

Richtlijn opvoedingsondersteuning

voor opvoedingsvragen en lichte opvoedproblemen

in de jeugdgezondheidszorg en het Centrum voor

Jeugd en Gezin

Colofon

- ★ drs. B. Prinsen, pedagoog, Nederlands Jeugdinstituut, Utrecht
- ★ dr. M. P. L'Hoir, pedagoog-psychotherapeut, TNO, Leiden
- ★ M. de Rooter, stafverpleegkundige JGZ, GGD Regio Nijmegen (lid V&VN)
- ★ drs. M. Oudhof, orthopedagoog-jeugdverpleegkundige, Nederlands Jeugdinstituut, Utrecht
- ★ dr. M. Kamphuis, jeugdarts KNMG, Stichting JGZ Zuid Holland West en TNO, Leiden (lid AJN)
- ★ dr. M. de Wolff, pedagoog, TNO, Leiden
- ★ dr. L. Alpay, onderzoeker, TNO, Leiden

Nederlands Jeugdinstituut / TNO
Utrecht / Leiden
17 januari 2012

Inhoudsopgave

Inleiding	6
Doel van de richtlijn	6
Doelgroep van de richtlijn.....	6
De richtlijnontwikkelingsgroep	7
De werkwijze.....	7
Uitgangsvragen.....	8
Knelpuntenanalyse en focusgroepen.....	9
Search naar bestaande richtlijnen en protocollen	9
Gericht literatuuronderzoek	10
Ontwerp van het beslisschema bij opvoedproblematiek.....	11
Opbouw van de richtlijn	11
Leeswijzer.....	11
1. Wat is opvoedingsondersteuning?	12
1.1 Wat is opvoeden?.....	12
1.2 Wat is opvoedingsondersteuning?	16
Definitie.....	17
Functies	18
Geschiedenis	19
Conclusies.....	20
2. Wensen, behoeften en opvattingen van ouders	21
2.1 Welke opvoedproblemen en opvoedvragen hebben ouders?.....	21
2.2 Welke ouders hebben vragen en problemen.....	23
2.3 Hoeveel ouders hebben vragen en problemen.....	25
2.4 Welke wensen, behoeften en opvattingen hebben ouders over opvoedingsondersteuning.....	25
2.5 Raadpleging ouders.....	27
2.6 Overige overwegingen	28
2.7 Conclusies	28
2.8 Aanbevelingen	29
3. Taken van JGZ-professionals en CJG-kernpartners	30
3.1 Taken JGZ-professionals in de opvoedingsondersteuning.....	30
3.2 Taken opvoedingsondersteuning van de kernpartners in het CJG	32
3.3 Taken opvoedingsondersteuners buiten de JGZ en het CJG	32
3.4 Afstemming met ketenpartners.....	35
3.4 Juridische kaders voor uitwisseling informatie.....	38
3.5 Overige overwegingen	39
3.6 Conclusies	41
3.7 Aanbevelingen	41
4. Beroepshouding, communicatievaardigheden en competenties van CJG-professionals.....	43
4.1 Vaardigheden en houdingen voor het werken met ouders	43
4.2 Beroepscompetenties voor het werken met ouders (buitenland).....	46
4.3 Competenties van CJG-professionals.....	47
4.4 Interculturele competenties.....	50
4.5 Competenties gericht op samenwerken	50
4.6 Scholing.....	52
4.7 Professionalisering en kwaliteitsbewaking	56
4.8 Overige overwegingen	58
4.9 Conclusies	59
5. Optimale communicatie en empowerment van ouders	61
5.1 Inleiding	61
5.2 Wat is empowerment?.....	61
5.3 De houding en communicatie van de professional.....	62

5.4	Vormen van communicatie.....	62
5.5	Optimale communicatie vanuit het perspectief van ouders.....	63
5.6	Empowerment in interventies	64
5.7	Versterken van de eigen kracht van ouders	64
5.8	Conclusie.....	67
5.9.	Aanbevelingen	67
6.	Instrumenten, methoden en programma's bij het voorkomen, signaleren en interveniëren van opvoedingsproblemen.....	68
6.1	Signalering.....	68
6.1.1	Het overzicht van signaleringsinstrumenten van opvoedingsproblemen.....	68
6.1.2	Ernsttaxatie.....	72
6.1.3	Conclusies over de signaleringsinstrumenten	72
6.2	Methodieken, programma's en interventies voor opvoedingsondersteuning	74
6.2.1	Methodieken voor opvoedingsondersteuning	74
6.2.2	Programma's en interventies voor opvoedingsondersteuning	77
6.2.3	Bewezen effectieve buitenlandse interventies	78
6.2.4	Wat werkt in preventie?	84
6.2.5	Overige overwegingen met betrekking tot buitenlandse programma's.....	86
6.2.6	Effectiviteit van interventies voor opvoedingsondersteuning in Nederland	87
6.2.7	Bewezen effectieve interventies voor opvoedingsondersteuning	89
6.2.8	Waarschijnlijk effectieve interventies in Nederland	89
6.2.9	Interventies voor opvoedingsondersteuning die theoretisch goed zijn onderbouwd.....	90
6.2.10	Interventies die vooralsnog niet zijn beoordeeld voor opname in de databank...97	97
6.3	Overige overwegingen	97
6.4	Conclusies en aanbevelingen	97
6.4.1	Conclusies over de signaleringsinstrumenten	97
6.4.2	Conclusies over interventies voor opvoedingsondersteuning.....	98
6.4.3	Aanbevelingen over signaleringsinstrumenten en interventies	98
7.	Diversiteit	101
7.1	Preventie en signalering.....	101
7.1.1	Inleiding.....	101
7.1.2	Etnische achtergrond	101
7.1.3	Bruikbaarheid van instrumenten bij andere risicogroepen	103
7.1.4	Overige overwegingen	104
7.1.5	Conclusies	105
7.1.6	Aanbevelingen	105
7.2	Interventies.....	106
7.2.1	Inleiding.....	106
7.2.2	Ouders met een niet-westerse achtergrond	107
7.2.3	Ouders en kinderen met een lage SES.....	110
7.2.4	Ouders van kinderen met een beperking	111
7.2.5	Alleenstaande ouders	112
7.2.6	Orthodox gereformeerde ouders	112
7.2.7	Overige overwegingen	113
7.2.8	Conclusies	114
7.2.9	Aanbevelingen	114
8.	Beslissen over ondersteuning en hulp bij het opvoeden	116
9.	Kosteneffectiviteit opvoedingsondersteuning.....	122
9.1	Inleiding.....	122
9.2	Uitkomsten van Nederlandse kosteneffectiviteitsstudies	122
9.3	Uitkomsten van buitenlandse kosteneffectiviteitsstudies.....	123
9.4	Conclusies	124
9.5	Aanbevelingen	125
10.	Wettelijke kaders, zorgstructuren en trends	126
10.1	Wettelijke kaders.....	126

10.2	Landelijke ontwikkelingen.....	128
10.3	Trends	132
10.4	Conclusies	139
10.5	Aanbevelingen	140
Literatuur		141
Bijlage 1		
	Samenstelling en verslaglegging focusgroepen en knelpunteninventarisatie.....	160
	Verslag Focusgroep 2 ‘JGZ richtlijn opvoedingsondersteuning’ NJi, Utrecht, 15 februari 2010.....	165
	Verslag Focusgroep 3 ‘JGZ richtlijn opvoedingsondersteuning’ NJi, Utrecht.....	171
	1 november 2010.....	171
	Verslag Focusgroep 4 ‘JGZ richtlijn opvoedingsondersteuning’ Jong Florence, Den Haag, 11 april 2011.....	172
Bijlage 2.....		
	Levensloop en contactmomenten.....	174
Bijlage 3.....		
	Nog niet beoordeelde interventies voor universele opvoedingsondersteuning.....	175
Bijlage 4.....		
	Competenties jeugdverpleegkundigen	179
Bijlage 5.....		
	Ernsttaxatie bij CJG Rijnmond.....	181
Bijlage 6.....		
	Profiel verpleegkundig specialist preventie werkzaam in de JGZ	184
Bijlage 7.....		
	Britse beroepscompetenties voor het werken met ouders	186
Bijlage 8.....		
	Interventies gericht op opvoedingsondersteuning.....	191
Bijlage 9.....		
	Evidence-tabellen	192

Inleiding

De richtlijn “Opvoedingsondersteuning” is bedoeld om de preventie, signalering en aanpak van lichte opvoedingsproblemen door JGZ- en CJG- professionals te onderbouwen en te stroomlijnen en de kwaliteit van de opvoedingsondersteuning aan ouders in de JGZ en de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) te verbeteren. Deze richtlijn is specifiek gericht op:

- vragen die ouders hebben over het opvoeden van hun kind,
- anticiperende voorlichting over de dagelijkse opvoeding die de JGZ verstrekt vanuit haar collectief preventieve opdracht,
- signalen die de JGZ medewerker opvangt over eventuele opvoedingsproblemen
- de aanpak van opvoedproblemen en de eventuele inschakeling van gespecialiseerde professionals (zoals pedagogen, gedragswetenschappers, psychiaters etc.) binnen of buiten de JGZ en het CJG.

Bij de beroepsgroepen die zich bezig houden met het opvoeden van jeugdigen bestaat behoefte om te komen tot een eenduidige en gezamenlijke ketenaanpak rond opvoedingsondersteuning, met de nadruk op de jeugdgezondheidszorg, maar ook met aandacht voor professionals die soms binnen de JGZ werkzaam zijn en soms daarbuiten (onder meer in het CJG), zoals pedagogen, psychologen en maatschappelijk werkers. Uniforme anticiperende voorlichting en eventueel advisering, zoveel mogelijk gebaseerd op evidence based informatie, maar in ieder geval practice-based, zijn nodig. Voor ouders moeten de adviezen acceptabel zijn, aansluiten bij hun behoeften en die van hun kind en passen bij hun visie over opvoeding en de zorg rond hun kind. De adviezen en voorlichting moeten begrijpelijk zijn voor ouders met diverse scholingsachtergrond, basisvaardigheden, basiskennis, abstractievermogen en beheersing van het Nederlands.

Doel van de richtlijn

Een richtlijn is een document met aanbevelingen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de dagelijkse praktijkvoering. In de conclusies wordt aangegeven wat de wetenschappelijke stand van zaken is. De aanbevelingen zijn gericht op het expliciteren van optimaal medisch, gedragsmatig en gezondheidskundig handelen en zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en de daarop aansluitende meningsvorming. Het einddoel is dat ouders in de nabije toekomst heldere en goed onderbouwde informatie, adviezen en steun krijgen bij de opvoeding en de professionals weten wie welke bewezen effectieve opvoedingsondersteuning biedt en op welk moment. In deze richtlijn, die onderdeel uitmaakt van het ZonMw-programma Richtlijnen Jeugdgezondheidszorg, worden handvatten aan JGZ- en CJG-professionals geboden, die zoveel mogelijk gebaseerd zijn op wetenschappelijk bewijs.

De richtlijn maakt het voor de professionals in de JGZ en het CJG, die met ouders en jeugdigen werken, mogelijk om binnen hun preventieve taakstelling volgens de huidige stand van de wetenschap optimale opvoedingsondersteuning te bieden en bij ernstige problemen deze tijdig te signaleren, te behandelen/begeleiden en zonodig de jeugdige met zijn ouders te verwijzen. Het eindproduct omvat een gezamenlijk onderschreven manier van werken in de jeugdgezondheidszorg en de bredere context van het CJG – als deel van de lokale preventieve en zorgstructuur voor jeugdigen en ouders - gericht op opvoedingsondersteuning aan ouders en jeugdigen en het bieden van optimale steun.

Doelgroep van de richtlijn

De richtlijn heeft betrekking op alle jeugdigen van 0 tot 19 jaar en hun ouders en opvoeders. De perioden van de conceptie (-9 maanden) tot de geboorte en van 19 t/m 23 jaar worden wel genoemd, maar niet uitgebreid besproken in deze richtlijn.

De richtlijn is primair bedoeld voor de jeugdverpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, jeugdartsen, pedagogen en doktersassistenten in de jeugdgezondheidszorg, maar

daarnaast ook voor de andere professionals die werkzaam zijn samen met de JGZ in de Centra voor Jeugd en Gezin: de maatschappelijk werkers en de gerdagwetenschappers (pedagogen en psychologen). Dat vloeit voort uit de opdracht, die gemeenten sinds 2008 hebben om de JGZ in samenhang met het aanbod voor opvoed- en opgroei-ondersteuning in het kader van de Wmo, onder te brengen in een CJG, dat een link heeft met de leerlingenzorg en het onderwijs en met Bureau Jeugdzorg. In 2011 moet iedere gemeente een dergelijk centrum hebben. Het CJG is een netwerkorganisatie die door een bundeling een samenhangend aanbod van JGZ- en Wmo-activiteiten gericht op hulp bij het opvoeden en opgroeien tot stand moet brengen. De JGZ is een van de belangrijkste partners in het CJG. Voor de invulling van het CJG hebben de VNG, het ministerie voor Jeugd en Gezin, IPO, MO-groep, ActiZ en GGD Nederland samen een basismodel afgesproken, dat met zijn diverse uitwerkingen de basis vormt voor de CJG-context van deze richtlijn (Ministerie van Jeugd en Gezin, 2010 / 2007; BMC, 2009).

Alle betreffende beroepsverenigingen (AJN, V&VN, NVDA, NVO, NIP, NVMW) zijn dan ook betrokken bij het project. Omdat opvoedondersteuning een gezamenlijke verantwoordelijkheid is van verschillende disciplines, is bij de ontwikkeling van de richtlijn ook samengewerkt met de huisartsen (NHG) en de kinderartsen (NVK). Ouders zijn zelf belangrijke eindgebruikers van de richtlijn. Daarom zijn de ouders ook nauw betrokken bij de ontwikkeling van de richtlijn.

Tijdens het ontwikkeltraject is gewerkt met een beperkte multidisciplinaire kerngroep, die het uitvoerende werk doet. Een brede werkgroep, waarin alle betrokken organisaties vertegenwoordigd zijn, fungeerde als klankbord om de producten van de kerngroep te becommentariëren.

De richtlijnontwikkelingsgroep

De kerngroep is samengesteld uit zeven deskundigen, die belast zijn met het schrijven van de richtlijn. Dat zijn:

- ★ drs. B. Prinsen, andragoog Nederlands Jeugdinstituut
- ★ dr. M. L'Hoir, pedagoog-psychotherapeut, TNO
- ★ M. de Ruiter, stafverpleegkundige JGZ GGD Regio Nijmegen (lid V&VN)
- ★ drs. M. Oudhof, orthopedagoog-jeugdverpleegkundige Nederlands Jeugdinstituut
- ★ dr. M. Kamphuis, jeugdarts KNMG, Stichting JGZ Zuid Holland West en TNO (lid AJN)
- ★ dr. M. de Wolff, pedagoog, TNO
- ★ dr L. Alpay, onderzoeker, TNO

De kerngroep is voor het schrijven van de conceptrichtlijn zeven keer bij elkaar gekomen. Ze is bijgestaan door een uitgebreide redactie (werkgroep) met enkele inhoudelijke experts in opvoedingsondersteuning in de JGZ:

- twee jeugdverpleegkundigen vanuit V&VN
- twee jeugdartsen vanuit AJN
- twee pedagogen, werkzaam in de JGZ in resp. de voorschoolse en de schoolse leeftijdperiode en bij voorkeur uit een klein en een groot pedagogisch team
- een expert opvoedingsondersteuning van één van de universiteiten
- een expert etnisch en sociaal-cultureel bepaalde pedagogische vraagstukken

Om de aansluiting met de CJG-kernpartners (psychologen en pedagogen, maatschappelijk werkers) en de huisartsen en kinderartsen te waarborgen zijn deze partners – beroepsverenigingen – samen met Centrum Jeugdgezondheid en de brancheorganisaties ActiZ, GGD Nederland en de MOgroep ook uitgenodigd voor de werkgroep.

De werkwijze

De richtlijn is ontwikkeld volgens de methode van evidence-based richtlijnontwikkeling (EBRO, 2007). De basis voor de richtlijn is een samenvatting van de beschikbare evidentie in de wetenschappelijke literatuur, op onderdelen aangevuld met uitkomsten van overig onderzoek. Op basis hiervan zijn aanbevelingen geformuleerd voor de praktijk. Bij de

ontwikkeling van de richtlijn is rekening gehouden met het patiënten- of gebruikersperspectief. Het eindproduct bestaat uit een achtergrondboek, een samenvatting, een stroomdiagram en informatie voor gebruikers (bij deze richtlijn: ouders en andere opvoeders).

