg aan jongeren en gezinnen?

In dit artikel wordt een overzicht gegeven van de verschillende ontwikkelingen in het jeugdbeleid, de kwaliteit van Justitiële Jeugd Instellingen (JJI's) en een op effectiviteit onderzochte behandelvorm voor jeugdigen die in aanraking (dreigen te) komen met justitie: de Functionele Gezinstherapie.

## **Stand van zaken**

In Nederland is 30% van de bevolking jonger dan 25 jaar. Vergeleken met verschillende landen om ons heen en andere geïndustrialiseerde landen, kan gesteld worden dat de Nederlandse jeugd hoog scoort op psychische gezondheid en leerprestaties (Hermanns, 2007). Hoewel hierover een andere indruk bestaat, tonen cijfers aan dat psychische en gedragsproblemen én jeugdcriminaliteit, niet toenemen. Daarnaast zijn ouders tevreden over hun eigen opvoedingsprestaties, over die van anderen wat minder, en ook de kinderen zijn redelijk tevreden. Deze mening wordt gedeeld door deskundigen: 'de meeste ouders voeden met toewijding hun kinderen op en weten een evenwicht te vinden tussen het stellen van regels en het toestaan van vrijheden' (Hermanns, 2007:21).

Een belangrijk aspect in de opvoeding is de aandacht voor waarden en normen van de samenleving. Waarden zijn 'positieve oriëntaties die richting geven aan het handelen, normen stellen grenzen aan het handelen'. Kinderen leren van verschillende volwassenen hoe zij kunnen omgaan met verschillen, tegenstellingen en conflicten. Aandacht voor de ontwikkeling van waarden en normen draagt bij tot het ontwikkelen van een gewetensfunctie en zelfbeheersing. Een positieve relatie en voldoende interactie met opvoeders (ouders) en 'gezaghebbende anderen' als rolmodel, zijn daarbij van belang. De media speelt hierin ook een rol door onder andere voorbeeldgedrag van BN-ers te tonen. Zo is onlangs een campagne gestart (korte filmpjes die getoond worden op ROC's) om het taboe en stigma rond psychiatrische problemen bij jongeren te doorbreken. Een Bekende Nederlander (acteur/actrice) gaat met een jongere op stap die last heeft van een bepaald psychiatrisch probleem (Anorexia, Psychose, ADHD). Stereotyperingen, beelden en onbegrip worden vertolkt door de BN-er en omgezet in begrip, empathie en acceptatie.

Een ander belangrijk aspect in de ontwikkeling naar gezonde volwassenen is de aanwezigheid van beschermende en/of bevorderende factoren in jongeren zelf, maar ook in hun directe omgeving. Gunstig is het, als het kind een gemakkelijk temperament heeft en voldoende persoonlijke veerkracht en de ouders een goede partnerrelatie en een evenwichtige persoonlijkheid hebben. Als er binnen de opvoedingscontext sprake is van beschikbaarheid van steunende personen en sociale netwerken voor ondersteuning bij de dagelijkse zorg, kan het bijna niet meer mis gaan. Kinderen die in dergelijke omstandigheden opgroeien maar toch allerlei aspecten op hun pad tegenkomen die aangemerkt worden als risicofactoren, ontwikkelen veelal geen psychopathologie, delinquentie of sociale problemen (Hermanns, 2007). Het overheidsbeleid richt zich echter niet op versterking van deze beschermende factoren maar besteed vooral aandacht aan de risicofactoren.

### **Overheidsbeleid**

Het gezin is het meest belangrijk als het gaat om het opgroeien en opvoeden van kinderen. Er is sprake van een toename van ongehuwd samenwonende ouders en het aantal eenoudergezinnen (moeders) door echtscheiding. In 2000 woonde bijna 90% van de minderjarigen bij hun ouders. De gemiddelde leeftijd waarop adolescenten veelal zelfstandig gaan wonen is 22 jaar. Zoals al eerder werd beschreven zijn zowel de ouders als de kinderen zeer tevreden met hun ouders als opvoeders. De regering (en het door hen geformuleerde regeringsbeleid) gaat er van uit dat ouders de centrale en primaire rol van opvoeder hebben. Het gezinsbeleid van de overheid is derhalve een belangrijk uitgangspunt voor het jeugdbeleid. Gezinsbeleid moet immers bijdragen aan participatie van kinderen en jongeren in zowel het gezin als de samenleving. Na een relatief lange periode -vanaf de jaren zeventig- zonder specifieke aandacht voor het gezinsbeleid, bood staatssecretaris Ross- Van Dorp in 2006 de Nota Gezinsbeleid aan. (In 1996 stelde staatssecretaris Terpstra een Nota gezinsbeleid samen). De twee kernpunten uit die nota zijn:

- "Gezinnen ondersteunen door gunstige randvoorwaarden te scheppen. Ouders moeten goed hun bijzondere functie van opvoeder kunnen vervullen in combinatie met actieve deelname aan de maatschappij.
- Ingrijpen in situaties die de rechten en ontwikkelingsmogelijkheden van het kind bedreigen. Noodzakelijke hulp moet zo snel mogelijk worden verleend; hetzij vrijwillig, hetzij met dwang als het niet vrijwillig kan. Het kabinet stelt het belang van het kind voorop" (Ross-Van Dorp, 2006:2).

