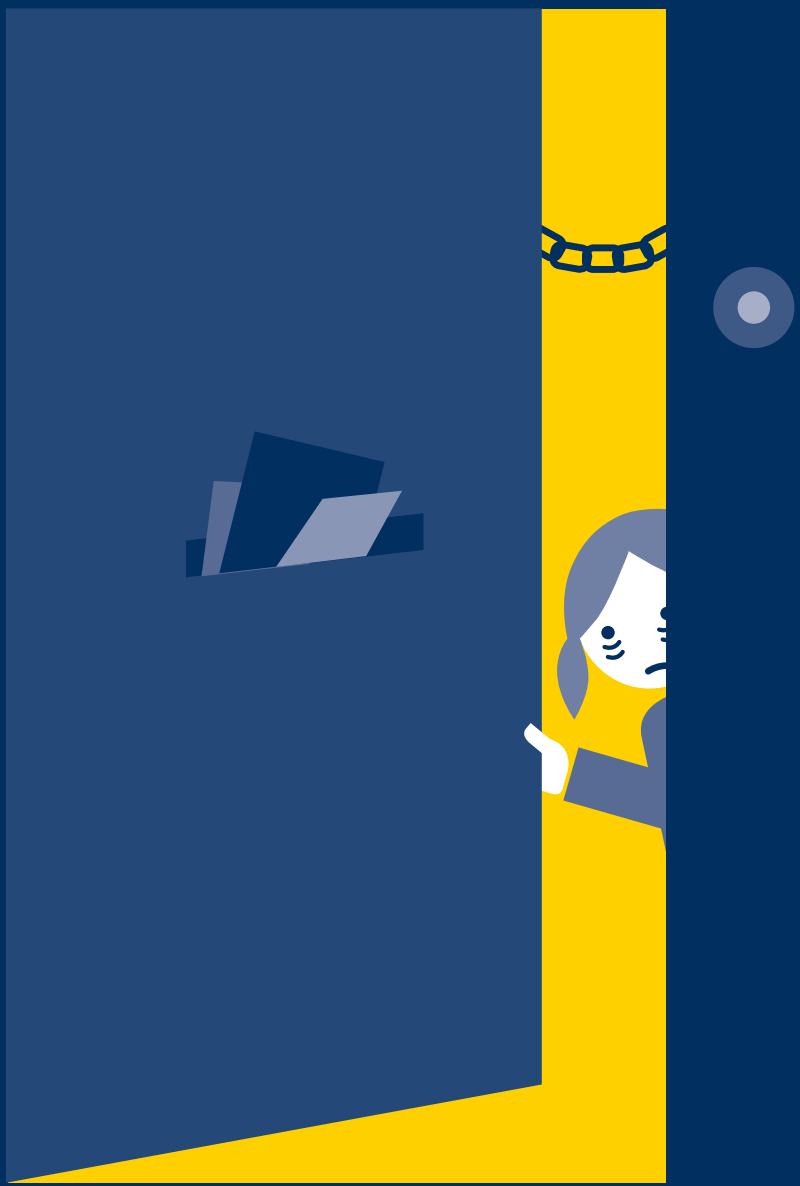
Outreachend werken in de Jeugdgezondheidszorg

Handleiding voor de interventie ‘Bemoeizorg in de JGZ’



Carin Rots-de Vries
Ike Kroesbergen
Yonna Theunis

Outreachend werken in de Jeugdgezondheidszorg

Handleiding voor de interventie 'Bemoeizorg in de JGZ'

Carin Rots-de Vries
Ike Kroesbergen
Yonna Theunis

Vertrouwen in contact

Onze samenleving en onze zorgsystemen zijn voortdurend in ontwikkeling. Het Rijk stoot steeds meer taken af, belegt verantwoordelijkheden bij gemeenten. Concreet voorbeeld: de drie decentralisaties in het sociale domein. Taken en verantwoordelijkheden op het gebied van (jeugd-)zorg, werk en inkomen liggen sinds begin 2015 op het gemeentelijke bord. Willen we hieraan optimaal uitvoering geven, dan is samenwerking essentieel. De band tussen gemeenten en partnerorganisaties zoals GGD West-Brabant is dan ook geïntensiveerd. Een goede zaak: samen zijn we tot meer in staat.

'Bemoeizorg' is een thema dat door de GGD West-Brabant en diverse gemeenten geruime tijd geleden in de regio op de kaart is gezet. Bij bemoeizorg draait alles om contact. Contact met gezinnen waar een opeenstapeling van problemen een gezonde ontwikkeling van kinderen in de weg staat. Als er via de reguliere werkwijzen geen contact tot stand komt, lukt dat via bemoeizorg vaak wel. Belangrijk daarbij zijn vasthoudendheid en creativiteit. Als we op tijd ingrijpen, is het vaak nog mogelijk ontstane problematiek om te buigen. Preventie dus, om gedwongen zorg te voorkomen.

De uitvoering van de bemoeizorg valt onder de publieke gezondheidszorg van de gemeente. Een strategische keuze, gezien de doelgroep: de gemeente en de Jeugdgezondheidszorg zijn er immers voor iedereen. Dit gegeven helpt bij het winnen van vertrouwen van gezinnen met een lange geschiedenis van hulpverlening. Lokale inpassing van de bemoeizorg is bovendien nodig voor een goede afstemming met de Centra voor Jeugd en Gezin, sociale wijkteams, kinderopvang en onderwijs.

Deze handleiding beschrijft hoe de Jeugdgezondheidszorg outreachend kan handelen en welke positieve effecten dat heeft. Ruim tien jaar ontwikkeling en onderzoek in de praktijk ligt hieraan ten grondslag. Professionals in de Jeugdgezondheidszorg kunnen er hun voordeel mee doen, met het belang en welzijn van het kind voorop. Laten we ons daar vooral blijvend mee bemoeien.



Leny Poppe-de Looff
Voorzitter dagelijks bestuur GGD West-Brabant
Burgemeester gemeente Zundert

Met dank aan

Deze handleiding is het resultaat van meer dan tien jaar ontwikkeling en onderzoek in de praktijk van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ). Veel mensen hebben hieraan een bijdrage geleverd, vaak met een grote betrokkenheid. De GGD West-Brabant en diverse gemeenten in deze regio hebben de eerste ervaringen opgedaan met bemoeizorg in de JGZ en hun kennis verspreid. Vervolgens heeft een twintigtal JGZ-organisaties bijgedragen aan de verdere ontwikkeling.
De methode werd van een stevig methodisch fundament voorzien en dit leidde tot de eerste druk van deze interventiehandleiding (2009). Daarna zijn de effecten van de bemoeizorg onderzocht.
In 2015 is een veldraadpleging uitgevoerd. Er werd geïnventariseerd hoe proactief en outreachend werken vorm krijgt in de context van de transitie en transformatie in het jeugddomein. Ook werd in beeld gebracht welke ondersteuningsbehoefte JGZ-organisaties hebben op deze punten. Dit heeft geleid tot een actualisering van de interventiehandleiding (tweede, geactualiseerde druk).

Wij zijn alle betrokkenen zeer erkentelijk voor hun bijdrage. Als we iedereen bij naam noemen, zou dat een lange lijst opleveren. Wij zijn ervan overtuigd dat het gezamenlijk optrekken van beleid, praktijk en onderzoek veel meerwaarde heeft gehad. Een ieders inbreng hebben wij bijzonder gewaardeerd!

De auteurs

Inhoudsopgave

3 Vertrouwen in contact
4 Met dank aan
5 Inhoudsopgave

7 **Introductie**

11 **1. Bemoeizorg in de Jeugdgezondheidszorg**
11 Mismatch
12 Afhakers
13 Omvang van de doelgroep
13 Hernieuwde aandacht voor outreachend werken in de JGZ
14 Bemoeizorg voor volwassenen en voor jeugd
14 Aansluiting op de flexibilisering, transitie en transformatie
16 Doelen van de interventie
17 Werkzame factoren
19 Casus: Verwaarloosde Patrick

21 **2. De werkwijze stap voor stap**
22 Stap 1: onderzoek van het signaal
25 Stap 2: contact leggen
27 Stap 3: contact maken
32 Stap 4: gezinsplan maken
35 Stap 5: overdragen en afsluiten
35 Stap 6: monitoren
37 Casus: Schoolverzuim van Melanie

39 **3. Methodische handvatten voor de JGZ-professional**
40 Oplossingsgericht werken
41 Oplossingsgerichte gesprekken
42 Het oplossingsgerichte stroomschema
45 De waarde van het stroomschema
45 Motivationeel interviewen
48 Toepassing binnen bemoeizorg door de JGZ
49 Casus: De depressies van Niels' moeder

51 **4. Invoering van bemoeizorg**
51 Implementatie gaat niet vanzelf
52 Wat kenmerkt de professional?
53 Randvoorwaarden in de JGZ-organisatie
55 Positionering in de zorg voor jeugd
59 Casus: 'Met de kinderen gaat het prima'

61 Literatuurverwijzingen
62 Training 'Outreachend werken in de JGZ'

Introductie

Bemoeizorg is voor velen geen aantrekkelijke naam voor een interventie. De term roept het beeld op van bemoeizucht en ongevraagde bemoeienis met een ander. Dit gaat vanuit de gangbare sociale perspectieven nogal eens gepaard met negatieve reacties. De autonomie en keuzevrijheid van het individu zijn in een westerse samenleving als de Nederlandse belangrijke waarden. Bovendien klinkt bemoeizorg in de huidige tijd van 'zelfregie' en 'eigen kracht' enigszins gedateerd.
Waar het bij bemoeizorg om gaat, is dat op een proactieve en een outreachende manier contact wordt gelegd met gezinnen waar een opeenstapeling van problematiek speelt. Gezinnen waar de gezonde ontwikkeling van kinderen in de knel komt. Via de reguliere JGZ-werkwijzen komt echter geen contact tot stand. De JGZ-professional die de bemoeizorg uitvoert, neemt daarom zélf initiatieven om met die gezinnen in contact te komen. Oók als het gezin waarover zorgen bestaan, in eerste instantie niet open lijkt te staan voor bemoeienis door de JGZ, wordt geprobeerd contact te leggen. Vasthoudendheid en creativiteit zijn daarbij belangrijk.
Uitgangspunt bij bemoeizorg is op tijd ingrijpen, zodat het nog mogelijk is om ontstane problemen om te buigen en het opvoedklimaat te herstellen. Preventie dus, met als doel gedwongen zorg te voorkomen. Bemoeizorg wordt ingezet in situaties waar de reguliere vormen van zorg niet volstaan of onvoldoende effect hebben en is gericht op het voorkómen van verergering van de situatie (Roeg e.a., 2015).
Bemoeizorg door de Jeugdgezondheidszorg is ontstaan in de praktijk. De aanleiding hiervoor was dat JGZ-professionals ervoeren dat de uitgangspunten van autonomie en uitsluitend vraaggericht werken ertoe leiden dat sommige gezinnen niet worden bereikt. Dit zijn vaak juist de gezinnen die de JGZ niet wil missen. Jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen ervoeren dat een afwachtende houding tot schade kan leiden en dat outreachend werken en patroondoorbrekend handelen nodig zijn (Franken-van der Toorn e.a., 2002).

Korte inhoud van de interventie

Bemoeizorg in de Jeugdgezondheidszorg kenmerkt zich door een outreachende benadering van multiprobleemgezinnen die niet uit zichzelf naar de JGZ toe komen. Outreachend wil zeggen dat de JGZ actief op zoek gaat naar deze gezinnen en dat met hen contact wordt gelegd in hun eigen levenssfeer (Van Regenmortel, 2011). Op het moment dat een ingang verkregen is, wordt samenwerking met de ouders op gang gebracht. Die is in eerste instantie gericht op het bereiken van gedeelde zorg en het verhelderen van de doelen waaraan het gezin wil werken. Daarna kan een vervolg niet uitblijven. De bemoeizorg beoogt dat het sociale netwerk en hulpverlenende instellingen daadwerkelijk en in samenhang ondersteuning gaan bieden. Het principe '1Gezin1Plan' is hierbij de leidraad en het versterken van de eigen kracht en

zelfregulering van gezinnen staan steeds centraal. De gehele begeleiding vanuit de JGZ duurt ongeveer zes maanden.

Positionering in de keten van zorg voor jeugd

Welke plaats neemt bemoeizorg door de JGZ in binnen de zorg voor jeugd? Het gaat om een preventieve interventie voor risicogezinnen. De JGZ biedt ook ondersteuning wanneer gezinnen nog onzichtbaar zijn en geen hulpvraag hebben (NCJ, 2013). De uitvoering van de bemoeizorg valt onder de publieke gezondheidszorg van de gemeente. Richting de doelgroep is dit een strategische keuze vanwege de positie van de JGZ. De JGZ is neutraal, is er voor iedereen en zet het welzijn van het kind centraal. Bij gezinnen met een vaak lange geschiedenis van hulpverlening is deze neutrale positie noodzakelijk om het vertrouwen te winnen. Ook geldt dat de JGZ misschien meer mág en kan doen, omdat het om algemene, voor iedereen toegankelijke zorg gaat. Outreachend werken, onder andere via huisbezoeken, hoort hier van oudsher en van nature bij. Lokale inpassing van bemoeizorg is nodig om te komen tot afstemming met de Centra voor Jeugd en Gezin, sociale wijkteams, kinderopvang en het onderwijs.

Totstandkoming van deze handleiding

Professionele interventies komen tot stand met inbreng vanuit de doelgroep en professionals en op basis van wetenschappelijk onderzoek. Dergelijke interventies worden aangeduid als 'evidence-based'. Voor de totstandkoming van deze handleiding heeft onderzoek plaatsgevonden naar de doelgroep van bemoeizorg en de gehanteerde methodieken. Ook is onderzocht in hoeverre de doelen van de interventie worden gerealiseerd en welke randvoorwaarden nodig zijn om de interventie in de praktijk goed uit te voeren (Rots-de Vries e.a., 2009a, 2009b). Vervolgens heeft onderzoek plaatsgevonden naar de effecten van bemoeizorg. Hierbij is gekeken naar de participatie in zorg, het welbevinden van het kind en het gezinsfunctioneren (Rots-de Vries e.a., 2015). Bij dit onderzoek is ook veel informatie verzameld over de factoren die van invloed zijn op de uitvoering, bijvoorbeeld het functioneren van zorgnetwerken in de wijk en in het onderwijs. In 2015 vond bovendien een veldraadpleging plaats bij vijftien JGZ-organisaties verspreid over het land. Centraal stond de vraag hoe proactief en outreachend werken vorm krijgt in de JGZ met als context de transitie en transformatie in het jeugddomein. De systematische analyses van praktijkervaringen en onderzoeksbevindingen vormen de basis voor deze handleiding. Analyses zijn aangevuld met gegevens over outreachende methodieken uit de wetenschappelijke literatuur en de vakliteratuur. De interventie is gecertificeerd en opgenomen in de Databank Effectieve Jeugdinterventies van het Nederlands Jeugdinstituut (www.nji.nl) en in de Interventiedatabase van het Centrum Gezond Leven (www.loketgezondleven.nl).

Waarom een interventiebeschrijving?

Deze handleiding wil outreachend en patroondoorbrekend werken in de JGZ expliciet maken en op een overdraagbare manier beschrijven. De interventie bemoeizorg vormt daarbij het kader. Daarmee begeven we ons op glad ijs, omdat dit werk moeilijk te protocolleren en te standaardiseren is. Om meerwaarde te creëren ten opzichte van het bestaande aanbod is juist flexibiliteit nodig. Toch is het belangrijk op te schrijven wat bemoeizorg inhoudt. Dit schept meer helderheid binnen en buiten de JGZ: wat mag van deze interventie verwacht worden? En wat zijn de grenzen ervan?
Een tweede reden voor deze handleiding is dat het ongevraagd benaderen van gezinnen beladen is: het raakt aan discussies over normen en waarden (Struijs e.a., 2008). Wanneer grijp je in? Welk gedrag tolereer je wel en niet van ouders? Wat is eigenlijk een goede opvoeding? De JGZ heeft te maken met deze vragen in het grijze gebied tussen vrijwilligheid en dwang. Om te voorkomen dat grenzen worden overschreden en bemoeizorg paternalistisch, ondoorzichtig en oncontroleerbaar wordt, moet deze interventie in alle openheid gebeuren. De uitdaging is de dilemma's en grenzen verder te verkennen, ankerpunten voor het professionele handelen te zoeken, en werkvormen en structuren verder te ontwikkelen.

Doelgroepen en leeswijzer

De handleiding is vooral gericht op uitvoerders, stafmedewerkers en managers in de Jeugdgezondheidszorg. De handleiding helpt professionals het eigen handelen te evalueren. JGZ-organisaties die het proactief en outreachend werken willen invoeren of uitbreiden, vinden veel informatie en tips. Ook andere partijen die zich willen oriënteren op deze vorm van zorg, kunnen er profijt van hebben.
In het eerste hoofdstuk leest u over de onderbouwing, achtergronden en doelen van bemoeizorg door de JGZ. Hoofdstuk 2 beschrijft de stappen die de kern van de interventie vormen. Hoofdstuk 3 diept dit verder uit en gaat na welke praktische handvatten er zijn voor JGZ-professionals die bemoeizorg uitvoeren. In het laatste hoofdstuk leest u welke randvoorwaarden nodig zijn om de interventie te doen slagen.

1 Bemoeizorg in de Jeugdgezondheidszorg

‘Alle kinderen in beeld’, dat is een van de pijlers van de Jeugdgezondheidszorg. Ondanks de inspanningen om daadwerkelijk alle kinderen te bereiken, is bekend dat dit in de praktijk nog niet het geval is. Dit hoofdstuk brengt in kaart hoe outreachend werken terrein wint in de JGZ. Het doel is ook de meest kwetsbare gezinnen te bereiken. Daarna leest u meer over de achtergronden, aanpak en beoogde resultaten van de interventie.

Mismatch

‘Zorgwekkende zorgmijders’, ‘moeilijk bereikbare groepen’, ‘multiprobleemgezinnen’: het zijn in de jeugdsector ingeburgerde termen geworden. Ongelukkigerwijs leggen deze de focus op de beperkingen van de doelgroep en niet op hun mogelijkheden en krachten. Daarnaast is het vraagstuk waar bemoeizorg zich op richt een gebrek aan aansluiting, dat net zo goed te maken heeft met beperkingen van zorgorganisaties. Er is een mismatch tussen een bepaalde doelgroep en de organisatie van het zorgaanbod. Om dit duidelijk te maken, worden beide kanten van de medaille kort toegelicht. Aandacht voor mensen die problemen hebben (in elk geval in de ogen van anderen), maar om bepaalde redenen geen gebruikmaken van het bestaande zorgaanbod, heeft de laatste decennia weinig prioriteit gehad (Van der Lans e.a., 2006; Van Doorn e.a., 2008; Schout, 2008). Het aanbod van veel zorg- en welzijnsinstellingen heeft zich eenzijdig ontwikkeld. In hoofdzaak was het gericht op het verbeteren en uitbreiden van het aanbod voor specifieke, enkelvoudige problematiek, op mensen die uit zichzelf contact zoeken met instanties, in staat zijn de weg te vinden en een afgebakende en duidelijke hulpvraag hebben. Tegelijkertijd werd nauwelijks meer geïnvesteerd in een aanbod voor doelgroepen die niet uit zichzelf contact zoeken met instellingen, of de weg zijn kwijtgeraakt in de wereld van hulp- en dienstverlening.

Multiprobleemgezinnen

Er is een groep gezinnen voor wie deze trends ongunstig uitpakken. Deze groep wordt vaak aangeduid als ‘multiprobleemgezinnen’. In deze gezinnen is sprake van opvoedingsproblematiek die samenhangt met moeilijkheden op sociaal-economisch en psychosociaal terrein. De problemen zijn op een complexe manier met elkaar verweven: ze lijken elkaar op te roepen, in stand te houden en te versterken. Pol Ghesquière, een Belgische wetenschapper, heeft naar dit type gezinnen uitgebreid onderzoek verricht (Ghesquière, 1996). Hij geeft aan dat er geen sprake is van een homogene groep. Kenmerkend is wel de combinatie van sociaal-economische problemen op het gebied

van financiën, werk en huisvesting én psychosociale moeilijkheden. Deze combinatie leidt tot opvoedingstekorten. In deze gezinnen vormen de interacties tussen ouder en kind een grote risicofactor. Ouders hebben problemen (psychisch, psychiatrisch, relationeel, huiselijk geweld, criminaliteit, verslaving, zwakbegaafdheid) die het ouderlijk functioneren sterk negatief beïnvloeden. Als gevolg van de ongewone gezinssituatie hebben de kinderen bovendien te maken met sociale uitsluiting.