Na de voorbereiding heeft inventarisatie van de knelpunten in de uitvoering van opvoedingsondersteuning en analyse van de huidige werkwijze in de JGZ- praktijk (zie bijlage 1) en in de tweede lijn (jeugdzorg, jeugdhulpverlening) plaatsgevonden. De kernredactie heeft de knelpunten en uitgangsvragen vastgesteld,voorgelegd aan de deelnemers van twee focusgroepen en aan de verschillende in de expertgroep vertegenwoordigde beroepsgroepen. Daarna zijn bestaande protocollen van de jeugdgezondheidszorg, maatschappelijk werk, de opvoedsteunpunten en bureaus jeugdzorg en richtlijnen van aanpalende beroepsverenigingen en bestaande buitenlandse protocollen bestudeerd. Vervolgens zijn uitgangsvragen opgesteld en heeft gericht literatuuronderzoek plaatsgevonden. Er is een ontwerp van een beslisschema bij opvoedproblematiek gemaakt, een werkkaart gemaakt met een overzicht van signaleringsinstrumenten en beschikbare, evidence based interventies, waarna de conceptrichtlijn is geschreven, die is voorgelegd aan de brede werkgroep, de beroepsverenigingen, de brancheorganisaties en een groep van JGZ-managers. Vervolgens heeft de Richtlijn Advies Commissie in twee vergaderingen haar oordeel uitgesproken, volgde een landelijke commentaarronde en is op voorspraak van de beroepsverenigingen in overleg met ZonMw de richtlijn omgevormd tot een in de context van het CJG te gebruiken richtlijn. Nu volgen nog de vaststelling van de kernadviezen/ indicatoren en de proefimplementatie worden indicatoren aan de hand van dit concept opgesteld, waarna een determinantenanalyse via een proefimplementatie plaatsvindt. Dan wordt de definitieve versie van de 'richtlijn opvoedingsondersteuning' herschreven en volgen de rapportages.

Uitgangsvragen

Met als vertrekpunt de collectieve en individuele zorglijn gebaseerd op de kerntaken preventie, signalering en interventie van het basistakenpakket, de contactmomenten en de levensloop van kinderen (zie bijlage 2) zijn in de richtlijn de volgende inhoudelijke en organisatorische uitgangsvragen opgesteld:

a	Welke definitie, doelen en functies van opvoedingsondersteuning en definitie van opvoedingsproblemen bij 0 tot 19 jarige kinderen wordt in de richtlijn gehanteerd?
b	Welke wensen, behoeften en opvattingen hebben ouders ten aanzien van preventie en signalering van en interventie bij opvoedproblemen en welke problemen en opvoedvragen hebben ze?
c	Welke (evidence based) instrumenten, methoden en programma's kunnen binnen de JGZ (en het Centrum voor Jeugd en Gezin) worden gebruikt voor het voorkomen, signaleren en interveniëren bij opvoedingsproblemen en wat is de evidentie voor de kwaliteit, bruikbaarheid en toepasbaarheid van die instrumenten?
d	Op welke wijze kan in de preventie, signalering en interventie rekening worden gehouden met diversiteit in opvoedingsgewoonten naar etnische achtergrond, sociaal economische status, scholingsachtergrond, beheersing van het Nederlands, (alleenstaand) ouderschap, lichamelijke en verstandelijke beperkingen) en op welke wijze kunnen deze (risico)groepen het meest profiteren van opvoedingsondersteuning?
e	Wat zijn de taken van de jeugdverpleegkundige en de jeugdarts met betrekking tot opvoedingsondersteuning in vergelijking met de taken van de JGZ-pedagoog en van de kernpartners in het Centrum voor Jeugd en Gezin, zoals

	(school)maatschappelijk werk en de gedragswetenschapper, medewerkers van opvoedsteunpunten, zorgadviesteams en de jeugdzorg en hoe kunnen zij optimaal aansluiten op elkaar? Welke samenwerkingsafspraken met de ketenpartners moeten gemaakt worden?
f	Welke houdingen, communicatievaardigheden en competenties zijn nodig voor JGZ medewerkers om de doelstellingen rond opvoedingsondersteuning (in het CJG) vorm te geven, welke scholingsmodule(s) zijn daarvoor nodig en op welke wijze moet borging van houdingen, vaardigheden en competenties plaatsvinden?
g	Wat is een werkzaam beslisschema voor de JGZ (in het CJG) voor signalering, bepalen van de informatie-, hulp- of zorgvraag en de toeleiding naar hulp?
h	Wat zijn de maatschappelijke verwachtingen en vraagstukken (wetgeving en trends) bij opvoeden ?
i	Hoe verhouden de kosten en baten van preventie van opvoed- en psychosociale problemen en opvoedingsondersteuning zich tot elkaar?
j	Hoe verloopt de optimale communicatie met ouders en andere opvoeders en op welke wijze kan opvoedingsondersteuning de eigen kracht van ouders (empowerment) versterken?

De aanpak bij de ontwikkeling van de conceptteksten telt zes stappen:

Knelpuntenanalyse en focusgroepen

Ter inventarisatie van de knelpunten in de uitvoering op grond van analyse van de huidige werkwijze in de JGZ praktijk, waar mogelijk in de CJG-context, en in de tweede lijn zijn drie focusgroepen georganiseerd. De eerste focusgroep is gericht op de huidige werkwijze in het voorlichtings- en preventietraject. Een tweede focusgroep is vooral gericht op samenwerking met de ketenpartners en dus signalering, verwijzing en opvoedhulp. Een derde focusgroep heeft plaats gevonden met ouders van kinderen in verschillende leeftijdsfasen, met verschillende achtergronden, die knelpunten aangaven en deze prioriteerden. Voor de samenstelling van de focusgroepen zie bijlage 1. De verschillende focusgroepen hadden tot doel:

1. Nagaan wat de knelpunten voor JGZ-medewerkers in de (JGZ- en CJG-) praktijk zijn bij de uitvoering van opvoedingsondersteuning.
2. Verkennen wat de knelpunten en belemmeringen voor JGZ-medewerkers zullen zijn in het werken met de toekomstige 'richtlijn opvoedingsondersteuning'.
3. Inventariseren wat de knelpunten zijn in de samenwerking met en overdracht naar de kernpartners in het CJG en naar de ketenpartners.
4. Nagaan waar de gebruikers van de opvoedingsondersteuning, de ouders, knelpunten ervaren en wat zijn belangrijk vinden bij het krijgen van ondersteuning in de opvoeding. Met leden van ouderverenigingen, cliëntenorganisaties, patiënten- en consumentenorganisaties en belangenverenigingen zal in deze focusgroep het gebruikersperspectief goed in beeld komen.

Search naar bestaande richtlijnen en protocollen

Om zicht te krijgen op bestaande protocollen, is een gerichte zoekactie gestart naar gebruikte protocollen in de jeugdgezondheidszorg, maatschappelijk werk, de opvoedsteunpunten en bureau jeugdzorg. Hiervoor zijn alle acht beroepsverenigingen (AJN, NVK, NHG, NVMW, Phorza, NIP, V&VN, NVDA) en de drie betrokken brancheorganisaties (GGD Nederland, ActiZ, MOgroep) en het Centrum Jeugdgezondheid RIVM (nu NCJ) geraadpleegd evenals websites zoals: www.zorgmediatheek.nl. Ook buitenlandse richtlijnen en protocollen zijn via

websites (zoals www.guideline.gov/search/detailedsearch.aspx, www.ctfphc.org/ en www.g-i-n.net) en het netwerk in kaart gebracht. Er is gezocht op:

- a. Artsennet- protocollen en richtlijnen
- b. GGZ-richtlijnen
- c. Programma richtlijnen jeugdgezondheidszorg (ZonMw)
- d. Richtlijnen jeugdgezondheidszorg (RIVM / NCJ)
- e. Protocollen JGZ (zorgmediatheek)
- f. Overige protocollen en richtlijnen via experts en stakeholders.

Het projectteam heeft een selectie gemaakt van protocollen en richtlijnen. Dit waren er ongeveer 80. Voor deze richtlijn zijn met name de landelijke protocollen en richtlijnen gebruikt. De overige protocollen waren of verouderd of kwamen overeen met landelijke standaarden. De verschillende protocollen en richtlijnen zijn met behulp van het AGREE-instrument beoordeeld op methodologische kwaliteit (the AGREE Collaboration 2003). In de verzamelde richtlijnen en protocollen is gericht gezocht naar oplossingen en antwoorden voor de eerder gesignaleerde knelpunten. De aanbevelingen in het rapport 'Samenwerken en afstemmen' zijn meegenomen (Wensing 2008).

Gericht literatuuronderzoek

Uitgaande van de uitgangsvragen is door de kernredactie met hulp van de informatiespecialist van TNO, L.M. Ouwehand, systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd betreffende preventie, vroegsignalering (instrumenten) en interventies van opvoedingsproblemen in relevante databases: Medline (Pubmed), de Cochrane Library, Embase, Psychinfo (voor aspecten in relatie met kwaliteit van leven), Narcis, Picarta en CINAHL (voor verpleegkundig onderzoek). Via de 'sneeuwbalmethode' is overige literatuur gezocht in onder andere de Databank Jeugdinterventies, Databank Nederlands Onderzoek Jeugd en Opvoeding, Databank Instrumenten, Richtlijnen en Kwaliteitsstandaarden, GGD Kennisnet, Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging, National Children Bureau UK en de Consultative Group on Early Childhood Care and Development. Literatuur is geselecteerd aan de hand van selectiecriteria zoals type onderzoek, studieomvang, duur van follow-up, uitkomstmaten, leeftijd en diversiteit van de studiepopulatie. De literatuur wordt gerangschikt naar de mate van bewijs (A1, A2, B, C en D: van gerandomiseerd onderzoek van goede kwaliteit en voldoende omvang tot de mening van deskundigen; bron: CBO). Bij de beoordeling is gebruik gemaakt van standaard beoordelingsformulieren (www.cochrane.nl).

De literatuursearch richtte zich op de periode 2001 tot 2011 en resulteerde in een lijst met 541 geselecteerde referenties. Nadruk is gelegd op de literatuur ná de studies van de Invent Groep (Hermanns c.s., 2005) en de review in opdracht van ZonMw van signaleringsinstrumenten en interventies ter preventie van opvoedproblemen (Klein Velderman c.s., 2007). De selectie is per uitgangsvraag uitgesplitst door op de trefwoorden van de artikelen te zoeken. Hieruit volgde per uitgangsvraag een lijst met abstracts. Leden van de kernredactie hebben de abstracts beoordeeld. De literatuur werd ingedeeld bij één of meerdere uitgangsvragen en beoordeeld op relevantie. Dit resulteerde in een overzichtstabel op alfabet van alle artikelen, met daarbij de passende uitgangsvragen. Aangezien slechts 3 uitgangsvragen (hoofdstuk 6, 7, en 9) beantwoord kunnen worden aan de hand van de EBRO methode, zijn alleen de geselecteerde artikelen die hierop betrekking hebben, systematisch beoordeeld op hun methodologische kwaliteit volgens de methode van de evidence based richtlijnontwikkeling (EBRO). Artikelen van onvoldoende kwaliteit werden uitgesloten. Na deze selectie bleven de artikelen over die als onderbouwing bij de verschillende conclusies in de richtlijn staan vermeld. De evidentie is samengevat in de evidence-tabellen van bijlage 3. De literatuur is samengevat in een conclusie, waarbij het niveau van het relevante bewijs is weergegeven.

Ontwerp van het beslisschema bij opvoedproblematiek

Aan de hand van bovenstaande inventarisatie van knelpunten (focusgroepen met ouders, professionals en experts), de bestudering van bestaande protocollen/richtlijnen en het literatuuronderzoek, is een beschrijving gegeven van de optimale uitvoering van de functies van opvoedingsondersteuning in de JGZ en het CJG (collectieve en individuele voorlichting, preventie, vroegsignalering, advisering, opvoedhulp, verwijzing en de monitoring na verwijzing van kinderen en coördinatie van zorg). Het collectieve programma met betrekking tot opvoedingsondersteuning (informatie, voorlichting, advies, sociale steun en signalering) is geformuleerd als uitwerking van de zorglijn voor opvoedingsondersteuning in de JGZ (bijlage 2). Het individuele vervolgtraject na een verwijzing is globaal geformuleerd, gebaseerd op afspraken over toeleiding, overdracht, informatie uitwisseling met andere betrokken beroepsgroepen, zoals de huisartsen, pedagogen, maatschappelijk werkers, de zorgadviesteams en de professionals uit de jeugdzorg. Dit heeft geleid tot het basisontwerp voor het beslisschema bij opvoedproblematiek, waarin zijn opgenomen: signalering, zorgbehoeftebepaling, ernsttaxatie, interventiekeuze, hulpaanbod, toeleiding, verwijzing, communicatie, rapportage en monitoring. Daarnaast is een werkkaart gemaakt van de beschikbare signaleringsinstrumenten en interventies voor opvoedingsondersteuning in de JGZ en het CJG en is de samenvatting geschreven

Opbouw van de richtlijn

Elk hoofdstuk van de richtlijn is als volgt opgebouwd:

- Inleiding
- Uitgangsvraag
- Samenvatting van de literatuur
- Overige overwegingen
- Conclusie (niveau van evidence)
- Aanbevelingen

De literatuur en alle bijlagen zijn aan het einde van de richtlijn opgenomen.

Leeswijzer

Na dit inleidende hoofdstuk volgt nu eerst een nadere omschrijving van ‘wat opvoedingsondersteuning is’, waarna successievelijk de resultaten van de literatuursearch, de conclusies en aanbevelingen voor de tien uitgangsvragen aan bod komen, te beginnen met de vragen en behoeften van ouders met betrekking tot het opvoeden (hoofdstuk 2). In het derde, vierde en vijfde hoofdstuk komen achtereenvolgens de taken, de beroepshouding, de competenties en de communicatievaardigheden – sterk gericht op empowerment van opvoeders - aan de orde, die JGZ- en CJG-professionals nodig hebben voor opvoedingsondersteuning. Daarna maken we een overstap naar de signaleringsinstrumenten en de interventieprogramma’s van opvoedingsondersteuning, die momenteel ter beschikking staan (hoofdstuk 6). In hoofdstuk 7 plaatsen we dat in het licht van diversiteit. In hoofdstuk 8 vullen we een leemte op in het werkkproces van opvoedingsondersteuning: beslissen over ondersteuning en (lichte) hulp bij het opvoeden. De werkgroep doet een aanbeveling. Een beschouwing over de kosteneffectiviteit (hoofdstuk 9) en een overzicht van de wetgeving, de beleidsontwikkelingen en trends in het (denken over) opvoeden besluiten deze richtlijn. Aanbevelingen voor nader onderzoek zijn opgenomen in de verschillende hoofdstukken.

Deze concept-richtlijn is bewust uitgebreid en gedetailleerd geschreven en gedocumenteerd. Het document is te uitvoerig om praktisch bruikbaar te zijn. De bijbehorende samenvatting met de twee werkkaarten over respectievelijk signaleringsinstrumenten & interventieprogramma’s en het beslisschema zijn bedoeld als de praktisch bruikbare richtlijn in de dagelijkse praktijk van de JGZ en het CJG.

1. Wat is opvoedingsondersteuning?

Voor het beantwoorden van deze eerste uitgangsvraag is gebruik gemaakt van wetenschappelijke handboeken, de jeugdthesaurus en het zakwoordenboek jeugd (Hirasing, Talma, Kobussen, 2010).

1.1 Wat is opvoeden?

Opvoeding komt tot uitdrukking in de alledaagse opvoedingspraktijk. Een belangrijk onderscheid is dat tussen functionele en intentionele opvoeding, ofwel impliciete of expliciete sturing van het opvoedingsproces (Schoorl, 1993). Het eerst betreft de dagelijkse omgang tussen ouders en kinderen, de huis-tuin-en-keuken-dingen, de intuïtieve en vanzelfsprekende manier waarop ouders op het gedrag van kinderen reageren. Onbewust fungeren ouders daarmee als een belangrijk rolmodel voor hun kinderen. Bij de intentionele opvoeding gaat het om een meer nadrukkelijke vorm van sturing. Het optreden van ouders is er dan bewust op gericht het gedrag van kinderen te beïnvloeden of de kinderlijke ontwikkeling te stimuleren in een bepaalde richting. Opvoeden is een proces waarbij de ouderlijke verantwoordelijkheid en zorg geleidelijk afnemen, om uiteindelijk te resulteren in een jeugdig volwassene die zelfregulerend en zelfstandig kan functioneren. Opvoeding is een specifieke vorm van interactie tussen ouders en kinderen, waarbij gewoonten, vaardigheden en inzichten worden overgedragen die het kind in staat stellen een eigen identiteit te ontwikkelen en adequaat te functioneren in de maatschappij. Hoe die interactie of opvoeding eruit moet zien is een belangrijk punt van discussie. Het gaat dan om de kwaliteit van de relatie tussen ouders en kinderen en de manier waarop ouders hun kind sturen en beïnvloeden (Blokland, 2010).

Manieren van opvoeden

Vanuit socialisatie-theorieën wordt het evenwicht tussen ondersteunen en structureren als belangrijk kenmerk genoemd om een opvoedingssituatie te kunnen beoordelen (Maccoby, 1994). Dat zijn de twee pijlers die de kwaliteit van de opvoeding bepalen.

Bij de eerste pijler gaat het om de affectieve band tussen ouders en kinderen, de mate waarin ouders betrokken zijn, de emotionele ondersteuning die zij hun kind bieden en de ruimte om eigen initiatieven te ontplooien. De tweede pijler betreft het belang van het bieden van structuur en houvast en de noodzaak om ongewenst gedrag tijdig te corrigeren. Het gaat dan om het stellen van regels en grenzen aan het gedrag van kinderen en toezicht houden op wat ze doen. Belangrijk is dat ouders grenzen stellen op een manier die effectief is en kinderen geen schade berokkent (Blokland, 2010).

