



## **Botsende belangen?**

Het verbeteren van de zorg voor  
alcoholafhankelijke ouders en hun kinderen

Anke Snoek & Dorothee Horstkötter

# Botsende belangen?

Het verbeteren van de zorg voor  
alcoholafhankelijke ouders en hun kinderen

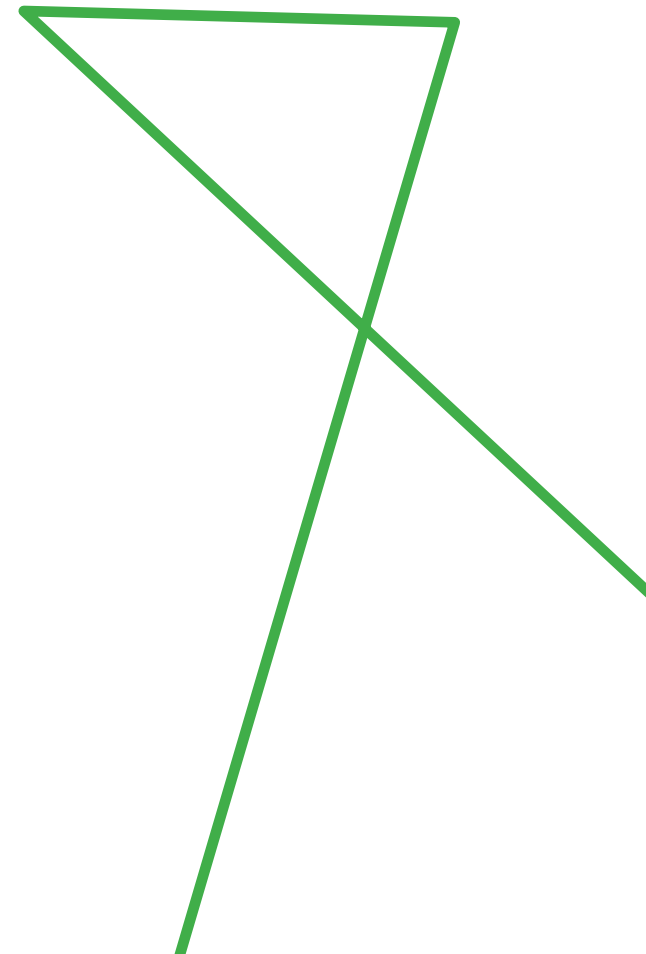
Anke Snoek & Dorothee Horstkötter

Deze folder is een uitkomst van het door ZonMW gefinancierde onderzoeksproject "Parents who are alcoholics: Towards a normative framework of integrative care and responsible parenting interventions". Programma Ethiek en Gezondheid, projectnummer 7310100016.

De auteurs zijn werkzaam bij de onderzoeksschool MHeNS (Mental Health and Neuroscience) en de vakgroep Metamedica/Health, Ethics & Society, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences van de Universiteit Maastricht, Postbus 616, 6200 MD Maastricht, a.snoek@maastrichtuniversity.nl

De namen van ouders die in deze brochure gebruikt worden zijn fictief. Geïnterviewde medewerkers worden aangeduid met 'medewerker verslavingszorg' of 'medewerker jeugdzorg'. Alle citaten zijn letterlijke weergaven uit interviews gevoerd met ouders en professionals uit jeugdzorg en verslavingszorg.

Grafische vormgeving & druk: Basement Graphics, Den Haag





## Inhoud

|  |    |
|--|----|
| Inleiding                                      | 5  |
| <b>1. Knelpunt in zorg: vroegsignalering</b>   | 7  |
| <b>2. Botsende of (ook) verweven belangen?</b> | 9  |
| <b>3. Ouders aan het woord</b>                 | 11 |
| <b>4. Best practices</b>                       | 13 |
| ‘Nu niet zwanger’ project                      | 13 |
| Presentietheorie                               | 13 |
| Evaringsdeskundigheid                          | 14 |
| Informeel netwerken                            | 15 |
| Verantwoordelijkheid zonder schuld             | 16 |
| <b>5. Conclusie</b>                            | 18 |
| <b>6. Handige links en literatuur</b>          | 19 |

## Inleiding

Er is grote zorg om kinderen van ouders met een alcoholafhankelijkheid. Uit onderzoek blijkt dat deze kinderen op latere leeftijd een lager welzijn ervaren dan kinderen van niet verslaafde ouders. Echter, de zorg voor deze gezinnen is complex, en hulpverleners ervaren vaak ethische dilemma's in het vormgeven van de zorg.