Draaglast-draagkracht
Voor een beschrijving van de problematiek van multiprobleemgezinnen wordt ook gebruikgemaakt van het draaglast-draagkrachtmodel (Dõgan e.a., 2000). Draaglast zijn alle taken die ouders moeten vervullen; draagkracht zijn alle competenties en beschermende factoren die ze daarbij nodig hebben. Bij multiprobleemgezinnen is het evenwicht tussen deze twee langdurig verstoord. Ze hebben onvoldoende hulpbronnen (persoonlijk, sociaal, maatschappelijk) om moeilijkheden adequaat het hoofd te bieden.

Afhakers

De beknopte typering van 'aanbod' en 'vraag' maakt al duidelijk waar de schoen wringt. De betreffende gezinnen kampen met problemen op verschillende levensgebieden. Ze hebben ondersteuning nodig uit diverse systemen en van uiteenlopende disciplines binnen de instellingen. De gezinnen passen niet bij de wijze waarop de zorg- en welzijnssector is georganiseerd, en omgekeerd (Goderie e.a., 2003). Het vinden van aansluiting is complex. De contacten verlopen moeizaam en gaan gepaard met hoge kosten. Aan beide kanten bestaat het risico op afhakers. In uitgebreid literatuuronderzoek naar de knelpunten die zich voordoen in de interactie tussen dit type gezinnen en het zorgaanbod, zijn de volgende knelpunten naar voren gekomen:

- de sterke differentiatie van de zorg, waardoor die zorg moeilijk toegankelijk is
- het spanningsveld tussen de behoefte aan langdurige ondersteuning en het veelal kortdurende aanbod
- de beperkte effectiviteit van de hulp aan kinderen in multiprobleemgezinnen
- de invloed van armoede en hiermee verbonden gebrekkige participatiemogelijkheden op de uitkomsten van de zorg (Knot-Dickscheit e.a., 2011).

Wat daarbij komt, is het complexe vraagstuk van de hulpcoördinatie en intersectorale samenwerking. Wanneer in een gezin meerdere problemen spelen, heeft dat tot gevolg dat er meerdere hulpverleners bij een gezin betrokken zijn. De coördinatie van de zorg en de samenwerking is echter vaak onvoldoende, waardoor een gezin de regie over de inzet van de verschillende hulpverleners kwijtraakt. Het nationale beleid is dan ook sterk gericht op betere coördinatie van het hulpaanbod. De transities in het sociale domein hebben onder meer als doel een einde te maken aan de praktijk waarin hulpverleners langs elkaar heen werken bij de ondersteuning van multiprobleemgezinnen.

Omvang van de doelgroep

De omvang van de doelgroep multiprobleemgezinnen is niet eenvoudig te bepalen. Dit heeft te maken met de diversiteit binnen de groep. De omvang is bovendien mede afhankelijk van het functioneren van het lokale en regionale zorgaanbod. Duidelijk is dat het gaat om een relatief kleine groep gezinnen met zware problematiek, zonder dat daar beschermende factoren tegenover staan. De Inventgroep, een groep wetenschappers die advies uitbracht over interventies bij opvoed- en opgroeiproblemen, schatte in dat 2 tot 5 procent van de kinderen in Nederland fundamenteel en ernstig in hun ontwikkeling wordt bedreigd (Hermanns e.a., 2005). Recent onderzoek bevestigt dat ongeveer 3 procent van de gezinnen met minstens één kind in de leeftijd van 0 tot 4 jaar als multiprobleemgezin kan worden aangemerkt (Van den Berg e.a., 2012). Het kennisdossier 'Multiprobleemgezinnen' geeft enkele lokale cijfers over het aantal multiprobleemgezinnen (zie www.nji.nl).

Hernieuwde aandacht voor outreachend werken in de JGZ

Het begrip 'bemoeizorg' werd in 1993 geïntroduceerd door Henselmans (Henselmans, 1993). Bemoeizorg is een samentrekking van bemoeizucht en zorgzaam. De lancering van deze nieuwe term maakte deel uit van een bredere tendens die zich keerde zich tegen de verzakelijking van de sociale sector én tegen de cultuur van afwachtendheid en afzijdigheid. Van Doorn plaatst deze veranderingen in een historische schets over kwetsbare burgers en de sterk wisselende posities die de maatschappij in de verschillende tijdsperioden tegenover hen innam (Van Doorn e.a., 2008). Zij concludeert dat het (ongevraagde) huisbezoek, en in bredere zin het outreachend werken, aan een revival is begonnen.
De term outreachend werken verwijst naar een proactieve manier van contact leggen met mensen die wellicht hulp behoeven, maar er niet zelf om vragen en géén (adequate) hulp ontvangen (Van Regenmortel, 2011). Ook als de persoon over wie zorg bestaat in eerste instantie niet open lijkt te staan voor hulp, wordt contact gelegd. Dat is een vergaande actie. Dit wordt daarom alleen toegepast in specifieke situaties, voor een specifieke doelgroep en met specifieke spelregels (zie ook Roeg e.a., 2015).

Breder draagvlak

In 2002 werd bemoeizorg in de JGZ geïntroduceerd door de GGD West-Brabant. Er bleek toen nog weinig draagvlak voor te zijn. Een artikel in GGD Nieuws om een discussie aan te zwengelen, leverde een aantal negatieve reacties op (Franken-van der Toorn e.a., 2002). Vooral het ongevraagd benaderen van gezinnen stuitte op weerstand. In de regio West-Brabant werd niettemin doorgegaan met de ontwikkeling. De GGD werkte een stroomschema uit en legde daarin globaal de werkwijze vast. Hiermee werden de eerste praktische ervaringen opgedaan. Op diverse plaatsen in het land namen JGZ-organisaties kernelementen over. De aanvankelijke weerstand nam geleidelijk af, zelfs zozeer dat de methode drie nationale prijzen won. Ook de kennisuitwisseling en kennisopbouw gingen door. De beroepsvereniging van jeugdverpleegkundigen organiseerde een symposium onder de titel:

Bemoeizorg opent deuren?! Daarin stonden de mogelijkheden en beperkingen van bemoeizorg in de JGZ centraal. Uit onderzoek bleek dat bemoeizorg in de JGZ tot positieve resultaten leidt (Rots-de Vries e.a., 2011b; Rots-de Vries e.a., 2015). In de JGZ-richtlijn Opvoedondersteuning heeft het outreachend werken een duidelijke plek gekregen (NCJ, 2013).

Bemoeizorg voor volwassenen en voor jeugd

De oorsprong van bemoeizorg ligt binnen de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) en de sociale psychiatrie. Wanneer het type activiteiten dat deze sectoren inzetten naast de bemoeizorg die de JGZ uitvoert wordt gelegd, zijn er duidelijke overeenkomsten. Omdat de doelgroep waaraan de OGGZ hulp verleent steeds vaker kinderen krijgt en de JGZ meer en meer te maken heeft met complexe gezinssituaties, is de behoefte ontstaan het concept van bemoeizorg te vertalen naar jeugd. Dat het hierbij om gezinnen gaat, maakt de zorg anders dan de reguliere bemoeizorg voor volwassenen. In de vakliteratuur is aan deze verschillen nog niet veel aandacht besteed. Een belangrijk onderscheid is het ouderschap. Dit stelt andere eisen aan een volwassene en maakt dat de bemoeizorg voor gezinnen verschilt van die voor gemarginaliseerde volwassenen zonder kinderen (zie ook Van der Pas, 2006). Een tweede belangrijk verschil is dat de JGZ-professional te maken heeft met een gezinssysteem dat bestaat uit meerdere personen en hun onderlinge relaties. Een derde onderscheid is dat er bedreigde kinderen in het geding zijn. Dit maakt de ethische grenzen en dilemma's die inherent zijn aan dit type werk anders. Ook legt dit een sterkere druk op het werk, omdat de noodzaak tot verandering groter is (zie ook Struijs e.a., 2008).

Aansluiting op de flexibilisering, transitie en transformatie

De Jeugdgezondheidszorg maakt dynamische jaren mee. Al geruime tijd wordt er geëxperimenteerd met flexibilisering van de contactmomenten. Het doel hiervan is preventie te leveren op de persoonlijke maat: minder waar dat kan en meer waar dat nodig is. Op basis van het aangepaste Besluit Publieke Gezondheid is sinds 2015 het nieuwe Basispakket JGZ van kracht. Het Landelijk Professioneel Kader (LPK) is opgesteld om flexibel invulling te kunnen geven aan het Basispakket JGZ om zodoende beter aan te sluiten op de behoeften van jeugdigen en ouders. Het LPK vervangt de richtlijn Contactmomenten uit 2003.
De flexibilisering van de JGZ vindt plaats in de context van een nog grotere 'verbouwing', namelijk van de jeugdzorg. Sinds 2015 is de jeugdzorg gedecentraliseerd en valt in zijn geheel onder verantwoordelijkheid van de gemeenten. De gedachte hierachter is dat er op lokaal niveau een goed zicht bestaat op de totale situatie van een gezin en dat door ontschotting van budgetten gezinnen beter geholpen kunnen worden.
De veranderingen in de JGZ en de transitie Jeugdzorg gaan samen met een aantal inhoudelijke vernieuwingen, de Transformatie jeugdhulp. Dit houdt in dat er meer wordt ingezet op het versterken van de opvoeding door ouders en hun sociale netwerk, en dat er zo min mogelijk zorg wordt 'overgenomen'.

Op deze manier wordt de eigen kracht van gezinnen aangesproken. Specifiek voor de JGZ geldt dat preventie (voorkomen dat kleine problemen groot worden) en normaliseren (voorkomen van onnodige hulp en medicalisering) worden onderstreept.

Extra inspanningen

Hoe past de bemoeizorg vanuit de Jeugdgezondheidszorg binnen al deze ontwikkelingen? De transities en transformatie gaan uit van meer zelfregulatie, eigen regie en omgevingssteun. Bij gezinnen met complexe moeilijkheden zijn meer inspanningen nodig om deze verwachtingen waar te maken. Tegelijk komt er binnen de JGZ door de flexibilisering meer tijd en meer maatwerk voor kinderen die risico's lopen in hun ontwikkeling. De uitdaging is deze tijd en flexibiliteit daadwerkelijk vrij te maken en te benutten ten gunste van kwetsbare gezinnen. Dit sluit aan bij het visiedocument van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid over de bijdrage van de JGZ in het nieuwe jeugdstelsel. De preventieve kerntaken van de JGZ zijn gericht op een brede range: van problemen van eenvoudige, beginnende aard tot complexe, meervoudige problematiek (NCJ, 2014a). De JGZ wil ook ondersteuning bieden in geval van zorgmijding: onzichtbare problematiek waar (nog) geen hulpvraag is (NCJ, 2014a).

Uit de veldraadpleging bleek dat de JGZ zich bewust is van haar rol voor kwetsbare jeugdigen, maar tegelijk kampt met vragen. Zoals:

- Hoe verhoudt de aandacht voor kwetsbare groepen zich tot de collectieve taak van de JGZ?
- Hoe krijg je deze groepen in beeld, hoe ga je met ze in gesprek?
- Wie doet wat als het gaat om kwetsbare gezinnen?
- Hoe ga je om met de verschillende keuzes die gemeenten binnen één werkgebied maken?
- Hoe positioneer je je in een zorgnetwerk? En hoe voorkom je dat je daarin rigide wordt?

Om de kracht van de JGZ optimaal in te zetten voor het bereiken van kwetsbare jeugdigen, zijn extra inspanningen nodig. De contactmomenten in de JGZ zijn vaak kort, wat het lastig maakt om multiproblematiek te signaleren en hierop te anticiperen. Regelmatig blijkt dat de meeste en grootste problemen zich voordoen bij gezinnen die niet bereikt worden met de gebruikelijke signaleringsinstrumenten (Hermanns, 2008). Al langere tijd is bekend dat het bereiken van kwetsbare gezinnen verbetering behoeft. Uit onderzoek blijkt dat 74 procent van de JGZ-organisaties bijzondere groepen kinderen, veelal met extra's risico's, onvoldoende in beeld heeft en bereikt (IGZ, 2014).

Een krachtig no-showbeleid (gedifferentieerd voor risicogezinnen en niet-risicogezinnen), signaalgevoeligheid, outreachend werken en huisbezoeken zijn nodig om de kracht van de JGZ optimaal te benutten. Ook een zorgvuldige implementatie van protocollen, richtlijnen en interventies die zich richten op kwetsbare gezinnen zal het bereiken van deze doelgroepen verbeteren. Uit onderzoek blijkt dat de JGZ hier een duidelijke toegevoegde waarde heeft. Sociale wijkteams komen vaak niet toe aan outreachend werken (Oude Vrielink e.a., 2014) en gemeenten hebben multiprobleemgezinnen onvoldoende in beeld (Samenwerkend Toezicht Jeugd, 2014).

Naast het outreachend werken vanuit de JGZ-zorgstructuur draagt een goede positionering en een actieve rol van de JGZ in zorgnetwerken bij aan de

signalering en zorgtoeleiding. De toegevoegde waarde van de JGZ is de longitudinale dossiervorming en de kennis over voorspellende factoren in relatie tot de ontwikkeling van het kind. Uit de veldraadpleging is gebleken dat de positionering en profilering van de JGZ in zorgnetwerken verbetering behoeft. De sector toont zich op dit vlak bescheiden, ook door de grote lokale verschillen. Hoofdstuk 4 van deze handleiding geeft handvatten voor een sterkere positionering en profilering. Hieronder staat een pitch gemaakt door jeugdverpleegkundigen van de GGD Zeeland waarin zij kort en krachtig verwoorden waar de jeugdverpleegkundige voor staat.

PITCH JEUGDVERPLEEGKUNDIGEN GGD ZEELAND

Als jeugdverpleegkundige zet ik mij in voor de gezondheid van de kinderen en jongeren in mijn wijk. Ik ben een laagdrempelige vraagbaak voor gezinnen en basisvoorzieningen, zoals scholen, huisartsen en kinderdagverblijven. Als een gezonde groei en ontwikkeling wordt belemmerd, signaleer ik dat zo vroeg mogelijk. Adequate ondersteuning kan dan op tijd worden ingezet. Hiermee wordt duurdere zorg voorkomen. Samen met het JGZ-team span ik mij in om contact te krijgen en te onderhouden met álle gezinnen, ook met gezinnen die uit beeld zijn geraakt.
Ik kom regelmatig op school om met ouders, intern begeleider, leerkracht en eventueel een orthopedagoog leerlingen te bespreken met wie het niet zo lekker loopt. Zonodig kan ik zelf opvoedondersteuning bieden. Als dit niet voldoende is, schalen we de zorg op, in samenspraak met de ouders. Andere netwerkpartners geven dan intensievere begeleiding. Na opschaling volgt altijd weer afschaling naar de JGZ.
Ook heb ik contacten met de wijkagent en de jeugdjongerenwerker van de gemeente om incidenten rondom gezond opgroeien snel te tackelen.
Als jeugdverpleegkundige heb ik een neutrale en onafhankelijke rol binnen het gezin en weet ik makkelijk het vertrouwen te winnen. Ik focus op de krachten en mogelijkheden van de ouders en kinderen en wil die versterken.

Doelen van de interventie

Bemoeizorg door de Jeugdgezondheidszorg vindt dus plaats in een dynamische context. Voor een kwalitatief goede uitvoering is het essentieel dat helder is wat de doelen van de interventie zijn. Bemoeizorg in de JGZ richt zich op multiprobleemgezinnen, op hun sociale omgeving én op instellingen die hun hulp of ondersteuning kunnen bieden. Bemoeizorg richt zich vaak primair op de ouder, met als doel dat de situatie van het kind verbetert.
Het eerste doel is het bereiken van multiprobleemgezinnen en het herstellen van het contact met de JGZ. De samenwerking met de ouders is vervolgens gericht op het bereiken van gedeelde zorg over de ontwikkeling van de kinderen en het verhelderen van de doelen waaraan de ouder wil werken.

Vanuit de doelen werkt de jeugdverpleegkundige samen met de ouder toe naar een werkbare hulpvraag. Praktische steun, bijvoorbeeld hulp bij het invullen van formulieren, wordt gedoseerd ingezet om het vertrouwen van het gezin te winnen en ruimte te scheppen voor het vervolg.
Het sociale netwerk van het gezin en de instellingen kunnen hulp of ondersteuning bieden. De interventie beoogt uiteindelijk dat het sociale netwerk en hulpverleners daadwerkelijk en in samenhang hulp gaan bieden aan de gezinnen. De jeugdverpleegkundige begeleidt het proces om tot een gedeeld gezinsplan te komen. Het principe '1Gezin1Plan' vormt hierbij de leidraad en het versterken van de eigen kracht en zelfregulering van gezinnen staat steeds centraal. Tot slot spreekt de jeugdverpleegkundige met het gezin af wanneer de JGZ weer contact zal opnemen. Het bemoeizorgtraject duurt ongeveer zes maanden. Hoofdstuk 2 werkt de interventie uit in zes deelstappen.
De interventie heeft *niet* als primair doel de specifieke problemen in multiprobleemgezinnen, zoals ernstige gedragsproblemen van de kinderen of verslavingsproblematiek van de ouders, te verminderen. Bemoeizorg biedt hiervoor geen behandeling. Werkenderwijs biedt bemoeizorg wel opvoedingsondersteuning aan de ouders.

Werkzame factoren

Of een interventie slaagt, is van verschillende algemene en specifieke factoren afhankelijk (Van Yperen e.a., 2008).

Algemene factoren
Bij elke interventie zijn er, ongeacht thema of doelgroep, algemene factoren te benoemen die bijdragen aan een positief resultaat, zoals:
- een goede structurering van de interventie (duidelijke doelen, planning, fasering)
- uitvoering van de interventie zoals deze is bedoeld
- professionaliteit, relevante opleiding en training van medewerkers
- een prettige relatie tussen de JGZ-professional en de ouder(s)/kinderen
- goede werkomstandigheden (voldoende ondersteuning vanuit collega's en de JGZ-organisatie en veiligheid van medewerkers).

Deze factoren worden soms onderschat, maar zijn van groot belang voor het resultaat. Overzichtsstudies wijzen uit dat ze voor minstens 45 procent het effect van een interventie bepalen. Gezien de moeizame contacten tussen multiprobleemgezinnen en hulp- en dienstverlenende instanties verdient het opbouwen van een goede relatie veel tijd en bijzondere aandacht.

Specifieke factoren
Specifieke factoren gelden alleen voor een bepaalde interventie. Op basis van onderzoek naar de interventie tot op heden en de literatuur over outreachend werken, dragen de volgende factoren bij aan een positief effect:
- *Actieve, informele benadering*
  De outreachende, actieve benadering van de doelgroep, op een laagdrempelige en informele manier, zorgen ervoor dat de interventie werkt. Aanwezig zijn in de leefomgeving van het gezin, zoeken van aansluiting op hun ervaringswereld en aangaan van een samenwerkingsrelatie zijn

daarbij belangrijk (Baart, 2001).

- *Focus op mogelijkheden*
  Bemoeizorgers hebben oog voor de krachten en mogelijkheden van het gezin en het sociale netwerk van het gezin. Ze gaan op zoek naar de sterke kanten en samen met het gezin proberen ze deze te versterken (empowerment). Een methodische uitwerking van dit principe in concrete gesprekstechnieken is te vinden in oplossingsgericht werken (zie hoofdstuk 3).
- *De gezinsgerichte aanpak*
  Alle gezinsleden worden betrokken bij de interventie. De ouders zijn vaak het belangrijkst. Het uitgangspunt is dat zij het beste willen voor hun kind, maar meer ondersteuning nodig hebben dan andere ouders om opvoedingsvaardigheden te ontwikkelen. De ouders zijn het 'middel' om te werken aan de problemen in de opvoedingssituatie en bij de kinderen. Wanneer ouders hun kind beter aanvoelen en 'aankunnen', is dit voor het kind waardevoller dan welke interventie ook.
- *Praktische ondersteuning bieden*
  In de bemoeizorg is het bieden van praktische ondersteuning van belang. Dit biedt een meerwaarde vergeleken met het bestaande aanbod. Ouders voelen zich hierdoor echt geholpen, waardoor de jeugdverpleegkundige vertrouwen wint. Het oplossen van de urgente, praktische zaken schept ruimte om te werken aan het vervolg. Het kader op blz. 30 legt uit hoe deze praktische steun methodisch ingezet kan worden.
- *Bruggen bouwen*
  Bemoeizorg werkt niet alleen met het gezin, maar ook met zijn omgeving. De jeugdverpleegkundige slaat bruggen tussen het gezin en bronnen in de directe omgeving die ondersteuning en hulp kunnen bieden. Die kunnen in het informele sociale netwerk van het gezin, op school of in het formele circuit van instellingen te vinden zijn. Ook in de omgeving van het gezin zet bemoeizorg interventies in om daadwerkelijk een brug te slaan.