Opvoedstijlen

In de opvoeding ontwikkelen ouders na verloop van tijd een vast patroon, een kenmerkende manier van reageren op het gedrag van hun kind in uiteenlopende situaties. Vanuit de theorie kunnen we verschillende opvoedingsstijlen onderscheiden die als meer of minder gunstig worden beschouwd voor de kinderlijke ontwikkeling (Maccoby, 1994). De manier waarop ouders opvoeden, varieert in de mate waarin zij controle uitoefenen en hun kinderen emotioneel en affectief ondersteunen. Op grond daarvan zijn vier opvoedstijlen te onderscheiden. Ze worden gekenmerkt door de mate van controle en betrokkenheid (tabel 1).

Tabel 1. Opvoedstijlen op basis van controle en betrokkenheid

	Betrokkenheid		
		hoog	laag
Controle	hoog	democratisch (autoritatief, gezaghebbend)	autoritair
	laag	toegeeflijk (permissief)	verwaarlozend

De democratische opvoedingsstijl lijkt het meest wenselijk voor het aanleren van een gezonde leefstijl. Deze opvoeding wordt gekarakteriseerd door een hoge mate van ouderlijke verzorging, betrokkenheid, gevoeligheid, overleg op basis van redeneren, controle en stimulering van de autonomie van jongeren. Deze opvoedstijl leidt tot competente, onafhankelijke kinderen met een hoog gevoel van eigenwaarde en een hoog ontwikkeld gevoel voor sociale verantwoordelijkheid. Daarmee krijgen kinderen de meeste kansen om goede 'levensvaardigheden' te ontwikkelen (Blokland, 2010).

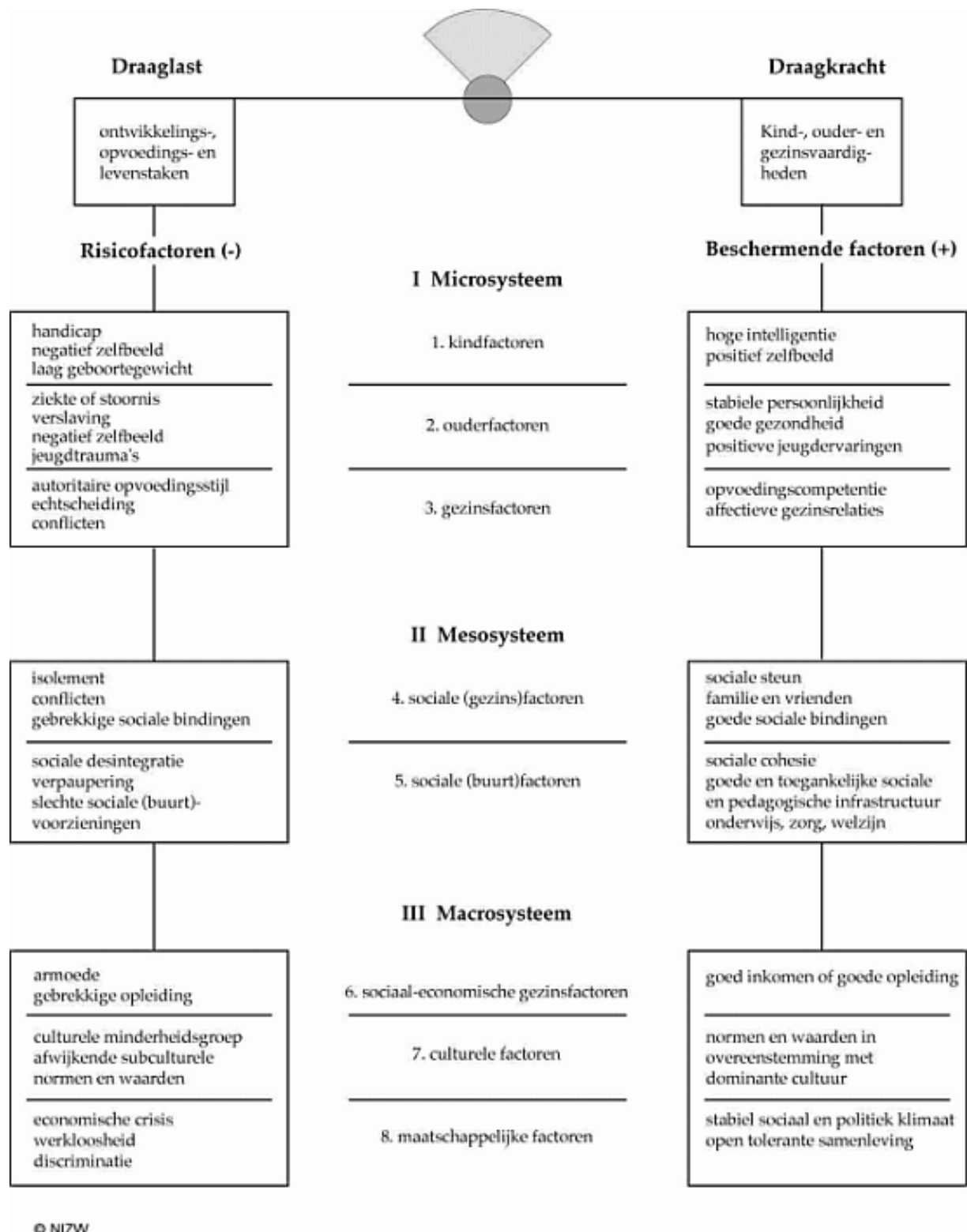
Opvoedingsproces

Opvoeding kan worden gezien als een transactioneel proces, waarin ouders en kinderen elkaar wederzijds beïnvloeden in relatie met de specifieke omgeving van het gezin (figuur 1). Zowel kindfactoren, ouderfactoren als omgevingsfactoren hebben invloed op dit proces. Niet zelden zullen er factoren zijn die de opvoeding kunnen bedreigen, deze kunnen hun oorsprong vinden in het kind zelf, de ouder(s) of de omgeving. Dergelijke factoren (risicofactoren) maken het leven complex en vragen derhalve extra energie om de opvoeding toch op het goede spoor te houden. Factoren in het kind, de ouder(s) of de omgeving die de opvoeding daarentegen goed laten verlopen, zijn beschermende (protectieve) factoren. Het balansmodel (Bakker e.a., 1998) brengt de beschermende en de risicofactoren in kaart (zie figuur 1).

Om zinvolle uitspraken te kunnen doen over de invloed van risicofactoren en beschermende factoren, moet onderscheid worden gemaakt tussen factoren op micro-, meso- en macroniveau. Op het microniveau gaat het om ouder-, kind- en gezinsfactoren. Eigenschappen van de ouder(s), het kind en het gezinssysteem (opvoeding en gezinsinteracties) staan hier centraal.

Op het mesoniveau worden sociale factoren, gezins- en buurtfactoren onderscheiden. Hierbij kan worden gedacht aan het sociale netwerk, sociale bindingen (bijvoorbeeld de school) en de kwaliteit van de buurt (sociale buurtcohesie). In het algemeen kunnen deze factoren als steunend beschouwd worden.

Op het macroniveau tenslotte bevinden zich de maatschappelijke achtergrondfactoren. De culturele achtergrond en sociaal-economische positie (opleiding, werk, inkomen enz.) spelen hier een rol, het gaat hier dus om maatschappelijke en culturele condities die het gezinsleven bepalen. Sociale steun is hierbij een belangrijke beschermende factor. Sociale en maatschappelijke omgevingsfactoren hebben een sterke invloed op condities waarbinnen de opvoeding plaatsvindt. Het balansmodel geeft dit samenspel op alle drie niveaus weer (Bakker e.a., 1998).



Figuur 1. Balansmodel (Bakker e.a., 1998)

De aanwezigheid van een enkele risicofactor zal weinig invloed hebben op de kwaliteit van de opvoeding en ontwikkeling van kinderen. Ieder individu krijgt immers te maken met bepaalde risicofactoren en beschermende factoren, die onderling op elkaar inwerken. Er ontstaan problemen als de risicofactoren zich opstapelen (cumuleren) en de beschermende factoren niet. Hoewel het in alle milieus voorkomt dat problemen zich opstapelen, is er een samenhang tussen (zwakke) maatschappelijke positie en risicocumulatie. Onderzoeken naar risicofactoren laten zien dat, gemiddeld genomen, het aantal risicofactoren een grotere voorspellende waarde heeft voor het slagen of mislukken van de opvoeding dan de zwaarte van specifieke (risico)factoren. De veronderstelling is dat als men een goed zicht heeft op de risicofactoren in een concrete situatie, problemen kunnen worden voorspeld. Dit geldt echter niet zondermeer: risicofactoren zijn op zich geen goede voorspellers van problemen. Risicofactoren hebben vooral een negatief effect als ze cumuleren. Naarmate het aantal problemen en stressfactoren toeneemt, neemt de draagkracht van ouders om deze problemen zelf aan te kunnen evenredig af. (Hierop zijn uitzonderingen, bijvoorbeeld in geval van ernstig lichamelijk en/of psychisch disfunctioneren).

Gezinnen met meervoudige risicofactoren zijn op de drie verschillende niveaus bijzonder kwetsbaar en lopen extra kans op opvoedings- of ontwikkelingsproblemen. De verschillende factoren kunnen elkaar in principe versterken of verzwakken. Zo is uit onderzoek gebleken dat de invloed van risicofactoren gereduceerd kan worden indien er sprake is van beschermende factoren in de omgeving van het kind. De meest beschermende factor is in dit verband de sociale steun. Een risicofactor op het ene niveau hoeft niet noodzakelijk door een beschermende factor op hetzelfde niveau te worden gecompenseerd: beschermende factoren op het macroniveau kunnen bijvoorbeeld tegenwicht bieden tegen bedreigende factoren op mesoniveau. Een cumulatie van risicofactoren moet worden gecompenseerd door een cumulatie van beschermende factoren.

Om de wisselwerking tussen beschermende en risicofactoren, tussen individuele ontwikkeling en sociale omgeving en tussen de verschillende socialisatiemilieus in kaart te brengen, kunnen de begrippen draagkracht en draaglast worden gebruikt. Draagkracht is het geheel van competenties en beschermende factoren waarmee ouders en kinderen de draaglast het hoofd bieden. Draaglast is het geheel van taken dat ouders en kinderen te vervullen hebben (voorzien in de primaire levensbehoeften en materiële behoeften, huishoudelijke en maatschappelijke taken, opvoeding enz.). De verhouding tussen draagkracht en draaglast bepaalt of ouders de opvoeding daadwerkelijk 'aankunnen' (Bakker e.a., 1998).

Opvoedingsopgaven

De wisselwerking van kind-, ouder- en omgevingsfactoren grijpt in op het ontwikkelingsproces dat kinderen doormaken. In de kinderlijke ontwikkeling is een opgaande lijn te constateren naar een steeds hoger niveau van functioneren. Kinderen maken een vergelijkbare ontwikkeling door, op basis waarvan we verschillende ontwikkelingsfasen kunnen onderscheiden. Zij worden in hun ontwikkelingsproces steeds met nieuwe ontwikkelingsopgaven geconfronteerd. De ontwikkeling die kinderen doormaken, vraagt steeds ook om aanpassing van ouders in de vorm van ander opvoedingsgedrag. In elke ontwikkelingsfase moeten ouders afstemmen op wat hun kind kan of nog moet leren. Dat vraagt om enig inzicht in de kinderlijke ontwikkeling en om vaardigheden om met kinderen om te gaan. Complementair aan ontwikkelingsopgaven kunnen we voor ouders in elke periode ook specifieke opvoedingsopgaven benoemen (tabel 2).

Tabel 2. Ontwikkelingsopgaven en opvoedingsopgaven.

Periode	Ontwikkelingsopgaven	Opvoedingsopgaven
Baby	Lichaamsbeheersing Veilige hechting Dag/nachtritme ontwikkelen	Soepele verzorging Responsiviteit Voorspelbare omgeving
Dreumes / peuter	Exploratief spel Autonomie ontwikkeling Uitdrukken door taal Grenzen accepteren	Veiligheid in huis bewaken Emotionele basis bieden Regels introduceren Praten / benoemen Taal en spelstimulering
Schoolkind	Sociale vaardigheden Omgang met leeftijdsgenoten Positief zelfbeeld Actieve leerhouding Schoolse vaardigheden Moreel besef Zelfredzaamheid	Positieve stimulans Omgang leeftijdgenoten bevorderen Sociaal gedrag stimuleren Onderwijsondersteunend gedrag Uitleg en instructie Eigen taken geven
Puber	Emotionele zelfstandigheid Omgang met andere sekse Seksuele identiteit Eigen waarden systeem School- en beroepskeuze Probleem oplossen	Enige tolerantie voor experimenten Toezicht houden Emotionele steun bieden Leeftijdsadequate grenzen stellen Onderhandelingsvaardigheden

De meeste ouders leren het opvoeden met vallen opstaan en groeien met hun kind mee. Wanneer ouders erin slagen de verschillende opvoedingsopgaven zonder grote problemen te volbrengen, breiden hun vaardigheden zich uit en ontwikkelen zij vertrouwen in zichzelf als opvoeder. Soms loopt de aanpassing aan nieuwe situaties minder soepel en hebben ouders er moeite mee om goed in te schatten wat zij wel of niet van hun kind kunnen verwachten (McGillicuddy-De Lisi & Sigel, 2002). Ouders van eerste kinderen zijn daar meer onzeker over.

1.2 Wat is opvoedingsondersteuning?

Opvoeden gaat gepaard met onzekerheid, vragen, twijfels en zorgen en soms met problemen. Die onzekerheden horen bij het “gewone, dagelijkse opvoeden”, dat toch meestal vanzelf wel goed gaat (Hermanns, 2010). Alle ouders hebben wel eens vragen of zorgen over de opvoeding van hun kinderen. Meestal biedt een gesprek met andere ouders, vrienden of familie voldoende uitkomst. Sociale steun is dan ook een belangrijke, informele vorm van opvoedingsondersteuning (Barendrecht c.s., 2008; Van Egten c.s., 2008). Migrantenouders hebben soms minder sociale steun doordat familie en vrienden in het land van herkomst wonen. Een grote groep ouders wil met professionals praten over dingen die hen bezig houdt in de opvoeding zonder dat ze een expliciete vraag hebben. Aangezien veel ouders (soms) behoefte hebben aan steun (Rispen c.s., 1996; Bertrand c.s., 2001; Berens, 2004; Zeijl c.s., 2005; Tan c.s., 2008; Van Egten c.s., 2008), sommige kinderen begeleiding behoeven en het grootbrengen van kinderen een maatschappelijke taak is (Ministerie voor Jeugd en Gezin, 2007), dient er naast de informele steun voor alle ouders formele opvoedingsondersteuning beschikbaar te zijn: een luisterend oor of een goed gesprek, informatie over opvoeden, oudercursussen, pedagogisch advies en hulp, maar ook een stimulerende pedagogische omgeving. De Rechten van het Kind (artikel 18) leggen die ondersteuning van ouders als verplichting van de overheid vast.

Opvoedingsondersteuning wordt uitgevoerd door diverse professionals en in verschillende voorzieningen, waarvan de jeugdgezondheidszorg er een is. Opvoedingsondersteuning gaat om “opvoeders helpen opvoeden” (Hermanns, 1992). Vaak zijn ouders als zij worden

gestimuleerd om op hun eigen vaardigheden te vertrouwen of wanneer ze een eenmalig, goed advies krijgen voldoende toegerust om de situatie verder zelf 'aan te kunnen' (Rappaport & Seidman, 2000; Hermanns, 2009; Blokland, 2010). Bij migrantenouders is het daarbij van belang dat zij opvoedingsstijlen vanuit het land van herkomst en de opvoedingsstijlen in Nederland leren combineren, daarbij gebruik makend van het goede van twee culturen. Daarmee krijgt opvoedingsondersteuning een preventieve functie: langs de weg van empowerment en adequate advisering kunnen ernstige opvoed- en gezinsproblemen worden voorkomen. Soms is meer ondersteuning nodig. Dan kunnen opvoeders geholpen worden met effectieve programma's, bijvoorbeeld met video-hometraining, Triple P of Home Start (Prinsen en Junger, 2007).

Opvoedingsondersteuning vanuit de jeugdgezondheidszorg (JGZ) en het CJG richt zich op dagelijkse opvoedingsvragen en de basale opvoedingsvaardigheden van ouders, te beginnen bij aanstaande ouders en doorlopend tot de ouders van pubers en adolescenten. Daarnaast richt opvoedingsondersteuning zich ook op het signaleren van zorgwekkende opvoedingssituaties (Hirasing c.s., 2010). Uiteindelijk doel is ouders te ondersteunen bij 'het gewone opvoeden', beginnende problemen te signaleren en te interveniëren (Hermanns c.s., 2005). Met haar grote bereik kan de JGZ samen met haar CJG-partners met name in de leeftijdsperiode tot 12 jaar een belangrijke rol spelen bij het voorkomen van opvoedingsproblemen, het vroegtijdig signaleren van opvoedingsproblemen en het bieden van interventies bij lichte opvoedproblematiek.