Als professional in het jeugdstelsel zult u misschien regelmatig tegen een casus aangelopen zijn waarbij u niet wist hoe u om moest gaan met de verslaving van (een van) de ouders binnen een gezin. Als professional in de verslavingszorg zult u misschien regelmatig aarzeling hebben gevoeld over hoe u het ouderschap van uw cliënt bespreekbaar kon maken. Of u heeft vragen gehad over hoe u het beste de samenwerking met andere partijen vorm kon geven. U zult misschien een conflict ervaren hebben tussen de behoeften van de ouders en de belangen van de kinderen, en niet goed geweten hebben hoe u deze tegen elkaar af kon wegen. Dit zijn allemaal belangrijke ethische vragen, die de auteurs in een ethisch onderzoeksproject samen met stakeholders uitvoerig hebben onderzocht. We hopen dat deze brochure u helpt wanneer u tegen situaties aanloopt waarbij u twijfelt hoe u moet handelen.

Een groot knelpunt dat in het veld gesignaleerd werd, is het gebrek aan vroegsignalering. Een nadere analyse hiervan levert echter ook belangrijke inzichten op in hoe de zorg in zijn algemeenheid verbeterd kan worden. Deze brochure laat dit in drie stappen zien.

Eerst wordt een korte analyse gegeven van de knelpunten bij vroegsignalering: er blijkt een grote handelingsverlegenheid te bestaan bij zowel professionals, ouders, als het informeel netwerk. Deze handelingsverlegenheid ontstaat voor een deel uit het feit dat de belangen van ouders en kinderen als botsend worden ervaren.

In het tweede deel laten wij zien waar dit beeld van botsende belangen vandaan komt. Dit beeld blijkt ingesleten in zowel de traditionele ethiek als in de huidige hulpverleningspraktijken. De hulpverlening is traditioneel gegroeid langs twee paden: verslavingszorg richt zich op volwassenen, jeugdhulpverlening richt zich op kinderen en jongeren. Zodra ouders EN kinderen betrokken zijn, komen hulpverleners vaak onbedoeld tegenover elkaar te staan. De traditionele ethiek biedt enkele handvaten voor hulpverleners die worstelen met ethische dilemma's om met deze dilemma's zo adequaat mogelijk om te gaan. Daarbij is de vraag vooral hoe de belangen van ouders en kinderen op een goede manier tegen elkaar afgewogen kunnen worden, en wanneer en onder welke omstandigheden drang en dwang gerechtvaardigd kan zijn.

De politiek antwoordt op de handelingsverlegenheid van de betrokkenen vaak met een roep om meer dwang en drang. Echter, zowel voor ouders als hulpverleners blijkt de taal van dwang en drang vaak averechts te werken, vooral als ouders de zorg vaker mijden uit angst voor gedwongen maatregelen. In het derde deel van deze brochure worden daarom een aantal *best practices* beschreven waarin een andere ethische invalshoek is gekozen. Een ethische invalshoek waarin de belangen van ouders en kinderen niet als botsend worden beschreven, maar waarin de nadruk ligt op de relationele verbondenheid van ouders en kinderen. Dit levert belangrijke handvaten op voor communicatie en samenwerking. De *best practices* die beschreven worden zijn: het 'nu niet zwanger' project, de presentietheorie, de inzet van ervaringsdeskundigheid, het inzetten van informele netwerken, waaronder het initiatief JIM, en de houding van 'verantwoordelijkheid zonder schuld'.

Wij hopen dat u zich als professional geïnspireerd voelt door deze voorbeelden, en dat ze voor u handvaten bieden voor de problemen waar u in de praktijk mee worstelt.

## 1. Knelpunt in zorg: vroegsignalering

Een belangrijk knelpunt dat stakeholders noemen in de zorg voor gezinnen waarbij een van de ouders alcoholafhankelijk is, is het gebrek aan vroegsignalering. Ouders blijven vaak lang onder de radar, en komen alleen in beeld bij de hulpverlening als de situatie al geëscaleerd is.