SCHEMATISCH OVERZICHT INTERVENTIE BEMOEIZORG IN DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG

Vraagstuk	Wat wordt beïnvloed?	Hoe wordt beïnvloed?	Met gezin overeengekomen einddoel
stagnerende of afwezige hulp/steun in een multiprobleemgezin	• contact leggen en maken • gedeelde zorg • doel- en vraagverheldering • praktische steun • activeren van het sociale netwerk van het gezin • hulp- en dienstverlening ontvankelijk maken voor (leden van) multiprobleemgezin • gedeeld gezinsplan	*specifiek methodisch gereedschap:* • oplossingsgericht werken • motivationeel interviewen *realisatie randvoorwaarden op niveau van:* • organisatie • professional	actief gebruik van hulpbronnen in de omgeving van het gezin

Verwaarloosde Patrick

Van signaal tot voordeur
Een buurvrouw belt de GGD met zorgelijke signalen over de vierjarige Patrick. Jeugdverpleegkundige Susan neemt de melding aan. De buurvrouw vertelt dat Patrick wordt opgesloten in zijn kamer. Volgens haar wordt Patrick verwaasloosd en ze maakt zich grote zorgen.
Na de melding raadpleegt Susan eerst het DD JGZ. Hieruit blijkt dat Patrick enkele keren op het consultatiebureau is geweest. Dit is inmiddels drie jaar geleden. Zijn ouders zijn beide begin twintig. Zijn moeder heeft tijdens een consult aangegeven dat ze zich soms heel somber voelt. Navraag bij de basisschool leert dat Patrick meer verzuimt dan andere kinderen en in de klas veel negatieve aandacht vraagt. Hij speelt wel graag met andere kinderen en maakt makkelijk vriendjes.

Aan de voordeur
Susan probeert telefonisch een afspraak te maken, maar krijgt geen gehoor. Ze besluit onaangekondigd op huisbezoek te gaan onder schooltijd. De deur wordt opgedaan door een jongeman. Susan legt uit dat ze de verpleegkundige is van de GGD en benieuwd is hoe het met Patrick gaat. Ondertussen komt moeder ook naar de deur. Er ontstaat een woordenwisseling tussen de man en de vrouw, waarna de man boos vertrekt. Moeder kijkt Susan vragend en een beetje afwerend aan, maar nodigt haar toch uit binnen te komen. Susan bedankt haar daarvoor en vraagt of ze even mag gaan zitten. Moeder stemt hiermee in. In huis ruikt het naar wiet.

Op de bank
Susan vraagt hoe het met moeder gaat. Die begint te vertellen over haar vriend, de vader van Patrick. Ze heeft niets aan hem en de relatietherapie van een tijd geleden heeft ook niet geholpen. De therapeut vond haar egoïstisch, omdat ze een kind wilde en haar vriend daar nog niet aan toe was. Ze is heel kwaad geworden en wil nu geen hulp meer.
Als Susan vraagt hoe het met Patrick gaat, zegt ze dat ze hem onhandelbaar vindt. Hij weigert in zijn eigen bed te slapen en luistert slecht. Soms is hij agressief en roept hij dat hij haar haat en liever bij oma wil wonen.
Susan hoort de frustraties aan en luistert naar het verhaal van moeder. Ze tast af waar een ingang ligt voor het opbouwen van een contact. Ondertussen probeert ze in te schatten hoe de situatie is voor Patrick. Als ze voorstelt om nog een keer terug te komen om over Patrick te praten, stemt moeder daarmee in.

Het vervolg
Een week later bij het tweede huisbezoek lijkt moeder al wat meer ontspannen. Susan krijgt een stortvloed van moeilijkheden over zich heen. Moeder heeft veel schulden en geen vast werk. De uitkering is niet geregeld. Ze heeft ruzie met haar moeder en nauwelijks vrienden. Ze voelt zich depressief en blowt. Ze verwaarloost het huishouden en kan de zorg voor Patrick niet goed aan.
Susan neemt tijd om naar het relaas te luisteren en toont haar zorg en betrokkenheid. Ze vraagt wat volgens moeder als eerste moet gebeuren.

Casus

Moeder kijkt haar niet-wetend aan. Susan stelt voor eerst samen te kijken of ondersteuning op financieel en administratief gebied geregeld kan worden. Moeder gaat hiermee akkoord en stelt voor dat meteen te doen. Ter plekke wordt naar een administratiekantoor gebeld voor een afspraak.

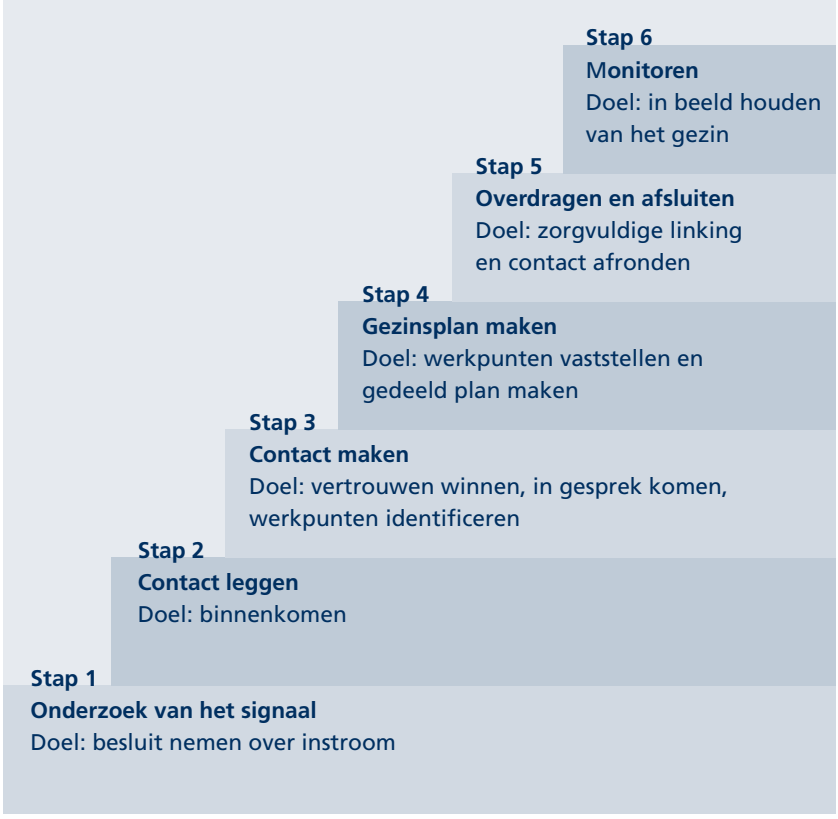
Resultaat interventie

Uiteindelijk krijgt het gezin acht maanden begeleiding. Het administratiekantoor helpt enige tijd met het op orde brengen van de administratie en het in gang zetten van afbetaling van de schulden. Via de sociale dienst krijgen moeder en Patrick een fiets, zodat ze mobieler zijn. Susan heeft een aantal gesprekken met moeder over Patrick. Ze bespreken wat hij nodig heeft en dat haar eigen problemen en spanningen van invloed zijn op het gedrag van Patrick. Ook maakt moeder een schema voor het huishoudelijk werk. Moeder speelt veel computergames en weigert hulp hiervoor, maar werkt wel eerst het schema af. Tijdens een familieberaad onder leiding van Susan met vader, moeder, opa en oma (de ouders van vader) wordt besproken hoe de zorg voor Patrick beter is te regelen. Er wordt besloten dat Patrick bij opa en oma gaat wonen. Moeder haalt hem elke dag van school zodat ze dan een paar uurtjes met hem kan doorbrengen. Met Patrick gaat het intussen wat beter. Hij heeft meer regelmaat en duidelijkheid gekregen. Ook het schoolverzuim is afgenomen. Susan spreekt met moeder af dat zij over een half jaar weer contact met haar opneemt. Moeder stemt hiermee in.

2 De werkwijze stap voor stap

Wat is bemoeizorg voor gezinnen? Waaruit bestaat de interventie? In dit hoofdstuk vindt u de kern van de aanpak. Deze is opgeknipt in zes stappen die samen de rode draad van de activiteiten vormen. Ze geven de aanbevolen route aan om het einddoel te bereiken. Deze route verloopt in de praktijk echter vaak grilliger dan de beschrijving suggereert. Aan de andere kant geldt ook: als u het doel van een bepaalde stap nog niet hebt bereikt, kunt u ook nog niet overgaan naar de volgende fase.

Zes hoofdstappen
De interventie bestaat uit de volgende zes hoofdstappen.



Stap 1: onderzoek van het signaal

Doel: een onderbouwd besluit nemen over de inzet van bemoeizorg

In stap 1 van de bemoeizorg wordt vastgesteld of een gezin in aanmerking komt voor bemoeizorg. Centraal daarbij staat de vraag of er voldoende aanleiding is om een gezin ongevraagd te benaderen. De JGZ is een preventieve basisvoorziening voor alle kinderen van 0-19 jaar in Nederland. Wat kan de JGZ doen als er blijkbaar geen behoefte is aan contact met de JGZ of als dit contact moeilijk tot stand komt, terwijl er wel zorgen bestaan over het gezin?

In de praktijk zijn er twee manieren waarop de Jeugdgezondheidszorg de interventie inzet:

1. Aanvullend op de reguliere contacten
Bemoeizorg wordt ingezet voor gezinnen waarmee via de reguliere JGZ-contacten geen contact tot stand is gekomen. Het Landelijk Professioneel Kader geeft aan welke JGZ-contacten worden aangeboden binnen het Basispakket JGZ. Alle contacten dienen aan elke jeugdige aangeboden te worden. De JGZ bereikt hiermee gemiddeld 95 procent van de kinderen onder de vier jaar en 90 procent van de kinderen boven de vier jaar. Voor ouders die niet reageren op de uitnodigingen van de JGZ, hanteren JGZ-organisaties veelal een 'no-showbeleid', vastgelegd in een protocol 'niet-verschenen-zonder-bericht'. In dit protocol staat hoeveel en welke contactpogingen worden ondernomen om alsnog met een gezin in contact te komen. Bemoeizorg wordt ingezet als het protocol 'niet-verschenen-zonder-bericht' niet het gewenste resultaat heeft, in die zin dat er geen werkbaar contact met het gezin tot stand is gekomen. De criteria hiervoor zijn op de volgende pagina uitgewerkt.

2. Na signalen van ketenpartners
De tweede mogelijkheid is dat de JGZ ingaat op signalen van ketenpartners over kinderen die niet (meer) in beeld zijn en over wie zorgen bestaan. Uit onderzoek bleek dat de helft van de gezinnen die in aanmerking kwamen voor bemoeizorg werd gesignaleerd door Zorg Advies Teams van scholen. Ook het maatschappelijk werk en woningbouwverenigingen bleken belangrijke signaleerders. De JGZ-organisatie heeft hierin de keuze een meer afwachtende of juist een proactieve rol op zich te nemen. Hoofdstuk 4 gaat dieper in op de voor- en nadelen van de verschillende rollen (zie onder andere het 'signaleringsgebouw' op blz 54).

Voor beide manieren geldt: een besluit tot het inzetten van bemoeizorg moet goed onderbouwd zijn en in overleg met collega's genomen worden. Als na verloop van tijd blijkt dat een gezin toch niet in de bemoeizorg thuishoort, is veel energie verloren gegaan. De interventie heeft geen meerwaarde gehad of erger: heeft schade toegebacht aan het gezin, de JGZ-professional of anderen.

Criteria voor inzet van bemoeizorg
Het is van belang dat een helder beleid ten grondslag ligt aan de manier waarop gezinnen instromen in de bemoeizorg. In hoofdstuk 4 wordt hierop dieper ingegaan. Tot dit beleid behoort ook het vaststellen van criteria die

aangeven voor welke gezinnen bemoeizorg is in te zetten. Hierover bestaat een redelijke mate van consensus. In veel bemoeizorgprojecten komen in elk geval de volgende criteria terug:

- Het gaat om een gezin met ten minste één minderjarig kind.
- In het gezin is sprake van meervoudige en complexe problematiek. De verschillende problemen hangen met elkaar samen (zie hoofdstuk 1). Hiertoe behoren ook goed onderbouwde zorgen over de ontwikkeling van het kind/de kinderen.
- Ten minste één van de ouders gedraagt zich 'zorgmijdend' en staat afhoudend tegenover bemoeienis van buitenaf (bijvoorbeeld JGZ, onderwijs of andere professionals). Ook kan het zijn dat ouders zijn afgehaakt bij of slecht participeren in hulpverlening. Ze houden zich bijvoorbeeld moeilijk aan afspraken. In deze situaties is sprake van stagnerende en niet-adequate zorgverlening.
- De verwachting is dat het extra inspanningen en tijd zal kosten om met de ouder(s) tot gedeelde zorg en een werkbare hulpvraag te komen. Als er niets gebeurt, is de verwachting dat de ontwikkeling van de kinderen (verder) stagneert of dat er een crisis ontstaat.
- Er is nog geen zorgcoördinator of casemanager beschikbaar of actief in het gezin.

De JGZ-professional onderzoekt of aan deze voorwaarden is voldaan. In de praktijk functioneren de criteria niet als een 'afvinklijstje'. Het is van belang ze in hun onderlinge samenhang te zien. Met name het aspect 'zorgmijding' is soms verwarrend. Dit komt omdat JGZ-professionals vaak merken dat met de juiste insteek, attitude en woordkeus 'zorgmijding' al snel minder kan worden. Of dat gezinnen die uit beeld zijn geraakt wel willen, maar tegen allerlei barrières aanlopen. De zorgmijding blijkt dan mee te vallen, ook bij mensen die 'alom' als zorgmijdend bekendstaan. Het is dus van belang dit criterium soepel te hanteren.
Om na te gaan of een gezin in aanmerking komt voor bemoeizorg, is samenwerking met andere professionals nodig. Als er nog geen contact is met een gezin, speelt het privacyvraagstuk. Het kader op blz. 24 gaat in op privacyaspecten.

TIP

Onderbouw de zorgen over het kind
Onderbouwde zorgen over de ontwikkeling van het kind is iets anders dan vage signalen of vermoedens. Maak onderscheid tussen feiten en meningen, vooronderstellingen of vermoedens. Een vaag signaal leidt vaak tot problemen in het vervolgtraject.

TIP

Analyseer de zorgmelding
Bij een zorgmelding is het van belang eerst na te gaan of de zorgmelder het probleem zelf kan oplossen en de melder hierover eventueel te adviseren. In de praktijk is gebleken dat bij een deel van de signalen een advies aan de melder ervan volstaat. De JGZ heeft in deze gevallen een consultatiefunctie.

PRIVACY

Dé privacywet bestaat niet. De algemene kaderwet is de Wet bescherming persoonsgegevens. Daarnaast zijn tal van regelingen van toepassing. Bovendien zijn bij de zorg voor jeugd verschillende sectoren betrokken (kinderopvang, onderwijs, Jeugdgezondheidszorg, Jeugdzorg, soms politie en justitie). Het wettelijk kader waarbinnen deze sectoren werken verschilt. Specifiek voor de Jeugdgezondheidszorg is het medisch beroepsgeheim (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst).
Het algemene uitgangspunt is het recht op privacy. Dit houdt in dat er geen gegevensuitwisseling plaatsvindt zonder toestemming van betrokkene. Mét toestemming zijn er geen belemmeringen om persoonsgegevens uit te wisselen, zo lang aan de zorgvuldigheidseisen wordt voldaan.
Het recht op privacy is, net als het medisch beroepsgeheim, niet absoluut. Indien nodig kan het worden beperkt, zolang dit wettelijk geregeld en noodzakelijk is. In hoeverre inbreuk kan worden gemaakt op privacy – zonder toestemming van de betrokkene persoonsgegevens uitwisselen –, is afhankelijk van de belangenafweging die gemaakt wordt tussen het recht op privacy en de bescherming van het kind, en van de invulling van het begrip 'noodzakelijkheid'. Hierover bestaat geen eenduidigheid. In haar oratie over gegevensuitwisseling in de jeugdzorg 'Over sommige kinderen moet je praten' concludeert professor Bruning onder meer: 'Gegevensverstrekking wordt niet zo zeer verboden, maar het wordt aan de professionals overgelaten of aan bepaalde uitzonderingsgronden is voldaan' (Bruning, 2006).
Voor deze handleiding voert het te ver dit nader uit te diepen. Er zijn diverse hulpmiddelen ontwikkeld, en dit proces is deels nog gaande. Naar aanleiding van de decentralisaties werd de 'Startnotitie Gegevensuitwisseling en Privacybescherming 1-Gezin, 1-Plan, 1-Regisseur' uitgebracht (KING, 2013). Een praktisch hulpmiddel is de handreiking 'Gegevensuitwisseling in de bemoeizorg' (GGD GHOR Nederland e.a., 2014). Hierin hebben jeugd en gezinnen ook een plek. Deze handreiking blijkt in de praktijk van de bemoeizorg een grote steun te zijn. Tot slot verdient het aanbeveling kennis te nemen van de 'Wegwijzer beroepsgeheim in samenwerkingsverbanden' (KNMG e.a., 2014).

VERDRAG INZAKE DE RECHTEN VAN HET KIND

Artikel 3, lid 1: *Bij alle maatregelen betreffende kinderen, ongeacht of deze worden genomen door openbare of particuliere instellingen voor maatschappelijk welzijn of door rechterlijke instanties, bestuurlijke autoriteiten of wetgevende lichamen, vormen de belangen van het kind de eerste overweging.*
Aangenomen door de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties op 20 november 1989, ondertekend door Nederland op 26 januari 1990.

Stap 2: contact leggen

Doel: binnenkomen

Contact leggen en binnenkomen bij een gezin is een aparte stap in de bemoeizorg. Het is misschien de meest karakteristieke stap van dit type zorg. Bemoeizorgers wachten niet tot een gezin de weg naar hen gevonden heeft, maar ze zoeken de gezinnen actief op. Deze tweede stap volgt als in stap 1 voldoende argumenten naar voren zijn gekomen om actieve bemoeienis met het gezin te legitimeren. Dit is geen individuele beslissing. Het besluit een gezin ongevraagd te benaderen, moet in collegiaal overleg worden genomen. De basis voor de contacten van de JGZ zijn de NAW-gegevens (Naam, Adres, Woonplaats) in het DD JGZ (Digitale Dossier JGZ). Deze worden dagelijks gesynchroniseerd met de gegevens uit de gemeentelijke BRP (Basis Registratie Personen) waardoor de JGZ weet wie er nieuw in het werkgebied zijn komen wonen. Verloskundigen en kraamverzorgenden informeren de JGZ over pasgeborenen.

Geen standaardprocedures

Er zijn meerdere situaties waarin deze standaardprocedures niet volstaan. Het gaat hierbij vaak om kwetsbare groepen. Jeugdigen zijn bijvoorbeeld niet aanwezig op het adres dat in de BRP staat. Ook komt het voor dat de historie aan zorg in het DD JGZ kwijt is, doordat gezinnen veelvuldig verhuizen. Bekend is verder dat er jeugdigen zijn die wel in Nederland verblijven maar niet ingeschreven staan in de BRP. Een relatief nieuw fenomeen zijn gezinnen die (langdurig) op campings verblijven (GGD West-Brabant, 2014). Van deze plekken is bekend dat de gegevens in de BRP en het DD JGZ niet overeenkomen met de werkelijk aanwezige kinderen.
Om deze kwetsbare groepen jeugdigen te bereiken zijn aanvullende acties nodig evenals nauwe samenwerking met andere instellingen en professionals die de jeugdigen mogelijk wel in beeld hebben (bijvoorbeeld peuterspeelzalen, scholen, huisartsen, partners in het Centrum voor Jeugd en Gezin). De leerlingenlijsten van scholen zijn een belangrijke informatiebron. Ook een goede dossieroverdracht tussen JGZ-organisaties is van groot belang. In de brochure ‘Samenwerken voor bijzondere groepen’ geeft het NCJ (Nederlands Centrum Jeugdgezondheid) voor een aantal bijzondere groepen praktische tips hoe zij te bereiken zijn (NCJ, 2014b).

Enkele voorbeelden zijn:

- maak gebruik van iemand die al een vertrouwensrelatie heeft met het gezin en met wie samen te werken valt
- laat een (handgeschreven) briefje achter waarop staat dat de JGZ contact zoekt (met naam en contactgegevens)
- spreek een digitaal contactmoment af met gezinnen waarvan de woonplaats vaak wijzigt
- maak gebruik van chatfuncties op websites die veel door jongeren worden bezocht
- zoek de betreffende persoon op, bijvoorbeeld op het schoolplein of de camping.