Definitie

Het begrip 'opvoedingsondersteuning' is een verzamelterm (Janssens, 1998). De brede omschrijving richt zich op alle opvoeders - ouders en 'medeopvoeders' als leidsters en leerkrachten - en op de pedagogische context waarin kinderen opgroeien: de leefomgeving. In deze richtlijn staan de ouders centraal: zij zijn doorgaans de belangrijkste opvoeders van hun kinderen. Men zou ook kunnen spreken van ouderondersteuning. In deze richtlijn verstaan we onder '*opvoedingsondersteuning*': het ondersteunen van vaders en moeders¹ bij de opvoeding om een optimale ontwikkeling van kinderen te bevorderen. Dit is vergelijkbaar met wat de Engelsen *parenting support* of *parenting education* noemen en de Duitsers *Elternbildung* of *Elternberatung* (www.nji.nl / opvoedingsondersteuning). Het is een verkorte vorm van de omschrijving van opvoedingsondersteuning uit de jeugdthesaurus: '*opvoedingsondersteuning is voorlichting, advies en hulp aan ouders en opvoeders bij opvoedingsvragen en -problemen ter voorkoming van problemen in de opvoeding en/of ontwikkeling van kinderen, of om deze problemen op te lossen en ter versterking van de draagkracht en competenties van ouders en opvoeders; uitgevoerd door onder meer de jeugdzorg, jeugdgezondheidszorg, welzijnsinstellingen, kinderopvang en onderwijs*'. Dit sluit aan op de theoretisch gefundeerde begripsomschrijving van Vandenmeulebroecke c.s. (2004): "*Opvoedingsondersteuning is op intentionele wijze steun bieden aan ouders (c.q. ouderfiguren) bij hun opdracht en taak als opvoeders*". Die omschrijving berust op de veronderstelling dat de volgende uitgangspunten voor alle ouders en elke gezinsvorm gelden:

- De erkenning van het belang van de gezinsopvoeding (de opvoeding in gezinsverband) voor kinderen, volwassenen en samenleving. Opvoeden is een natuurlijk, vanzelfsprekend en dynamisch proces waarbij ouders en kinderen elkaar beïnvloeden (Bakker e.a., 1997).
- De erkenning van de pedagogische verantwoordelijkheid, het verlangen en de bekwaamheid van ouders om de relatie met hun kinderen op een verantwoorde wijze vorm te geven.
- De erkenning dat ouders bij het gewone opvoeden vragen en onzekerheden kunnen ervaren en het recht hebben om indien nodig hiervoor steun te ontvangen (artikel 18 Rechten van het Kind). Opvoeden kan gezien worden als leerproces. Het grootbrengen van

¹ Hier worden ook de primaire verzorgers mee bedoeld

het kind leren ouders in de dagelijkse praktijk. Het hebben van vragen, onzekerheid en faalervaringen horen daarbij.

- De erkenning van het recht van gezinnen op voortdurende aandacht van de samenleving voor de realisatie van de randvoorwaarden voor opvoeding.

Opvoedingsondersteuning is op intentionele wijze steun bieden aan ouders bij hun opdracht en taak als opvoeders.

Funcities

Opvoedingsondersteuning is gericht op ondersteuning van het opvoedingsproces. Het gaat om het verbeteren van de opvoedingssituatie van kinderen, waarvoor ouders en (andere) opvoeders verantwoordelijk zijn. Tot opvoedingsondersteuning worden traditioneel de volgende activiteiten gerekend (Bakker e.a., 1998; Hermanns, 1992):

- informatie en voorlichting over de ontwikkeling en opvoeding van kinderen;
- pedagogische advisering en licht pedagogische hulp;
- signalering van opvoedproblemen, vroegtijdige onderkenning en verwijzing;
- praktische en instrumentele steun van ouders bij de opvoeding;
- versterken van de zelfhulp;
- versterken van het sociale netwerk van kinderen en ouders;
- bevorderen van een stimulerende pedagogische en fysieke omgeving.

In de praktijk van JGZ- en andere CJG-professionals houdt dat (op het consultatiebureau (CB), in het CJG, bij ouders thuis of op het spreekuur op school) vooral in “ouders laten praten, samen verkennen en gerichte feedback geven als ouders willen praten over de opvoeding”. Dit kan ouders steunen bij hun leerproces op het terrein van het ouderschap. Bovendien kan daar (vroeg)signalering van opvoedingsvragen of -problemen uit voortkomen.

In beleid en wetgeving wordt de functionaliteit van opvoedingsondersteuning gekarakteriseerd als gericht op en uitgevoerd met ouders ter verbetering van de opvoedingssituatie, helpen bij het vervullen van opvoedingstaken en ondersteunen in hun rol als opvoeder met lichte (bv. een brochure over ‘grenzen stellen’) tot meer intensieve vormen (bv. de gezinscoach). In de Wet maatschappelijke ondersteuning zijn vanaf 2007 de functies onder ‘op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden’ (prestatieveld 2) als volgt aangeduid:

- informatie en advies,
- signalering,
- toeleiding naar het hulpaanbod,
- licht pedagogische hulp en
- coördinatie van zorg op lokaal niveau.

De verantwoordelijkheid voor het lokaal preventief jeugdbeleid en voor maatschappelijke ondersteuning is bij de gemeenten gelegd. Dat geldt ook voor de uitvoering van het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg vanuit de Wet Publieke Gezondheid. Daarin komt opvoeden aan de orde bij:

- de algemene anamnese (U1.1.5) van onder meer slapen en slaapgedrag, eten en eetgedrag, spelen, zich vermaken;
- het inschatten van de zorgbehoefte (U2.1.2), waaronder het inschatten van de behoefte aan advies en voorlichting bij het opvoeden;
- voorlichting, advies, instructie en begeleiding (M4.1.1).

Volgens het Besluit Jeugdgezondheidszorg valt voorlichting gericht op opvoeding en het bevorderen van gezond gedrag onder het maatwerk. Maar er is consensus over het feit dat opvoedingsondersteuning ondergebracht dient te worden in het universele deel. Dit is opgenomen in het (ABC-) rapport Activiteiten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar per Contactmoment (Dunnink & Lijs-Spek, 2008). Te denken valt aan voorlichting over

actief en passief roken, alcoholgebruik, veiligheid, preventie van wiegendood, borstvoeding, voeding, eetproblemen, gewicht, huilbaby's, opvoeding, bedplassen, mondverzorging, verzorging, beweging, ontwikkeling, spel, taalstimulering en ouder-kind hechting, weerbaarheid, leefstijl en seksualiteit. Deze voorlichting behoort aan alle jeugdigen/hun ouders gegeven te kunnen worden. In de praktijk gebeurt dat ook al. Daarom beveelt het voormalige Platform JGZ aan productgroep U4 uit te breiden met voorlichting gericht op opvoeding en het bevorderen van gezond gedrag. Dit advies wordt breed gedragen. In het licht van de ontwikkeling van de Centra voor Jeugd en Gezin, waarvan de JGZ een van de kernpartners is, komt de verbinding tot stand van de JGZ-taak voorlichting, advies, instructie en begeleiding met de Wmo-taken uit het prestatieveld opvoed- en opgroei-ondersteuning. De daartoe benodigde competenties van CJG- en daarmee ook van JGZ-professionals zijn neergelegd in de competentiebeschrijvingen van de CJG-professionals (Ministerie voor Jeugd en Gezin, 2010). Dat vraagt vanuit de traditie van de JGZ van jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen en doktersassistenten, maar ook van maatschappelijkwerkers, pedagogen en andere gedragswetenschappers competenties, die in relatie staan tot de doelen van het Centrum voor Jeugd en Gezin, te weten: vraaggericht, klantversterkend, omgevingsgericht en samenwerkingsgericht werken en werken in een netwerkorganisatie en competenties die in relatie staan tot de kerntaken van:

- signaleren, analyseren en indien nodig toeleiden naar (gespecialiseerde) hulp
- voorlichting, advies, informatie en hulp
- integrale zorg organiseren
- monitoren, screenen en vaccineren.

De functies van opvoedingsondersteuning in de JGZ (in het CJG) zijn:

- informatie en voorlichting over de ontwikkeling en opvoeding van kinderen;
- pedagogische advisering en licht pedagogische hulp;
- signalering van opvoedproblemen, vroegtijdige onderkenning en verwijzing;
- het organiseren van informele, sociale, praktische en instrumentele steun van ouders bij de opvoeding;
- bevorderen van een stimulerende pedagogische en fysieke omgeving.

In samenhang met de zorg voor het totale opvoeden en opgroeien van jeugdigen hoort ook de functie coördinatie van zorg daartoe, maar de complexiteit van die functie vereist een aparte richtlijn, waartoe in de JGZ al een aanloop is genomen in de vorm van het 'Standpunt versterken samenwerking JGZ en Bureau Jeugdzorg (Pijpers, Beckers en Lijs-Spek, 2010). Deze functie blijft in deze richtlijn verder buiten beschouwing en waarvoor in CJG-kader de handreiking 1 gezin, 1 plan is opgesteld (VWS, 2010).

Geschiedenis

De JGZ heeft zich de afgelopen eeuw sterk ingezet voor kind en ouder. Door zijn inzet voor de zorg voor het gewone leven, het 'ondersteunend meelopen met ouders', een outreachende werkwijze en een missie voor gezondheid en welbevinden van ouder en kind heeft de JGZ een doorgaans goede naam verworven, vrijwel de gehele bevolking bereikt en volksgezondheidsdoelstellingen gerealiseerd. Al vanaf het begin hielden de kruisverenigingen zich ook bezig met de opvoeding en verzorging van kinderen. In de "*Open brief aan moeders en allen, die in kinderen belangstellen*" bepleitte Maria Sandberg-Geisweert van der Netten in 1899 om ouders te ondersteunen bij de opvoeding. In datzelfde jaar werd de eerste moeder- en bakercursus gegeven in Broek op Langendijk, in 1901 gevolgd door het eerste consultatiebureau voor zuigelingen in Den Haag. In 1927 werd dit uitgebreid met het 'CB voor kleuters'. In 1928 werd het eerst Consultatiebureau voor Moeilijke Kinderen opgericht in Amsterdam door de juriste Eugenia Lekkerkerker, naar het Amerikaanse voorbeeld 'Child Guidance Clinic'. Dit werden later de 'Medisch Opvoedkundig Bureaus' die nu deel uitmaken van de GGZ.

Het begrip opvoedingsondersteuning is in het begin van de jaren tachtig van de vorige eeuw naar voren gekomen, als eerste in het Spel- en Opvoedwinkelpoject van de toenmalige Stichting Spel- en Opvoedingsvoorlichting (S&O). Deze landelijke stichting bracht in 1985 een eerste uitgebreide literatuurstudie uit (Van Hensbergen, 1985). De nota 'Opvoeding ondersteund' van de toenmalige Raad voor het Jeugdbeleid gaf in 1986 bredere bekendheid aan het begrip opvoedingsondersteuning. In 1989 publiceerde Stichting Spel- en Opvoedingsvoorlichting het beleidsdocument: 'Opvoedingsondersteuning. Een visie voor de negentiger jaren op de ondersteuning aan opvoeders'. Cox en Buskop-Kobussen (2003) wijzen op de traditionele voorlichtings- en preventietaken van de jeugdgezondheidszorg, onder meer op het gebied van hygiëne, opvoeding en verzorging. Die taken krijgen in de JGZ in navolging van de gezondheidsbevordering vanaf het eind van de 20^e eeuw een impuls (Lim en Prinsen, 1999; Prinsen en Verhegge, 2002; Hermanns c.s., 2005) en zijn anno 2010 uitgemond in de taken voorlichting (informatie) en advies, versterking van de informele en sociale steun, signalering, lichte hulp, toeleiding en verwijzing. De jeugdgezondheidszorg heeft zich, zoals Hermanns (2007) dat betiteld, ontwikkeld tot de *'expert van het gewone leven', die als de spin in het web van het CJG kan functioneren*. Zij is dat nu als één van de kernpartners van het CJG samen met de gedragswetenschappers (pedagogen en psychologen) en de maatschappelijk werkers. In dat licht komt deze richtlijn tot stand.

Conclusies

1. In deze richtlijn verstaan we onder opvoedingsondersteuning:
Opvoedingsondersteuning is op intentionele wijze steun bieden aan ouders bij hun opdracht en taak als opvoeders.
2. Opvoedingsondersteuning in de JGZ en het CJG heeft de volgende functies:
 - informatie en voorlichting over de ontwikkeling en opvoeding van kinderen;
 - pedagogische advisering en licht pedagogische hulp;
 - signalering van opvoedproblemen, vroegtijdige onderkenning, verwijzing en toeleiding;
 - informele, sociale, praktische en instrumentele steun van ouders bij de opvoeding;
 - bevorderen van een stimulerende pedagogische en fysieke omgeving.

2. Wensen, behoeften en opvattingen van ouders

In dit hoofdstuk is uitgangsvraag b aan de orde: “*Welke wensen, behoeften en opvattingen hebben ouders ten aanzien van preventie en signalering van en interventie bij opvoedproblemen en welke problemen en opvoedvragen hebben ze?*”. De literatuur uit de search is gebruikt, maar niet geclassificeerd volgens de EBRO-methodiek. Er zijn voornamelijk Nederlandse landelijke en regionale onderzoeken naar de behoeften en opvattingen van ouders geraadpleegd. Ook zijn de resultaten van twee raadplegingen van ouders gebruikt door middel van de Argumentenfabriek en een groepsinterview met allochtone ouders.

2.1 Welke opvoedproblemen en opvoedvragen hebben ouders?

Er bestaat een brede verontrusting over de jeugd van tegenwoordig en de opvoeding die ze krijgen. Hermanns (2009) stelt in zijn oratie: “*Ouders lijken het opvoeden verleerd te zijn*”. Dit gaat ook gepaard met een toenemende instroom van kinderen en jongeren in speciale voorzieningen. Dit beeld wordt echter volledig onderuit gehaald door de epidemiologische cijfers, die geen toename van problematiek laten zien (Hermanns, 2009). Daarbij past wel de opmerking dat die cijfers over opvoedingsvragen en –problemen niet eenduidig zijn. Onderzoek uit de laatste vijf jaar vertoont overeenkomsten op de onderwerpen, waarover ouders de meeste vragen hebben of problemen ervaren. Landelijke en regionale onderzoeken (Hermanns, 2009; Ince, 2008; CBS, 2008; GGD Zuid Holland West, 2007; Mathijssen en Bus, 2006; Zeijl, Crone c.s., 2005) laten zien dat ouders de meeste vragen of problemen hebben met of zich zorgen maken over:

- De aanpak van de opvoeding en het ouderschap in het algemeen
- Het omgaan met lastig gedrag of gedragsproblemen van hun kinderen
- Emotionele problemen van het kind
- De schoolprestaties van het kind

Van Keulen (2010) en De Jongh & Vlek (2009) stellen dat ‘ouders consequent zijn het moeilijkst vinden aan opvoeden’. De puberteit ervaren ze als de lastigste periode. Speetjens c.s.(2009) hebben 26 studies geïnventariseerd en daaruit de volgende top vijf van de belangrijkste vragen van ouders samengesteld:

1. Algemene ontwikkeling van kinderen, gezondheid en kinderziektes.
2. Gedrag van kinderen, met name moeilijk en ongehoorzaam gedrag.
3. Grenzen stellen, luisteren en gehoorzamen, corrigeren en straffen.
4. Sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen, zelfvertrouwen, onzekerheid en (faal)angst bij kinderen.
5. Algemene opvoedingsvragen en –vaardigheden.

De vragen en problemen die ouders vaak hebben, betreffen de zogenaamde “normale problemen”, die inherent zijn aan de ontwikkelingsfase van het kind en dientengevolge gerekend kunnen worden tot de “normale opvoedingsopgaven” van ouders (van Yperen 2010). Ze zijn van alle tijden, alle culturen en alle gemeenschappen (Hermanns, 2009). Daarbij zijn ouders tevreden over de eigen opvoeding en kritisch naar die van andere ouders en opvoeders. Van alle problemen – normale en/of ernstige en/of belastende - geven kinderen en gezinnen gedurende hun levensloop altijd meermalig signalen af (Inspectie Jeugdzaken, 2009). Duiding van die signalen is geen eenvoudige opgave, want alle kinderen dienen in hun levensloop aan een aantal (“normale”) ontwikkelingsopgaven te voldoen (Van den Boom, 1999). Ontwikkelingsopgaven zijn uitdagingen waarvoor kinderen zich gesteld zien als gevolg van nieuwe gedragsmogelijkheden (en beperkingen), die voortkomen uit biologische veranderingen, sociale verwachtingen en persoonlijk gedrag of keuzes. Het oplossen van ontwikkelingsopgaven is van centraal belang voor de psychosociale ontwikkeling van een kind. Het ideaalbeeld dat – vaak onnodig impliciet - ten grondslag ligt aan opvoedings-

ondersteuning is het op tijd volbrengen van de ontwikkelingsopgaven. Het niet leren beheersen van een ontwikkelingstaak kan leiden tot latere negatieve effecten in het functioneren (Van den Boom, 1999). Ontwikkelingsopgaven verschijnen in bepaalde periodes, waarvan sommige cultuurbepaald zijn (zie tabel 1). Aan ontwikkelingsopgaven zijn opvoedingsopgaven gekoppeld; iedere ontwikkelingsfase vraagt om specifiek opvoedersgedrag. Ook de ouder ziet zich dus voor opgaven gesteld en zal zijn rol moeten nemen – van verzorger tot opvoeder en coach – passend bij de ontwikkelingsfase van het kind (Prinsen en Eijgenraam, 2008).