*Respondent: Ik denk dat het te lang bestaat. Te lang kan bestaan. Dus dat er te laat ingegrepen wordt door sociale omgeving, burens eh, hulpverleners. Dat denk ik, ik denk dat we in Nederland veel eerder aan de bel moeten trekken, als we signaleren dat er sprake is van overmatig alcoholgebruik ja.*  
*Interviewer: En wat zou dan het juiste moment zijn om in te grijpen?*  
*Respondent: Bij de allereerste signaal. (...) als je gaat merken dat er alcoholproblemen zijn, dan speelt het doorgaans al jaren. (...) als je nou ziet wat wij aangemeld krijgen, de ouders, dan zien we dat zij vaak oudere kinderen hebben. (Medewerker verslavingszorg)*

*Hoever ben je dan afgegleden als die moeder bijna letterlijk het huis in de fik moet steken, voordat je iets met deze kinderen kan. Dat kan gewoon niet. Dat vind ik ja, als je het hebt over ethische vraagstukken dan denk ik dit, ja terwijl de omgeving ervan weet, de huisarts er van weet. De school vermoedens heeft, ja. Ja dan vind ik dat wij met ons zorgsysteem in Nederland erg tekort schieten. (Medewerkster BJZ)*

Het beeld is vaak dat de vroegsignalering hapert omdat ouders actief de zorg zouden mijden. Zij willen geen inmenging in hun drankgebruik. Echter, ouders geven zelf aan dat ze wel graag eerder hulp willen (hierover later meer in het stuk 'ouders aan het woord')

*Ik had wel liever natuurlijk eerder hulp gehad. Dan hadden we wel gewoon eerder gelukkig kunnen zijn. (Jasmijn, 3 kinderen van 8, 11 en 12)*

Een tweede knelpunt voor vroegsignalering is dat naast van deze ouders, zowel kennissen als professionals (huisartsen, burens, familie, vrienden, school, wijkagenten, kinderdagverblijf) vaak wel weten van de problemen van de ouders, maar niets doen met de signalen uit de gezinnen.

*Ik heb een casus die me bij gebleven is ja, een alleenstaande moeder met een kind. Waar ik niet van wist dat die moeder alcoholverslaafd was. (...) En kwam ik een keer op een avond binnen en toen zat ze met dat kindje van, was ze twee, ik zag dat ze lazer zat was. Nou en toen kwam ik er pas achter op die manier. Ja dat heeft veel indruk op me gemaakt. Dat ik dat niet had gezien (...) En haar vader, de opa van het kindje, hield heel erg toezicht op die moeder. En die ging er altijd voor liggen. En ik dacht het zit wel goed, die vader die is, die opa die is zo sterk en krachtig en die profileert zich zo, maar die hield dat gewoon in stand eigenlijk. (...) Maar dat is me wel bij gebleven ja, van potverdomme waarom heb je dat niet gezien. (...) En dat kindje kwam vaak te laat op het kinderdagverblijf, maar niemand zei tegen mij van 'weet je dat die moeder verslaafd is'. Die opa wist het natuurlijk wel. Maar die zei dat niet. (Medewerker Jeugdzorg)*

Uit buitenlands onderzoek blijkt dat professionals de volgende aarzelingen hebben tegen rapporteren:

- Onduidelijkheid over procedures en wettelijke verplichtingen
- Onzekerheid over wat nou precies 'signalen' zijn dat het niet goed gaat
- Angst om valselijk te beschuldigen
- Weinig vertrouwen dat rapporteren in het belang is van de kinderen
- Angst dat er verdere schade wordt berokkend aan een gezin dat al kwetsbaar is
- Angst om de professionele relatie met de cliënt te schaden
- Rapporteren voelt als straffen en vertroebelt de hulpverleners rol

Uit: Alvarez, Krisann M., Maureen C. Kenny, Brad Donohue, and Kimberly M. Carpin. 2004. "Why Are Professionals Failing to Initiate Mandated Reports of Child Maltreatment, and Are There Any Empirically Based Training Programs to Assist Professionals in the Reporting Process?" *Aggression and Violent Behavior* 9 (5): 563-78.

Deze aarzeling van omstanders en betrokken professionals kan samengevat worden als vastlopen in 'botsende belangen'. In deze brochure willen we laten zien hoe deze vermeende botsende belangen gecreeërd zijn in de huidige situatie, en hoe mensen die betrokken zijn bij gezinnen waar een verslaving speelt, hier op een andere manier tegenaan kunnen kijken.

## 2. Botsende of (ook) verweven belangen?

Van oudsher is het een belangrijk ethisch principe dat mensen een zekere vrijheid genieten om hun privéleven volgens hun eigen waarden in te richten. Mensen hebben recht op privacy en op niet-inmenging van de staat in hun privéleven. Deze waarde komt echter onder druk te staan als ouders tekort schieten ten opzichte van hun kinderen. Kinderen hebben namelijk ook recht op een veilige jeugd en op zelfontplooiing. In traditionele ethische discussies wordt het recht van ouders op autonomie en het recht van kinderen op veiligheid dan ook tegen elkaar afgewogen. Centraal staat de vraag of en zo ja onder welke omstandigheden het recht van de een ten behoeve van de ander mag worden ingeperkt.

