

Gat tussen wetenschap en praktijk

Gedragwetenschappers in de residentiële jeugdzorg maken nauwelijks verklarende analyses van probleemgedrag en zetten maar weinig bewezen effectieve behandelingen in. Ook is er zelden aandacht voor de relatie met de ouders. Gz-psycholoog Hilde Tempel schrok van de resultaten van haar eigen onderzoek, 'Een gat tussen wetenschap en praktijk'.

"Ik heb er echt slecht van geslapen", zegt Hilde Tempel (48) in het kantoor van Accare in Harderwijk. "Het gaat om jongeren in de meest zware vorm van hulpverlening, waar allemaal betrokken en gepassioneerde mensen werken. Hoe kan het dan dat een jongen uit Syrië in anderhalf jaar tijd vijftien keer wordt doorgeplaatst omdat hij zo agressief is en er niemand heeft nagedacht over de functie van dat gedrag? Daar word ik verdrietig van. Misschien heeft hij daar vreselijke dingen meegemaakt en triggert de manier waarop wij hem benaderen die herinnering."

Onderzoek

Hilde Tempel werkte zelf jarenlang in de residentiële jeugdzorg. Sinds negen jaar is ze inhoudelijk manager en behandelaar - als gz-psycholoog en EMDR-therapeut - bij Accare, regio Veluwe en Flevopolder. Voor haar opleiding tot specialist deed ze wetenschappelijk onderzoek bij een project van gemeenten en zorgaanbieders in Flevoland: hoe krijgen we jeugdigen zo snel mogelijk uit de residentiële 24-uurszorg? Dat deed ze met Charlotte Vissenberg, onderzoeker bij Windesheim Flevoland.

Samen bestudeerden ze 32 dossiers van jongeren tussen de dertien en twintig jaar, bij vijf verschillende instellingen in Flevoland en Utrecht. Die bekeken ze op de effectiviteit van behandelingen. Was er een verklarende analyse opgenomen, waren er effectieve behandelingen ingezet en werd er behandeld volgens de richtlijnen? Wat bleek? Slechts één dossier bevatte een gedegen verklarende analyse en ondanks de richtlijnen ontvingen maar vier jeugdigen een evidence-based behandeling die paste bij hun problematiek. Bovendien werden slechts zeven gezinnen betrokken bij de behandeling.

Diagnostiek

"We zijn met de verantwoordelijke gedragwetenschappers van de leefgroepen aan tafel gaan zitten om de dossiers te bespreken", zegt Hilde Tempel. "Bijvoorbeeld van een jongen die eerst opgroeit bij zijn ouders, met veel relatieproblemen en huiselijk geweld en later alleen bij zijn moeder, met een alcoholprobleem. Die jongen ontwikkelt een gameverslaving, gedraagt zich opstandig en kan zich slecht concentreren. Hij krijgt vervolgens medicatie omdat hij ADHD zou hebben. Maar naar dat trauma in zijn vroege jeugd, dat zoals bekend veel invloed heeft op aandacht en concentratie, is niet gekeken. 'Dat hebben we niet meegenomen als belangrijke factor', zei de gedragwetenschapper."

Echt onbegrijpelijk, vindt Hilde Tempel. "In de basisopleidingen pedagogiek word je allemaal geschoold in het hypothesetoetsend model en de diagnostische cyclus van De Bruyn. Dat zit al jaren in het curriculum. Waarom doe je het dan niet? Als je met pijn in je enkel naar de huisarts gaat, bekijkt die toch ook of die is gebroken, gekneusd of de enkelbanden zijn verrekt? Op basis van die diagnostiek bepaal je de behandeling. Bij psychische- of gedragsproblemen is dat niet anders. Met een gebroken been laat niemand zich wegsturen met de boodschap: ga maar zes weken kamillethee drinken. We weten dat er bij trauma maar twee bewezen effectieve behandelingen zijn: EMDR en cognitieve gedragstherapie. Waarom wordt er in verhouding dan zoveel ingezet op psychomotorische- en muziektherapie, zoals uit de dossiers naar voren komt? Naar beide behandelingen is nog onvoldoende kwalitatief goed onderzoek gedaan."