Ondersteuning in randvoorwaarden worden gerealiseerd door bijvoorbeeld zwangerschaps- en ouderschapsverlof, levensloopregelingen, kinderbijslag en cetera.

In het gezinsbeleid gaat de aandacht vooral naar de opvoeding in het gezin. Zo nodig wordt ondersteuning verleend om het gezin te helpen in haar taak waarden en normen via de kinderen over te dragen op de samenleving. Indien die ondersteuning niet helpt dan "moet niet geaarzeld worden maatregelen van kinderbescherming te benutten" (Hermanns & Montfoort, 2007:56). Het aspect bescherming (onder andere tegen geweld in het gezin) krijgt veel aandacht in de Nota. Hoe geregeld kan worden dat ouders met een laag inkomen de participatie van kinderen aan de samenleving bevorderen (deelname kost geld en het bereiken van activiteiten met het openbaar vervoer idem) krijgt geen aandacht in de Nota. Tussen de vijftien tot twintig procent van de jongeren groeit op in achterstandswijken en in gezinnen met een inkomen onder de armoede grens. Dit heeft gevolgen voor de opvoeding en het opgroeien van kinderen die in dergelijke omstandigheden leven. "Als het recht en het belang van kinderen en jeugdigen wel centraal gesteld worden -en er zijn tekenen dat dit in toenemende mate gebeurt- gebeurt dit vanuit een oogpunt van bescherming van de jeugdige en van het beschermen van de maatschappij tegen ongewenst gedrag van de jeugdigen. Dat zijn belangrijke principes, maar ze zijn defensief. Het positieve van actieve deelname en medecreëren van de Nederlandse samenleving door kinderen en jeugdigen krijgt daardoor te weinig aandacht" (Hermanns & Montfoort, 2006:82). Die meer positieve aandacht zou er moeten komen via een meer samenhangend overheidsbeleid.

### **Jeugdbeleid en Jeugdzorg**

De gemeenten krijgen steeds meer taken en verantwoordelijkheden als het gaat om onderwijs, handhaving van de openbare orde, welzijn en gezondheid (Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning (WMO, 2007) en Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV, 2003). De overheid is van mening dat gemeenten integraal verantwoordelijk zijn voor een samenhangend preventief jeugdbeleid. Ondanks alle pogingen die worden ondernomen is er geen sprake van samenhang in dit beleid. Dat geldt voor het overheidsbeleid waar men als mogelijke oplossing een Ministerie voor Jeugd en gezin heeft ontwikkeld. Op gemeentelijk niveau hoopt men die samenhang te bewerkstelligen door het creëren van een Centrum voor Jeugd en Gezin.

Ons land kent een scala aan voorzieningen dat zich richt op hulp voor ouders en kinderen, opvoeding van kinderen met problemen, bescherming van minderjarigen en bestrijding van overlast en criminaliteit. Die voorzieningen zijn ondergebracht bij of maken deel uit van het gemeentelijk jeugdbeleid (de jeugdgezondheidszorg), bureau jeugdzorg en de raad voor de kinderbescherming en het zorgaanbod jeugdzorg. De jeugdgezondheidszorg richt zich op jongeren van 0-19 jaar. Kinderen van 0-4 jaar worden gezien bij de zogenaamde consultatiebureaus, tot nu toe een taak van de Thuiszorg, de zorg voor 4-19 jarigen wordt uitgevoerd door de GGD. Beide organisaties bereiken tussen de 80 en 95 % van de jongeren. Naast aandacht voor de somatische ontwikkeling wordt ook aandacht besteed aan tal van psychosociale aspecten die een rol spelen bij de ontwikkeling van kinderen (de Boer et al., 2007). De Inspectie adviseerde de overheid in 2005 om de consultatiebureaus onder te brengen bij de GGD (Van Montfoort, 2007). Dit advies werd gebaseerd op onderzoek waaruit bleek dat te weinig met effectieve programma's werd gewerkt, geen sprake was van eenheid in de werkmethoden, te weinig personeelsleden pedagogisch geschoold waren om meer opvoedingsondersteuning te bieden en de aansluiting van consultatiebureau naar GGD niet goed verliep. Het is nog niet duidelijk wat de overheid met dit advies gaat doen.