Eerste contact

Het leggen van het eerste contact met het gezin vereist dus soms creativiteit en enige vasthoudendheid. Hoe de bemoeizorger ook te werk gaat, een goede voorbereiding is belangrijk. U kunt slechts eenmaal de eerste keer contact leggen en binnenkomen. En zeker hier geldt: de eerste klap is een daalder waard! Goede vragen zijn: wie van het gezin is het beste als eerste te benaderen? Wat is een geschikt tijdstip om contact te leggen? En is de veiligheid voldoende gewaarborgd?

In de meeste gevallen lukt het binnen niet al te lange tijd contact te krijgen. Een persoonlijke aanpak waarbij de bemoeizorger belangstelling toont voor het gezin en het welzijn van het kind, leidt meestal tot bereidheid bij de ouder(s) om het gesprek aan te gaan. Uit het onderzoek ter voorbereiding op deze handleiding bleek dat bij 90 procent van de benaderde gezinnen drie contactpogingen volstonden. De benodigde tijd om contact tot stand te brengen bedroeg gemiddeld dertien dagen (Rots-de Vries e.a., 2011b).

TIP

Raadpleeg NCJ-brochure

De NCJ-brochure ‘Samenwerken voor bijzondere groepen jeugdigen’ geeft praktische tips hoe de JGZ gezinnen kan bereiken waarvan de BRP-gegevens niet of slecht voldoen. Het gaat bijvoorbeeld om jeugdigen die veelvuldig verhuizen, op een tijdelijk adres verblijven, rondreizen met het gezin, geen verblijfsvergunning hebben of om jeugdige immigranten.

TIP

Neem geen werktas mee

Binnenkomen bij een gezin gaat makkelijker als de bemoeizorger een informele uitstraling heeft. Neem geen ‘professionele’ werktas mee en pas kleding eventueel aan.

TIP

Oefen goede openingszinnen
Op het moment dat de voordeur opengaat, breekt het moment van de waarheid aan. De eerste zinnen die de bemoeizorger uitspreekt zijn cruciaal. Ze maken het verschil tussen een deur die weer dicht gaat of een uitnodiging om binnen te komen. Denk vooraf na over deze openingszinnen en oefen ze desnoods hardop. Goede openingszinnen hebben geen moraliserende toon, spreken oprechte betrokkenheid uit en nodigen uit tot een open gesprek.

TIP

Neem een open houding aan
De houding van de bemoeizorger is misschien nog belangrijker dan de woordkeus. Om tot een dialoog te komen, is een houding van 'niet-weten' aan te raden. U kent het verhaal van de ouder nog niet! Belangrijk is te laten merken dat u daar heel benieuwd naar bent.

TIP

Straal geloof uit in een goed gesprek
Straal uit dat u ervan overtuigd bent tot een nuttig gesprek met de ouder te komen. De ouder voelt het aan als dit ontbreekt en zal dan makkelijker de deur weer dicht doen.

TIP

Tref voorzorgsmaatregelen voor uw veiligheid
Voor zorgverleners die op huisbezoek gaan, kunnen voorzorgsmaatregelen nodig zijn om veiligheidsrisico's te minimaliseren. Kennis over verschillende typen agressie en de-escalerende werkvormen is een vereiste. Daarnaast gaat het om het nemen van praktische maatregelen. Zorg bijvoorbeeld voor een mobiele telefoon met een ingeprogrammeerd alarmnummer, ga bij twijfel samen met een collega en maak tijdstip en adres van elk huisbezoek bekend bij het secretariaat.

Stap 3: contact maken

Doel: vertrouwen winnen, in gesprek komen, werkpunten identificeren

Contact leggen is een eerste stap. Vervolgens is het de kunst daadwerkelijk in gesprek te komen én te blijven. Dit is vaak een lastige fase, die bovendien soms tijdrovend is. Dit hangt samen met een complex dilemma. Enerzijds gaat het om het vertrouwen winnen van de ouder(s), anderzijds moet duidelijk zijn dat de bemoeizorger niet voor niets komt: er zijn grote zorgen over de ontwikkeling van het kind. Belangrijk bij het contact maken is dat de bemoeizorger oprecht interesse toont en zich openstelt voor het verhaal van het gezin. Het helpt als hij zich realiseert dat de vooraf verkregen informatie het beeld kan beïnvloeden. Het verhaal van het gezin moet hij naast de opgedane voorkennis plaatsen. Bevestigt het ouderlijk verhaal het beeld of werpt hun relaas toch een ander licht op de zaak? En welke zorgen heeft de ouder zelf?

Eerste huisbezoek

Het eerste huisbezoek is in deze fase een belangrijke stap. Bij zo'n eerste contact staat veel op het spel. Twee zaken staan centraal:

- *Aftasten, observeren, analyseren*
  De bemoeizorger tast af wat er in het gezin speelt. Vragen als: 'wat is er aan de hand?' of 'wat kan ik voor u doen?' worden meestal beantwoord met een relaas over wat er zoal speelt in het gezin. Zo'n verhaal biedt aanknopingspunten voor een gesprek en geeft veel informatie over de percepties van het gezin op de problemen. De bemoeizorger stelt vragen en luistert goed. Hij observeert en analyseert en maakt een eerste inschatting van de gezinssituatie. Vragen over het sociale netwerk zijn hierbij van groot belang: Wie staan er (wel) om jullie heen? Wie heeft jullie eerder geholpen? Heb je iemand in vertrouwen genomen? Oordelen over de gezinssituatie blijven achterwege, evenals het ter discussie stellen van de percepties van de ouder. Dit lijken open deuren. Het valt echter niet mee om geen oordeel te vellen als er bedreigde kinderen in het geding zijn.
- *Betrouwbaar en transparant optreden*
  De bemoeizorger biedt maximale transparantie over zijn rol. Veel multiprobleemgezinnen hebben negatieve ervaringen met (hulpverlenings) instanties achter de rug. Ze zijn daardoor vaak argwanend en hebben in de regel weinig vertrouwen in anderen. De bemoeizorger probeert dat wantrouwen weg te nemen door betrouwbaar en transparant te handelen. Dit betekent dat hij aangeeft dat er zorgen zijn over het kind. Als deze zorgen worden bevestigd, is de bemoeizorg niet vrijblijvend. Het resultaat is dat er een verbetering in de situatie voor het kind op gang komt. De urgentie hiervan klinkt door in het gesprek met de ouder(s). Ook geeft hij aan dat de bemoeizorg een beperkte duur heeft van vier tot zes maanden. Als sprake is van niet-onderhandelbare verplichtingen (van rechtswege of anderszins), communiceert de bemoeizorger dit op een open en respectvolle wijze met de ouders. Indien nodig kan gebruikgemaakt worden van het principe van 'externe lijdensdruk'. Dit houdt in dat met de ouders wordt besproken dat andere instellingen maatregelen moeten treffen, als er geen zicht komt op een verbetering in de situatie voor het kind. Het besluit om dergelijke drukmiddelen in te zetten, moet de bemoeizorger uiteraard goed beargumenteren en in overleg met collega's nemen.

Streven naar gedeelde zorg

De kans is groot dat aanvankelijk sprake is van verschillende perspectieven. De ouder ziet geen probleem of vindt dat iemand anders een probleem heeft. Dit gaat in multiprobleemgezinnen vaak gepaard met het uiten van frustraties over eerdere hulpverlening. De bemoeizorger daarentegen ziet een nog nauwelijks te ontwarren kluwen van problematiek. In de termen van het oplossingsgericht werken is dan sprake van een 'vrijblijvende relatie' tussen ouder en bemoeizorger. Het volgende hoofdstuk bespreekt manieren om hiermee om te gaan. Het principe van 'gedeelde zorg' staat centraal (zie ook Keesom e.a., 2002). Het streven is dat ouders de zorgen over de ontwikkeling van het kind gaan onderschrijven. Dit moet hen motiveren om met de bemoeizorger in zee te gaan. Soms zijn meerdere huisbezoeken nodig om zover te komen. Het doel van het eerste huisbezoek is dan: vooral zorgen dat er een tweede afspraak komt en dat de ouder hier positief tegenover staat!

TIP

Maak er een positief gesprek van
Zorg ervoor dat het gesprek een positieve lading heeft, bijvoorbeeld door vragen te stellen en opmerkingen te maken die uitnodigen tot bevestigende antwoorden.

TIP

Focus op mogelijkheden
Een valkuil is dat de bemoeizorger zich te veel focust op de problemen. Kijk ook naar gezonde en krachtige kanten van het gezin en de gezinsleden. Wissel het gesprek af met praten over wat goed en niet goed gaat. Maak een compliment. Complimenteren is een krachtig middel in het opbouwen van een samenwerkingsrelatie.

TIP

Vraag toestemming voor handelingen
Het is raadzaam voor alle handelingen, acties of stappen toestemming te vragen: 'Vindt u het goed als …'. Dit geeft de ouder een gevoel van controle in een onzekere situatie.

TIP

Hanteer vragenlijsten met zorg
Vragenlijsten zijn in de JGZ gebruikelijk. Deze zijn ook in te zetten in de bemoeizorg om meer zicht te krijgen op wat er speelt in een gezin. Wees terughoudend met het gebruik van dergelijke lijsten in de eerste fases van de bemoeizorg. Het kan drempels in de communicatie opwerpen. In vragenlijsten wordt vaak de nadruk gelegd op wat er allemaal niet goed gaat. Bovendien ervaart het gezin misschien heel andere problemen dan in de vragenlijsten staan. Het Nederlands Jeugdinstituut heeft een databank met een overzicht van de beschikbare instrumenten in de jeugdsector (zie www.nji.nl).

TIP

Bied hulp die aansluit bij het gezin
Bied alleen praktische hulp die nauw aansluit op de behoeften en wensen van het gezin. Een valkuil bij chaotische gezinnen is in een te vroeg stadium hulp aan te bieden waar ze nog niet aan toe zijn. Hierdoor zal de weerstand tegen de bemoeizorger toenemen. Het kader op blz. 30 gaat hier dieper op in.

TIP

Houd de hoofdlijn in de gaten
Raak niet in allerlei praktische details verstrikt, waardoor de hoofdlijn van het bemoeizorgproces uit het oog verloren raakt. Bewaar voldoende distantie om ervoor te zorgen dat u niet wordt meegezogen in de wanorde.

PRAKTISCHE STEUN BIEDEN

In multiprobleemgezinnen is vaak sprake van allerhande praktische zaken die om aandacht vragen. De ongeopende stapel post is exemplarisch. Andere voorbeelden zijn: dreigementen van de woningbouwvereniging of het elektriciteitsbedrijf, stagnerende bureaucratische procedures, problemen met vervoer van kinderen naar school, peuterspeelzaal of kinderdagverblijf en financiële tekorten met alle gevolgen van dien. Praktische problemen vragen om dito oplossingen. De bemoeizorger ondersteunt het gezin hierbij. In de fase van het opbouwen van het contact met het gezin is dit belangrijk. Door het gezin bij te staan bij praktische problemen, neemt het vertrouwen in de bemoeizorger toe. Gezinsleden ervaren dat zij daadwerkelijk iets hebben aan het contact. De bereidheid om met de bemoeizorger in zee te gaan, groeit hierdoor. Het helpen van het gezin bij praktische problemen, is onderdeel van het doelgericht en strategisch handelen van de bemoeizorger. Het doel is een eenvoudig succes bij het gezin te behalen met het oog op het opbouwen van het vertrouwen en de samenwerkingsrelatie. Of in termen van het oplossingsgericht werken: het toewerken naar een consulterende relatie.
Een belangrijk aandachtspunt is de juiste 'dosering' van praktische hulp. Als deze vorm van ondersteuning te veel wordt toegepast, gaat het gezin op de bemoeizorger leunen en wordt het passiever. De bemoeizorger dreigt het manusje-van-alles van het gezin te worden. Bovendien versterkt dit het gevoel van incompetentie bij de gezinsleden. Wanneer praktische steun niet of te weinig door de bemoeizorger wordt geboden, kan het gezin dit ervaren als het afschuiven of omzeilen van urgente problemen. Daardoor kan het gezin zich niet gesteund of zelfs in de steek gelaten voelen.
Een algemene richtlijn is: pas praktische hulp niet te veel toe en voorkom dat zaken helemaal worden overgenomen ('U doet dit, ik doe dat'). Het primaire doel is ouders tijdelijk te ontlasten en ruimte te scheppen voor de volgende stappen. De fase van de bemoeizorg speelt hierin ook een rol. In het begin zal praktische steun een grotere rol spelen dan in latere fasen. Een JGZ-verpleegkundige verwoordde dit als volgt: 'Het gezin gaat steeds meer bewegen en ik steeds minder'.
Soms zijn gezinssituaties en huishoudens zo chaotisch dat het lijkt alsof voorlopig alleen praktische hulp aangewezen lijkt. Het kan bijvoorbeeld gaan om chronische financiële problematiek, waarbij niet aan de eerste levensbehoeften van kinderen wordt voldaan. Een dergelijke situatie kan uiteraard niet genegeerd worden. Toch blijven de principes voor het verlenen van praktische hulp in veel van deze situaties gelden. Anders sorteert de hulp op de lange termijn waarschijnlijk weinig effect.
Het is behulpzaam als de JGZ-organisatie oog heeft voor deze aspecten van de bemoeizorg. Een jeugdverpleegkundige verwoordde het knelpunt als volgt: 'Meegaan naar de sociale dienst is geen onderwerp op de verantwoordingsformulieren'. Praktische ondersteuning verdient meer aandacht in het beleid.

TIP

Ken de financiële sociale kaart
Goede kennis van de lokale sociale kaart, ook op financieel gebied, is essentieel. Welke voorzieningen zijn er? Waar maakt het gezin nog geen gebruik van? Praktische zaken worden hierdoor vlot opgelost.

TIP

Werk samen met de ouders
Werk zoveel mogelijk samen met de ouders en moedig hen aan zoveel mogelijk zelf op te pakken. Hiermee wordt het geloof in eigen kunnen versterkt.

TUSSENSTAP: DRIE MOGELIJKE SCENARIO'S

Na stap 3 is er een drietal scenario's mogelijk:

1. Gedeelde zorg
De bemoeizorger en de ouder zijn tot een gezamenlijke probleemdefinitie en bijbehorende hulpvraag gekomen. De vervolgstappen moeten nog verder worden onderzocht, maar er is een gezamenlijke visie van waaruit verder gewerkt wordt. Gedeelde zorg kan ook betekenen dat de zorgen weggenomen zijn. Als dat het geval is, volgt stap 5.

2. Geen gedeelde zorg
Het is onmogelijk om tot gedeelde zorg te komen. De ouder onderschrijft de door de bemoeizorger gepresenteerde zorg niet. Ook over andere relevante onderwerpen bestaat geen gezamenlijke visie. De bemoeizorger wordt onverrichter zake de deur gewezen en gaat met dit resultaat terug naar de zorgmelder. Er vindt overleg plaats over eventuele vervolgstappen. Is het mogelijk de ouders tot iets te verleiden of zijn drang- en dwangmaatregelen nodig?

3. Nog geen gedeelde zorg
Het is nog niet gelukt om tot een gezamenlijke formulering van zorg te komen. De zorgen blijven bestaan bij de bemoeizorger en de klant staat wél open voor een vervolgcontact. Maak in dit geval een vervolgafspraak en doe stap 3 nog eens op een andere manier over. Bedenk wat de reden is dat u terug mag komen, en sluit daar in het vervolggesprek op aan. Vraag de ouder in de tussenliggende periode ergens over na te denken, op iets te letten of een experiment te doen. De bemoeizorger geeft aan zelf ook na te denken over het vervolg.

Stap 4: gezinsplan maken

Doel: werkpunten vaststellen en gedeeld plan maken

De gezinnen waarop bemoeizorg zich richt hebben te maken met ernstige en onderling verweven problemen op meerdere leefgebieden. Dit betekent dat de gezinnen te maken hebben met meerdere instellingen uit verschillende sectoren. Een fragmentarische aanpak is in deze gezinnen niet effectief. Alleen een geïntegreerd plan biedt perspectief op een duurzame, positieve ontwikkeling voor het gezin.
De totstandkoming van een dergelijk integraal gezinsplan is een van de belangrijkste uitgangspunten van de transities in het sociale domein. Het doel is dat er een einde komt aan de praktijk waarin hulpverleners langs elkaar heen werken. Er is één persoon die gezinnen met multiproblematiek ondersteunt en begeleidt op basis van een plan voor het gehele huishouden, de zogenoemde 1Gezin1Plan-aanpak.
De totstandkoming van dit plan is stap 4 van de bemoeizorg. Werken volgens de uitgangspunten van 1Gezin1Plan is een manier om de fragmentarische aanpak los te laten. Het is een hulpmiddel om ondersteuning en hulp beter te organiseren, afgestemd op de behoeften en capaciteiten van de gezinnen. Dit houdt ook in dat professionals de gezinsleden zien als gelijkwaardige samenwerkingspartners (Bolt e.a., 2015).

Samenwerken met het gezin

Het toewerken naar en het opstellen van een gezinsplan gebeurt samen met het gezin. Het gezin is inspiratiebron en medeopsteller van het plan. Dit betekent dat de doelen van de zorg, hulp en diensten gerelateerd zijn aan de doelen die het gezin zelf stelt voor de verbetering van de situatie en het voorkomen van ernstiger problemen. Het gezinsplan is erop gericht de gezinsdoelen te realiseren. De ouders hebben een actieve rol in het proces dat leidt tot een gezinsplan. Uiteraard is maximale openheid en transparantie naar het gezin toe nodig bij het maken van het plan. Wanneer gezinsleden volwaardige samenwerkingspartners zijn, kan het niet zo zijn dat professionals overleggen zonder dat gezinsleden daarbij aanwezig zijn. 1Gezin1Plan draagt op deze manier bij aan meer zelfsturing door ouders en aan het stimuleren van de eigen kracht van gezinnen (Bolt e.a., 2015).
Een lastige vraag hierbij is: wat te doen als de doelen van het gezin niét overeenkomen met de doelen van de bemoeizorger? In dat geval is het noodzakelijk terug te gaan naar de vorige fase om toe te werken naar gezamenlijke en gedeelde zorgen. Als dit niet haalbaar is, kan worden nagegaan op welke gebieden wél overeenstemming bestaat. Normaliter komen de doelen van de bemoeizorger en van het gezin in de loop van het proces steeds dichter bij elkaar.

Het is mogelijk dat binnen het gezin belangentegenstellingen (blijven) bestaan. In deze situaties overstijgt het belang van het kind of de kinderen die van de ouders. De belangen van het kind zijn dus leidend in het gezinsplan. De bemoeizorger is indien nodig de advocaat van het kind. Hij probeert gedurende het gehele proces de doelen van ouders en de belangen van het kind te matchen. De veiligheid van het kind vormt de ondergrens van de doelen. Wanneer die niet gewaarborgd is, moet een bemoeizorger overgaan

tot andere maatregelen. Hij kan instanties inschakelen die meer mogelijkheden hebben om in te grijpen via drang of dwang. Ook een besluit hiertoe wordt met medeweten van ouders genomen, met hen besproken en aan hen uitgelegd.

Inzet van instellingen
Samenwerken met het gezin is een belangrijk methodisch fundament van de 1Gezin1Plan-aanpak. Daarnaast gaat het bij 1Gezin1Plan ook om het organiseren van samenwerking tussen instellingen. Wanneer meerdere instellingen betrokken zijn, wordt hun inzet binnen het gezin (opnieuw) bezien. Dit moet ertoe leiden dat gezinsleden, mensen uit hun netwerk en professionals één team vormen. Dit team werkt samen aan het realiseren van de gezinsdoelen. Indien meerdere hulpverleners en instanties bij het gezin betrokken zijn en de ouders de zorg zelf niet kunnen coördineren, ondersteunt een van de professionals hen hierbij. Deze professional wordt daarbij tijdelijk de zorgcoördinator. Zorgcoördinatie is het regelen van samenwerking en afstemming tussen gezin en instellingen, en tussen instellingen onderling. Dit proces leidt tot het gezinsplan. Het gezinsplan zelf is een beknopte omschrijving van de doelen van het gezin, geeft aan wie wat doet, hoe en wanneer betrokkenen elkaar kunnen bereiken en wanneer en welke punten worden geëvalueerd. Het gezinsplan is een hulpmiddel bij de samenwerking. Het biedt houvast en overzicht, niet alleen voor de gezinsleden en de mensen uit hun netwerk, maar ook aan hulp- en dienstverleners.