Boonekamp en collega's schreven een ethische handleiding voor hulpverleners die werken met zwangere vrouwen met een verslaving, getiteld: *Drang en dwang in de zorg aan verslaafde zwangere vrouwen in het belang van het toekomstige kind*. Hierin zetten zij de belangrijkste ethische principes uiteen die een rol spelen in het afwegen van de belangen van de moeder versus de belangen van het kind. De auteurs stellen de volgende stappen voor:

1. Wat zijn de feiten?
2. Moet het kind beschermd worden?
3. Hoe kan dat op een ethisch verantwoorde manier?

De handleiding is hier te downloaden:

[www.lkpz.nl/docs/lkpz\\_pdf\\_1318230109.pdf](http://www.lkpz.nl/docs/lkpz_pdf_1318230109.pdf)

De hulpverlening heeft zich historisch gezien volgens twee paden ontwikkeld: verslaafde ouders worden, net als andere personen met een verslaving, geholpen in instellingen voor verslavingszorg, terwijl de jeugdhulpverlening ondersteuning biedt aan kinderen.

Deze tweedeling levert makkelijk problemen op in het uitwisselen van informatie, het delen van geldstromen, maar ook in de ethische doelen die achter de respectievelijke vormen van zorg liggen. In de literatuur wordt het hanteren van verschillende waarden bij jeugdhulpverlening en verslavingszorg vaak genoemd als een belangrijke barrière voor samenwerking. Bijvoorbeeld dat bij



jeudhulpverlening vaak de veiligheid en ontwikkeling van het kind voorop staat, terwijl verslavingszorg meer oog heeft voor wat belangrijk is voor het herstelproces van de ouders. Maar de twee verschillende domeinen hanteren vaak ook andere (impliciete) opvattingen over wat verslaving is, hoe om te gaan met terugval, of abstinentie het voornaamste behandeldoel moet zijn of niet, of verslaafde ouders goede ouders kunnen zijn, et cetera.

Soms zal gedwongen ingrijpen onvermijdelijk zijn om kinderen te beschermen. Echter vaak blijkt dat een benadering waarbij naar de belangen en het welzijn van verslaafde ouders EN hun kinderen wordt gekeken veel problemen kan overwinnen. Ouders geven aan dat zij deze zienswijze als erg motiverend ervaren.



### 3. Ouders aan het woord

Het beeld dat overheerst van alcoholafhankelijke ouders, is dat zij geen inmenging van buitenaf willen in hun privé leven. Echter, ouders verbazen zich vaak ook over wat zij ervaren als onverschilligheid van hun omgeving. Een moeder beschrijft het als volgt:

*Als je dan bekijkt van: de school wist dat ik dronk. Nou hoe vaak er wel niet politie bij ons aan de deur is geweest, maar nooit iets heeft gedaan voor die kinderen. Weet je, dus daar heb ik dan wel iets mee van eh, ik wou dat hun eerder hadden ingegrepen. (Jasmijn, 3 kinderen van 8, 11 en 12)*

Een andere ouder beschrijft hoe het gevoel dat niemand in haar omgeving iets deed om haar te helpen haar lage gevoel voor eigenwaarde zelfs nog versterkte:

*Ik kende geen liefde, en ik ben opgegroeid met van je had er niet moeten zijn, je bent niks waard en van jou komt niks terecht. En als je dat dan je hele leven gewoon hebt gehad, dan kun je ook niet anders van oh zie je wel, ze zien me niet. Ook school zie je wel, ze vragen niet hoe het gaat, weet je, ze laten me gewoon. En dat was gewoon de hele viciuze cirkel waar ik in bleef zitten. (Monique, kinderen van 8, 11, 14)<sup>1</sup>*

Toen we ouders vroegen of ze open hadden gestaan voor hulp, gaven ze aan dat dit inderdaad lastig lag. Ze gaven aan dat kritiek op hun alcoholgebruik of de zorg voor hun kinderen vaak erg gevoelig lag. Echter, ze beschreven hun alcoholgebruik als het resultaat van enorme stress die ze zelf ervoerden (door huiselijk geweld, posttraumatische stress stoornis, trauma) en waarvoor ze wel hulp hadden willen accepteren. Vaak verlangden ouders er erg naar dat anderen oprechte interesse toonden in hun welzijn, op een niet veroordelende manier.