Opvoedingsopgaven kunnen we omschrijven als gedragingen van opvoeders die de jeugdige mogelijkheden bieden om de ontwikkelingsopgaven te leren beheersen. De opvoedingsopgaven hebben voor ouders soms een bewust karakter. Dit is niet het geval bij ontwikkelingstaken. De uitvoering van nieuwe ontwikkelingsopgaven kan spanning en disharmonie in de opvoedingssituatie met zich meebrengen. Opvoedingsvragen ontstaan juist op de momenten dat ouders en kinderen voor nieuwe opgaven staan. Dit zijn ook de momenten dat opvoedingsondersteuning van belang kan zijn.

In tabel 3 treft u een overzicht van de normale opvoedproblemen naar ontwikkelingsfase aan (van Yperen, 2010), dat sterke parallellen vertoont met ontwikkelingstaken van het kind en de opvoedtaken van ouders en andere opvoeders, zoals die door de Onderwijsraad (2008) zijn verwoord.

Tabel 3. Overzicht van leeftijdsfasen, veel voorkomende ‘normale’ problemen en ernstiger problemen (van Yperen, 2010).

Globale leeftijd	Belangrijke milieus	Ontwikkelingsopgave	Opvoedingsopgave	‘Normaal’ probleem	Voorbeelden van qua moment, duur of intensiteit ernstig probleem bij kind
± 0-2 jaar	Gezin Opvang	fysiologische zelfregulatie veilige hechting exploratie autonomie en individuatie	soepele verzorging sensitieve en responsieve interactie bieden beschikbaarheid ruimte en steun geven	voedingsproblemen slaapproblemen scheidingsangst angst voor vreemden, donkerte en geluiden	eet/slaapstoornis reactieve hechtingsstoornis excessief huilen
± 2-4 jaar	Gezin Opvang (Voor)School	representationale vaardigheden (o.a. taal) constructieve omgang met leeftijdsgenoten internaliseren van eisen (w.o. zindelijkheid) sekserol-identificatie	sensitiviteit voor cognitief niveau positieve en bevestigende omgang omgaan met ambiguïteit kind disciplineren seksespecifieke benadering	angst voor vreemden, donkerte, geluiden koppigheid driftbuien agressie ongehoorzaamheid druk gedrag / overactiviteit angst i.s.m. sekserol en identiteit niet zindelijk	scheidingsangst fobische/sociale angststoornis; stoornis in taal, spraak, motoriek encopresis ADHD gedragsstoornis beperkt tot gezin oppositieele gedragstoornis jonge kind
± 5-12 jaar	Gezin School ‘Peer group’ Verenigingen	decentratie schoolvaardigheden ijver (‘industry’) acceptatie door leeftijdsgenoten	gelegenheid geven voor omgang met leeftijdsgenoten schools onderricht waardering voor schoolwerk democratische en warme opvoedingsstijl	ruzies concentratieproblemen laag prestatieniveau schoolweigering stelen of vandalisme als incident ritualistisch gedrag	enuresis stoornissen in schoolvaardigheden sociale terugtrekking persistente schoolweigering stoornissen in geslachtsidentiteit gedragstoornis of vroege delinquentie

					neurosen en somatoforme stoornissen
± 12-19 jaar	Gezin School 'Peer group' internet gemeenschappen Verenigingen Werkkring Diverse sociaalculturele velden	emotionele (en praktische) zelfstandigheid omgaan met eigen en andere sekse ontwikkeling van waardesysteem: persoonlijke identiteit, school, beroep en samenleving	emotionele steun bieden tolerantie voor experimenten leeftijdsadequate grenzen stellen voorbeeldfunctie vervullen meer symmetrische relatie met kind aangaan	gebruik psychoactieve stoffen (alcohol, drugs) twijfels over identiteit en/of toekomst problemen met uiterlijk problemen met autoriteiten incidenteel spijbelen	problemen door alcohol, drugs stoornis in de identiteit anorexia en boulimia (nervosa) problemen bij seksuele oriëntatie; suïcide oppositionele gedragsstoornis puber gedragsstoornis in groepsverband delinquentie schooluitval

In het verlengde van de vragen en problemen die ouders ventileren levert een analyse van de meest voorkomende vragen, risico's en problemen in de opvoeding de volgende top 6 op (van Yperen, 2009):

- Van opgroeien tussen twee culturen tot radicalisering
- Van goed meekomen in het onderwijs naar onderwijsachterstand en schooluitval
- Van pedagogische tik tot kindermishandeling
- Van opvoedingsonzekerheid tot ondertoezichtstelling
- Van enkelvoudig opvoedingsprobleem tot multiprobleem gezinssituatie
- Van media als ontspanning en educatief middel tot probleemgedrag uitlokkend en interactie verstorend

Wat dit laatste onderwerp betreft, mediaopvoeding is in de dagelijkse praktijk geen hot issue. Ouders stellen uit zichzelf vooralsnog weinig vragen over mediaopvoeding, omdat ten eerste sommige ouders sowieso een drempel ervaren om vragen te stellen en ten tweede ouders geneigd zijn pas vragen te gaan stellen wanneer de opvoedsituatie onder druk staat en zij echte nood ervaren (Nikken en Addink, 2011). Ook kan het zijn dat de ouders vanwege een laag opleidingsniveau of taalproblemen moeite hebben met het formuleren van vragen. Er lijkt wel een grote latente behoefte aan informatie te zijn. Onder ouders lijkt er sprake te zijn van onwetendheid en is meer bewustzijn nodig. Ook dit kan te maken hebben met een laag opleidingsniveau waardoor de benodigde abstractie en zelfreflexie niet voldoende ontwikkeld zijn om doeltreffend met de professionals te kunnen communiceren.

2.2 Welke ouders hebben vragen en problemen

Opvoedingsondersteuning is allereerst gericht op de ondersteuning van ouders in het omgaan met de 'normale opvoedvragen ende belangrijkste normale opvoedproblemen'. Daarbij bestaat 'de goede ouder' niet. Er zijn vele soorten goede ouders (Van Crombrugge, 2009): verantwoordelijke ouders, verwante ouders, beïnvloedende ouders, competente ouders, elk met een specifieke opvoedingsstijl als vormgeving aan het complexe proces van ouderschap. En veel ouders hebben vragen of maken zich wel eens zorgen. Onderzoek leert:

- Ouders met de meeste problemen en vragen zijn ouders van 45-54 jaar, ouders van kinderen in de leeftijd 12-18 jaar, laag opgeleide ouders, alleenstaande ouders en stiefouders (van Bergen c.s., 2005; Snijders, 2006; van Egten, 2008).
- Hoe ouder de kinderen zijn hoe minder vaak hebben ouders expliciet vragen. Ook ouders van meisjes, tweeoudergezinnen en laagopgeleide ouders hebben minder vragen over de opvoeding (Mathijssen en Bus, 2006).
- Hoe ouder de kinderen zijn hoe vaker ouders problemen hebben met de opvoeding. Alleenstaande ouders, nieuw gevormde gezinnen, ouders van jongens en ouders van

- allochtone kinderen hebben vaker problemen (Mathijssen en Bus, 2006; Snijders, 2006). Surinaams / Antilliaanse en Nederlandse ouders uit eenoudergezinnen ervaren de opvoeding vaker als vermoeiend en een zware verantwoordelijkheid (van Egten, 2008).
- Arme ouders hebben bijna twee keer zo vaak problemen met het opvoeden dan ouders met een modaal inkomen (Snijders, 2006,).
 - Lageropgeleide ouders hebben (ook na controle voor inkomen) een minder positieve beleving van de opvoeding dan hogeropgeleide ouders en ouders met een lager inkomen zijn minder positief dan ouders met een hoger inkomen en ervaren meer stress (SCP, 2011).
 - Ouders van kleine gezinnen maken zich vaker zorgen en hebben meer problemen met het opvoeden dan ouders van grote gezinnen (Snijders, 2006; Zeijl c.s., 2005).
 - Vrouwen en in het bijzonder moeders van jonge kinderen blijken beter geïnformeerd over de opvoeding dan mannen. Ook grootouders zijn minder goed op de hoogte (Diekstra c.s., 2010).
 - Vaders zijn in Nederlandse en buitenlandse onderzoeken weinig specifiek onderzocht, ook al hebben zij een verschillende opvoedkundige rol dan de moeders (Distelbrink c.s., 2005). In het buitenland rapporteren Sanders c.s. (2010) dat 5% van de vaders opvoedproblemen ervaren, er weinig vaders hulp zoeken, de sociaal zwakkere vaders het minst en dat de helft van de vaders wel eens bedreigende strafmaatregelen toepast.
 - Meer dan 15% van alle vaders en meer dan 20% van alle moeders heeft soms twijfels over de mate waarin zij de opvoeding van hun kind(eren) aankunnen. Daarnaast is de helft van alle vaders en dan de helft van alle moeders van mening dat het ouderschap moeilijker is dan zij van tevoren dachten. Moeders hebben meer behoefte aan opvoedingsondersteuning dan vaders (SCP, 2011).
 - Allochtone ouders kennen als opvoeders meer onzekerheid en problemen dan autochtone ouders. Deze liggen op het vlak van de cognitieve en schoolse ontwikkeling van hun kinderen, maar nog meer op het bredere pedagogische vlak:
 - de ontwikkeling van nieuwe gezagsverhoudingen,
 - de – meer open - communicatie met kinderen,
 - de omgang met cultuurverschillen en discriminatie/stigmatisering,
 - de omgang met pubers,
 - religieuze opvoeding en omgang met toenemende religieuze orthodoxie onder jongeren (bij moslimgezinnen),
 - het stimuleren van houdingen en competenties bij meisjes en jongens met het oog op autonoom maatschappelijk functioneren of betrokken vaderschap en de toenemende taakoverlap tussen moeders en vaders (Pels c.s., 2009). Veel allochtone gezinnen maken een ontwikkeling door van een bevels- naar een onderhandelingshuishouding. Maar vooral voelen ze zich vaker niet gehoord en/of gesteund. Ze zijn onbekend met het aanbod, ervaren een taalbarrière of andere praktische bezwaren, zien hulp zoeken als een taboe en nemen zelf dan geen initiatief. De ervaren steun van gangbare voorzieningen voor allochtone ouders is zeer beperkt; het aanbod sluit niet aan op de vraag en de context van de ouders (van den Broek c.s., 2010). Allochtone ouders voeden hun kinderen veel vaker in armoede op, in een grootstedelijke omgeving (in concentratiewijken), als tienermoeder (in bepaalde groepen) of als alleenstaande moeder. Ook het gebrek aan betrokkenheid van vaders vormt een belangrijk thema (Pels, 2009). Allochtone ouders in Nederland kunnen de weg niet goed vinden in het woud van met name de lokale voorzieningen. Als ze eenmaal zijn aangekomen bij voorzieningen, blijven ze minder lang omdat het aanbod niet goed aansluit bij hun behoeften. Het gevolg is dat allochtone ouders zijn ondervertegenwoordigd in zorg- en hulpvoorzieningen. Al met al hebben allochtone ouders vaker opvoedproblemen dan autochtone ouders en niet zo zeer andere of specifieke opvoedproblemen.

- Onder de bevindelijk gereformeerde ouders in Zeeland is sprake is van zorgmijding met betrekking tot opvoedingsondersteuning met name bij die opvoedingsproblemen, welke maatschappelijk niet geaccepteerd worden, zoals losbandig gedrag, zich niet conformeren aan de gezinsregels, drankverslaving of middelengebruik. Men zoekt ondersteuning en professionele hulp in een later stadium dan gemiddeld (De Muynck & Post, 2010). Beeldvorming – het subjectieve beeld dat ouders van professionele zorgverleners en instanties hebben - is een krachtige factor in het hulpzoekgedrag. De uitspraak ‘vertrouwen gaat te paard en komt te voet’ is zeker van toepassing. Het vermoeden is dat de impact zo sterk is doordat men in hechte gemeenschappen leeft (De Muynck & Post, 2010; Broer & Gouwe-Dingemanse, 2009; van den Berg c.s., 2005).
- Op individueel niveau kunnen kindfactoren ook een rol spelen. Ouders van kinderen met een "moeilijk temperament" hebben meer vragen en problemen dan ouders van kinderen met een evenwichtig of gemakkelijk temperament. In combinatie met ouderfactoren (bijvoorbeeld een gebrekkige opvoedcompetentie) kan dat tot opvoedproblemen leiden. In meer algemene zin hebben alle ouders bij tijd en wijle opvoedvragen, maar hebben ouders bij een opeenstapeling van risicofactoren soms meer moeite of minder aandacht om die vragen opgelost te krijgen (Hermanns c.s., 2005; Kijlstra c.s., 2005).

2.3 Hoeveel ouders hebben vragen en problemen

- Met de meeste kinderen in Nederland gaat het goed. Hoogstens 5% heeft te maken met een opeenstapeling van problemen. 1 tot 4% van de ouders van kinderen tot en met 12 jaar heeft in het afgelopen jaar veel zorgen gehad over de opvoeding of ontwikkeling van hun kind. Een minderheid van 4-6% van de kinderen heeft psychosociale problemen (Zeijl c.s., 2005). De Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling merkt daarbij op, dat de sociale inbedding van gezinnen en de opvoeding verloren is gegaan (Barendrecht c.s., 2008). En dat het beleid steeds meer is gefocust op die 15% van de kinderen en gezinnen, waar het minder goed mee gaat.

Andere cijfers zijn:

- 36% van ouders met thuiswonende kinderen van 0 tot 18 jaar maakt zich zorgen over een of meer kinderen of de opvoeding (CBS, 2008) 28% van de ouders met thuiswonende kinderen tot 25 jaar in Zuid-Holland hebben soms (25%) of vaak (3%) problemen ervaren met de opvoeding in het laatste jaar (GGD Zuid Holland West, 2007)
- 50% van de ouders heeft soms vragen over het opvoeden en 3% vaak; 42% van de ouders ervaart soms en 2% ervaart vaak problemen met het opvoeden (Mathijssen en Bus, 2006).
- In het onderzoek naar de Haagse ‘canon van de opvoeding’ blijkt onder 40% van de ouders een aanwijsbare lacune in de kennis over opvoeden (Diekstra c.s., 2010).
- 80% van de ouders praat een paar keer per jaar of meer met of krijgt advies over de opvoeding van ten minste één persoon uit hun sociale netwerk (SCP, 2011).

Vanuit hun professionele perspectief zien JGZ-professionals bij 10% van de ouders lichte opvoedproblemen, bij 4% matige opvoedproblemen en bij 1% zware opvoedproblemen. Bij 85% van de ouders hebben ze geen opvoedproblemen waargenomen (Zeijl c.s., 2005). Er is in 9% van de gevallen geen goede match tussen de behoefte van de ouders en de gesignaleerde noodzaak tot steun door de professionals (van der Star, 2010). Onder ouders met ernstiger problematiek neemt de mismatch eerder toe dan af (Boendermaker c.s., 2007).

2.4 Welke wensen, behoeften en opvattingen hebben ouders over opvoedingsondersteuning

Vragen hebben over de opvoeding, je onzeker voelen of zorgen hebben over het opgroeien van je kind; het hoort bij het opvoeden. De behoefte aan ondersteuning proberen ouders in (bijna) alle gevallen – uitzondering: taboe-onderwerpen in de persoonlijke levenssfeer - in eerste instantie in hun directe, persoonlijke omgeving en netwerk op te lossen. Vrienden, familie,

buren, lotgenoten zijn meestal de eersten die geraadpleegd worden of met wie de zorgen gedeeld worden (Snijders, 2006, SCP, 2011). Pas daarna komen andere opvoeders en zorgverleners in beeld: met de huisarts vaak voorop, neemt men ook de leerkracht, de peuterspeelzaalleidster en de jeugdarts of jeugdverpleegkundige in vertrouwen. In een nog later stadium worden pedagogen, CJG-medewerkers, jeugdzorg of maatschappelijk werk genoemd als professionals waar men hulp zoekt (Snijders, 2006; Hoogenboezem en van der Meer, 2009; Diekstra c.s., 2010). In het algemeen weten ouders niet of nauwelijks hoe de hulpverlening in elkaar steekt (Mathijssen en Bus, 2006; Shapiro, 2010). Ouders hebben meer de behoefte aan een hulpverlener, die respect heeft voor de ervaringsdeskundigheid van de ouder en dat de communicatie meer gericht is op wederzijdse uitwisseling (Vandemeulebroecke, Van Crombrugge, Janssens & Colpin, 2002; Nys, 2008). Bij 25% van de ouders leeft de wens om kennis en ervaring over de opvoeding te delen met andere ouders, maar veel minder ouders hebben de behoefte naar een oudercursus of –training te gaan. Informele netwerken zijn versterkend voor de opvoeding en verbeteren de uitkomsten van de opvoeding voor kinderen (De Jongh, 2009; Houkes en Kok, 2009). Hoe informeler de steun, hoe groter de behoefte van ouders (van Egten, 2008). Hoog op de wensenlijst staat informatie en ondersteuning via een website (Speetjens, 2009).