Planbespreking
Wanneer met het gezin overeenstemming is bereikt over de richting en globale inhoud van het gezinsplan, belegt de zorgcoördinator een planbespreking met het gezin. Ook de instellingen met een rol in het gezinsplan sluiten hierbij aan. De planbespreking, of 'rondetafelbijeenkomst', is een live overleg over de inhoud van het gezinsplan. Dit overleg is het moment waarop het gezin en de hulpverleners/dienstverleners de stap zetten naar een samenhangend plan. Individuele aanbieders zetten hiermee de stap om op zijn minst tijdelijk als team te functioneren. Zij herverdelen of saneren hulpverleningstaken om tot meer samenhang en efficiency te komen. De zorgcoördinator zit de planbespreking voor en staat boven de partijen. Hij bemoeit zich alleen met de onderlinge afstemming en het bepalen en vasthouden van het hoofddoel en de richting van het gezin. Soms zijn vervolgoverleggen nodig om de voortgang te evalueren en het plan bij te stellen. In de uitgave '1Gezin1Plan. Handboek voor de praktijk' (Bolt e.a., 2015) staan veel tips over de praktische kanten van deze manier van samenwerken (zie de literatuurlijst). Digitale communicatie is hierbij in opkomst. Op verschillende plaatsen zijn digitale programma's ontwikkeld waarin de gezinsplannen langs digitale weg worden verspreid en bijgehouden en de onderlinge communicatie via digitale platforms verloopt.

De rol van de JGZ
Wat is de rol van de JGZ bij 1Gezin1Plan? Uit het onderzoek dat naar bemoeizorg in de JGZ is uitgevoerd en uit de veldraadpleging blijkt dat deze rol nog niet is uitgekristalliseerd. Dit blijkt ook uit de landelijke visie- en beleidsdocumenten. De intensievere vormen van de zorgcoördinatie zitten niet in het

nieuwe Basispakket JGZ (NCJ, 2013). Het Landelijk Professioneel Kader stelt dat het coördineren van ondersteuning en hulp onderdeel uitmaakt van de samenwerking tussen JGZ enerzijds en ouders/jongeren anderzijds.
Een algemeen geaccepteerd uitgangspunt is dat de zorgcoördinatie wordt uitgevoerd door de professional die een goede band heeft opgebouwd met het gezin. De keuze voor een zorgcoördinator verloopt dan op een natuurlijke, vanzelfsprekende wijze. Vaak is dit ook degene die 1Gezin1Plan bij het gezin heeft geïntroduceerd.
In het geval van bemoeizorg door de JGZ, neemt de JGZ veelal het initiatief voor 1Gezin1Plan en heeft de jeugdverpleegkundige een vertrouwensband opgebouwd. Het lijkt dan logisch dat de jeugdverpleegkundige ook initiatieven neemt voor afstemming van de zorg en de planbespreking. Gedurende de planbespreking kan vervolgens bekeken worden wie de rol van zorgcoördinator kan vervullen. Intensieve vormen van zorgcoördinatie passen niet goed bij de basistaken en tijdsbesteding van de JGZ. In hoofdstuk 4 wordt dieper ingegaan op de rol van de JGZ bij 1Gezin1Plan.

TIP

Bied hulp op maat
Een algemene richtlijn voor het gezinsplan: pas de zwaarte van hulp en ondersteuning aan op de ernst van de gezinsproblematiek.

TIP

Luister naar het gezin; zet niet je eigen punten door
Tip van een gezin: ‘Luister naar wat voor ons belangrijk is. Je moet niet je eigen punten door willen zetten. Daar help je ons niet mee. Je moet je namelijk realiseren dat jij na ons weer naar een ander gezin gaat, maar wij blijven zitten met jouw punt waar wij niet op zitten te wachten.’

TIP

Werk toe naar gedeelde belangen
1Gezin1Plan werkt het beste als er onder professionals die bij verschillende organisaties in dienst zijn, een sterke loyaliteit naar elkaar ontstaat. Benoem steeds de gezamenlijkheid, de gedeelde belangen en de voordelen van de bundeling van krachten.

TIP

Maak een concreet en haalbaar gezinsplan
Let erop dat het gezinsplan concreet, haalbaar en overzichtelijk is. Hoe eenvoudiger het plan, hoe groter de kans op succes.

TIP

Waarborg uitvoering van het gezinsplan
Zorg ervoor dat het gezinsplan niet vrijblijvend is, maar maak bindende afspraken over de uitvoering ervan.

TIP

Organiseer een Eigen Kracht-conferentie
De stichting Eigen Kracht Centrale kan ondersteuning bieden bij het maken van gezinsplannen. Kijk op www.eigen-kracht.nl.

Stap 5: overdragen en afsluiten

Doel: zorgvuldige afronding van het contact met het gezin

Wanneer het gezinsplan er ligt en de betrokkenen zich hebben gecommitteerd aan de uitvoering ervan, komt de afsluiting van het traject in zicht. Hoe het contact tussen de JGZ en het gezin nu verder gaat, is afhankelijk van de rol die de JGZ op zich neemt bij de uitvoering van het gezinsplan. Als de jeugdverpleegkundige enige tijd zorgcoördinator is, zal het contact met het gezin intensiever blijven. Wanneer iemand anders (het gezin zelf, iemand uit het netwerk van het gezin of een andere professional) deze rol krijgt, wordt het contact met het gezin voorlopig afgesloten.
Het overschakelen naar deze fase vraagt zorgvuldige aandacht, omdat dan het loslaten van het gezin begint, terwijl net vertrouwen tussen de bemoeizorger en de gezinsleden is opgebouwd.
Een hulpmiddel is om vanaf het begin al met het gezin te communiceren over de aanstaande overdracht (zie ook fase 2). De boodschap is dat de intensieve betrokkenheid van de JGZ tijdelijk is.
De overdracht van bemoeizorggezinnen heeft het karakter van een 'warme overdracht'. Dit betekent dat de overdracht geleidelijk verloopt en enige tijd vergt. Een vertrouwensband kan niet abrupt verbroken worden. Een ervaren bemoeizorger verwoordde het als volgt: 'Niet de klant wordt overgedragen, maar de samenwerkingsrelatie'. Praktisch betekent dit vaak dat de bemoeizorger en het gezin nog enkele keren contact hebben, voordat de bemoeizorger het contact afsluit.

Stap 6: monitoren

Doel: in beeld houden van het gezin

Een belangrijke taak van de JGZ is monitoring. Dit betekent dat de ontwikkeling van kinderen en jongeren op een systematische manier wordt gevolgd. Onderdeel van de afsluiting van een bemoeizorgtraject is daarom dat de jeugdverpleegkundige met het gezin afspreekt wanneer de JGZ weer contact opneemt. Ook wordt aan het gezin nog eens uitgelegd dat zij zelf ook op eigen initiatief bij de JGZ terechtkunnen als daaraan behoefte is.

Bij bemoeizorggezinnen kan de monitoring op verschillende manieren invulling krijgen. Wanneer 1Gezin1Plan nog in uitvoering is, kan de JGZ indien nodig toetsen of de samenwerking nog steeds goed loopt op proces en op inhoud. Indien er signalen van stagnatie zijn probeert de jeugdverpleegkundige de samenwerking aan te jagen en te bevorderen. Terugval is normaal in een veranderingsproces bij bemoeizorggezinnen. Ook dit kan een aanleiding zijn opnieuw contact met het gezin te zoeken en na te gaan wat het gezin nodig heeft om terug te keren op de ingeslagen weg. Ook is het

mogelijk dat 1Gezin1Plan succesvol afgesloten is en dat met het gezin wordt afgesproken dat het weer deelneemt aan de reguliere JGZ-contactmomenten.

TIP

Schep reële verwachtingen
Zorg ervoor dat de cliënt reële verwachtingen heeft van de vervolghulp. Het gevaar van de 'hulpverlenersparadox' ligt op de loer: mensen gaan zoveel van de hulp verwachten dat het nooit waargemaakt kan worden. Straal niet uit: 'wij gaan dit wel voor u oplossen'. Denk meer aan termen als: 'het wordt hard werken, maar het is de moeite waard en ik zal u op weg helpen'.

TIP

Kijk op website NJi
Op de website van het Nederlands Jeugdinstituut (www.nji.nl) is een kennisdossier 'Multiprobleemgezinnen' te vinden.

TIP

Raadpleeg de richtlijn Multiprobleemgezinnen
In 2015 is de richtlijn Multiprobleemgezinnen uitgekomen (www.richtlijnenjeugdhulp.nl/multiprobleemgezinnen). Hierin staat ook informatie over welke soorten hulp geschikt zijn voor deze doelgroep. Ga na welke hulp beschikbaar en toegankelijk is in je eigen regio of gemeente.

Schoolverzuim van Melanie

Van melding tot onderzoek
Een leerkracht van de basisschool belt de jeugdarts over de tienjarige Melanie. Melanie is een nerveus kind. Ze komt vaak te laat op school of wordt ziek gemeld. Ze heeft in groep zes een leerachterstand opgelopen en heeft weinig vriendinnetjes. Moeder is moeilijk bereikbaar voor de leerkracht. Ze komt zelden op school en ook niet op ouderavonden.

Bij het artsbezoek
De jeugdarts nodigt Melanie en moeder uit voor een onderzoek met als aanleiding 'schoolverzuim'. Op de tweede oproep, reageert de moeder. Tijdens het onderzoek bespeurt de arts de geur van alcohol. Het drankgebruik blijkt bespreekbaar te zijn. Moeder is een alleenstaande Afrikaanse vrouw. Haar Nederlandse man is buiten beeld. Ze leeft erg eenzaam, zonder sociaal netwerk. Moeder wil geen hulp en komt er volgens haar wel weer bovenop. De jeugdarts spreekt haar zorg uit over Melanie en haar functioneren op school. Ook informeert ze naar de dochters van veertien en zeventien. Die blijken een groot deel van de huishouding en de zorg voor hun zusje op zich te nemen. De jeugdarts vraagt aan moeder of ze mag overleggen met een collega; moeder stemt daarmee in.

Start van begeleiding
De jeugdarts bespreekt de casus met een collega. De gezondheidsrisico's van Melanie en haar zussen worden afgewogen. Op basis van het isolement van Melanie en de mogelijke 'parentificatie' van de zussen (het overnemen van de rol van ouders), besluiten ze de begeleiding voorzichtig te starten. De jeugdarts belt af en toe om te vragen hoe het gaat. Moeder staat hier open voor en gaandeweg komt er vertrouwen. De twee meisjes vragen op eigen initiatief een gesprek aan. Ze maken zich zorgen over hun moeder en voelen zich zwaar belast met de zorg voor Melanie. Ook hun school heeft inmiddels zorgen geuit bij de JGZ.

Het vervolg
De voortgezette contacten leiden ertoe dat moeder naar de GGZ gaat. Met haar ex-man regelt ze de opvang voor Melanie. Dit heeft echter weinig resultaat, waardoor moeder weer afhaakt. Uiteindelijk wordt een planbespreking georganiseerd met moeder, haar ex-man, de twee oudste dochters, de verslavingszorg, de GGZ-therapeut en de schoolmaatschappelijk werkers (van Melanie en haar zussen). De dochters weten niet hoe het verder moet, kunnen nooit iemand meenemen naar huis en zijn bezorgd over hun moeder. Uiteindelijk lukt het een begeleide verwijzing naar de verslavingszorg tot stand te brengen. Ook geeft moeder toestemming voor schuldsanering.

3 Methodische handvatten voor de JGZ-professional

In het vorige hoofdstuk stonden de verschillende fases binnen de bemoeizorg centraal, van signalering of zorgmelding tot het afronden van het contact. Dit hoofdstuk gaat dieper in op praktische handvatten die de bemoeizorger bij de uitvoering behulpzaam zijn. Welke begeleidingshouding is nodig in het werken met multiprobleemgezinnen? En welke methoden en technieken zijn beschikbaar die hieraan concreet invulling geven.

De juiste mix

Bemoeizorg voor gezinnen hanteert een gezinsaanpak, waarbij meerdere personen betrokken zijn. Bovendien varieert de problematiek in de gezinnen. Er is geen sprake van een vastomlijnde doelgroep. Dit betekent dat bemoeizorg voor gezinnen niet met één methode toe kan. Binnen de zes fases, besproken in het vorige hoofdstuk, zijn verschillende methoden toe te passen. Er zijn verschillende 'gereedschappen' nodig (Roeg e.a., 2015). Het gaat om het toepassen van een goede mix ervan. Als het ene gereedschap niet werkt, is het andere te proberen. In het contact met gezinnen komt het flexibel omschakelen van de ene naar de andere methode vaak voor.

Inhoud van de gereedschapskist

Dit hoofdstuk toont de inhoud van de 'gereedschapskist' waaruit bemoeizorgers kunnen putten. Uit literatuuronderzoek, praktijkobservaties en een expertmeeting komen twee – voor de bemoeizorg bruikbare – werkwijzen naar voren: het oplossingsgericht werken en het motivationeel interviewen. Beide hebben enkele overeenkomstige basisgedachten:

- Het vertrekpunt ligt bij de beleving en de percepties van het gezin. De JGZ-professional is hier uitgesproken nieuwsgierig naar.
- In de verhouding tussen de JGZ-professional en de ouder is eerder sprake van een gelijkwaardig partnerschap dan van een rolverdeling 'deskundige professional' en 'onwetende cliënt'.
- Er wordt aangesloten op de sterke kanten van het gezin, zonder de beperkingen uit het oog te verliezen.
- Beide werkwijzen hebben manieren ontwikkeld om met weerstand bij de doelgroep om te gaan.
- Het zijn bruikbare methoden voor een opstap naar vervolghulp.

Juist deze basisgedachten maken oplossingsgericht werken en motivationeel interviewen geschikt. De methoden maken belangrijke principes als 'aansluiten bij de ouder' en 'empowerment' concreter.

Oplossingsgericht werken

JGZ-professionals die met multiprobleemgezinnen in contact komen, worden geconfronteerd met het onvermogen van de hulp- en dienstverlening om deze gezinnen goed te helpen. Een gezin dat op bijna elk levensgebied problemen heeft, verandert niet makkelijk. De neiging om deze gezinnen van het label 'ongemotiveerd' of 'onwerkbaar' te voorzien, is daardoor aanwezig. Oplossingsgericht werken biedt een mogelijkheid om deze valkuil te vermijden (De Jong e.a., 2004). Centraal uitgangspunt is dat JGZ-professionals de ouders niet rechtstreeks beïnvloeden, maar dat ouders zichzelf veranderen. Anders gezegd: hoe meer bemoeizorgers betrokken raken bij de te behalen resultaten, hoe meer de gesprekken gestuurd worden door hun eigen ideeën. Hierdoor zijn ouders juist minder betrokken bij het veranderingsproces. Vooral ouders die ongevraagd benaderd zijn, voelen dit scherp aan en vertonen meer weerstand naarmate ze minder vrijheid ervaren. Een multiprobleemgezin moet daarom zoveel mogelijk betrokken worden bij het begeleidingsproces. Het besef bij gezinsleden dat zij zelf controle hebben over wat zij willen bespreken en kunnen aangeven welke mogelijkheden nuttig voor hen zijn, krijgt maximaal aandacht in de bemoeizorg. Het principe is dat de ouders 'expert' zijn als het om hun eigen leven gaat. Zij weten uit eigen ervaring wat hun moeilijkheden en mogelijkheden zijn, en vooral welke oplossingen in hun situatie wel of niet werken.
Deze manier van kijken naar een gezin wordt binnen het oplossingsgericht werken aangeduid als het centraal stellen van het 'referentiekader' van het gezin. Dit betekent dat de probleemdefinities en oplossingsrichtingen die het gezin aandraagt, worden geaccepteerd en overgenomen. De JGZ-professional stelt zich hierbij niet op als de expert in probleemanalyse en in het plegen van daarop gebaseerde interventies. In plaats daarvan is hij deskundig in het onderzoeken van de referentiekaders en in het begeleiden van het proces. Dit vraagt om een begeleidingshouding van 'niet-weten'. Hierbij gaat de bemoeizorger ervan uit dat de ouder of de jeugdige goede redenen heeft voor zijn denkpatroon en voor zijn gedrag. Hij legt een onvervalste en grote nieuwsgierigheid aan de dag naar de visies en verklaringen van de cliënt.

Probleem- of oplossingsgericht?
'Oplossingsgericht werken' staat in contrast met de meer bekende 'probleemgerichte' benadering. Probleemgerichte methoden besteden veel aandacht aan het bespreken en analyseren van problemen. Daarna stelt een professional op basis van zijn inhoudelijke deskundigheid interventies voor die deze problemen moeten oplossen. Aan de fase van probleemanalyse besteedt het oplossingsgericht werken veel minder aandacht. Het uitgangspunt is namelijk dat in elk gezin sterke kanten en mogelijkheden verborgen liggen. Door uit te gaan van de krachten van het gezin – die de gezinsleden overigens zelf aanreiken – neemt hun motivatie toe. Door de gesprekken te richten op de sterke kanten komen de bemoeizorgers niet in de verleiding om de ouders te veroordelen voor het hebben van problemen. In plaats daarvan wordt gezamenlijk ontdekt hoe het gezin erin geslaagd is te overleven, zelfs in de moeilijkste omstandigheden. Als gezinnen zich meer bewust worden van hun sterke kanten en successen geeft hun dat meer hoop dat hun leven zou kunnen verbeteren.

De term ‘oplossingsgericht werken’ kan voor veel werkers in de Jeugdgezondheidszorg verwarrend zijn. Zij denken vaak: ‘Ik werk toch altijd al oplossingsgericht’. De methode houdt voor hen echter een verandering in. Iemand verwoordde het als volgt: ‘Het voelt als het werken met je linker- in plaats van met je rechterhand’. De blik van de probleemgeoriënteerde werker is gericht op: wat is er mis, wat werkt er niet en wat is de oorzaak? De oplossingsgerichte werker stelt andere vragen: wat gaat er (nog) goed, wat werkt wel en wat kan bijdragen tot een (deel)oplossing?

Oplossingsgerichte gesprekken

Het aantrekkelijke van oplossingsgericht werken is dat de methode is uitgewerkt in bepaalde typen vragen. Ze zijn concreet geformuleerd en geven invulling aan de begeleidingshouding (Broos, 1996). Deze vragen zijn gerelateerd aan twee kernactiviteiten:

- de ontwikkeling van doelen binnen het referentiekader van het gezin
- de ontwikkeling van oplossingen, gebaseerd op uitzonderingssituaties in het leven van het gezin

Doelen formuleren

Iedereen weet dat het onmogelijk is verandering af te dwingen als iemand niet wil veranderen. De veranderingen die nodig zijn, moet degene die het betreft zelf tot stand brengen. Daarom is het verstandig akkoord te gaan met de doelen die het gezin zelf geformuleerd heeft, in plaats van te vertellen wat zij moeten veranderen. De doelen moeten waardevol, belangrijk en nuttig zijn voor het gezin. Als de ouder merkt dat de JGZ-professional bereid is samen te werken aan de doelen van het gezin, zal de ouder waarschijnlijk ook bereid zijn aan de doelstellingen van de JGZ-professional te werken. Duidelijke doelen zijn onmisbare bakens op weg naar verandering. Ze zijn eerder een eerste stap dan een verder weg liggend eindresultaat.
Het stellen van de ‘wondervraag’ is een manier om meer duidelijkheid te krijgen over de doelen van het gezin (zie kader). Hiermee vraagt de JGZ-professional de ouder zich concreet en levendig voor te stellen hoe zijn of haar gewenste toekomst eruit kan zien. Een toekomst waarin de problemen niet meer de boventoon voeren. De wondervraag brengt iemand in contact met zijn verlangens en maakt zichtbaar wat hij graag zou willen. Het kan een goede ‘openingszet’ zijn om van daaruit te werken aan het ontwikkelen van doelen die belangrijk zijn voor de ouder.

WONDERVRAAG

Stel je voor dat er vannacht, terwijl jij ligt te slapen een wonder gebeurt. De problemen waar je het vandaag over hebt gehad, zijn in één keer opgelost. Als je wakker wordt, weet je nog niet dat het wonder gebeurd is. Waaraan merk je als eerste het verschil? Wat is er ’s morgens anders, waardoor je weet dat ’s nachts het wonder is gebeurd? Welke andere dingen vallen je op?

Uitzonderingen zoeken
Geen enkel probleem is constant aanwezig. Met dit gegeven gaat de methode 'oplossingsgericht werken' actief aan de slag. Er zijn momenten of periodes in het leven van het gezin waarin het verwachte probleem zich niet of in mindere mate voordeed. In die uitzonderingssituaties is het begin van de oplossing aanwezig. Daarom informeert de JGZ-medewerker hier uitvoerig naar. Op deze manier zoekt hij met de ouder naar aanknopingspunten voor veranderingen. Hij legt vooral de nadruk op wat de gezinsleden zélf deden om deze uitzonderingen te laten gebeuren: 'Wat geweldig! Hoe heeft u dat voor elkaar gekregen?' Deze situaties worden in detail onderzocht en uitvergroot. Zo worden successen en specifieke krachten van het gezin ontdekt.