*Misschien eerst een gesprek met de ouder, maar niet het verwijtend van 'oh je bent alcoholverslaafd en je zorgt niet goed voor je kinderen'. Maar van: 'kunnen we iets doen?' Dat het uit zorg is en niet verwijtend dat is heel erg belangrijk.*

<sup>1</sup> Onderzoek lijkt dit te bevestigen. Watson en Levine stellen dat hoewel hulpverleners vaak bang zijn vertrouwen te schaden, voor cliënten betrokkenheid van de hulpverlener het allerbelangrijkste is. Niet handelen om vertrouwen te waarborgen kan door cliënten ook opgevat worden als gemakzucht en desinteresse. (Watson, Holly, and Murray Levine. 1988. "Psychotherapy and Mandated Reporting of Child Abuse." Amer. J. Orthopsychiat. 59 (2): 246-56.)

*Als verslaafde zijnde, dan word je gelijk eigenlijk al op een bordje gegooid, 'je zorgt niet goed voor je kinderen.' Dat had je mij niet moeten zeggen. (Monique, kinderen van 8, 11, 14)*

Op de vraag wat hij ervan gevonden zou hebben als mensen hem aangesproken hadden op zijn drinken, zegt Steve:

*Ik zou dat eh, misschien niet leuk gevonden hebben, maar ik denk wel dat ik er wat aan gehad zou hebben. Nogmaals, was precies hetzelfde met mijn broertjes en mijn zusje, als die nou eens gezegd hadden, Steve wat is er nou met je aan de hand. Waar loop je mee, waar zit je mee eh, zit je, loop je ergens mee eh, kan je je verhaal niet kwijt of? Bijvoorbeeld het verhaal van mijn vader dan, dan was het misschien anders gelopen. Dan was er veel eerder aan de bel getrokken. Veel eerder eh eh hoe heet dat aan de noodrem getrokken en gezegd van ho, tot hier en niet verder. (...) Dan had ik eventueel een iets normaler leven kunnen leiden als nu. (Steve, kind van 17)*

Wat ouders aangeven is dat als zij aangesproken worden op hun drankgebruik of hun falen als ouders, de partijen makkelijk vervallen in een discours van botsende belangen. Ouders zullen zich verzetten tegen de kritiek en de inmenging van buitenaf afwijzen. Echter, als de insteek van het gesprek zorg is en oprechte betrokkenheid, ook voor hun problemen, dan staan ouders veel eerder open voor hulp aan henzelf en hun kinderen.

## 4. Best practices

Er zijn verschillende initiatieven die niet 'botsende belangen' maar relationele verbondenheid tussen – verslaafde – ouders en kinderen als uitgangspunt nemen om de zorg aan en voor deze gezinnen vorm te geven. Hieronder bespreken we een aantal van die initiatieven. De lijst is niet volledig, maar dient ter inspiratie.

### 'Nu niet zwanger' project

Als mensen kwetsbaar zijn, lopen ze vaak ook een verhoogd risico om ongepland zwanger te raken. Soms zijn er grote zorgen om deze kinderen nog voor de geboorte. Regelmatig duikt de roep op voor gedwongen anticonceptie bij bepaalde groepen kwetsbare mensen. Het 'nu niet zwanger' project van Connie Rijlaarsdam probeert een andere benadering. Hierbij wordt gekozen voor een open en betrokken gesprek met kwetsbare vrouwen over hun seksualiteit, hun kinderwens en hun concrete behoefte aan anticonceptie. Het resultaat was dat 86% van de vrouwen vrijwillig overging tot een vorm van langdurige anticonceptie.

Voor wie meer wilt weten over het 'Nu niet zwanger' project, zijn op deze website een aantal factsheets te downloaden: [www.ggdhvb.nl/professionals/over-de-ggd/programma-nu-niet-zwanger](http://www.ggdhvb.nl/professionals/over-de-ggd/programma-nu-niet-zwanger)

In dit interessante artikel zet Rijlaarsdam uiteen waarom een respectvolle benadering het beste werkt: [www.ggdghorkennisnet.nl/?file=40063&m=1523626976&action=file.download](http://www.ggdghorkennisnet.nl/?file=40063&m=1523626976&action=file.download)