Of de Centra voor Jeugd en Gezin er komen is ook nog niet duidelijk. Volgens Van Montfoort reageerde de regering positief op een dergelijk initiatief maar is men niet bereid het huidige stelsel zoals vastgelegd in de Wet op de Jeugdzorg

te wijzigen. En dat zou betekenen dat taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van dergelijke centra niet geregeld kunnen worden. "Als het bureau jeugdzorg (BJZ) blijft bestaan, wordt het centrum voor Jeugd en gezin als het ware de lokale partner van het bureau. Om te voorkomen dat hierdoor een (weer) langere keten ontstaat, moeten het centrum en het BJZ nauw gaan samenwerken en werkprocessen en registratie op elkaar afstemmen, zodat een vraag van een jeugdige of van ouders niet steeds weer opnieuw behoeft te worden onderzocht en gewogen" (Van Montfoort 2007: 279). De Wet op de jeugdzorg moest voor regie zorgen en ontschotting teweeg brengen. Niet alleen de jeugdhulpverlening valt onder de wet maar ook justitiële jeugdzorg, kinder- en jeugdpsychiatrie en zorg voor jongeren met een verstandelijke beperking. BJZ heeft tot taak indicatiebesluiten af te geven en dat zorgt er voor dat van laagdrempelige toegang voor jeugdigen en ouders geen sprake is. Bovendien is de keten van zorg wél langer geworden omdat na het indicatiebesluit voor bijvoorbeeld kinder- of jeugdpsychiatrie in veel gevallen weer opnieuw een intakeprocedure wordt gestart door medewerkers van de Jeugd-GGZ. Hoewel er sprake is van enige samenhang in het beleid (de Wet op de jeugdzorg) is daar in de uitvoering zeker nog geen sprake van. Dit geldt in nog grotere mate voor het onderdeel jeugdbescherming, eveneens een taak van BJZ.

### **Jeugdbescherming** <sup>1)</sup>

Naast het afgeven van indicatiebesluiten heeft BJZ tot taak voogdij en gezinsvoogdij te regelen, het uitvoeren van jeugdreclassering, fungeert zij als advies- en meldpunt kindermishandeling (AMK) en regelt zij het casemanagement. Kortom een enorme hoeveelheid aan taken die bovendien verschillende uitvoeringsregels kennen. Het maakt nogal uit of je als casemanager wordt ingezet bij vrijwillige zorg of in het kader van een maatregel (OTS- Onder Toezicht Stelling). Bovendien investeert de overheid niet in aansturing (casemanagement) maar alleen in de uitvoering (terwijl ze de opdracht van casemanagement wel heeft vastgelegd in de wet). Een ander lastig parket is het onderdeel jeugdbescherming dat aanvankelijk onder het Ministerie van Justitie viel. Dit kwam te vervallen met de Wet op de Jeugdzorg. BJZ voert nu wel de jeugdreclassering uit maar de regiefunctie wordt uitgevoerd door de Raad voor de kinderbescherming.

Jeugdbescherming of justitiële jeugdzorg kent ook weer verschillende voorzieningen: de voogdij, gezinsvoogdij, jeugdreclassering, de Raad voor de Kinderbescherming en justitiële jeugdinrichtingen voor opvang en behandeling. Jongeren die onder een civielrechtelijke maatregel vallen (bijvoorbeeld een Onder Toezicht Stelling -OTS) en opgenomen moeten worden, maken gebruik van dezelfde zorg als strafrechtelijk geplaatste jeugdigen. Deze laatste groep valt niet onder de Wet op de jeugdzorg maar onder het strafrecht (het Ministerie van Justitie en het uitvoeringsorgaan DJI, Dienst Justitiële Inrichtingen). Allen komen, indien opname geïndiceerd is, terecht in Justitiële Jeugd Inrichtingen (JJI's). Momenteel wordt al gewerkt aan de beleidsvoornemens van 2010, om jongeren met een civielrechtelijke maatregel niet meer te plaatsen bij de strafrechtelijk geplaaststen. Een experiment in Rotterdam, het Horizon project, is positief geëvalueerd (Inspectie jeugdzorg, 2006). Kenmerkend voor de doelgroep van de jeugdbescherming, is dat zij ernstige gedragsproblemen heeft en daarnaast in veel gevallen psychiatrische problemen. Recent onderzoek naar veiligheid in deze inrichtingen wees uit dat geen enkele van de veertien instellingen voldeed aan de vereisten voor een veilig leef-, behandel- en werkklimaat. Bij zes van de veertien instellingen was sprake van een ernstig risico en bij acht van de veertien een laag of matig risico. De risico's waren het grootst op het gebied van opvoeding en behandeling en de deskundigheid van het personeel.