Het oplossingsgerichte stroomschema

Bij bemoeizorg ligt het initiatief voor het contact met het gezin bij de JGZ. In beginsel is er dus vaak nog geen hulpvraag bij het gezin. In het oplossingsgerichte werken is voor deze situaties een stroomschema ontwikkeld (Berg, 1994) Dit stroomschema is een hulpmiddel om de werkrelatie tussen cliënt en JGZ-professional te verhelderen. De werkrelatie is de motor voor verandering. Daarom is een goede inschatting van deze relatie belangrijk. Met de flowchart weet de bemoeizorger wat hij wel en niet moet doen om de medewerking van de ouder te krijgen. Daarnaast voorkomt een goede inschatting van de werkrelatie frustratie bij de bemoeizorger, zeker niet onbelangrijk in dit werk. Het stroomschema onderscheidt drie soorten relaties: de vrijblijvende relatie, de zoekende relatie en de consulterende relatie. Welke relatie aanwezig is, hangt af van de vraag of er een hulpvraag is, en of die hulpvraag haalbaar en werkbaar is. De verschillende relaties zijn hieronder uitgewerkt, aan de hand van de vragen die in het stroomschema staan.

STROOMSCHEMA



1. Is er een hulpvraag?
Als er geen hulpvraag is, is er sprake van een vrijblijvende relatie. De JGZ-professional en de ouder ontmoeten elkaar als incidentele 'voorbijgangers' of 'bezoekers'. Dit komt vooral voor in de eerste fase van bemoeizorg. De ouders ervaren geen probleem; de bemoeizorger meldt zich immers met zorgen. Onderkennen ouders wel een probleem te hebben, dan menen ze dit toch niet te kunnen veranderen. Het ligt vooral aan anderen of de Jeugdgezondheidszorg kan toch geen oplossingen bieden voor hun moeilijkheden.
In deze situaties krijgen gezinnen al gauw het etiket 'ongemotiveerd' of 'in de weerstand' opgeplakt. Veel bemoeizorgers ervaren dit als een onoverkomelijk obstakel. Wanneer ouders boos, koppig of ongemotiveerd zijn om over het probleem te praten, dan is het nuttig te bedenken dat ouders competenties hebben. En dat de JGZ nog geen weg heeft gevonden om met hen samen te werken. Waargenomen weerstand is dan een signaal om een vraag te stellen vanuit de houding van onwetendheid. Wat vertelt die weerstand over wat de ouder belangrijk vindt? Dit is een effectievere opstelling dan te concluderen dat de ouder weerstand vertoont of ongemotiveerd is.

Wat kan de bemoeizorger in deze situatie proberen? Hulp bieden zonder toestemming van de ouder heeft geen zin. Maak in dit geval gebruik van gesprekstechnieken die gericht zijn op het laten ontstaan van een samenwerkingsrelatie. Ga mee in het wereldbeeld van de ouder en toon begrip voor zijn situatie. Zo leert de bemoeizorger de wereld van de ouder kennen en kan hij zo goed mogelijk zoeken naar krachten, mogelijkheden en oplossingen. Ontdek competenties waarmee de ouder is te complimenteren. In elk geval is het contact positief te bekrachtigen (*'Ik ben onder de indruk dat u toch een gesprek met mij hebt willen voeren. Voor u is het ook niet leuk. U hebt vast wel wat anders te doen dan met mij te praten'*). Geef erkenning voor de zware taken waar de moeder voor staat (*'Het is een hele klus om twee kleine kinderen alleen op te voeden'*). Stel vragen waardoor mogelijk een hulpvraag ontstaat (*'Nu we hier toch zitten, waar kunnen we het over hebben om dit gesprek voor u van nut te laten zijn?'*). De ouder moet ervaren dat hij invloed en keuzemogelijkheden heeft. Etaleer wat de JGZ in de aanbieding heeft. Vraag veel, geef geen adviezen en tips. Geef uitleg over de rol van de bemoeizorger om een hoge mate van transparantie te creëren.
De vrijblijvende relatie is dus een lastige. Het betekent in elk geval vaak een langzame start van de samenwerking. Investeer in het begin veel in het tot stand brengen van een samenwerkingsrelatie. Soms is het moeilijk hier geduld voor op te brengen. Bedenk dan dat de langzame start de snelste is! Een ervaren trainer in bemoeizorgwerk vatte dit zo samen: 'Ga langzaam, dan ga je lekker snel.'
De JGZ-professional moet in dit stadium ook voorbereid zijn op klachten en frustraties over eerdere ervaringen met instanties en hulpverleners. Bedenk dan dat deze informatie goed te gebruiken is! De bemoeizorger hoort wat hij allemaal *niet* moet doen! De uitdaging is de focus te verleggen op de ouder en uit te zoeken wat die wil bereiken.

2. Is de hulpvraag haalbaar?
Een mogelijk resultaat van de zojuist beschreven inspanningen is dat een hulpvraag ontstaat waarvoor geen oplossing is. De tweede vraag in het

stroomschema is dan ook: is de hulpvraag haalbaar? Voor voldongen feiten bestaat geen oplossing. Denk bijvoorbeeld aan chronische handicaps, zwakbegaafdheid, echtscheiding en een wellicht nog niet onderkende somatische aandoening. Dit zijn geen problemen, maar beperkingen. De basistechniek in zo'n situatie is dit onderscheid aan te duiden. Beperkingen moeten als zodanig erkend en benoemd worden. Als de ouder zijn beperkingen accepteert, ontstaat ruimte om de aandacht toe te spitsen op de gevolgen van en omgang met deze beperking. Hier kunnen wél haalbare hulpvragen uit voortkomen.

3. Is de hulpvraag werkbaar?
De derde vraag in het stroomschema is dat wel een hulpvraag ontstaat, maar dat deze vraag nog niet werkbaar is. De JGZ-professional en de ouder hebben dan een zoekende relatie. De ouder wil in dergelijke situaties het contact beperken tot het geven van informatie over het probleem. Hij beschrijft uitvoerig gebeurtenissen, gedragspatronen en achtergronden, en gist naar oorzaken en oplossingen. De ouder ziet zichzelf nog niet als onderdeel van de oplossing. Het is ook mogelijk dat de hulpvraag heel vaag is omschreven (*'Ik wil gelukkig worden'*) of bestaat uit een kluwen van deelproblemen. De ouder ziet zichzelf als onschuldige toeschouwer die de problemen van anderen op zijn nek krijgt. Daarom heet dit ook wel de klagersrelatie.
Wat kan helpen in dit soort omstandigheden? Bedank de ouder vriendelijk voor de belangrijke informatie die hij heeft gegeven. Bekrachtig het zoeken naar oorzaken en oplossingen positief, en wek hoop dat verandering mogelijk is (*'Je hebt een behoorlijk probleem op je bord. Wat moet er gebeuren zodat je zoon/dochter beter naar jou luistert?'*). Probeer het zoekgedrag te vertalen in concrete bewoordingen en haalbare stappen. Zoek naar uitzonderingen op het probleem (*'Wat merk je wanneer het probleem minder is?'*). Stel relatievragen over belangrijke personen in het leven van de ouder (*'Wat zou je moeder zeggen over wat je nodig hebt om weer meer controle over je eigen leven te krijgen?'*). Dit soort vragen geven aanknopingspunten voor een werkbare hulpvraag.

4. Zijn de hulpbronnen bereikbaar?
De vraag naar hulpbronnen is relevant als een werkbare hulpvraag is ontstaan. De doelen hoeven nog niet helemaal helder te zijn, maar de ouder laat merken dat hij iets wil doen om zijn probleem op te lossen. Hij is toe aan verandering in zijn leven (*'Op deze manier kan ik niet verder met mijn leven. Er moet iets veranderen.'* Of: *'Het wordt tijd om een andere kant op te gaan'*). Als iemand zover komt, kan een positieve samenwerkingsrelatie met de JGZ-professional ontstaan. In het stroomschema heet dit de consulterende relatie.
In dit stadium is het van belang de doelen steeds helderder te krijgen en passende hulpbronnen op te sporen. Een hulpbron is iets in de ouder of het gezin dat behulpzaam kan zijn om de gestelde doelen te realiseren, bijvoorbeeld specifieke competenties van de ouder. Ook iemand uit de sociale omgeving van de ouder of uit het formele circuit van dienst- of hulpverlening kan steun of hulp bieden. Het contact met de ouder is gericht op het uitzoeken van de mogelijke hulpbronnen, of deze bereikbaar zijn en effectief worden gebruikt. Ga na wat al geprobeerd is om de hulpbronnen in te zetten.

Herhaal niet wat niet werkte, maar bekrachtig datgene wat wel (enig) resultaat had; dit kan de ouder nog eens proberen. Praat over de verschillende middelen die er zijn om aan het doel te werken, zodat de ouder een overzicht krijgt van de keuzemogelijkheden. Als de ouder weet langs welke weg hij zijn doel(en) kan bereiken én gebruik weet te maken van zijn hulpbronnen, dan heet dit in het stroomschema: de co-expert relatie. In deze fase wordt de ouder gecoacht om meer te doen van dat wat werkte, zodat het behaalde doel vastgehouden kan worden (*'Wat gaat er beter, zelfs al is het maar een klein beetje?'*). Met deze vraag wordt geëvalueerd hoe de ouder werkt aan het bereiken van oplossingen die hem voldoening geven. Het ontdekken, uitvergroten en opstapelen van succesvolle momenten komt in deze fase steeds terug.

De waarde van het stroomschema

Het oplossingsgerichte stroomschema is bedoeld om meer te bereiken met minder inspanningen. Het soort relatie is het kompas voor de gesprekstechnieken die de bemoeizorger kan inzetten. Focus alleen op de technieken die passen bij de werkrelatie op dat moment. Dit bespaart tijd en energie. Als de JGZ-professional de ouder benadert alsof die zich al verder in het stroomschema bevindt dan eigenlijk het geval is, ontstaat weerstand. De medewerking van de ouder stagneert en de frustratie bij de medewerker neemt toe.
Het soort werkrelatie staat niet voor altijd vast. Er is voortdurend beweging en verandering. Per gespreksonderwerp kan de positie in het stroomschema wisselen. Als op een onderwerp dat voor de ouder prioriteit heeft een klantrelatie ontstaat, is de kans groot dat de werkrelatie ook verbetert op een voor de JGZ belangrijk onderwerp.

Motivationeel interviewen

Bemoeizorggezinnen voldoen niet aan het traditionele beeld van de gemotiveerde klant die zelf contact zoekt met hulp- of dienstverleners. Soms wil een bemoeizorggezin aanvankelijk zelfs helemaal niets. En als ze wel iets willen, dan hoeft dat niet te stroken met hetgeen de bemoeizorger graag zou zien. Het is daarom van belang inzicht te hebben in manieren waarop mensen tot veranderingen komen. De bemoeizorger moet weten welke strategieën veranderingsbereidheid kunnen beïnvloeden. Motivationeel interviewen biedt daarvoor aangrijpingspunten (Miller e.a., 2007).
In een proces van gedragsverandering spelen ambivalenties vaak een grote rol. Er is sprake van 'cognitieve dissonantie'. Cognitieve dissonantie treedt op als iemands kennis, gevoel en gedrag niet met elkaar in overeenstemming zijn en tegenstrijdigheden bevatten. Het ervaren van cognitieve dissonantie gaat vooraf aan gedragsverandering. Het is een belangrijke voorwaarde om tot verandering te komen.
Mensen ervaren cognitieve dissonantie vaak als onaangenaam. Ze proberen deze op te lossen door wat ze doen in overeenstemming te brengen met hoe ze denken. Dat kan op verschillende manieren. De makkelijkste manier is om

hun gedachten aan te passen aan hun gedrag. Als dat niet lukt, kunnen ze overwegen om hun gedrag aan te passen. Met deze principes gaat motivationeel interviewen aan de slag. Het verschil tussen het bestaande en het alternatieve gedrag, en het besluit om met dit verschil wat te gaan doen, brengt de motivatie om daadwerkelijk te veranderen op gang.

De rol van de JGZ-professional

De JGZ-professional helpt de ouder met het achterhalen en verkennen van zijn tegenstrijdigheden en ambivalenties. Zijn rol is daarbij niet sturend en overtuigend van aard, in die zin dat de JGZ-professional analyses maakt, suggesties geeft en oplossingen bedenkt om de ouder tot gedragsverandering te bewegen. Bij het motivationeel interviewen moet hij juist in de eerste plaats een onvoorwaardelijke acceptatie hanteren. Dit houdt in dat hij de ouder op een positieve en hoopgevende manier bejegent en de keuzes van de ouder accepteert en respecteert. Daarnaast vergroot de JGZ-professional de discrepantie tussen het huidige gedrag van de ouder en de door de ouder zélf geformuleerde ruimere doelen, intenties, opvattingen of waarden. Om dit te bereiken luistert hij heel zorgvuldig naar de ouder. Wat hij kan gebruiken om de discrepantie te laten toenemen, geeft hij als feedback terug aan de ouder en houdt dit voor als een tegenstrijdigheid die in de ouder zélf zit. De verwachting is dat deze terugkoppeling de ouder prikkelt en de interne motivatie aanwakkert om iets aan de situatie te veranderen.
Motivationeel interviewen duidt deze werkwijze aan als 'constructieve zelfconfrontatie'. De aanpak moet ertoe leiden dat de ouder zich bewust wordt van de consequenties van zijn huidige gedrag en alternatieve vormen van functioneren die minder problemen opleveren. De JGZ-professional moet bij motivationeel interviewen daarnaast vooral empathie tonen, discussie vermijden, meegaan met weerstand en die gebruiken als bron van informatie, en het vertrouwen in eigen kunnen van de ouder ondersteunen.

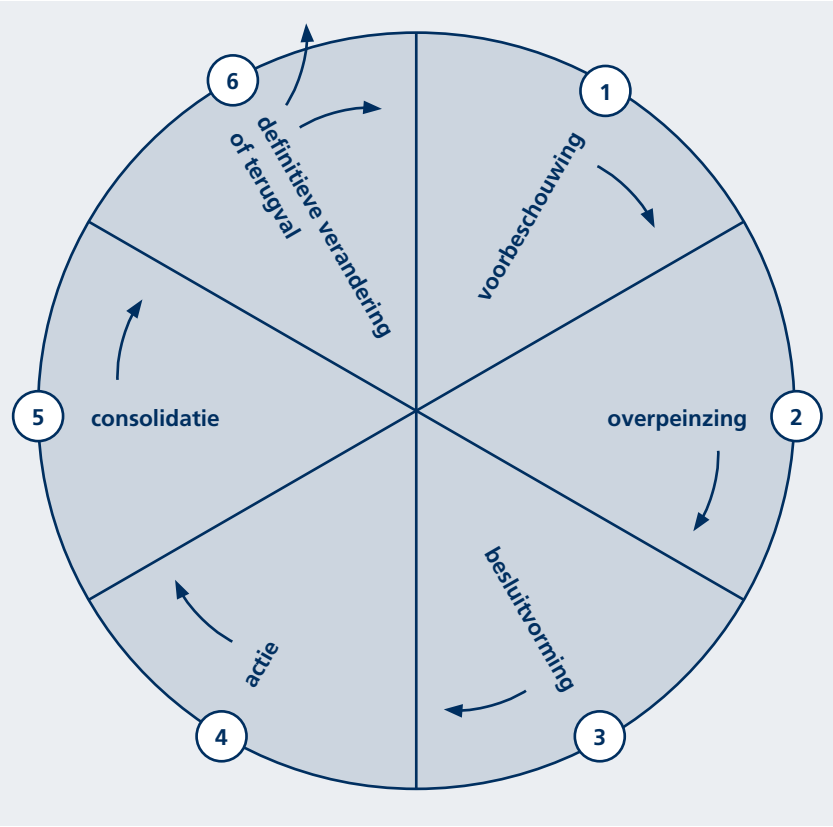
Motivatiecyclus

Voor het toepassen van motivationeel interviewen is een bruikbaar hulpmiddel beschikbaar: de motivatiecyclus (Prochaska e.a., 1984). Deze cyclus gaat ervan uit dat mensen niet zonder meer bereid zijn hun gedrag te veranderen, maar verschillende stadia doorlopen. Verandering is een circulair proces waarin het normaal is dat mensen regelmatig terugvallen in een vorige fase om het vervolgens opnieuw te proberen.

De motivatiecyclus onderscheidt de volgende stadia van verandering:

1 *Voorbeschouwing (precontemplatie)*
  Er bestaat (nog) geen intentie tot verandering. De persoon ervaart geen probleem. Doorgaans ondervindt de omgeving het probleem en oefent druk uit op de persoon om te veranderen. Veelal is er weerstand tegen de herkenning van het probleem en tegen pogingen om verandering in gang te zetten.
2 *Overpeinzing (contemplatie)*
  De betrokkene wordt zich ervan bewust dat er problemen zijn, maar plaatst die buiten zichzelf. Hij gaat wel de voor- en nadelen van zijn gedrag afwegen.

MOTIVATIECYCLUS



3 *Besluitvorming (voorbereiding)*
De persoon maakt echt plannen om iets aan zijn gedrag te gaan doen.
4 *Actie*
De persoon onderneemt actie om het gedrag te veranderen. Bij succes stijgt zijn gevoel van eigenwaarde en zelfredzaamheid.
5 *Onderhoud of consolidatie*
De betrokkene probeert de bereikte verandering vast te houden en niet terug te vallen. Daartoe wordt het nieuwe gedrag zoveel mogelijk geïntegreerd in het dagelijks bestaan.
6 *Terugval*
In de meeste gevallen is de persoon niet in staat om de bereikte situatie volledig vast te houden. Terugval komt geregeld voor. Het van oorsprong lineaire model met vijf achtereenvolgende stadia is daarom later bijgesteld tot een cirkelmodel. Hierbij moet bedacht worden dat iemand na een terugval niet helemaal opnieuw hoeft te beginnen, maar geleerd heeft van de eerdere pogingen.

Motivationeel interviewen is bedoeld om iemand 'los' te maken, het veranderingsproces op gang te brengen en motivatie te ontwikkelen. In de motivatiecyclus gaat het vooral om de eerste drie fasen: voorbeschouwing, overpeinzing, besluitvorming. Daarna is het mogelijk vervolghulp in te zetten.

Toepassing binnen bemoeizorg door de JGZ

In dit hoofdstuk zijn enkele methodische principes en praktische handvatten aangereikt. Bemoeizorg is multimethodisch en generalistisch: uit verschillende methoden kan worden geput. Bovendien bestrijkt het alle levensgebieden van gezinnen. Dit hoofdstuk is dan ook beslist niet uitputtend. Essentieel is dat bemoeizorgers over een groot instrumentarium moeten beschikken dat zij weloverwogen, flexibel en naar behoefte kunnen inzetten. De beschreven benaderingen bieden daarvoor een basis, vooral voor het opbouwen van samenwerking met gezinnen die zelf niet gevraagd hebben om ondersteuning of weerstand vertonen.
Oplossingsgericht werken is een breed inzetbare benadering voor verschillende typen cliënten. De methode vindt haar oorsprong in korte, gezinsgerichte behandelingen. Motivationeel interviewen is ontwikkeld in de verslavingszorg en wordt ook breder toegepast, onder meer in de somatische gezondheidszorg, de jeugdzorg en de jeugdreclassering. Wetenschappelijk onderzoek in Nederland naar de vraag bij welke doelgroepen de benaderingen het meest effectief zijn, staat nog in de kinderschoenen. In het buitenland werden bij verschillende doelgroepen positieve effecten gevonden van motivational interververiewen. Ook over oplossingsgericht werken concluderen onderzoekers voorzichtig dat het positieve effecten heeft, met name omdat deze effecten in relatief korte tijd worden behaald (NCJ, 2013).

Expertmeeting
In de expertmeeting, speciaal gehouden ter voorbereiding op dit hoofdstuk, is de vraag aan de orde gesteld hoe beide benaderingen zich tot elkaar verhouden. Het doel hiervan was aanknopingspunten te vinden voor toepassing ervan in de bemoeizorg gericht op multiprobleemgezinnen. Naar voren kwam dat de methode motivationeel interviewen voor het gezin en de jeugdverpleegkundige ‘zwaarder’ is dan oplossingsgericht werken. Het vraagt al bijna om een klantrelatie. Dit komt wellicht doordat motiverende gespreksvoering meer gericht is op het ‘waarom’ van veranderen en oplossingsgericht werken meer op het ‘hoe’. De waarom-vraag is ingewikkelder en minder praktisch van aard dan de hoe-vraag. Daarnaast is bekend dat een laag zelfbeeld en het ontbreken van een gevoel van eigenwaarde de mogelijkheden om het eigen gedrag te veranderen in de weg staan. Tijdens de expertmeeting stelden JGZ-professionals dat motivationeel interviewen soms te snel gaat voor de doelgroep van bemoeizorg omdat het gevoel van eigenwaarde en zelfrespect laag is.
Deze uitkomsten van de expertmeeting geven enige richting aan de wijze van toepassing van beide benaderingen binnen de verschillende fasen van bemoeizorg. Via methoden die gebaseerd zijn op empowerment en bewustwording van eigen kracht, is eerst het zelfrespect van ouders positief te beïnvloeden. Dit vergroot indirect de veranderingscompetenties. Met het toenemen van het zelfrespect zal het geloof en de hoop op verandering groeien.