### Presentietheorie

De methodiek waar het 'nu niet zwanger project' mee werkt, is de presentietheorie van Andries Baart. In de presentietheorie staat de relatie tussen de zorggever en de cliënt centraal. Het is geen methodiek in de stricte zin van het woord, maar levert bouwstenen over hoe een vertrouwensrelatie vorm te geven. Vanuit de relatie blijkt wat goede zorg is voor deze cliënt(en) op dit moment. De eigen vakkennis blijft intact, maar de relatie stuurt hoe die kennis wordt aangewend. Deze insteek is bij uitstek geschikt bij doelgroepen die vaak stuiten op een sterke

afkeuring van hun omgeving, die normaal gewezen worden op alles wat ze fout doen. Simpelweg gaat de presentietheorie over 'er zijn' voor de ander, zonder oordelen. Hierdoor voelt de ander zich gehoord en gezien, en behandeld als een volwaardig mens. Als gevolg daarvan kan ruimte ontstaan voor verandering waar die zich daarvoor niet liet maken of afdwingen. Leefwereldgerichtheid en perspectief wisseling zijn daarbij centrale begrippen. De presentie neemt radicaal het perspectief van de ander in als leidraad voor de zorg. Er is oog voor de onderlinge afhankelijkheid van en verbondenheid tussen mensen en hun plek in een gemeenschap. De presentietheorie erkent zowel de kwetsbaarheid van de cliënt als de verantwoordelijkheid die de cliënt heeft voor zijn eigen leven. Vaak leidt de presentie aanpak ook tot inzichten in praktische en bureaucratische hindernissen die cliënten ervaren in de toegang naar zorg. In het 'nu niet zwanger' project is bijvoorbeeld een geldpotje gecreëerd voor vrouwen die geen ziektekostenverzekering hebben, en voor wie daardoor de drempel tot anticonceptie te hoog is.

Bij de presentietheorie reflecteert de hulpverlener ook op zijn eigen waarden en handelen. Presentie vraagt in de praktijk om veelvuldige (team-)reflectie, moreel beraad en Case Based Learning (Dit is een binnen de presentie ontwikkelde methode voor casuïstiekbespreking).

Voor een overzicht van het werk en trainingsaanbod van Stichting Presentie, zie: [www.presentie.nl](http://www.presentie.nl)

## Ervaringsdeskundigheid

Ouders gaven aan dat zij vaak moeite hadden met jonge hulpverleners met weinig levenservaring. Ervaringsdeskundigen werden als een belangrijke aanwinst voor de hulpverlening gezien. Ouders gaven aan dat ze zich in hoge mate begrepen voelden door deze ervaringsdeskundigen. Bijvoorbeeld, als iemand zich aanmeldt bij de hulpverlening dan denken hulpverleners vaak "waarom heb je zo lang gewacht? Hoe kan je het zo ver hebben laten komen?" terwijl ervaringsdeskundigen denken: "wat dapper van je dat je deze stap genomen hebt". Een van onze respondenten beschreef dat ze zich tegenover ervaringsdeskundigen niet hoefden te schamen, omdat die wisten hoe het was.

*Toen had ik ook het gevoel dat ik begrepen werd, dat ik mijn verhaal kon doen zonder een oordeel te voelen. Want ik zit daar te praten met mensen die hebben (...) nooit zelf gevoeld hoe het is om trek te hebben, hoe het voelt om eh zo eh achter je ja, zo gestalkt te worden dat je je geen uitweg meer kan bedenken en ja. Dus, dus ik denk dat dat heel fijn is voor mensen die daar zijn om het te horen van iemand die het niet uit een boekje heeft geleerd. (Gina, kinderen van 12, 13, 14).*

Voor Gina was het gesprek met de ervaringsdeskundige het keerpunt waarop ze hulp aanvaardde en zich niet langer meer verzette. Verschillende verslavingszorginstellingen maken al gebruik van ervaringsdeskundigen.

Stichting Het Zwarte Gat zet zich in voor ervaringsdeskundigheid in verslavingszorg. [hetzwartegat.nu](http://hetzwartegat.nu)

## Informele netwerken

Tot nu toe zijn vooral de ouders aan het woord geweest, maar niet de kinderen. Elize Lam onderzocht waar kinderen die opgroeien met een verslaafde of anderszins kwetsbare ouder nou het meeste aan gehad hebben. Zij kwam tot de conclusie dat steun uit het informele netwerk voor deze kinderen vaak het voornaamste verschil heeft gemaakt. Deze ondersteuning is vaak langdurig, waar professionele hulp tijdelijk is. Zij pleit ervoor professionals meer te trainen om dit informele netwerk te ondersteunen. Ingrid Ligtermoet, zelf kind van ouders met een verslaving en psychische problemen kwam tot een soortgelijke conclusie, en maakte hierover de documentaire 'klein gebaar, groot geluk'. Beide auteurs benadrukken het belang om kinderen te benaderen vanuit hun veerkracht en vindingrijkheid inplaats van hun kwetsbaarheid te benadrukken.