In de meeste JJI's vindt geen systematische uitvoering van GGZ zorg plaats. Men volstaat met medicamenteuze interventies en op kleine schaal worden therapeutische gesprekken gevoerd. Er is geen sprake van een systematische diagnostische procedure, het personeel is daarvoor niet of onvoldoende opgeleid. "Behandeling wordt door de inrichtingen onvoldoende gezien als relevant voor de bevordering en instandhouding van een veilig klimaat in de inrichting en, belangrijker, voor de veiligheid van de jongere en de maatschappij" (Inspectie, 2007: 13). Het merendeel van de begeleiders is MBO opgeleid maar de opleidingen zijn niet afgestemd op de zorgbehoefte van de jongeren. Er zijn wel gedragsdeskundigen aanwezig maar veelal zijn zij niet BIG-geregistreerd en hebben geen specialistische postdoctorale opleiding gevolgd. Daarnaast zijn deze deskundigen, die geacht worden psychiatrische problematiek te herkennen, op té grote afstand van de leefgroepen waardoor ook zij regelmatig psychiatrische symptomen missen. De bereikbaarheid en beschikbaarheid van een psychiater is in veel gevallen zeer beperkt of te wisselvallig. "Geen enkele JJI heeft het recht van de jongere op verantwoorde zorg uitgewerkt in termen van diagnostische en behandelingsinhoudelijke expertise (Inspectie, 2007: 26). In totaal zijn er 1.285 opvangplaatsen en 1.468 behandelplaatsen beschikbaar. Vier jaar na uitstroming is 70% van de jongeren opnieuw in contact met justitie waarvan 62% wegens het plegen van een ernstig delict. Naast psychiatrische problemen functioneert een kwart van de populatie op zwakbegaafd niveau. Zij kampen met ernstige problemen zoals excessief middelengebruik, psychopathologie en zelfbeschadiging. Gericht behandeling voor hun problemen kunnen ook zij niet verwachten in de JJI's. Dat betekent dus een dikke onvoldoende voor instellingen die zorg zouden moeten dragen voor de meest kwetsbare groepen in onze samenleving (kinderen afkomstig uit allochtone gezinnen en kinderen met beperkte verstandelijke vermogens, Vollebergh, 2007). Het is maar te hopen dat de capaciteit van instellingen die ambulante werken met de doelgroep die zich ook in JJI's bevindt, op korte termijn zal uitbreiden. Want na de sombere berichten over de invloed van het ontbreken van een samenhangend beleid op de verschillende instellingen, is er wel degelijk iets positiefs te melden.

Van het landelijk beleid en de uitvoering op gemeentelijk niveau, naar een effectieve behandelmethodes in een bepaalde instelling. Complexe problematiek is wel degelijk te behandelen zoals blijkt uit de onderstaande beschrijving.

### **Functionele Gezinstherapie**

Kenmerkend voor de problematiek van jongeren (tussen de 12 - 18 jaar) die met justitie in aanraking komen is dat zij ernstig probleemgedrag vertonen (antisociaal van karakter), regelmatig misdrijven plegen (gewelds- en vermogensdelicten) en leven in problematische gezinssituaties. De gezinnen vertonen veelal de volgende risicofactoren (Derde Oever, 2003; Breuk et al., 2005; ZonMw, 2006):

- Lage sociaal economische situatie
- Een oudergezin
- Risicovolle buurt met lage organisatiegraad
- Problemen bij ouders: slechte huwelijksrelatie; adolescentiezwangenschappen; psychische problemen ouder(s).

Een contextuele aanpak van de problemen bij de jongeren en hun gezinnen, die ook nog eens evidence-based is, wordt recentelijk en projectmatig toegepast. In 2003 werd in De Bascule <sup>2)</sup> (de Derde Oever) gestart met Functional Family Therapy (FFT).

<sup>3)</sup> "Renee Breuk, mijn baas, kwam vanuit de gewone kinder- en jeugdpsychiatrie naar de Derde Oever. Omdat hij gewend was om met gezinnen te werken, ging hij op zoek naar evidentie over de gezinaanpak bij de groep jongeren met

*forensisch-psychiatrische problemen. In zijn zoektocht stuitte hij ondermeer op de FFT van T. Sexton en J. Alexander. Hij heeft toen een van hun draaiboeken vertaald en de mogelijkheid tot invoering van de methode met een collega besproken. Beiden zijn vervolgens naar Amerika gegaan, bezochten de auteurs en vroegen of zij naar Nederland wilden komen. Dat is gebeurd, wij kregen uitleg over de methode en de wijze waarop wij hier getraind zouden moeten worden. Iedereen was erg enthousiast en daarop besloot ik dat het hele team geschoold moest worden in de methodiek en de daarbij horende visie en attitude."*

Voor een effectieve behandeling van mensen die met forensische psychiatrie in aanraking komen zijn, volgens gegevens uit Amerika, tien methoden beschikbaar. Twee daarvan, de FFT en Multi System Therapy (MST) zijn gezinsgerichte methoden (Breuk et al., 2005). Op de Derde Oever werd gestart met het project FFT. Van de 48 gezinnen die in behandeling waren kregen 24 gezinnen de FFT methode en 24 andere gezinnen alleen oudertraining (een onderdeel van de drie elementen van FFT).