Het steunzoekgedrag komt voort uit behoeften en verwachtingen, die ouders hebben als het om steun en zorg bij het opvoeden gaat. Ouders verwachten (Snijders, 2006; Berg Kleijn, 2008; Hoogenboezem en van der Meer, 2009):

- Iemand te treffen, waarin ze vertrouwen (kunnen) stellen
- Zonder een afspraak binnen te kunnen komen (fysiek of virtueel) voor hulp of advies op tijden die passen in het gezinsritme
- Over alle opvoedonderwerpen te mogen praten
- In eerste instantie meer een luisterend oor, een steunende schouder en in tweede instantie advies en hulp bij hun probleem
- Bekend zijn met de locatie waar ze die professional kunnen treffen (CB, peuterspeelzaal, school)
- Professionals die goed luisteren
- Een professional die ouders serieus neemt en niet betuttelt
- Professionals die oog hebben voor de cultuur van de ouders en de weg naar goede hulp goed kennen
- Dat er in eerste instantie geen registratie plaats vindt
- Een interactieve website zonder dat die het persoonlijke gesprek zal kunnen vervangen. Internet biedt weliswaar veel informatie, maar ouders vinden hier lang niet altijd hun weg.

Onderzoek van Speetjens c.s. (2009) en de Graaf (2010) bevestigt niet alleen het beeld van de “top vier van aanbieders”:

1. Consultatiebureauarts, jeugdarts of huisarts
2. Informele netwerk, zoals partner, familie, vrienden, kennissen en bureaus
3. Leerkracht op school, leidsters van kinderdagverblijf of peuterspeelzaal
4. Professionele opvoedkundige, psycholoog

Zij laten evenals Diekstra c.s. (2010) zien, dat de voorkeur voor een bepaalde vorm van steun samen hangt met de vraag zelf. Eenvoudige opvoedingsvragen (rond eten, slapen, huilen) worden voornamelijk binnen het informele netwerk van ouders gesteld. Alleen bij bepaalde taboe-onderwerpen (slaan, relatieproblemen, wanneer ouders een moeilijke periode doormaken) gaan ouders juist niet te rade bij het eigen netwerk, maar biedt internet een uitkomst. Of men zoekt dan juist steun met een sterk identiteitsgebonden karakter binnen of buiten de eigen kring (De Muijnck & Post, 2010). Naast het informele netwerk zoeken ouders bij eenvoudige opvoedingsvragen hulp in de eerste lijn rondom het kind: het consultatiebureau, de huisarts, de leidsters op het kinderdagverblijf en de onderwijzers op school. Als de vragen of problemen iets zwaarder zijn (bijvoorbeeld een depressief kind, een

kind dat gepest wordt of een kind met gedragsproblemen) ontstaat het beeld dat ouders lang niet altijd weten waar ze naar toe moeten (Grisnich & Jaarsma, 2008; De Muynck & Post, 2010). Vaak wenden ouders zich in dit soort situaties tot hun huisarts in de hoop dat hij/zij hen kan doorverwijzen naar de juiste instantie. Als hun kind jonger is dan vier jaar blijkt het consultatiebureau een bekende plek voor opvoedvragen, mits de medewerkers empathisch zijn en de tijd nemen. Gaat het kind eenmaal naar de basisschool, dan weten ouders niet goed waar ze terecht kunnen. De jeugdarts in de JGZ 4-19 (= jeugdarts en/of jeugdverpleegkundige en/of doktersassistente) ziet de jeugdigen minder frequent. Als er toch hulp nodig is, gaat men eerder naar de huisarts dan naar de jeugdarts. Marokkaanse en Turkse ouders doen dit significant minder dan Nederlandse ouders en dan pas in een stadium, waarin de opvoedproblemen beduidend ernstiger zijn (Van den Broek c.s., 2010). Dat geldt ook voor bevindelijk gereformeerde ouders (De Muynck & Post, 2010). Speetjens c.s. (2009) en van Egten c.s. (2008) concluderen dat opvoedingsondersteuning meer informeel en laagdrempeliger aangeboden kan worden op school en in de wijk en met meer aandacht voor de ontmoeting tussen ouders. Het CJG moet aan zijn bekendheid werken.

Een meerderheid van de ouders kan voor hulp en ondersteuning bij het opvoeden terugvallen op hun informele persoonlijke netwerk (SCP, 2011). Maar lang niet alle ouders spreken frequent over de opvoeding met personen in hun netwerk; ongeveer 20% doet dat zelden of nooit, 30% slechts enkele keren per jaar. De meesten lijken dat ook geen probleem te vinden: ze hebben er geen behoefte aan om veel te praten of vinden dat mogelijk zelfs onprettig. Dat kan ermee te maken hebben dat ouders in Nederland het 'zelf doen' van de opvoeding heel belangrijk vinden. Persoonlijke netwerken van ouders worden voornamelijk actief op momenten dat ouders om hulp verlegen zitten of zich in een moeilijke situatie bevinden. Het lijkt erop dat veel ouders behoefte hebben aan een vrij laagdrempelige opvoedingsondersteuning buiten hun eigen sociale netwerk om. De meeste ouders geven aan tevreden te zijn met de opvoedingsondersteuning die zij krijgen. Desalniettemin zijn er een aantal groepen ouders die aangeven niet voldoende steun te ontvangen. Dan gaat het met name om gezinnen met een laag inkomen, eenoudergezinnen en gezinnen met jonge kinderen (SCP, 2011). In paragraaf 6.8 komt aan de orde, dat niet alle ouders niet altijd goed gebruik maken van het CJG en omgekeerd, dat het CJG – onder meer met het oog op de taken uit het basistakenpakket JGZ- niet altijd alle ouders bereikt. Ook oplossingen van dat probleem komen aan de orde.

2.5 Raadpleging ouders

In het kader van de richtlijnontwikkeling is door het projectteam twee keer een groep ouders geraadpleegd. De eerste sessie was in november 2010 volgens de methode van de Argumentenfabriek. De uitkomst van die intensieve, kwalitatieve raadpleging (zie bijlage 1) in de vorm van een mindmap bevestigde in grote lijnen bovengenoemde onderzoeksresultaten. De deelnemende ouders (n=9) gaven aan vooral ondersteuning te willen bij:

- de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van hun kind
- het ontwikkelen van vaardigheden voor het ouderschap
- het vinden van de juiste informatie en zorg.

Die ondersteuning willen ze krijgen met een flexibele en efficiënte dienstverlening op basis van gelijkwaardige samenwerking tussen professionals en ouders met heldere en eenduidige adviezen, die ouders in hun rol positief bekrachtigen. Dat advies moet dan bij voorkeur een advies op maat zijn: een advies dat past bij hun kind, aansluit op de opvoedvisie van de ouders en toepasbaar is in hun specifieke situatie.

De tweede sessie met een groep van allochtone ouders bevestigde in grote lijnen deze uitkomsten. Zij benadrukken de noodzaak van vertrouwen in ouders en de wens vooral goed gehoord te worden. Zij wijzen ook op de noodzaak van duidelijke en heldere informatie, ook

hoe het zorgsysteem in elkaar steekt. Ze voorzien een steeds sterkere rol van het internet als informatiebron, zeker ook voor goed opgeleide allochtone moeders.

2.6 Overige overwegingen

1. We hebben het onderzoek naar vragen en problemen van ouders in andere landen buiten beschouwing gelaten bij het formuleren van de conclusies. De richtlijn is immers niet bedoeld om op die vragen en problemen een antwoord te geven, maar louter en alleen op de vragen en problemen van ouders en andere opvoeders in Nederland. De richtlijn neemt de Nederlandse situatie als context en daarbij zijn cijfers over vragen en problemen onder ouders in het buitenland niet richtinggevend voor het handelen van Nederlandse professionals. Overigens is een algemene conclusie, dat de aard van de vragen en problemen met de opvoeding voor ouders in andere ontwikkelde landen overeenkomt met de vragen en problemen van Nederlandse ouders (Sanders, Markie-Dadds en Turner, 2003; Bloomfield, 2005; Sanders c.s., 2005; Foster c.s., 2008; Butt, 2009). Waarbij Nederland het in vergelijking tot andere landen overwegend positief doet. Hermanns (2009) zegt daarover: *“Het gaat goed met de Nederlandse jeugd en zijn opvoeding, de problemen nemen eerder af dan toe en in vergelijking met andere landen vallen we in positieve zin op”*.
2. In tegenstelling tot bijvoorbeeld Engeland (FPI, 2007) kent Nederland geen wettelijke verplichting voor voorzieningen, die preventie en hulp bieden aan jeugdigen en ouders, om deze gebruikers te raadplegen of te consulteren over de kwaliteit en de inrichting van de dienstverlening. Hier te lande heeft klantenparticipatie en –raadpleging geen wettelijke basis.
3. In vervolg op de aanbevelingen van Diekstra c.s. (2010) is het wenselijk onder alle ouders de kennis en het begrip van ontwikkeling en opvoeding te vergroten, opdat dit – conform de ‘wet van Rose’ (kleiner veranderingen, b.v. voldoende opvoedkennis bij alle ouders, die grote verschillen bewerkstelligen, b.v. afname mishandeling en beroep op geïndiceerde jeugdzorg) - op termijn een vermindering van het aantal opvoeders en gezinnen oplevert, bij wie sprake is van problematische opvoedingssituaties en daaraan gerelateerde ontwikkelingsproblemen. Bij de vergroting van deze kennis en begrip moet onderscheid gemaakt worden tussen ouders met verschillende opleidingsniveaus. Iedere groep behoeft een passende educatie en voorlichtingsmateriaal.
4. Er is een groep ouders, die geen vragen stellen en soms geen of weinig contact met de jeugdgezondheidszorg hebben of zorg mijndend zijn (van der Star & ten Cate, 2010; Zeijl c.s., 2005). Tot die ouders heeft ook opvoedingsondersteuning geen directe toegang. Dit kunnen risicogezinnen zijn waarbij de de gezondheid en het welzijn van het kind in het gedrang komen. Bemoeizorg is dan op zijn plaats. Het kan ook zijn dat er slechts behoefte is aan een lichte vorm van opvoedingsondersteuning maar dat de uiteenlopende communicatievormen van ouders en professionals in de weg staan. Dan is outreachend werken nodig en gebruik maken van informele netwerken als lokale (migranten/bewoners)organisaties, religieuze organisaties en sleutelpersonen in de wijk.

2.7 Conclusies

De werkgroep concludeert :

- Ouders hebben vooral en eerst behoefte gehoord te worden, hun vragen te kunnen voorleggen en hun zorgen te willen delen met een professional in de JGZ en het CJG. Ze verwachten daarbij een professionele, luisterende houding in een gelijkwaardige samenwerking met heldere en eenduidige adviezen op maat, die ouders in hun rol positief bekrachtigen en niet tot problematisering en registratie leidt. Ouders willen niet alleen informatie en advies krijgen, maar ook praktische en emotionele steun.
- Ouders zijn eerst en vooral op zoek naar iemand, die ze kunnen vertrouwen, allereerst in hun eigen persoonlijke netwerk, vervolgens in de kring van professionals die ze kennen en waar ze vertrouwen in hebben.

- Veel ouders hebben vragen of zijn onzeker over de opvoeding in alle fasen van de ontwikkeling van het kind en met name in de overgangperiodes. Dat is van alle tijden en hoort bij het opvoeden, zeker van het eerste kind. Veel ouders zijn op zoek naar informatie, langs allerlei kanalen, waaronder de digitale snelweg. Vaak hebben ouders dezelfde vragen of zorgen over de opvoeding. De top 20 van meest gestelde vragen is voor bijna alle ouders dezelfde.
- Veel genoemde topics zijn: de aanpak van de opvoeding en het ouderschap in het algemeen, omgaan met lastig, moeilijk of ongehoorzaam gedrag of gedragsproblemen van hun kind, omgaan met emotionele problemen (zelfvertrouwen, onzekerheid en (faal)angst), grenzen stellen en corrigeren en straffen, de schoolprestaties van het kind, gezondheid en kinderziektes en de algemene ontwikkeling van het kind.

Allochtone ouders kennen als opvoeders meer onzekerheid en problemen dan autochtone ouders, maar hebben niet zozeer andere of specifieke vragen over de opvoeding met uitzondering van het terrein van de religieuze opvoeding.

2.8 Aanbevelingen

In dat licht beveelt de werkgroep het volgende aan:

1. Opvoedingsondersteuning vanuit het CJG is er vooral op gericht “normale opvoedvragen en opvoedproblemen normaal te houden”. Vertrouwen en een open dialoog zijn daarbij de sleutelwoorden. Daartoe stelt het CJG alle ouders – van aanstaande ouders tot aan ouders van pubers - op elk moment in de gelegenheid elke vraag over het opvoeden voor te leggen. Dit vraagt een grotere en meer continue presentie van het CJG op de scholen voor basis en voortgezet onderwijs en de kinderopvang.
2. Opvoedingsondersteuning vanuit de jeugdgezondheidszorg en het CJG is gericht op alle ouders met een dialooggerichte werkwijze die recht doet aan alle opvoedculturen, opvoedingsovertuigingen en opvoedgewoonten en veronderstelt en checkt of ouders de veiligheid van het kind en andere volwassenen daarbij niet in gevaar brengen.
3. Vanuit de conclusies over de meest gestelde opvoedingsvragen en de advisering ter preventie van de meest voorkomende (“normale”) opvoedproblemen in elke ontwikkelingsfase stellen we voor, dat professionals gebruik maken van de informatie uit de databank van de landelijke website(s) met opvoedinformatie voor ouders (www.stichtingopvoeden.nl).
4. Inhoudelijk gezien is het niet nodig specifiek aanbod te doen voor sterk identiteitsgebonden ouders (allochtone ouders, bevindelijk gereformeerde ouders, e.a.) aangezien zij vaak dezelfde vragen hebben over de opvoeding als de andere ouders. Wel wordt aanbevolen om bij het bereiken van deze groepen ouders zeer goed recht te doen aan de (identiteitsgebonden) context, waarin zij hun kinderen groot brengen: cultuur sensitieve opvoedingsondersteuning. Ook is het van belang in de communicatie en het voorlichtingsmateriaal rekening te houden met het opleidingsniveau en de beheersing van de Nederlandse taal.
5. Om goed aan te kunnen blijven sluiten op wensen, behoeften en opvattingen van ouders is het wenselijk een vorm van structurele cliëntenraadpleging en klantenevaluatie in te voeren. Dit betekent dat dit een plek moet krijgen in de reguliere contactmomenten met ouders door een open dialoog aan te gaan met ouders en evaluatie standaard in te bouwen (b.v.: is “zijn alle vragen van de ouders beantwoord?”). Aanvullend kan gedacht worden aan het organiseren van spiegelbijeenkomsten met cliënten en zorgverleners. Tijdens spiegelbijeenkomsten delen cliënten hun ervaringen met de zorg, waarbij betrokken professionals toehoorders zijn.
6. Om het bereik van opvoedingsondersteuning te optimaliseren is outreachend werken vanuit het CJG van groot belang. Daartoe zijn onder meer effectieve huisbezoekprogramma’s en contact versterkende interventies in te zetten.

3. Taken van JGZ-professionals en CJG-kernpartners

“Wat zijn de taken van de jeugdverpleegkundige en jeugdarts met betrekking tot opvoedingsondersteuning in vergelijking met de taken van de JGZ-pedagoog en van de ketenpartners in het CJG, zoals (school)maatschappelijk werk, medewerkers van opvoedsteunpunten, zorg- en adviesteams en de jeugdzorg en hoe kunnen zij optimaal aansluiten op elkaar? Welke samenwerkingsafspraken met de ketenpartners moeten gemaakt worden?”

Voor het beantwoorden van deze vraag is gebruik gemaakt van zogenoemde ‘grijze’ literatuur. Hier hebben we vooral landelijke (Nederlandse) rapporten over dit thema gebruikt van onder andere de beroepsverenigingen, de overheid en de kennisinstituten. Dit hoofdstuk is gebaseerd op wetenschappelijk en praktijkonderzoek. De mate van bewijs is D (mening van deskundigen).

3.1 Taken JGZ-professionals in de opvoedingsondersteuning

Het JGZ team bestaat uit een jeugdarts, jeugdverpleegkundige en (dokters)assistente. Voor jeugdverpleegkundigen is opvoedingsondersteuning een belangrijk taak, voor jeugdartsen is het een neventaak (Van Dijk & Ligtermoet, 2009). Ook (ortho-)pedagogen, verpleegkundig specialisten preventie en Voorlichters Eigen Taal en Cultuur (VETCers) in dienst van JGZ-organisaties vervullen een rol in de opvoedingsondersteuning. Het (anticiperend) voorlichten van ouders(s) over de ontwikkeling(-sfase) van het kind om opvoedings-problemen (of erger) te voorkomen kan tijdens alle contactmomenten plaatsvinden.