Informatie, trainingen en ondersteuning
De websites www.solutions-centre.nl, www.oplossingsgericht.nu en www.motivationalinterview.nl bieden een ingang naar aanvullende informatie over de twee methoden. Ook vindt u hier gegevens over het trainingsaanbod.

De depressies van Niels' moeder

Van signaal tot voordeur
De elfjarige Niels en zijn moeder komen niet opdagen bij een OOI (Onderzoek Op Indicatie door de JGZ). De JGZ-verpleegkundige Jos ziet in het kinddossier dat Niels heeft deelgenomen aan een Koppgroep (Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problematiek). De stemmingsproblemen en ernstige depressies van moeder vormden de aanleiding. Jos besluit moeder een herhalingsoproep te sturen, maar ook op de vierde oproep komt geen respons. Jos overlegt met de jeugdarts die Niels het laatst heeft onderzocht. Gezien de voorgeschiedenis wordt het gezin besproken in het Zorg Advies Team van de basisschool. Niels laat op school moeilijk gedrag zien; de leerkracht heeft nauwelijks contact met moeder. Besloten wordt dat Jos probeert met moeder in contact te komen. Nóg een brief, enkele telefoontjes en vier keer bellen aan de voordeur leveren niets op. Moeder geeft geen gehoor en is ook thuis niet te bereiken. Via de buren weet Jos in contact te komen met de ouders van moeder.

Aan de voordeur
Een broer weet hem uiteindelijk in contact te brengen met moeder. Samen met de broer, die zich ook zorgen maakt over zijn zus, lukt het een afspraak te maken. Moeder reageert aanvankelijk boos en verontwaardigd. Ze denkt dat Jos van de jeugdzorg of de Raad voor de Kinderbescherming is. Jos moet haar herhaaldelijk ervan overtuigen dat hij niet komt om haar kind weg te halen.

Op de bank
Na enkele bezoekjes weet Jos het vertrouwen van moeder te winnen. Jos kijkt eerst samen met moeder wat er goed gaat. Ondanks haar problemen doet ze altijd haar best een goede moeder voor Niels te zijn. Ze krijgt (weer) oog voor de band die ze met elkaar hebben. Daarnaast beschikt moeder over organisatorische kwaliteiten die ze geleerd heeft in de tijd dat ze administratief werk verrichtte bij een groot bedrijf. Met de oplossingsgerichte methode en veel positieve ondersteuning wordt een plan gemaakt om de situatie te verbeteren.

Het vervolg
Met vallen en opstaan (moeder krijgt een flinke terugval) is het gezinsplan actueel gemaakt. Niels is via het sociale wijkteam aangemeld voor het Boddaertcentrum. Hij gaat daar een aantal dagen per week na schooltijd naar toe. Deze instelling geeft ook opvoedingsondersteuning aan moeder. die tevens in behandeling is voor haar depressie. Eén keer per week komt haar schoonzus bij moeder thuis voor praktische en emotionele ondersteuning. Jos heeft tijdelijk de rol van zorgcoördinator op zich genomen. Er zijn twee planbesprekingen met moeder en de betrokken hulpverleners. Geleidelijk lukt het moeder om zelf meer regie te nemen en de zorg te organiseren. Terugkijkend zegt Jos: deze moeder bleek tot meer in staat dan ik ooit gedacht had!

4 Invoering van bemoeizorg

Het nut en de noodzaak van het inzetten van bemoeizorg door de Jeugdgezondheidszorg zijn helder. Nu gaat het om het daadwerkelijk invoeren van de interventie. Wat kan een JGZ-organisatie doen om de kans op succes zo groot mogelijk te maken? Daarover gaat dit hoofdstuk.

Implementatie gaat niet vanzelf

De belangrijkste aanbeveling is om niet zomaar te beginnen met bemoeizorg. Vanuit een gevoel van urgentie of tekortschieten lijkt dit een aantrekkelijke optie. Echter, uit onderzoek en praktijkervaringen is gebleken dat voor effectieve bemoeizorg, eerst aan enkele randvoorwaarden moet worden voldaan. Dit vraagt om een investering vooraf, voordat de uitvoering kan starten. Deze vingerwijzing geldt overigens ook voor de individuele JGZ-professional, zeker als hij het gevoel heeft dat dringende acties nodig zijn.
De kans op succesvolle implementatie is het grootst als planmatig te werk wordt gegaan door het proces van implementatie in meerdere fasen op te splitsen. De eerste fasen zijn bedoeld om draagvlak te creëren en om te bepalen hoe de interventie eruit moet zien. Vervolgens wordt de invoering voorbereid, waarna de uitvoering, evaluatie en continuering op de lange termijn volgen.
Uit de veldraadpleging bleek dat er aanzienlijke verschillen tussen JGZ-organisaties bestaan. Waar de ene organisatie het outreachend werken omarmt en werk maakt van de vervolgstappen, zit de andere organisatie in een fase van bewustwording. Voor een deel van de JGZ-professionals is het uitvoeren van (onderdelen van) bemoeizorg een vertrouwd onderdeel van hun werk, terwijl anderen er onwennig tegenover staan. De implementatie zal uiteraard aangepast moeten worden op de specifieke situatie in een JGZ-organisatie en in (een groep van) gemeenten.
Dit hoofdstuk gaat in op organisatorische aspecten en randvoorwaarden van bemoeizorg, met als doel het geven van richting. Het is gebaseerd op onderzoek naar de succes- en faalfactoren bij de uitvoering van bemoeizorg door de JGZ. Dit onderzoek bestond uit bestudering van documenten, observaties van werk- en methodiekbesprekingen en interviews met managers, uitvoerders en methodiekbegeleiders (Rots-de Vries e.a., 2011b). Ook werd van ruim veertig casussen in beeld gebracht wat de uitvoering succesvol maakte of juist hinderde (Rots-de Vries e.a., 2015). De bevindingen zijn aangevuld met en getoetst aan gegevens uit de vakliteratuur over bemoeizorg en outreachend werken. Waar mogelijk geeft dit hoofdstuk concrete aanwijzingen en voor- en

nadelen van diverse keuzes. De verdere invulling moet op lokaal niveau gestalte krijgen om maatwerk voor de eigen situatie tot stand te brengen (Osté e.a., 2008).

Wat kenmerkt de professional?

De vaardigheden van de praktijkprofessionals dragen in hoge mate bij aan de resultaten van bemoeizorg. Over welke competenties moeten JGZ-professionals beschikken om bemoeizorg gericht op multiprobleemgezinnen met succes uit te voeren?
In de interviews die voor het schrijven van deze handleiding zijn gehouden, is het opvallend dat telkens als eerste naar voren werd gebracht dat bepaalde persoonskenmerken en attitudes essentieel zijn. Bemoeizorgers hebben een sterke affiniteit met bijzondere doelgroepen die afwijken van de gangbare maatschappelijke normen en niet passen in de geijkte structuren van hulp- en dienstverlenende instellingen. Daarnaast hebben ze een sterke innerlijke betrokkenheid bij de problemen van deze gezinnen en een wezenlijke behoefte om in deze gezinnen te investeren. Een manager omschreef dit als een 'terriër-mentaliteit': het zijn doorzetters die niet zomaar loslaten, maar met geduld en vasthoudendheid doorgaan tot ze iets hebben bereikt. Professionals voelen zich daarnaast aangetrokken tot de relatief grote vrijheid die ze hebben om hun werk vorm te geven. In de bemoeizorg zijn geen standaardoplossingen en richtlijnen beschikbaar. Bemoeizorgers zijn creatief en ondernemend en vinden het een uitdaging om buiten de gebaande paden naar mogelijkheden te zoeken. Dit vereist dat zij hun trajecten met gezinnen kunnen analyseren en structureren. Ook rapportage en verantwoording naar collega's en leidinggevenden zijn van belang. Als gemaakte keuzes en opgedane kennis en ervaringen niet gedeeld worden, dreigt het werk te persoonsafhankelijk te worden. Dit draagt niet bij aan de ontwikkeling en onderbouwing van bemoeizorg. En, niet minder belangrijk, ook voor de bemoeizorger zelf draagt het risico's in zich.

Competenties van de bemoeizorger
Bemoeizorg richt zich op verschillende levensgebieden. Daarnaast is de doelgroep niet vastomlijnd, omdat er geen sprake is van één type welomschreven problematiek. De professional moet daarom beschikken over een uitgebreid repertoire van kennis en vaardigheden (Van Doorn e.a., 2008). Hiertoe behoort in de eerste plaats de gangbare sociaal-geneeskundige en sociaal-verpleegkundige basiskennis om mogelijke pathologie en behandelbare aandoeningen te kunnen herkennen en de juiste interventies hiervoor in gang te zetten. Als dergelijke aandoeningen in gezinnen zich voordoen, maar nog niet onderkend zijn (bijvoorbeeld psychiatrische ziekten, zwakbegaafdheid, eetstoornissen of gedragsstoornissen) moet de bemoeizorger deze signaleren. Hij werkt dan volgens het traditionele deskundigheidsmodel: een expert die een probleem signaleert en weet welk recept ervoor bestaat. In de tweede plaats is het noodzakelijk dat de bemoeizorger juist deze positie van 'de deskundige' los kan laten. Dit is nodig omdat de situatie in de gezinnen dermate complex en chaotisch is dat de bemoeizorger nauwelijks

zicht meer heeft op mogelijke oplossingen (Broos, 1996). De gezinsleden zélf gaan bepalen wat zij willen verbeteren en welke oplossingen voor hen werkbaar zijn. De bemoeizorger is wél deskundig in het begeleiden van dit proces. In hoofdstuk 3 zijn deze principes uitvoeriger besproken.
Behalve met de gezinnen en hun sociale netwerk werkt de bemoeizorger samen met andere instellingen en disciplines. Ook dit onderdeel van het werk vereist specifieke vaardigheden, zoals het leren werken vanuit een gezamenlijk belang, kunnen omgaan met eventuele belangentegenstellingen en onderhandelingsvaardigheden. De bemoeizorger treedt hier op als intermediair die de handen op elkaar moet zien te krijgen. Hij moet inzicht in processen, abstractievermogen en sterke communicatieve vaardigheden hebben om boven de partijen te kunnen staan en de totstandkoming van een gedeeld gezinsplan te bewerkstelligen.

Een specialist?
Wordt de bemoeizorg uitgevoerd door JGZ-professionals die zich erin gespecialiseerd hebben of voeren alle jeugdverpleegkundigen (en jeugdartsen) bemoeizorg uit? Een argument voor gespecialiseerde professionals is dat dit werk specifieke vaardigheden vereist. In de praktijk blijkt ook dat niet alle JGZ-professionals affiniteit hebben met dit type werk. Ze achten zichzelf niet in staat de bemoeizorg succesvol uit te voeren. Anderzijds kan ook beargumenteerd worden dat de JGZ er voor ieder kind is en dat de JGZ-professional dus met alle type gezinnen uit de voeten moet kunnen. Dit standpunt lijkt de overhand te hebben in de huidige JGZ-praktijk. Een suggestie is de bemoeizorg te beschouwen als onderdeel van een bredere ontwikkeling in de JGZ-organisatie. In het begin wordt dan gewerkt met gespecialiseerde professionals, waarna via overdracht van kennis en vaardigheden en een aangepast wervings- en selectiebeleid, wordt toegewerkt naar een bredere inbedding in de gehele organisatie.

Randvoorwaarden in de JGZ-organisatie

Het begrip 'bemoeizorg' kan tot verwarring leiden. Er zijn allerlei benamingen in omloop die verwijzen naar gelijksoortige of nauwverwante activiteiten, zoals gezinscoaching, vangnet jeugd, gezinsbegeleiding, achter de voordeur, en soms ook lokale aanduidingen als Bemoeizorg Jeugd regio Zwolle. Als gestart wordt met bemoeizorg is het van belang zorgvuldig vast te stellen wat daaronder wordt verstaan in de specifieke lokale context. In de wirwar van terminologie is het raadzaam niet uitsluitend op de gehanteerde termen af te gaan, maar ook op de inhoud: doelgroep, activiteiten, doelen, positie in het netwerk. Deze handleiding is daarbij behulpzaam.

Signaleringsbeleid
Het is van belang dat een helder beleid ten grondslag ligt aan de manier waarop gezinnen instromen in de JGZ-bemoeizorg. Afspraken hierover zijn afhankelijk van het lokale signaleringsnetwerk voor multiprobleemgezinnen: hoe ziet dit netwerk eruit en hoe functioneert het in de praktijk? Denk bijvoorbeeld aan meldpunten (voor specifieke doelgroepen, zoals ouders met psychiatrische problematiek), Centra voor Jeugd en Gezin, zorgstructuren in de

kinderopvang en op scholen, signalering door sociale wijkteams of woningbouwverenigingen. Het in kaart brengen van het signaleringsnetwerk voor multiprobleemgezinnen leidt gegarandeerd tot discussies. Niet elke organisatie en elke discipline is even duidelijk over de vraag of (actief) signaleren tot haar taak behoort. Opvattingen over signaleren zijn aan verandering onderhevig. Daarnaast kunnen allerlei argumenten worden genoemd waarom organisaties liever niet signaleren of melden, bijvoorbeeld uit angst om het vertrouwen van ouders te verliezen. In het boek Outreachend werken introduceert Lia van Doorn het 'signaleringsgebouw' (Van Doorn e.a., 2008). Hierin worden vijf signaleringstrategieën uitgewerkt, variërend in organisatiegraad en intensiteit. Deze strategieën kunnen een hulpmiddel zijn om op lokaal niveau het signaleringsnetwerk in beeld te brengen, een dialoog aan te gaan en de rol van de verschillende instellingen te verhelderen.

SIGNALERINGSGEBOUW

VIJFDE ETAGE **Outreachend en vindplaatsgericht werken**
VIERDE ETAGE **Systematisch verzamelen van indicatoren**
DERDE ETAGE **In bestaande signaleringsnetwerken participeren of deze opzetten**
TWEEDE ETAGE **Telefonische meldingen verzamelen**
EERSTE ETAGE **Signaleren van dreigende uitvallers binnen het eigen cliëntenbestand**
SOUTERRAIN **Niet signaleren of (gemelde) signalen negeren**

Bron: Outreachend werken. Handboek voor werkers in de eerste lijn. Van Doorn et al. 2008.

Signaleringsstrategieën van de JGZ-organisatie

De JGZ-organisatie kan het signaleringsgebouw gebruiken om de signaleringsstrategieën tegen het licht te houden. In hoofdstuk 2 is beschreven dat de JGZ twee manieren hanteert waarop gezinnen worden gesignaleerd en in de bemoeizorg instromen (zie blz 22). De JGZ heeft een actief 'no-showbeleid' (eerste etage) en/of verzamelt signalen van ketenpartners (tweede en derde etage). Dit laatste kan op een afwachtende manier of proactief door de JGZ te profileren als signalerende organisatie in zorgnetwerken. Ook is het mogelijk dat de JGZ-organisatie een meldpunt inricht waar signaleerders een zorgmelding over een gezin kunnen doen. De JGZ kan meldingen in behandeling nemen en/of melders adviseren hoe zij kunnen omgaan met het signaal. Deze werkwijze heeft parallellen met meldpunten en vangnetfuncties in de

Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ). Een proactieve aanpak zal leiden tot meer signalen en naar verwachting tot een beter bereik van kwetsbare gezinnen door de JGZ. De praktijk leert dat signaleringsafspraken tussen verschillende afdelingen van de GGD, en tussen JGZ-organisaties voor 0 tot 4-jarigen en 4 tot 19-jarigen in een gemeente of regio al tot een betere signalering leiden en bovendien tot meer efficiency.

Samenwerking met Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ)
Omdat zowel de JGZ als de OGGZ onderdeel zijn van de publieke gezondheidszorg zijn zij voor de hand liggende samenwerkingspartners als het gaat om bemoeizorg voor gezinnen. Meldpunten in de OGGZ signaleren niet alleen gemarginaliseerde, alleenstaande volwassenen, maar ook jongeren en gezinnen met kinderen. Een gescheiden aanpak waarbij de OGGZ zich richt op de volwassenen en de JGZ het belang van het kind bewaakt, staat op gespannen voet met het principe van '1Gezin1Plan'. Het is aan te bevelen dat een JGZ-organisatie met de OGGZ in de regio afspreekt dat signalen gedeeld worden op het moment dat er kinderen in het geding zijn. Een belangrijk voordeel hiervan is de mogelijkheid tot het uitwisselen en delen van kennis en ervaring en het afstemmen van elkaars werkprocessen. Ook verdergaande vormen van samenwerking zijn denkbaar. JGZ-professionals kunnen bijvoorbeeld (gedeeltelijk) worden gedetacheerd in een OGGZ-team. In het OGGZ-team wordt op deze manier kennis en kunde toegevoegd over kinderen, ouderschap en opvoeding. In de regio Zwolle bestaat ruime ervaring met deze werkwijze. Een belangrijk voordeel hiervan is dat er snelle toegang is tot specifieke deskundigheid, zoals een (jeugd)psychiater en sociale raadslieden, omdat met hen specifieke samenwerkingsafspraken zijn gemaakt.

Positionering in de zorg voor jeugd

In de introductie en hoofdstuk 1 van deze handleiding is stilgestaan bij de positionering van bemoeizorg door de JGZ (zie blz. 8 en blz. 14-16). De JGZ biedt preventieve gezondheidszorg aan alle 0 tot 19-jarigen in Nederland. Deze positie maakt het mogelijk ook de meest kwetsbare gezinnen te benaderen en het contact met hen aan te gaan of te herstellen. Het welzijn en een gezonde ontwikkeling van het kind staan daarbij voorop. De transities en transformatie die gaande zijn verwachten meer zelfregulatie, eigen regie en omgevingssteun. Bij gezinnen met complexe moeilijkheden zijn meer inspanningen nodig om deze verwachtingen waar te maken. Dit onderstreept het belang van een goed voorbereide en goed gepositioneerde JGZ om ook deze gezinnen te bereiken.
Onder meer uit de veldraadpleging is gebleken dat de positionering, profilering en zichtbaarheid van de JGZ verbetering behoeven. Voor een kwalitatief goede uitvoering van bemoeizorg is het van belang dat zowel de JGZ-organisatie zelf als de partners waarmee de JGZ samenwerkt, weten waar de mogelijkheden en beperkingen liggen van bemoeizorg. Wat heeft bemoeizorg te bieden en wat niet? In het kader van de transitie en transformatie van de zorg voor jeugd richten veel gemeenten wijkteams in, al dan niet specifiek gericht op jeugd en gezin. Het werken in wijkteams is relatief nieuw en er wordt door gemeenten nog volop mee geëxperimenteerd. Tot op heden

hebben weinig wijkteams de ondersteuning van de 'nulde lijn' (waaronder preventie) in hun pakket (Oude Vrielink e.a., 2014). Er is sprake van een overgangsfase waarbij lokaal verschillende keuzes worden gemaakt. Dit maakt het proactief positioneren van bemoeizorg gecompliceerder. Toch is een goede positionering belangrijk voor effectieve lokale samenwerking. Vooraf oriënteren op de lokale omstandigheden is essentieel, temeer omdat er tussen (groepen van) gemeenten grote verschillen bestaan. Relevante vragen bij het in kaart brengen van de lokale omstandigheden zijn: welke gezinnen worden nog niet bereikt en wat zijn hun behoeften? Wat is het aanbod, welke zorgnetwerken zijn er en hoe functioneren deze? Welke expertise is aanwezig en waar vallen gaten?

Hoever gaat de bemoeizorg door de JGZ?