De start van dit project viel samen met een aantal gunstige ontwikkelingen:

- evidence based werken wordt steeds belangrijker;
- gezinsaanpak blijkt effectiever dan individuele aanpak bij het terugdringen van recidive;
- politie en het Openbaar Ministerie richten zich niet alleen meer op het bestrijden van overlast maar ook op preventie en het bieden van zorg
- betere samenwerking heeft prioriteit in de Jeugdzorg.

Jongeren die regelmatig in aanraking komen met justitie (het gaat hier vooral om jongens, ruim 4/5 van de doelgroep is van het mannelijk geslacht) kregen aanvankelijk individuele begeleiding vanuit een juridisch kader (reclassering, onderdeel van Bureau Jeugdzorg). Andere kinderen uit het gezin (vooral jongere broertjes) die hierdoor risico liepen ingewijd te worden in de jeugdcriminaliteit, werden niet vanzelfsprekend meegenomen in de begeleiding. Van deze aanpak komt men terug omdat systeemgericht werken (het betrekken van de totale leefwereld -gezin, school en buurt- bij de behandeling) effectiever is gebleken. Dat betekent dat niet alleen de hulpverleners van de Bascule worden geschoold in FFT. Zestien reclasseringswerkers zijn inmiddels geschoold in Functional Family Parole Service (FFPS), een speciale training voor reclasseringswerkers die is ontwikkeld in Washington. FFT wordt momenteel in verschillende teams en settings van De Bascule aangeboden.

*"Op het moment dat wij startten met de FFT hadden we de wind eigenlijk mee. Vanuit de maatschappij werd steeds vaker gevraagd om de aandacht meer te gaan richten op gezinnen. De uitkomsten van onderzoek naar behandelmethoden en resultaten van Justitiële Instellingen en Internaten waren niet om over naar huis te schrijven. VWS en Justitie toonden interesse waardoor eigenlijk een stroomversnelling is ontstaan."*

Dat de methode in Amerika succesvol is (de kans op delictrecidive neemt, door de therapie, af met percentages die schommelen tussen de 25 en 60 procent) wil nog niet zeggen dat dit hier ook het geval zal zijn. Daarom wordt het project in De Bascule ondersteund door onderzoek van ZonMw (2006). De methode moet betrouwbaar en competent uitgevoerd worden (behandelintegriteit). Dit betekent dat er gerichte scholing en supervisie wordt gegeven maar ook dat daarvoor ontwikkelde meetinstrumenten consequent worden gebruikt door de cliënt, de therapeut en de supervisor (Breuk et al., 2005). Handleidingen en richtlijnen komen uit de Verenigde Staten (FFTinc.) en worden alleen beschikbaar gesteld aan instellingen waarmee een overeenkomst over de invoering en uitvoering van FFT is afgesloten.

De Bascule, De Viersprong en Jeugdzorg Drenthe vormen een consortium dat zich richt op verspreiding van FFT (en MST) in Nederland (ZonMw, 2006). Een FFT team -drie tot vijf leden werken minstens halftime volgens deze methodiek - behandelt tussen de 40 tot 100 gezinnen per jaar. Dat kunnen gezinnen zijn waarbij een jongere een strafmaatregel heeft, maar dat is geen noodzakelijke voorwaarde. De behandeling kan ook dienen ter voorkoming of bekorting van een gesloten residentiele plaatsing. Beïnvloedbare factoren in het gezin voor wie FFT geschikt zou zijn (Derde Oever, 2003: 8):

- Opvoedingsproblemen;
- Gebrek aan toezicht;
- Geringe beschikbaarheid ouders/affectieve verwaarlozing;
- Conflicten en geweld binnen het gezin;
- Relationale problemen tussen ouders en jeugdige;
- Geringe onderlinge communicatie;
- Nare gebeurtenissen/ life events binnen het gezin.