Taken jeugdartsen in de JGZ

Over de opvoeding worden jeugdartsen vaak geraadpleegd door ouders. Artsen gaan na – dan wel sluiten uit – of opvoedingsondersteuning vanuit een lichamelijke, psychische, cognitieve, sociale of spraak-/taalontwikkelingsachterstand nodig is (NIZW, 2004). Jeugdartsen geven waar nodig opvoedinformatie of –advies aan ouders in individuele contacten, zowel op het CB als op school. In de praktijk lijken jeugdartsen 4-19 meer opvoedondersteunende taken hebben dan de jeugdartsen 0-4, mogelijk als gevolg van de minder expliciete taakverdeling tussen artsen en verpleegkundigen bij de JGZ voor 4-19-jarigen (persoonlijke mededeling De Ruiters, 2010).

Taken jeugdverpleegkundigen in de JGZ

Het praten over de dagelijkse verzorging, opvoeding en ontwikkeling van kinderen en het systematisch signaleren van de balans tussen draagkracht en draaglast en aansluitend ondersteunen van ouders is een belangrijketaak van jeugdverpleegkundigen in de JGZ. Die taak maakt onderdeel uit van de producten *Inschatten zorgbehoefte* en *Voorlichting, advies, instructie en begeleiding* van het Basistakenpakket JGZ (NIZW, 2004). Jeugdverpleegkundigen ondersteunen ouders vanuit de gewone dagelijkse situatie in de vorm van anticiperende voorlichting en empowerment, individuele contacten op spreekuren, tijdens huisbezoeken, in groepen op het consultatiebureau en door het geven van oudercursussen en andere programma’s (zie hoofdstuk 6). Daarnaast doen jeugdverpleegkundigen preventieve gezondheidsonderzoeken (PGO’s) op het gebied van opgroeien en de opvoedingssituatie, verzorgen zij opvoedcursussen en voeren zij groepsgerichte activiteiten uit ter vergroting van het sociale netwerk van gezinnen. De meeste diensten en producten worden standaard (voor iedereen) aangeboden, in het kader van het bevorderen en in stand houden van de veiligheid en gezondheid en gezonde (psychosociale) ontwikkeling van kinderen en gezinnen. Beginnende of dreigende problemen in de opvoeding kunnen door jeugdverpleegkundigen

samen met de ouders worden gesignaleerd en bijgestuurd. Extra zorg kan worden aangeboden aan risicogroepen. Deze extra zorg is binnen de kaders van preventie kortdurend van aard. Wanneer jeugdverpleegkundigen risico's signaleren ten aanzien van de opvoeding van jeugdigen, dan schatten zij de gevolgen in voor de jeugdige (of maken zij een taxatie van de ernst van de problemen) en maken hierbij eventueel gebruik van een of meerdere meetinstrumenten. Vervolgens kiezen zij samen met de ouders en/of de jeugdige passende interventies gericht op het verminderen van risico's (de "draaglast") en het versterken van beschermende factoren (draagkracht). Bij ernstige problemen verwijzen ze door. Hiertoe werken jeugdverpleegkundigen nauw samen met pedagogen, (school)maatschappelijk werkers of gedragswetenschappers (Van Dijk & Ligtermoet, 2009). Jeugdverpleegkundigen werken vraaggericht, outreachend en ook in de vorm van "bemoeizorg" zorgwekkende zorgmijders.

Taken JGZ pedagogen

Pedagogen of pedagogisch adviseurs² in de JGZ, anno 2011 circa 60 in getal, of het CJG werken meestal aanvullend op de medisch-verpleegkundige professionals. Zij coachen de jeugdverpleegkundigen en jeugdartsen bij moeilijke casussen en bieden consultatie en deskundigheidsbevordering (NIZW, 2004). Andere taken van pedagogen zijn het uitvoeren of coördineren van spreekuren, voorlichting, advies geven, hulp bieden of deze coördineren. Tevens coördineren of ondersteunen zij bij de uitvoering van nieuwe preventieve (opvoedings)programma's. Niet elke JGZ-organisatie heeft een pedagoog in dienst; het CJG vaak wel (Van Dijk & Ligtermoet, 2009).

Taken doktersassistenten

In de JGZ hebben doktersassistenten drie kerntaken (NVDA, 2010):

1. Zorgdragen voor intake, voorlichting en advies
2. Bijdragen aan medische zorg
3. Uitvoeren van organisatie- en professe gebonden taken

Een nieuwe ontwikkeling in de JGZ is gebruik maken van triage. Dit betekent dat doktersassistenten volledige Periodieke Gezondheids Onderzoeken uitvoeren bij "niet risico-kinderen en –gezinnen". Zij geven ouders standaardinformatie over algemene (opvoedings)vragen. Daarnaast signaleren zij of er mogelijk meer aan de hand is en verwijzen bij risico's door naar de jeugdarts of jeugdverpleegkundige (NVDA, 2010).

Taken verpleegkundig specialist preventie werkzaam in de JGZ

Een verpleegkundig specialist werkzaam in de JGZ is een jeugdverpleegkundige met een erkende, specifieke masteropleiding en ervaring op expertniveau, die wordt ingezet op een omschreven groep patiënten/cliënten die zij zelfstandig begeleidt/behandelt. Care en cure worden met elkaar verenigd (V&VN, 2009), onder andere in het uitvoeren van alle consulten op het consultatiebureau. Er ontstaat een geïntegreerde werkwijze van zowel medische als verpleegkundige zorg om vroegtijdig somatische, psychosociale en ontwikkelingsproblematiek bij jeugdigen te signaleren, onderkennen, voorkomen en terug te dringen. Zo nodig stellen zij een behandelplan op waarin rekening gehouden wordt met de jeugdige als individu binnen het systeem. Zij verrichten voornamelijk uitvoerende, coördinerende en innoverende taken binnen de zorgketen van de JGZ. De dagelijkse werkzaamheden worden uitgevoerd vanuit het consultatiebureau in nauwe samenwerking met betrokken professionals. Zij maakt deel uit van een team met de jeugdarts, consultatiebureauassistente en jeugdverpleegkundige (Almere, 2011).

Deze jeugdverpleegkundige specialisten nemen in de keten zorgtaken over van jeugdartsen. Ze vervullen een voortrekkersrol in de innovatie van het beroep en de zorg. Zij nemen actie, onderbouwd door onderzoek en dragen bij aan implementatie van

² Pedagogen of pedagogisch adviseurs zijn HBO of universitair geschoold.

onderzoekresultaten. Zij leveren een bijdrage aan de deskundigheidsbevordering van eigen en andere disciplines en aan de kwaliteit van zorg (V&VN, 2009; College Specialismen Verpleegkunde, 2008). Niet alle JGZ-organisaties hebben verpleegkundig specialisten in dienst. Dit wordt wel landelijk door de V&VN aanbevolen.

Taken Voorlichters Eigen Taal en Cultuur

Deze MBO-professionals geven voorlichting en oudercursussen aan (niet-westerse) allochtone ouders (Van Dijk & Ligtermoet, 2009).

3.2 Taken opvoedingsondersteuning van de kernpartners in het CJG

Samen met maatschappelijk werkers en gedragswetenschappers (pedagogen, psychologen) vormen jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen de kerndisciplines van het CJG. Wat zijn de taken van die andere disciplines?

Taken van het algemeen en schoolmaatschappelijk werk

Waar JGZ-professionals deel uitmaken van het CJG werken ze vaak samen met (algemeen of school-) maatschappelijk werkers. Het geven van opvoedingsondersteuning is één van de vormen waarin de kerntaken psychosociale hulpverlening, signalering en preventie van de (school)maatschappelijk werker gestalte krijgen (NVMW, 2011). De maatschappelijk werker kan dit doen tijdens de individuele contacten met de ouders. Soms verzorgt een maatschappelijk werker ook cursussen voor ouders (Van Dijk & Ligtermoet, 2009). Ouders adviseren en begeleiden bij opvoedingsproblemen, al dan niet in combinatie met school- en leerproblemen, behoort tot het takenpakket van de schoolmaatschappelijk werker (Blokland, 2010). Videohometraining is een voorbeeld van een interventie die ze daarbij gebruiken (v.d. Veen en Prinsen, 2010).

Taken van de psycholoog

Tot nu toe kende de JGZ slecht een enkele (kinder-)psycholoog, bijna zonder uitzondering in een consultatieve en aanvullende rol. Met de komst van het CJG neemt de samenwerking met de psycholoog-gedragswetenschapper toe. Diens beroepsprofiel is beschreven als kinder- en jeugdpsycholoog (NIP, 2011). Zij voeren taken uit op het gebied van opvoedingsondersteuning als er sprake is van opvoed- of psychosociale problematiek: signalering, diagnostiek, advies en behandeling.

Taken van alle professionals binnen Centra voor Jeugd en Gezin (CJG)

Voor alle professionals in het CJG zijn door de beroepsverenigingen en de brancheorganisaties samen met de kennisinstituten de gewenste competenties en taken geformuleerd.

Kerntaken voor CJG professionals zijn (Ministerie voor Jeugd en Gezin, 2010b):

1. Signaleren, analyseren en, indien nodig, toeleiden naar (gespecialiseerde) hulp
2. Ondersteuning en dienstverlening: voorlichting, advies, informatie en hulp, coachen, bekrachtigen en versterken;
3. Integrale zorg organiseren
4. Monitoren, screenen en vaccineren

De CJG's hebben een grote verantwoordelijkheid als het gaat om opvoedingsondersteuning en zorg voor kinderen en jongeren. Professionals binnen de CJG's houden zich bezig met preventie, signaleren, advies geven en bieden van lichte ondersteuning en hulp (Janssens, 2008).

3.3 Taken opvoedingsondersteuners buiten de JGZ en het CJG

In verschillende organisaties werken uitvoerende en coördinerende opvoedingsondersteuners die opvoedingsondersteuning als (één van de) kerntaken of als neventaak hebben. Dat doen ze

steeds vaker samen met ketenpartners in het CJG of in het ZAT (Van Dijk & Ligtermoet, 2009). Andere professionals die een rol spelen in de opvoedingsondersteuning, zijn:

- *Huisartsen*

Veel ouders raadplegen de huisarts bij opvoedingsvragen vanwege hun vertrouwensrol. Vanuit hun medische professie zijn de mogelijkheden van huisartsen om ouders met opvoedingsproblemen te begeleiden beperkt. De meeste huisartsen kennen hun beperkingen op dit gebied en verwijzen ouders naar hier boven genoemde professionals.

- *Leerkrachten*

Leerkrachten verkeren in een goede positie om problemen in de ontwikkeling van kinderen te signaleren. Leerkrachten zijn voor ouders een belangrijke gesprekspartner als het met hun kind niet goed gaat op school. Doel van een oudergesprek is meestal om meer zicht te krijgen in de achtergronden van de gesignaleerde problemen, ervaringen uit te wisselen over het kind zich op school en thuis gedraagt en afspraken maken over de aanpak van het probleem. Bij meer complexe situaties kunnen de problemen kan het kind ingebracht worden in het zorg- en adviesteam (ZAT) (Blokland, 2010).

- *Kindercentra*

Als pedagogisch medewerkers met opvoedingsvragen van ouders te maken hebben, is het bieden van een luisterend oor, opvoedtips geven of samen met andere ouders ervaringen uitwisselen veelal voldoende. In de Wet op de Jeugdzorg is opgenomen dat kindercentra ook een taak hebben om problemen in de ontwikkeling van kinderen tijdig op te merken. Pedagogische adviesgesprekken zijn regelmatig aan de orde. Ouders die meer advies en coaching nodig hebben, worden meestal verwezen naar het lokale ondersteuningsaanbod (Blokland, 2010). Pedagogen werkzaam bij grote kinderopvangcentra voeren kindobservaties uit, nemen deel aan signaleringsnetwerken en bieden opvoedingsondersteuning aan ouders (Van Dijk & Ligtermoet, 2009).

- *Opvoedbureau, opvoedwinkel of steunpunt opvoeding*

Deze functie kenmerkt zich voornamelijk door het uitvoeren van niet geïndiceerde zorg bij enkelvoudige problemen. De werkwijze bestaat uit het geven van informatie, advies en begeleiding aan ouders en andere opvoeders in voornamelijk uit individuele contacten met ouders in de vorm van een telefonisch gesprek, spreekuurcontact of huisbezoek. Daarnaast kunnen ook themabijeenkomsten, consultatie en afstemming met andere organisatie zoals Bureau Jeugdzorg tot de werkzaamheden behoren (NJI/RIVM, 2008). Steeds vaker gaan ze op in de CJG's (Blokland, 2010).

- *Brede scholen en VVE projecten (voor- en vroegschoolse educatie)*

Hierbinnen werken professionals met als aandachtsgebied opvoedingsondersteuning of ouderbetrokkenheid. Voorbeelden zijn een VVE-coördinator (functie op HBO-niveau) of een functionaris opvoedingsondersteuning die een oudercursus geeft en individuele contacten met ouders heeft (functie op MBO-niveau).

- *Zorg- en Adviesteams (ZAT's)*

Pedagogen, jeugdverpleegkundigen, jeugdartsen, medewerker bureau jeugdzorg en (school)maatschappelijk werkers nemen als opvoedingsondersteuner deel aan ZAT's. Zij hebben de taak problemen bij het kind of het gezin te taxeren, te beoordelen en (handelingsgerichte) adviezen te geven aan de schoolpraktijk en waar nodig door te schakelen naar lokaal aanbod (www.zat.nl).

- *MEE-organisaties*

Deze professionals (o.a. maatschappelijk werkers en pedagogen) voeren opvoedingsondersteuning uit, zowel individueel als in een groepsaanbod, specifiek gericht op ouders en/of kinderen met een beperking (tot de doelgroep behoren ook kinderen met emotionele of gedragsproblemen). De professionals werkzaam bij MEE hebben veel expertise in huis op het gebied van thuisbegeleiding en de ondersteuning van ouders met opvoedingsproblemen. MEE legt een sterker accent op preventieve taken, zoals het bieden van

informatie, advies en kortdurende begeleiding aan jeugdigen en hun ouders (Van Dijk & Ligtermoet, 2009; Blokland, 2010).

- *(Grote) welzijnsorganisaties*

Pedagogen of pedagogische adviseurs houden zich bezig met de uitvoering van oudercursussen en themabijeenkomsten, opvoedspreekuren en de uitvoering en coördinatie van opvoedingsondersteuningsprogramma's, waaronder specifiek aanbod voor ouders in achterstandssituaties. Voorbeelden van programma's die door welzijnsorganisaties uitgevoerd kunnen worden zijn: Triple P, Spel aan Huis, Home-Start, oudercursussen en Moeders Informeren Moeders (MIM) (Van Dijk & Ligtermoet, 2009).

- *Particuliere praktijken*

Het aanbod van particuliere initiatieven op het gebied van pedagogische advisering varieert van preventieve ondersteuning tot meer gespecialiseerde hulp. Ouders kunnen er terecht voor pedagogische begeleiding bij de aanpak van opvoedingsproblemen. Soms kunnen ouders er een workshop over een opvoedingsthema of oudercursus volgen. Steeds vaker breidt het aanbod zich uit met online informatie en advisering aan ouders. Sommige bureaus doen ook diagnostisch onderzoek. Een aantal bureaus heeft expertise in huis op het gebied van psycho-educatie of behandeling van kinderen met specifieke problemen, zoals ADHD, autisme of gedragsproblemen (Blokland, 2010).

- *Bureau jeugdzorg*

De bureaus jeugdzorg bevinden zich op het snijvlak van de vrij toegankelijke lokale opvoedhulp en de meer intensieve vormen van ambulante hulp en gezinsbegeleiding in de geïndiceerde jeugdzorg. Met de invoering van de Wet op de Jeugdzorg in 2005 is de situatie veranderd en zijn bestaande vormen van ambulante hulp of pedagogische advisering overgeheveld naar de gemeente (Blokland, 2010). Bureau jeugdzorg beoordeelt de (aard en ernst van de) problemen met opgroeien en opvoeden, en stelt vast welke zorg de cliënt nodig heeft. Als oplossingen op lokaal niveau mogelijk zijn, is de cliënt daarop aangewezen en is ondersteuning bij het verkrijgen van die hulp nodig. In de andere gevallen kan de cliënt wettelijk aanspraak maken op de zorg die bureau jeugdzorg in een indicatiebesluit heeft vastgesteld.

- *Thuisbegeleiding*

Thuisbegeleiding (voorheen gespecialiseerde gezinsverzorging) is een intensieve vorm van begeleiding door MBO of HBO opgeleide thuisbegeleiders aan gezinnen met ernstige opvoeden- en opgroei-problemen, waarbij ook een praktische participerende bijdrage wordt geleverd aan het huishouden, het gezinsmanagement en pedagogische taken (www.nji.nl). De doelgroep bestaat uit gezinnen bestaande uit minimaal één ouder en één of meerdere kinderen met ernstige opgroei- en opvoedproblematiek (multiprobleemgezinnen).