Hieronder vindt u twee columns van Elize Lam en Ingrid Ligtermoet over het belang van het inzetten van het informele netwerk:  
[www.socialevraagstukken.nl/ggz-is-er-voor-ouders-met-problemen-vertrouw-hun-kinderen-aan-betrokken-naasten-toe](http://www.socialevraagstukken.nl/ggz-is-er-voor-ouders-met-problemen-vertrouw-hun-kinderen-aan-betrokken-naasten-toe)  
[www.socialevraagstukken.nl/informele-steun-heeft-een-fundamentele-eigen-waarde-in-zorg-voor-jeugd](http://www.socialevraagstukken.nl/informele-steun-heeft-een-fundamentele-eigen-waarde-in-zorg-voor-jeugd)



Een soortgelijk, maar minder vergaand initiatief is Jouw Ingebrachte Mentor (JIM). Hierin stelt een jongere zelf een mentor voor uit het eigen netwerk, vaak een opa, oma, vriend van de familie, tante of oom. De ingebrachte mentor is voor de jongere een vertrouwenspersoon, iemand door wie de jongere zich geïnspireerd voelt, of naar wie hij toe kan gaan voor advies. Deze JIM biedt steun op verschillende vlakken: emotioneel (een luisterend oor bieden), conceptueel (meedenken over belangrijke keuzes en plannen), moreel (vormgeven van opvoedwaarden) en praktisch (vervoer, spullen, time-outplek). Ook is de JIM een woordvoerder voor de familie in de communicatie met hulpverleners. Uit een onderzoek van Levi van Dam (zie lijst achterin de brochure voor referentie) bleek dat wanneer een JIM werd ingezet, uithuisplaatsing in 90% van de gevallen voorkomen kon worden.

Voor meer informatie zie: [www.jimwerkt.nl](http://www.jimwerkt.nl)

We zagen eerder dat het informele netwerk (familie, vrienden, school, opvang, huisarts) vaak wel een idee hebben van de problematiek die er speelt, maar niet goed weten wat ze moeten doen om te helpen. Ze zijn huiverig om signalen te rapporteren. Bovenstaand initiatief laten zien dat de handelingsverlegenheid van omstanders omgebogen kan worden in steunende netwerken.

## Verantwoordelijkheid zonder schuld

Er is vaak onbegrip voor verslaafde ouders. De oplossing lijkt zo simpel: als ouders gewoon stoppen met middelengebruik zijn alle problemen opgelost. Verslavingsgedrag is vaak verwarrend, hoewel het niet aannemelijk lijkt dat mensen willens en wetens hun kinderen in gevaar brengen door middelen te gebruiken, lijkt er vaak toch een keuzemoment in verslavingsgedrag te zitten. Er zijn twee dominante opvattingen ten opzichte van verslaving: 1) verslaving is een (hersens)ziekte en mensen met een verslaving hebben geen controle over hun gedrag, 2) verslaving is een keuze.

Als we verslaving als een ziekte zien rechtvaardigt het vaak een paternalistische houding naar cliënten: ze weten zelf immers niet meer wat goed voor hunzelf of hun kinderen is. Ouders zijn noch verantwoordelijk voor hun gedrag noch worden zij schuldig bevonden voor mogelijke negatieve consequenties voor hun kinderen. Echter, als verslaving gezien wordt als een keuze rechtvaardigt het

vaak een straffende houding naar verslaafde cliënten, want ze zijn immers wel verantwoordelijk voor hun slechte keuzes en schuldig aan de gevolgen voor hun zelf en voor hun kinderen.

Los van de vraag of verslaving nou vooral gezien moet worden als een ziekte of een slechte keuze, stelt Hanna Pickard een andere benadering voor hoe om te gaan met mensen die verslaafd zijn. Zij koppelt verantwoordelijkheid en schuld los van elkaar. We kunnen mensen verantwoordelijk houden voor hun gedrag, echter zonder hun verwijten te maken en wel begrip en compassie te hebben voor de factoren die hen bemoeilijken om hun gedrag op een goede manier te reguleren. Op deze manier nemen we mensen serieus, houden we ze verantwoordelijk voor de keuzes die ze maken, maar erkennen we tegelijk de factoren die hun keuzevrijheid beperken.