Om deze groep jongeren en de gezinnen waarin zij (veelal) leven een effectief behandelaanbod te kunnen verschaffen, is in 2003 gestart met dit project. ZonMw is betrokken bij de ontwikkeling en implementatie van beide methoden in Nederland zodat er een landelijk dekkend netwerk ontstaat. Het gaat dan om toepasbaarheid en geschiktheid van het materiaal voor de Nederlandse situatie en het opzetten van scholing en supervisie (eigen licenties verkrijgen). Daarnaast loopt een evaluatieonderzoek naar de behandelresultaten.

*"Ik ben erg tevreden over deze methodiek. Als je poliklinisch werkt kun je met een individuele aanpak en een uurtje therapie, over het algemeen veel te weinig. Dat hangt natuurlijk wel af van de persoon, het gezin en de cultuur van iemand. Maar je moet altijd de hele context, zeker familie en school bij de behandeling betrekken. Ik ben blij dat we vanaf het begin van de behandeling met de ouders en andere belangrijke gezinsleden starten, ik geloof daar echt in. Wat verder belangrijk is, is dat we allemaal op deze manier werken en er supervisie bij krijgen. Er wordt dus niet alleen naar de resultaten bij de gezinnen gekeken maar er wordt ook ingegaan op je eigen ontwikkeling als therapeut. Het is dus niet meer zo dat het falen van een behandeling toegeschreven wordt aan de cliënt of het gezin. We kijken vooral ook goed naar elkaar, hoe we het doen met de gezinnen, of we de gezinnen vast kunnen houden. We hebben met elkaar veel houvast om ervoor te zorgen dat het gezin niet tussen wal en schip valt. Het komt wel eens voor dat een van ons niet goed in zijn vel zit en tijdelijk minder functioneert, dat mag natuurlijk nooit ten koste van de gezinnen gaan. FFT biedt wat dat betreft veel structuur en holding. Dat komt omdat de Amerikaanse modellen erg uit gaan van behandelintegriteit: doe je wel wat je zegt wat je doet. Ze zijn er natuurlijk erg alert op dat het behandelmodel zoals het is opgezet ook precies zo wordt geïmplementeerd. Als het behandelmodel niet wordt ingevoerd zoals is bedoeld dan heeft dat gevolgen voor het onderzoek naar effectiviteit. De resultaten van de sessies worden in de computer ingevoerd en de supervisoren beoordelen dit en brengen punten hiervan in tijdens de wekelijkse supervisie van twee uur."*

FFT is een multisysteem benadering en richt zich op de verschillende niveaus van de leefwereld van gezinnen: het individuele, het gezin en de omgeving (gemeenschap). Daarbij zijn het probleemgedrag van de jongere en de zogenaamde ongemotiveerdheid van de ouders niet het directe focus. De invalshoek is breed op alle belangrijke levensgebieden en niveaus van functioneren, zoals bekend is van de verschillende stromingen in gezinstherapie (Lange, 2006). De theoretische achtergrond van het model is eclecticisch, zo wordt geput uit de communicatietheorie, de systeemtheorie, cognitieve gedragstherapie en intrapsychische theorieën.

De eerste fase van de behandeling wordt wel de verbindings- en motiveringsfase genoemd. In dit eerste deel wordt aandacht besteed aan de samenwerking tussen alle leden (kind, gezin en therapeut) en om de negativiteit en onderlinge verwijten te verminderen (positief heretiketteren). Vervolgens wordt men voorbereid op de gedragsverandering, de tweede fase. In fase drie gaat het er om generalisatie van behaalde resultaten buiten het gezin te bewerkstelligen. Op verzoek, is er aandacht voor individuele problemen of subsystemen in het gezin en daarbuiten. Men wordt aangemoedigd om daarbij gebruik te maken van eigen hulpbronnen om zo onafhankelijk van de therapeut te worden en afstand te kunnen nemen. Het functionele staat voor "oog hebben voor de onderlinge relaties en de functies die deze hebben in het gezin" (Breuk et al., 2005). In de behandeling worden geen pogingen ondernomen om die functies te wijzigen: het werkt niet en leidt tot afbreuk van de therapie.