Ouder-kindrelatie

Samen met medeonderzoeker Charlotte Vissenberg gaat ze de laatste tijd veel de boer op, onder meer naar symposia, met een pleidooi om toch vooral te beginnen met die verklarende analyse.

“Om te snappen hoe een probleem is ontstaan en door welke factoren het blijft voortbestaan. In de helft van de dossiers was sprake van een belastende voorgeschiedenis, maar die werd niet meegenomen naar het hier-en-nu. Zo was er een jongen met een voorgeschiedenis van huiselijk geweld. Hij zat al twee jaar in een instelling nadat hij zijn moeder in een woedeaanval naar de keel was gevlogen. Met de jongen ging het goed, hoorden we, hij had zijn boosheid beter onder controle. Maar aan de problematiek tussen moeder en kind was, behalve voor- en nabesprekingen van de weekenden, niks gedaan. Terwijl bekend was dat haar pedagogische vaardigheden te wensen overlieten, er allerlei vormen van systeembehandeling zijn en het verbeteren van een ouder-kindrelatie heel effectief is bij residentiële plaatsing. Ik snap dat die jongen het goed doet op de leefgroep, maar hij hoort bij zijn moeder.”

Leefgroep

Al sinds de jaren zeventig van de vorige eeuw klinkt de roep om het aantal opnames van jeugdigen in residentiële instellingen terug te dringen. Tot nu toe zonder resultaat. In Nederland stijgt het aantal zelfs.

“En we doen het meer dan onze buurlanden”, zegt Hilde Tempel. “Dat geeft te denken. Uit onderzoek blijkt dat het kan leiden tot depressieve klachten en verlies van initiatief bij jeugdigen. Dan heb je nog de groepscultuur. Jeugdigen moeten zo hun best doen om zich staande te houden in een leefgroep, dat ze zich minder goed kunnen richten op hun eigen behandeling en vaak ook weer andere problematiek ontwikkelen.”

In Flevoland hebben de onderzoekers ook jongeren geïnterviewd. “Een meisje zei: ‘Ik heb eigenlijk alleen maar negatief gedrag geleerd in die leefgroep; me asociaal gedragen, een grote mond tegen de groepsleiding geven en me verzetten.’ De jongeren vonden het ook heel traumatiserend om uit huis geplaatst te worden. Ze houden er het gevoel aan over dat ze niet goed genoeg zijn en het allemaal aan hen ligt, dat zij het probleem zijn. Ze worden regelmatig aangemeld voor traumabehandeling om die uithuisplaatsing te verwerken.”

Alternatieven

De organisaties waar onderzoek is gedaan, zijn in elk geval wakker geschud. Hilde Tempel: “Zij doen het nu echt anders. Eentje zei: Bij een aanmelding voor 24-uurszorg plaatsten we een jongere eerst gewoon, nu gaan we daar eerst met elkaar over in gesprek en kijken we of er alternatieven zijn.”

Volgens de onderzoekers zouden er veel behandelingen die in de residentiële 24-uurszorg gegeven worden ook prima ambulante of poliklinisch kunnen. Bij forse problematiek zou dat wel heel intensief moeten gebeuren.



Hilde Tempel

“Niet een keer in de week behandelen, maar wel drie keer bijvoorbeeld. Als er een uithuisplaatsing dreigt, een ouder nog redelijk functioneert en de veiligheid is niet direct een issue, kun je zeggen: ouder en kind komen om negen uur en gaan om vijf uur weer naar huis. Dat kan als je de logistiek goed inricht.”

“Overigens zagen we ook kinderen met problematiek van wie we ons afvroegen: waarom worden zij eigenlijk opgenomen? Is het omdat een ouder het niet meer trekt? Ook met die cultuur moeten we stoppen, want we weten dat uithuisplaatsing schadelijk is. We kunnen ouders beter intensief behandelen zodat zij het volhouden. Dan kan een kind in ieder geval thuis blijven wonen.”

tekst: Annemiek Haalboom

foto: Wilma Jurjens