Pickard heeft een gratis e-learning module ontwikkeld (in het Engels) om deze houding van verantwoordelijkheid zonder schuld (responsibility without blame) te oefenen. [www.responsibilitywithoutblame.org](http://www.responsibilitywithoutblame.org)

Een van de vaders die we geïnterviewd hebben, beschreef dat een opmerking van zijn zoon voor hem een keerpunt was. Zijn zoon zei tegen hem:

*Papa, als jij een biertje gaat drinken, maakt niet uit, ik kom ook op bezoek, maakt me niet uit, want ik weet hoe u bent. U bent een man van eh echt eh, altijd positief en altijd goed ingesteld, ik zal net zoveel van je blijven houden, alleen zul je weinig van mij mee maken. Omdat ja als eh ik langer blijf drinken en je nog maar maximaal drie jaar te leven hebt of zo. (Steve, kind van 17)*

Deze zoon laat een houding zien van verantwoordelijkheid zonder schuld: hij houdt zijn vader verantwoordelijk voor zijn gedrag, en ook al zitten er consequenties aan dat gedrag, die liggen niet in de sfeer van schuld, afkeuring of straf.

## 5. Conclusie

Wat we kunnen leren van de hier boven geschreven 'best practices' is dat het probleem niet altijd is dat belangen botsen en dat wij die tegen elkaar af moeten wegen, maar dat wij belangen van ouders en kinderen als verweven kunnen zien. De best practices geven aan hoe we onze hulpverlening in kunnen richten dat deze belangen samen ondersteund worden in plaats van tegen elkaar worden afgewogen. Er zullen altijd hard cases blijven en praktische en bureaucratische barrières, maar deze bovengenoemde best-practices laten zien dat er ook veel terreinwinst mogelijk is.



## 6. Handige links en literatuur

Brijder heeft een *Handboek voor professionals in de verslavingszorg en geestelijke gezondheidszorg* geschreven genaamd **Programma Verslaving & Ouderschap (PVO)**. Dit handboek beschrijft de methodiek die Brijder ontwikkeld heeft voor de zorg van verslaafde ouders. Hierin staat onder andere een lijst met beschikbare bewezen effectieve of best practice interventies in Nederland. Te downloaden via onderstaande link: [anzdoc.com/programma-verslaving-ouderschap-pvo.html](http://anzdoc.com/programma-verslaving-ouderschap-pvo.html)

Elselijn Kingma doet onderzoek naar de unieke ethische relatie tussen moeder-foetus. Ze schreef onderstaande column over waarom we terughoudend moeten zijn met betrekking tot staatsingrijpen: [www.nrc.nl/nieuws/2015/07/23/de-staat-kan-geen-perfect-ouderschap-eisen-1516912-a1241772](http://www.nrc.nl/nieuws/2015/07/23/de-staat-kan-geen-perfect-ouderschap-eisen-1516912-a1241772)

Hieronder vindt u meer over het belang van het inzetten van het informele netwerk:

Hutschemaekers, G., Tiemens, B., & Smit, A. (2006). **Weg van professionalisering: Paradoxe bewegingen in de geestelijke gezondheidszorg**. Wolfheze: GRIP.

Kesselring, M., Winter, M. de, Horjus, B. & Yperen, T. van (2013). **Allemaal opvoeders in de pedagogische civil society**. Naar een theoretisch raamwerk van een ander paradigma voor opgroeien en opvoeden. *Pedagogiek*, 1, 5-20.

Lam, E (2016). **Risicokind of evenwichtskunstenaar? Kind zijn ondanks een moeilijke thuissituatie**. Scriptum: Schiedam. [www.scriptum.nl/boeken/risicokind-of-evenwichtskunstenaar](http://www.scriptum.nl/boeken/risicokind-of-evenwichtskunstenaar)

C. Jansen & I. Ligtermoet (2008). **'Klein gebaar, groot geluk'**. Documentaire over wat de directe omgeving kan betekenen voor kinderen van ouders met psychische of verslavingsproblemen (128 min) [www.swpbook.com/boeken/84/verslaving/1088/klein-gebaar-groot-geluk](http://www.swpbook.com/boeken/84/verslaving/1088/klein-gebaar-groot-geluk)

Levi van Dam, Sara Neels, Micha de Winter, Susan Branje, Saskia Wijsbroek, Giel Hutschemaekers, Ans Dekker, Andrée Sekreve, Marieke Zwaanswijk, Inge Wissink & Geert Jan Stams: **Youth Initiated Mentors: Do they Offer an Alternative for Out-of-home Placement in Youth Care?** in *British Journal of Social Work*: 'What fresh thinking is needed for child and family social work in the 21<sup>st</sup> century?', September 2017



**Maastricht University**

Anke Snoek en Dorothee Horstkötter, Universiteit Maastricht,  
School for Mental Health and Neuroscience (MHeNS),  
Afdeling metamedica, Postbus 616, 6200 MD Maastricht,  
[a.snoek@maastrichtuniversity.nl](mailto:a.snoek@maastrichtuniversity.nl)