*"In de eerste fase maak je een analyse van de relaties tussen de mensen. Daarbij maak je een inschatting hoe dichtbij of veraf de leden van het gezin tot elkaar staan (autonomie en verbondenheid). Je maakt ook een inschatting van de hiërarchie in het gezin. In de tweede fase, als je je vooral richt op gedragsinterventies, moet je goed voor ogen houden dat je de functies die de leden van het gezin hebben, niet wijzigt. Als moeder en dochter bijvoorbeeld heel dicht bij elkaar staan, dan is het doel van de behandeling er niet op gericht om die dyade te doorbreken. Je moet dan een interventie bedenken waardoor de dochter de ruimte krijgt om zich verder te ontwikkelen maar waarin moeder het gevoel van nabijheid met haar dochter niet kwijtraakt. Zo kun je de moeder, die het liefst zes keer naar haar dochter belt om die nabijheid te voelen, vragen of ze dit in plaats van zes, maar twee keer doet. In de plaats voor de andere keren bellen, vraag je moeder op te schrijven of na te denken, over wat zij haar dochter de volgende keer graag mee zou willen geven. De gevoelens zijn nog even betrokken maar in de uitvoering wordt het minder. Tegen de dochter zeg je dan dat moeder dit doet omdat ze zo betrokken en ongerust is en vraag je haar om zelf een keer kort te bellen om te vertellen wat ze gaat doen. De dochter krijgt op die manier toch meer ruimte voor haar eigen autonomie en moeder heeft het gevoel dat er contact is. Ga je dus niet richten op grote veranderingen. Bovendien heb je vaak met andere culturen te maken waarvan je helemaal nog niet goed weet hoe die functies precies liggen. De ervaring heeft geleerd dat verandering in deze moeilijke gezinnen niet werkt, dat dit alleen maar leidt tot weerstand. Je houdt de cultuur van het gezin overeind maar je gaat wel op zoek naar de ruimte daarbinnen. Je gaat ook niet peuteren aan de hiërarchie, die laat je in stand. Dat is bijvoorbeeld een verschil met MST. Daar gebeurt dat wel en als je dus te maken hebt met heel jonge kinderen waar de hiërarchie echt zoek is, dan moet je MST indiceren om te kijken of je die hiërarchie kunt herstellen. Wij werken meer met jongeren vanaf 16 jaar en bij hen is leren beter samen te werken, relevanter."*

Functionele gezinstherapie is kortdurend variërend van drie maanden tot een jaar. De mate van competentie van het team is mede bepalend voor de duur. De heer Jongman heeft de ervaring dat de behandelduur al aardig korter aan het worden is dan bij de start van de behandelmethode. Naast FFT worden op indicatie ook andere vaardigheidstrainingen gegeven die noodzakelijk zijn voor een beter functioneren (assertiviteit, agressieregulatie). Verder is het ook van belang dat er goed samen wordt gemaakt met allerlei instellingen gericht op Jeugdhulpverlening. Zo is er een intensief samenwerkingsverband met Nieuwe Perspectieven (NP) een onderdeel van Spirit (Amsterdam). Jongeren in de leeftijd van 12 tot en met 23 jaar die in aanraking zijn geweest met politie en/of justitie en in de problemen zijn gekomen, kunnen terecht bij NP.

Zo is er een speciaal samenwerkingsproject voor Marokkaanse jongeren in Amsterdam NW om direct na een delict een risicotaxatie te maken en daarna met alle betrokken hulpverleners om tafel te gaan om noodzakelijke hulp in te zetten.

### **Samenvatting**

Het gaat goed met de Nederlandse jeugd. Dit blijkt uit verschillende onderzoeken naar gezondheid en leerprestaties. Het gaat ook goed met de gezinnen waar de jeugd opgroeit. De meeste ouders voeden hun kinderen vol toewijding op. Daarnaast weten zij over het algemeen een goede balans te vinden tussen het stellen van regels en het toestaan van vrijheden. Vooral de jongeren met een gemakkelijk temperament en voldoende veerkracht redden zich goed. Ouders met een stabiele relatie en evenwichtige persoonlijkheid, die zich voldoende gesteund weten in de dagelijkse zorg en kunnen beschikken over een goed sociaal netwerk, redden het allemaal wel.

Anders is het gesteld met jongeren die opgroeien in minder gunstige sociaal economische omstandigheden. Een situatie die zich vaak voordoet bij éénouder gezinnen na echtscheiding, waar de moeder in tachtig procent van de gevallen voor de kinderen blijft zorgen. Veelal wonen zij in een risicovolle buurt met een lage organisatiegraad. Jongeren waarvan de ouders een slechte huwelijksrelatie hebben of ouders die kampen met psychische problemen, lopen meer risico op een minder goede ontwikkeling. Dit speelt nog sterker voor gezinnen waarvan de ouders en kinderen verstandelijk beperkt zijn of de ouders een allochtone achtergrond hebben. De complexe problemen die hierdoor kunnen ontstaan leiden er veelal toe dat deze groep mensen zich een weg moet banen over verschillende drempels en via een wir war van zijstraten misschien bij de juiste zorg aankomt. Is men eenmaal op het juiste adres, bijvoorbeeld een Justitiële jeugdinstantie, dan kan men bijna niet meer spreken over juiste zorg.