Bij bemoeizorg benadert de JGZ gezinnen met als eerste doel contactherstel en het verhelderen van gezinsdoelen. Hierna kan een vervolg niet uitblijven. Dit bestaat uit het maken van een gezinsplan. Als er meerdere instellingen bij een gezin betrokken zijn, is het principe '1Gezin1Plan' leidend om de gezinsdoelen centraal te stellen en efficiënt samen te werken.
De logica en uitgangspunten van '1Gezin1Plan' worden breed onderschreven. In de praktijk is er echter nog volop een omslagproces gaande wat betreft het integreren van 1Gezin1Plan in organisaties en in het handelen van professionals. Dit bleek ook in het onderzoek naar bemoeizorg in de JGZ. Het functioneren van het zorgnetwerk en onduidelijkheid over de zorgcoördinatie worden nog regelmatig als belemmering ervaren (Rots-de Vries e.a., 2015). Het is behulpzaam wanneer de JGZ-organisatie naar gemeenten en ketenpartners verheldert hoever de bemoeizorg zich uitstrekt. Er zijn drie varianten te onderscheiden:

1. Minimum
Een minimale variant is dat de JGZ-professional volgt of 1Gezin1Plan daadwerkelijk van de grond komt op proces en op inhoud, en of het plan vervolgens ook wordt uitgevoerd. Dit betekent dat het contact met het gezin na stap 3 wordt overgedragen aan een andere professional, bijvoorbeeld uit het sociale wijkteam. De functies van de JGZ zijn in deze variant signalering, vraagverheldering en monitoring. Een beperking van deze variant is dat de zorgvuldig opgebouwde samenwerking met het gezin al snel weer wordt overgedragen.

2. Tussenvorm
Een tweede variant is dat de JGZ-professional ook de initiator is van 1Gezin-1Plan en de eerste planbespreking organiseert en begeleidt. Dit volgt op natuurlijk wijze uit het opgebouwde contact met het gezin. Gedurende de planbespreking wordt vervolgens bekeken wie de rol van zorgcoördinator op zich neemt. Via stap 6 (Monitoring) houdt de JGZ het gezin wel in beeld. Deze variant heeft in de praktijk de voorkeur.

3. Maximum
Een maximale variant is dat de JGZ-professional de totstandkoming van het gezinsplan begeleidt en tevens de functie van zorgcoördinator krijgt. Hierbij speelt de vraag of de rol van zorgcoördinator past bij de taken van

de JGZ-professional. De bedoeling van de flexibilisering van de contactmomenten is dat er meer ruimte en tijd komt voor kwetsbare gezinnen, maar JGZ-professionals ervaren dat intensieve vormen van zorgcoördinatie minder goed passen bij hun taken en tijdsbesteding met veel vaste, ruim van tevoren ingeplande spreekuren. Er zijn ook JGZ-professionals die de rol van zorgcoördinator op zich nemen, omdat ze graag (nog even) 'de touwtjes in handen' willen houden en verder willen met het gezin.

ZORGCOÖRDINATIE

Om zorgcoördinatie kansrijk te organiseren volgens het principe '1Gezin1Plan' moet aan een aantal randvoorwaarden worden voldaan. In het rapport 'De kracht van verbinden' (Prinsen e.a., 2006) komen de volgende naar voren:

- Een gemeentelijke visie op zorgcoördinatie: visie op het voeren van regie, op de samenwerking tussen de verschillende instellingen en op wat de gemeente precies verstaat onder de functie 'zorgcoördinatie'.
- Het uitdragen van deze visie, de wil tot samenwerking en het vasthouden aan de gehanteerde begripsdefiniëringen, zodat alle betrokken instellingen dit onderschrijven.
- Een professioneel gemeentelijk beleidsapparaat met voldoende menskracht en financiële middelen om de zorgcoördinatie aan te sturen en te begeleiden.
- Voor gemeenten en instellingen zijn elkaars taken, verantwoordelijkheden, bevoegdheden en deskundigheid helder.
- Samenhang tussen beleids- en uitvoeringsregie. Beleidsregie is de regie van de gemeente op de instellingen. De uitvoeringsregie is de uitvoering van de zorgcoördinatie in individuele cases. De gemeente delegeert dit laatste aan instellingen.
- Samenhangende organisatie en inzet. Instellingen die deelnemen aan een samenwerkingsverband waarin de coördinatie van zorg is geregeld, hebben zich vastgelegd op hun commitment tot samenwerking.
- Er is bereidheid tot samenwerking en acceptatieplicht. Voor de zorgcoördinator moet bovendien de doorzettingsmacht geregeld zijn. Als het nodig is, is de noodzakelijke zorg dan af te dwingen bij gezinnen en zorgaanbieders.

Vrije ruimte binnen het methodisch werken

Een laatste randvoorwaarde voor bemoeizorg is voldoende tijd, regelruimte en handelingsvrijheid.
Bemoeizorggezinnen passen moeilijk in de vaste structuren en protocollen. Ze zijn niet makkelijk te bereiken met de reguliere methoden van signaleren. Ook zijn ze doorgaans niet gebaat bij het standaardaanbod. Dit betekent dat bemoeizorg behoorlijk flexibel georganiseerd moet zijn. Er moet vrije

handelingsruimte zijn om slagvaardig handelen, flexibel werken en creatieve oplossingen mogelijk te maken (Van Doorn e.a., 2008). Dit sluit aan bij de flexibilisering in de JGZ. De keerzijde hiervan is dat het werk ongestructureerd, oncontroleerbaar en grenzeloos kan worden. Naast bewegingsvrijheid voor de medewerkers moet de JGZ-organisatie ook structuur en ondersteuning bieden, bijvoorbeeld in de vorm van werkoverleg, methodiekbegeleiding, casuïstiekbesprekingen, koppeling van elke medewerker aan een vaste collega en beschikbaarheid van leidinggevende steun. De speelruimte wordt zo ingebed in de principes van methodisch en gestructureerd werken. Daarnaast zijn een open cultuur, transparantie en reflectiviteit onontbeerlijk om de genoemde risico's te ondervangen.

‘Met de kinderen gaat het prima’

Van signaal tot voordeur
Een medewerker van de politie belt de Jeugdgezondheidszorg. In een gezin is regelmatig sprake van geweld tussen de ouders. De drie kinderen, twee op de basisschool en één op het voortgezet onderwijs, zijn getuigen geweest van ouderlijk geweld. Ook na de scheiding komt vader regelmatig zijn kinderen halen of bezoeken en ook dan is sprake van huiselijk geweld. Het gezin staat afhoudend tegenover inmenging van buitenaf en leeft erg op zichzelf.

Aan de voordeur
Heleen, de medewerker van de JGZ-bemoeizorg, krijgt geen telefonisch contact en besluit onaangekondigd op huisbezoek te gaan. Moeder is alleen thuis en stemt vrij snel in met een gesprek. Ze is eigenlijk wel benieuwd wat de JGZ haar te bieden heeft.

Op de bank
Tijdens het eerste gesprek uit moeder vooral veel klachten over haar krappe financiële situatie. Ze heeft een bijstandsuitkering, problemen met de financiële administratie en moppert over de bijstandsambtenaar. Met de kinderen gaat het volgens moeder prima. Heleen vraagt voorzichtig naar de relatie met haar ex. Maar dit is volgens moeder verleden tijd. Het heeft geen zin daar nog over te beginnen, zegt ze. Heleen krijgt het wel voor elkaar een afspraak te maken voor een tweede bezoek om te kijken hoe meer overzicht gekregen kan worden over de financiële situatie. Ze vraagt de moeder daar vast over na te denken. Heleen geeft aan dat zij dat ook zal doen.

Het vervolg
Heleen komt erachter dat bij de gemeente kort geleden een fonds beschikbaar is gekomen voor het bekostigen van activiteiten van sociaal geïsoleerde kinderen in een moeilijke thuissituatie. Tijdens het tweede bezoek brengt ze dit naar voren. Moeder reageert zeer positief. Heleen legt haar uit hoe ze van dit fonds gebruik kan maken. Samen vullen ze de benodigde formulieren in. Via het fonds lukt het een uitje met de kinderen te organiseren. Ook de overblijfkosten worden vergoed. Dit geeft moeder positieve energie en meer lucht. Na enkele contacten gaat moeder schoorvoetend akkoord om op gesprek te gaan bij het maatschappelijk werk. Ze maken afspraken over het op orde brengen van de financiële administratie en budgetbeheer. Ondertussen spreekt Heleen met moeder over de kinderen. Van de basisschool krijgt moeder zorgelijke signalen. Ze maken veel ruzie en zijn in de klas moeilijk te corrigeren. De oudste ontwikkelt thuis gedragsproblemen. Hij wil de baas in huis spelen nu zijn vader er niet meer is.

Resultaat interventie
Langzamerhand krijgt moeder enig vertrouwen in een plan om voor de kinderen ondersteuning in gang te zetten. Vanuit het Centrum voor Jeugd en Gezin worden enkele sessies thuis verzorgd. Daarna organiseren moeder en Heleen een bespreking met het CJG en de intern begeleider van de school van het oudste kind om een gezinsplan te maken. Heleen zit de bespreking voor en zorgt dat zoveel mogelijk informatie op tafel komt. Moeder wordt intensief

Casus

betrokken bij de bespreking, zodat het plan goed is afgestemd op de gezinssituatie. In deze planbespreking is samen met moeder besloten dat de oudste zoon meer onderzoek nodig heeft, omdat hij anders over een paar jaar in de problemen komt. Verder is afgesproken dat moeder bij het maatschappelijk werk blijft, zodat ze haar verhaal en praktische vragen kwijt kan.

Literatuurverwijzingen

Baart, A. *Een theorie van presentie*. Utrecht: Lemma, 2001.

Berg, I.K. *Ik wil mijn kind niet kwijt. Samenwerken met ouders onder dwang van de kinderbescherming.* Haarlem: De Toorts, 1994.

Berg, G. van den & Baat, M. Gezinnen met meervoudige problemen. In: M. de Klerk, M. Prins, P. Verhaak & G. van den Berg (red.), *Zorgen voor meervoudige problemen. Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg ten behoeve van het advies "De bomen en het bos: de patiënt, zijn vraag en het landschap"* (pp 75-97). Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2012.

Bolt, A. & Zijden, Q. van der. *1Gezin1Plan. Handboek voor de praktijk.* Amsterdam: SWP, 2015.

Broos, D. *Leren loslaten van het traditionele hulpverleningsmodel. Een begeleidingshouding bij multiprobleemgezinnen.* Tijdschrift voor orthopedagogiek, kinderpsychiatrie en klinische kinderpsychologie 21(4): 163-172, 1996.

Bruning, M.R. *Over sommige kinderen moet je praten. Gegevensuitwisseling in de jeugdzorg.* Leiden: Universiteit Leiden, 2006.

Doğan, G., Van Dijke, A. & Terpstra, L. *Wie zijn er 'moeilijk bereikbaar'? Aanknopingspunten voor ondersteuning en begeleiding van 'moeilijk bereikbare' gezinnen en jongeren.* Utrecht: NIZW, 2000.

Doorn, L. van, Etten, Y. van & Gademan, M. *Outreachend werken. Handboek voor werkers in de eerste lijn.* Bussum: Coutinho, 2008.

Franken-van der Toorn, H.E. & Kroesbergen, H.T. *Bemoeizorg door de Jeugdgezondheidszorg*. GGD Nieuws 14(6): 18-23, 2002.

GGD GHOR Nederland, GGZ Nederland & KNMG. *Handreiking Gegevensuitwisseling in de bemoeizorg.* 2014. Te downloaden via www.knmg.nl

GGD West-Brabant. *Uit beeld? Kwetsbare mensen op vergeten plekken. De inzet van de GGD West-Brabant op camping Fort Oranje.* Breda: GGD West-Brabant, 2014.

Ghesquière, P. *Multi-problem gezinnen.* Leuven: Garant, 1996.

Goderie, M. & Steketee, M. *Gezinnen in onbalans. Onderzoek naar het bereiken van gezinnen in probleemsituaties.* Utrecht: Verwey-Jonker instituut, 2003.

Henselmans, H. *Bemoeizorg. Ongevraagde hulp voor psychotische patiënten.* Delft: Eburon, 1993.

Hermanns, J., Schrijvers, G. & Ory, F. *Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter.* Utrecht: Julius Centrum, 2005.

Hermanns, J. *Het bestrijden van kindermishandeling. Een aanpak die werkt.* Woerden/Utrecht: Co Act/NJi, 2008.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. *De Jeugdgezondheidszorg beter in positie.* Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2014.

Jong, P. de & Berg, I.K. *De kracht van oplossingen. Handwijzer voor oplossingsgerichte gesprekstherapie.* Lisse: Harcourt Book Publishers, 2004.

Keesom, J. & Kooijman, K. *Zorgen delen. Zorgwekkende opvoedingssituaties met ouders bespreken in de Jeugdgezondheidszorg.* Utrecht: NIZW, 2002.

KING (Kwaliteitsinstituut Nederlandse gemeenten). *Startnotitie gegevensuitwisseling en privacybescherming 1-Gezin, 1-Plan, 1-Regisseur.* 2013. Te downloaden via www.vng.nl.

KNMG, GGZ Nederland, AJN, LHV, NIP, NVvP, SVG, V&VN & VVAK. *Wegwijzer beroepsgeheim in samenwerkingsverbanden.* 2014. Te downloaden via www.knmg.nl.

Knot-Dickscheit, J., Tausendfreund, T. & Knorth, E.J. Intensieve *Pedagogische Thuishulp voor multiprobleemgezinnen: een kijkje achter de schermen.* Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk 54(5): 205-220, 2015.

Lans, J. van der & Medema, N. *Bemoeien werkt. Naar een pragmatisch paternalisme in de sociale sector.* Amsterdam: Van Gennep/De Balie, 2006.

Miller, W.R. & Rollnick, S. *Motiverende gespreksvoering, een methode om mensen voor te bereiden op verandering.* Ouderkerk aan den IJssel: Ekklesia, 2007.

Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. *JGZ-richtlijn Opvoedondersteuning.* Utrecht: NCJ, 2013.

Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. *Preventieve zorg voor jeugd. JGZ als basis binnen de integrale zorg voor jeugd.* Utrecht: NCJ, 2014a.

Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. *Samenwerken voor bijzondere groepen jeugdigen.* Utrecht: NCJ, 2014b.

Oude Vrielink, M., Kolk, H. van der & Klok, P.J. *De vormgeving van sociale (wijk)teams. Inrichting, organisatie en vraagstukken.* Den Haag: Platform 31, BMC Advies, Universiteit Twente, 2014.

Osté, J.P., Koster, P.P.G. & Verhoef, A. *Werkwijze Vangnet Jeugd in vijf steden.* Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg 40(2): 30-36, 2008.

Pas, A. van der. *Ouderbegeleiding als methodiek.* Handboek methodische ouderbegeleiding deel 1. Amsterdam: SWP, 2006.

Prinsen, B. & Roelofse, E. *De kracht van verbinden. Coördineren van zorg op lokaal niveau.* Utrecht: NIZW, 2006.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. *The transtheoretical appraoch.* Homewood Ill: Dow Jones Irwin, 1984.

Regenmortel, T. van. *Lexicon van empowerment.* Utrecht: Marie Kamphuis Stichting, 2011.

Roeg, D., Lindt, S. van de, Lohuis, G., & Doorn, L. van. (red.). *Bemoeizorg van A tot Z. Assertieve en outreachende Zorg.* Amsterdam: SWP, 2015.

Rots-de Vries, M.C., Goor, L.A.M. van de, Stronks, K. & Garretsen, H.F.L. *Psychosocial child adjustment and family functioning in families reached with an assertive outreach intervention.* Scandinavian Journal of Caring Sciences 25: 211-219, 2011a.

Rots-de Vries, M.C., Goor, L.A.M. van de, Stronks, K. & Garretsen, H.F.L. *Evaluation of an assertive outreach intervention for problem families: intervention methods and early outcomes.* Scandinavian Journal of Caring Sciences 25: 269-276, 2011b.

Rots-de Vries, C., Mathijssen, J., Kroesbergen I., Roeg, D., & Garretsen, H. *Uitkomsten van Bemoeizorg door de Jeugdgezondheidszorg: een prospectief onderzoek.* Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk 54(5): 205-220, 2015.

Samenwerkend Toezicht Jeugd. *Vormgeving zorg en ondersteuning aan gezinnen met geringe sociale redzaamheid*. Utrecht: Samenwerkend Toezicht Jeugd, 2014.

Schout, G. *Zorgmijding en zorgverlamming.* Sociale interventie 17(1), 2008.

Struijs, A.J. & Doorten, I. *Dilemma's op de drempel. Signaleren en ingrijpen van professionals in opvoedingssituaties.* Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid, 2008.

Yperen, T. van & B. Bijl. Op weg naar veelbelovend. In: *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg* (pp 35-56). T. van Yperen & J. W. Veerman (red). Delft: Eburon, 2008.

Training ‘Outreachend werken in de JGZ’

Buiten de kaders durven denken en zonder beperkende gedachten uit durven gaan van wat nodig is in die ene specifieke situatie; het hoort bij de transformatie waar de JGZ middenin zit. Maar proactief en outreachend werken is voor veel JGZ-professionals nog geen vanzelfsprekendheid. Uit een veldraadpleging blijkt dat er behoefte is aan ondersteuning hierbij. Om daaraan tegemoet te komen heeft de GGD Academy de training ‘Outreachend werken in de JGZ’ ontwikkeld. Deze is gebaseerd op de interventie die in deze handleiding is beschreven.

De training bestaat uit drie dagdelen en biedt jeugdverpleegkundigen handvatten op het gebied van contact leggen met bijzondere groepen en het op een effectieve manier inschakelen van het zorgnetwerk.
De GGD Academy heeft de training in de praktijk getest en (door)ontwikkeld en biedt deze op maat aan. Daarnaast is het mogelijk om een aanvullend dagdeel te volgen waarmee jeugdverpleegkundigen zelf trainer kunnen worden, zodat ze hun opgedane kennis en vaardigheden vervolgens effectief kunnen overdragen aan hun collega’s.
Op de website www.ggdacademy.nl vindt u meer informatie. Bent u geïnteresseerd of heeft u vragen? Neem dan contact op via info@ggdacademy.nl.

Deelnemers over de training:
‘Een leerzame training, toepasbaar in de huidige praktijk’
‘De scholing was zeer leerzaam. Ik zou meer collega’s de kans willen geven om hieraan deel te nemen’
‘Het trainen met een acteur geeft heel goed weer wat je wel en niet kunt bereiken met communicatie’

Over de auteurs

Carin Rots-de Vries is wetenschappelijk beleidsadviseur bij de GGD West-Brabant en senior onderzoeker bij Tranzo (Tilburg University) in de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Brabant. Zij is gepromoveerd op de ontwikkeling en toepassing van bemoeizorg in de praktijk van de Jeugdgezondheidszorg.

Ike Kroesbergen is senior gezondheidsonderzoeker bij de GGD West-Brabant. Zij heeft expertise op het terrein van preventieve jeugdinterventies en heeft hierover regelmatig gepubliceerd in zowel vaktijdschriften als wetenschappelijke tijdschriften.

Yonna Theunis is jeugdverpleegkundige bij de GGD West-Brabant. Zij heeft veel ervaring met het uitvoeren van bemoeizorg in de Jeugdgezondheidszorg. In 2013 behaalde zij haar diploma Gezondheidswetenschappen met een master gericht op de publieke gezondheidszorg. Momenteel verzorgt zij de training 'Outreachend werken in de JGZ'.

GGD West-Brabant

GGD Hart voor Brabant

GGD Brabant-Zuidoost

Tranzo

Universiteit van Tilburg

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Hoe komt de Jeugdgezondheidszorg in contact met gezinnen waar ernstige zorgen over bestaan, maar die niet op de reguliere manieren in beeld komen of de weg zijn kwijtgeraakt in het hulp- en dienstverleningsaanbod? Deze actuele vraag vormt de kern van deze handleiding. Outreachend werken is nodig om ook de meest kwetsbare gezinnen te bereiken en daadwerkelijk alle kinderen in beeld te hebben en te houden.
Deze handleiding is hierbij behulpzaam en maakt outreachend werken concreet aan de hand van de interventie 'Bemoeizorg in de Jeugd-gezondheidszorg'. Het eerste doel is contactherstel. Vervolgens brengt de JGZ in nauwe samenspraak met de gezinnen en hun sociale netwerk ondersteuning of hulp op gang. Elke professional die met gezinnen te maken heeft, weet dat dit geen eenvoudige opgave is. Gezinsproblematiek gaat gepaard met intense emoties van de betrokken ouders en kinderen, en speelt zich af op het kruispunt van gezinsrelaties. Daarnaast vindt bemoeizorg plaats in de dynamische context van flexibilisering van de JGZ en de transitie en transformatie van de jeugdzorg.
De complexiteit en dynamische omgeving vragen om eenduidige modellen en gedragsregels, waarop professionals en managers kunnen terugvallen. Deze handleiding werkt deze op een systematische wijze uit en wil tegelijk aan de gevarieerdheid van dit werk recht doen. Ruim tien jaar ontwikkeling en onderzoek in de praktijk van de JGZ ligt eraan ten grondslag.