De overheid spant zich in om via jeugdbeleid, gezinsbeleid en facetbeleid kinderen en jongeren zoveel mogelijk te beschermen en gezinnen zoveel mogelijk te steunen. Daarbij wordt vooral gekeken naar risicofactoren en minder ingespeeld op beschermende factoren. Via regelgeving vanuit de regering worden gemeenten en provincies verantwoordelijk gesteld voor de uitvoering van die wetten en regels. De sturing van de overheid neemt hiermee eerder toe dan af. En van een samenhangend beleid is nog nauwelijks sprake. Organisaties krijgen verschillende opdrachten die bijna onuitvoerbaar blijken maar zij worden wel afgerekend op hun prestaties. Het is verleidelijk om terug te denken aan 'die goede oude tijd' waarin er nog sprake was van een brede, op de verschillende doelgroepen gerichte (o.a. verstandelijk beperkten en forensische zorg) sociale psychiatrie. Een begrip als evidence based practice kenden we toen niet. Complex was de samenleving nog lang niet. Dat is nu wel het geval en het is van groot belang om de schouders eronder te zetten en ervoor te zorgen dat zo min mogelijk mensen buiten de boot vallen. Goede samenwerking is uiteindelijk ook het advies van de WRR, hoe kan het ook anders.

## Voetnoten

- 1) Zie ook het artikel in dit nummer van de heer C. Ruland
  - 2) Academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie in Amsterdam (ook forensische jeugdpsychiatrie)
  - 3) Interview met E. Jongman, psycholoog en teamleider van de polikliniek Lauriergracht van de Bascule.
- 

## Literatuur

- Boer, S. de, F. Verheij & M. Donker (2007) Wat hebben Jeugdgezondheidszorgdossiers voor ons te verbergen? Een onderzoek naar voortekenen van latere gedragsproblemen. In: *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 62, p. 640-649.
- Breuk, R.E., A. van Dam, C.M. Disse en T.A.H. Doreleijers (2005) Functionele gezinstherapie in de behandeling van jeugdige forensisch-psychiatrische patiënten. In: Ruiter, C. de & M. Hildebrand, *Behandelstrategieën bij forensisch-psychiatrische patiënten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, Cure & Care Development.
- Derde Oever (2003) *Vroegtijdige interventie in 'criminele carrière gezinnen' middels Functionele Gezinstherapie*. Aanpak harde kern doelgroep in Amsterdam vanuit Bureau Jeugdzorg Agglomeratie Amsterdam.
- Hermanns, J.M.A. (2007) Opvoeden en opgroeien: een visie achter het beleid. In: Lieshout, P.A.H. van, M.S.S. van der Mey J.C.I. de Pree, red. (2007) *Bouwstenen voor betrokken jeugdbeleid*. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, verkenning 15, Amsterdam: University Press.
- Hermanns, J.M.A. & A.J. van Montfoort (2007) Hoe pedagogisch verantwoord is het beleid van de Nederlandse overheid? In: Lieshout, P.A.H. van, M.S.S. van der Mey J.C.I. de Pree, red. (2007) *Bouwstenen voor betrokken jeugdbeleid*. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, verkenning 15, Amsterdam: University Press.
- Inspecties: Inspectie Jeugdzorg, Inspectie van het Onderwijs, Inspectie Gezondheidszorg, Inspectie voor de Sanctietoepassing (2007) *Veiligheid in justitiële jeugdinrichtingen: opdracht met Risico's*, Utrecht, september, 2007.
- Inspectie Jeugdzorg (2006) *Een veilig behandelingsklimaat*. Onderzoek naar het project gesloten behandeling Horizon. Utrecht, september, 2006
- Interview E. Jongman. Psycholoog en teamleider ambulant team Lauriergracht, De Bascule Amsterdam.
- Lange, A., (2006) *Gedragsverandering in gezinnen*. Groningen: Wolters Noordhoff.
- Lieshout, P.A.H. van, M.S.S. van der Mey J.C.I. de Pree, red. (2007) *Bouwstenen voor betrokken jeugdbeleid*. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, verkenning 15, Amsterdam: University Press.
- Montfoort, A.J. van (2007) Specifiek Jeugdbeleid en Jeugdzorg. In: Lieshout, P.A.H. van, M.S.S. van der Mey J.C.I. de Pree, red. (2007) *Bouwstenen voor betrokken jeugdbeleid*. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, verkenning 15, Amsterdam: University Press.
- Ross- Van Dorp, C. (2006) *Nota gezinsbeleid*. Den Haag: VWS.
- Vollebergh, W.A.M. (2007) Geestelijke gezondheid van adolescenten. In: Lieshout, P.A.H. van, M.S.S. van der Mey J.C.I. de Pree, red. (2007) *Bouwstenen voor betrokken jeugdbeleid*. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, verkenning 15, Amsterdam: University Press.
- ZonMw (2006) *Innovatieprogramma Multi System Therapy/ Functional Family Therapy fase1*, Den Haag: ZonMw, mei 2006.