Opvoedingsondersteuning via internet

Online opvoedingsondersteuning verdient aparte vermelding. Het is een vorm van hulpverlening waarbij ouders via internet informatie, advies of ondersteuning krijgen. Online hulp is een vorm van getrapte hulpverlening: van passief tot interactief (Schalken e.a. 2010). Dit wordt ook wel het 'stepped-care-model' genoemd. 'Digitale' opvoedingsondersteuning is een vorm van online hulpverlening die door verschillende instellingen gegeven wordt. De laatste jaren verschijnen er steeds meer websites over opvoeding voor ouders, waarbij het streven is de betrouwbaarheid van de informatie te vergroten.

Ouders Online is een veel bezochte onafhankelijke website voor aanstaande ouders en ouders van kinderen tot en met de puberleefijd. Bezoekers kunnen onderling informatie uitwisselen en zo'n 20.000 pagina's aan informatie raadplegen (www.nji.nl). Daarnaast is er een virtueel CJG (www.vcjj.nl) en een database (www.stichtingopvoeden.nl) wat dé informatieve en interactieve website van het lokale Centrum Jeugd en Gezin over opvoeden en opgroeien voor ouders en professionals is. Voor islamitische ouders is er www.opvoedmix.nl met informatie afkomstig van de website van CJG's en informatie over opvoeden binnen het kader van de Islam. Ouders kunnen hier betrouwbare informatie vinden over opvoeden en zij kunnen bijvoorbeeld een e-consult krijgen.

3.4 Afstemming met ketenpartners

Goede opvoedingsondersteuning gaat uit van het ‘zo zo zo zo principe’: zo snel, zo licht, zo kort en zo dichtbij mogelijk (Kenniskring Jeugdgezondheidszorg, 2010). Er moet daarnaast een doorlopend aanbod zijn van opvoedingsondersteuning door middel van:

- coaching en bekrachtiging (empowerment);
- informatie en advies bij (eenvoudige) vragen
- lichte ondersteuning bij beginnende problemen naar intensieve ondersteuning, zoals oudertrainingen, als de problemen groter en ingewikkelder worden.

Hierbij is een goede aansluiting en samenwerking noodzakelijk tussen het aanbod in het preventieve domein en de jeugdzorg (Van Dijk & Prinsen, 2008). Om ketenpartners met elkaar te verbinden is het volgende minimaal nodig (Prinsen, Roelofse, Schuimer & Mes, 2006):

- ontmoetingen en persoonlijke contacten (elkaar kennen)
- concrete afspraken maken met elkaar (elkaar vertrouwen)
- leren en kennisuitwisseling (elkaar begrijpen)
- goede onderlinge communicatie en informatie-uitwisseling (elkaar verstaan)
- beleid en aansturing verbinden met uitvoering (elkaar stimuleren)

In veel gemeenten start men op basis van de wil om de zorg en ondersteuning van jeugdigen te verbeteren, de ervaren noodzaak om ‘elkaars kwaliteiten’ te benutten en een houding en cultuur die ruimte laat en een beroep doet op ieders expertise en inzet. Verantwoordelijkheden en afspraken zijn globaal vastgelegd en werkende weg verder ontwikkelt.

In de praktijk van de zich ontwikkelende samenwerking dienen zich vaak drie elkaar overlappende processen aan, te weten:

1. Goedwerkende incidentele oplossingen worden gaandeweg structureel.
2. Werkbare structurele oplossingen komen (gaandeweg) onder gezamenlijke sturing.
3. Onder gezamenlijke sturing komen gezamenlijke visie en beleid tot stand vertaald in een plan van aanpak. De lopende praktijk wordt ingepast en men voegt ontbrekende elementen toe (Ministerie van Justitie & Ministerie van Binnenlandse Zaken, 2010; NJi, 2009; CBO, 2005).

Noodzakelijke samenwerking m.b.t. (vroeg)signalering

Het is vaak moeilijk om precies aan te geven wanneer de ontwikkeling van met name jonge kinderen ongunstig is, gezien het feit dat zij relatief veel wisselingen en instabiliteit kunnen vertonen op verscheidene ontwikkelingsterreinen. Daarnaast zijn er tussen jonge kinderen onderling ook weer grote verschillen in ontwikkelingstempo. De JGZ wordt vaak geconfronteerd met psychosociale problematiek (waaronder opvoedingsproblemen) in een voor- of beginstadium. Bij slechts een kleine groep (jonge) kinderen is de problematiek duidelijk te omschrijven. Veel vaker gaat het om een “niet pluis gevoel” van ouders en/of professionals of om een onduidelijke en/of moeilijk te interpreteren situatie (Kousemaker, 1996).

Juist bij jonge kinderen adviseert TNO-PG het gebruik van een betrouwbaar (screenings)instrument, en het raadplegen van meerdere “informanten” zoals ouders, consultatiebureauteam, dossier en kinderopvang (en school voor de oudere kinderen) (Brugman, Reijneveld, Den Hollander-Gijsman, Burgmeijer & Radder, 1999). Die instrumenten zijn opgenomen in de JGZ-richtlijn “Vroegsignalering van psychosociale problemen” (Postma, 2008) en soms nog in ontwikkeling.

De kinderopvang (en school) is enerzijds een belangrijke vindplaats voor kinderen met beginnende of aanhoudende problematiek. Daarnaast beschikt de kinderopvang (en school) over belangrijke informatie voor ouders en JGZ, als thuis twijfels of zorgen zijn over de ontwikkeling en/of opvoeding van een kind. Bij vroegsignalering is het dus noodzakelijk dat professionals van verschillende disciplines en organisaties met elkaar samenwerken.

Registratiesystemen Digitaal Dossier JGZ en Verwijsindex

Afstemming tussen verschillende professionals en instellingen vereist dat professionals informatie uitwisselen. Het Digitaal Dossier Jeugdgezondheidszorg, waarin registratie plaats vindt van algemene kind- ouder- en gezinsgegevens, van de lichamelijke en psychosociale ontwikkeling van de jeugdige, als ook van de (actuele) risicofactoren t.b.v. de longitudinale begeleiding, en de Verwijsindex, waarin professionals kunnen zien welk gezin bij welke andere instanties bekend is, dragen hieraan bij (Janssens, 2008). De implementatie van het Digitaal Dossier en de Verwijsindex is inmiddels in volle gang. Het Digitaal Dossier maakt uniforme registratie en betere overdrachten van dossiers en zorg mogelijk binnen de JGZ. De Verwijsindex brengt risicomeldingen van hulpverleners bij elkaar en zorgt dat hulpverleners van elkaar weten dat zij betrokken zijn bij de jeugdige. De Verwijsindex bevat geen inhoudelijke informatie over de aard van de problematiek en de behandeling, maar bevordert een snellere en betere samenwerking van hulpverleners (Van Keulen, 2010).

CJG, ZAT, eerste- en tweedelijnszorg

De functie van het CJG is een laagdrempelige vraagbaak voor ouders, jeugdigen en professionals waar de juiste verbindingen tussen professionals gelegd worden wanneer er vragen zijn op het gebied van opvoeden. Dit heeft als doel dat jeugdigen en hun ouders snel en gecoördineerd die informatie, dat advies of die hulp krijgen, die aansluit bij hun behoeften (Van Dijk & Prinsen, 2008). De JGZ is veelal de spil in het CJG. Daarnaast moet in ieder CJG een schakel zijn met het BJZ en het ZAT. Ook het ZAT, waaraan de JGZ deelneemt, vormt een belangrijk verbindingspunt voor communicatie tussen ketenpartners, geïntegreerde probleemtaxatie en het inzetten van interventies (Postma, 2008).

Naast de spilfunctie van de JGZ in het CJG zorgt de JGZ ook voor korte lijnen met de 1^e en 2^e lijns gezondheidszorg zoals huisartsen, paramedici en medische specialisten (Van Keulen, 2010). De huisarts en de JGZ zijn belangrijke partners in de eerstelijnszorg voor kinderen en gezinnen. Daar waar de huisarts meer curatief werkt, is de JGZ preventieve openbare gezondheidszorg. De samenwerking en afstemming tussen huisartsen en de JGZ staat beschreven in de handreiking ‘Samenwerking huisarts en jeugdgezondheidszorg’ (Ministerie van VWS, 2008) en in diverse LESA's (Landelijke Eerstelijns samenwerkingsafspraken).

Coördinatie van zorg: één gezin één plan

Eén gezin één plan is het afstemmen van de hulp en zorg, die vanuit verschillende voorzieningen geboden wordt aan een gezin. Deze hulp en zorg moeten erop gericht zijn dat gezinnen zo ondersteund worden dat zij de verantwoordelijkheid voor de opvoeding zo zelfstandig mogelijk kunnen dragen. De coördinatie richt zich zowel op de inhoud van de zorg als de wijze van samenwerking tussen professionals. Dat meer hulpverleners betrokken zijn bij een jeugdige en het gezin, is op zichzelf nog geen reden om zorgcoördinatie vanuit een organisatie te organiseren. Als ouders zelf in staat zijn zelf te sturen op afstemming en uitvoering van alle hulp en zorg, dan heeft dat de voorkeur en heeft er geen zorgcoördinator aangewezen te worden. Indien ouders zelf niet in staat zijn de hulp en zorg te sturen dan moet er een zorg coördinator aangewezen worden (Ministerie voor Jeugd en Gezin, 2010a).

Eén gezin één plan is niet vrijblijvend. Altijd moet duidelijk zijn welke instantie de functie van zorgcoördinator vervult en daarmee verantwoordelijk is voor het goed verlopen van de samenhangende ondersteuning van het gezin. Dat de coördinatie van zorg aan één professional is opgedragen, betekent niet dat andere professionals en instanties achterover kunnen leunen. Vanuit hun eigen professionele en maatschappelijke verantwoordelijkheid hebben instanties – en daarmee ook professionals - de plicht om samen te werken. Het wetsvoorstel *Centra voor Jeugd en Gezin en regierol gemeenten in de jeugdketen* benadrukt deze verplichting (Ministerie voor Jeugd en Gezin, 2010a).

CJG en zorgcoördinatie

Zorg coördinatie vanuit het CJG of de JGZ binnen het CJG is aan de orde wanneer meerdere hulpverleners of instanties bemoeienis hebben met een jeugdige of een gezin, of zich daarmee zouden moeten bemoeien. Het CJG als zorg coördinator houdt in de gaten of de diverse instellingen voldoende dan wel te veel of te weinig hulp in zetten. De zorg coördinator begeleidt ouders en jeugdige gedurende dit proces (Van Keulen, 2010). Zodra een indicatiebesluit door Bureau Jeugdzorg is afgegeven is Bureau Jeugdzorg verantwoordelijk voor de zorgcoördinatie. Dit is ook het geval wanneer een jeugdbeschermingsmaatregelen genomen is of wanneer sprake is van jeugdreclassering (Ministerie voor Jeugd en Gezin, 2010a). Wanneer de bemoeienis van de andere zorgverlener of instantie, bijvoorbeeld Bureau Jeugdzorg, ophoudt dan is het CJG weer aan zet om de veilige ontwikkeling van het kind te bewaken. Het moet altijd duidelijk zijn welke instantie de functie van zorg coördinator vervult.

Uit het praktijkonderzoek van Partners in Jeugdbeleid (Van der Zijden, 2010) naar de samenwerking tussen de JGZ (vaak dus ook CJG) en de jeugdzorg uitent sleutelfiguren in de JGZ unaniem de uitdrukkelijke wens om standaard geïnformeerd te worden, ook indien de JGZ niet de verwijzende instelling is:

- op het moment dat bureau jeugdzorg een indicatiebesluit afgeeft;
- op het moment dat de geïndiceerde zorg start en eindigt;
- bij de start en afsluiting van kindbeschermingsmaatregelen;
- op het moment dat er een onderzoek door het AMK wordt uitgevoerd, en bij afsluiting van dat onderzoek.

De wens om elkaar beter standaard te informeren kwam ook uit het praktijkonderzoek naar voren van het RIVM over de samenwerking tussen de JGZ en bureau jeugdzorg (Pijpers, Beckers & Lijs-Spek, 2010). De standaardinformatie hoeft niet uitgebreid te zijn: feitelijke informatie over start en einde en de gegevens van contactpersonen volstaan (Van der Zijden, 2010).

De gemeente is als regisseur van het jeugdbeleid verantwoordelijk dat helder is vastgelegd in welke gevallen welke instantie de uitvoeringsverantwoordelijkheid voor coördinatie van zorg heeft. Vanaf de inwerkingtreding van het wetsvoorstel *Centra voor Jeugd en Gezin en regierol gemeenten in de jeugdketen* is dit een wettelijke verplichting (Ministerie voor Jeugd en Gezin, 2010a).

De ontwikkeling van de intersectorale samenwerking tussen onderwijs, zorg en veiligheid groeit gestaag. Samenwerken is maatwerk. Dat geldt zeker voor zo'n complexe samenwerking als bijvoorbeeld die tussen de drie sectoren van zorg, onderwijs en veiligheid. Juist omdat de 'couleur locale' zo sterk bepaalt welke instellingen samen werken, wat het domein en het doel van de samenwerking is en hoe ver men gaat in het formaliseren van de samenwerking, valt er voor het werkproces nauwelijks een standaard te formuleren. Wel is het wenselijk, dat de volgende voorwaarden zijn vervuld:

1. Ontwikkelen en vastleggen van de werkafspraken
2. Gezamenlijk sturing geven aan de ontwikkeling van samenwerking
3. Opschaling bij stagnatie regelen
4. De informatiedrager(s) bepalen
5. Gemeenschappelijke visie en gezamenlijke uitgangspunten
6. Effectieve interventies gebruiken

(Ministerie van Justitie & Ministerie van Binnenlandse Zaken, 2010)

Wrap around care

Wrap around care (WAC) is een vraaggestuurde en cliëntgerichte benadering waarin de begeleiding en hulp dichtbij en rondom het gezin worden georganiseerd. In het kort: **een** gezin, **een** hulpverlener, **een** plan. Het is een specifieke vorm van professionele bejegening waarbij de werker op maat methodieken, interventies of hulpverlening kan inzetten en waarbij

veel gebruik gemaakt wordt van niet professionele steunpilaren (community). Hermanns (2007) stelt dat het ontbreekt aan een *wraparound*-benadering. Centraal in de benaderingswijze is “het herstel van het gewone leven” door middel van empowerment. De ondersteuning en begeleiding zijn erop gericht het zelfoplossend vermogen te vergroten zodat de problemen voor het gezin weer hanteerbaar worden. De doelen van de begeleiding worden gezamenlijk geformuleerd door gezin en hulpverlener. In aansluiting op het streven naar ‘herstel van het gewone leven’ betekent dit voor hulpverleners dat ook zij ‘experts van het gewone leven’ zijn. In WAC combineert de ‘expert van het gewone leven’ in het gezin drie rollen: casemanagement (totstandkoming van één plan), hulpverlening (uitvoering) én zorgcoördinatie (gezinscoaching en regie). Deze expert kan onder andere een jeugdverpleegkundige zijn (www.nji.nl).

Nieuwe media

Ondanks de vele mogelijkheden, wordt er in de jeugd(gezondheids)zorg en het CJG nog weinig geprofiteerd van de mogelijkheden van moderne informatie- en communicatietechnologie. En dat terwijl het gebruik van sociale media in de jeugdzorg kan zorgen voor substantiële verbeteringen in de zorgverlening. Ook de komst van nieuwe laagdrempelige media kunnen professionals met elkaar in verbinding staan en vraagstukken en oplossingen uitwisselen. Een groot scala aan online applicaties biedt mogelijkheden het werk flexibel te organiseren, effectief met elkaar te communiceren en kennis direct beschikbaar te stellen aan andere professionals. Vergaderen (effectief afstemmen) kan ook online. Via applicaties zoals Google Sites kunnen samenwerkende professionals organisatie overstijgend hun agenda, documenten en vraagstukken met elkaar delen. Jeugdzorg 2.0 is een voorbeeld van een snelgroeiende beweging die staat voor het verbinden van pioniers die een passie hebben om de jeugd(gezondheids)zorg te vernieuwen. Centraal staat hoe te vernieuwen met gebruik van de hedendaagse technologie (Waling, 2010).

3.4 Juridische kaders voor uitwisseling informatie

Het blijkt dat professionals moeite hebben om te beoordelen welke gegevens wel of niet mogen worden uitgewisseld met collega’s en professionals uit andere sectoren. Onbekendheid met de mogelijkheden en ruimte binnen de privacyregelingen staat een effectieve ketensamenwerking in de weg (Integraal Toezicht Jeugdzaken, 2009). In juni 2011 heeft het Ministerie van VWS het privacyinstrument ‘Samenwerking in de jeugdketen’ gelanceerd. Ook zijn er filmclips over privacy en gegevensuitwisseling op verwijsindex.tv te vinden. Het instrument en verwijsindex.tv helpen professionals af te wegen of het in het belang van de ouders/ kind is gegevens uit te wisselen en samen te werken met andere professionals. Ze geven inzicht in wat kan en mag binnen de privacyregelgeving als het gaat om informatieuitwisseling in de jeugdketen. Het doel is onduidelijkheid weg te nemen zodat onnodige terughoudendheid rond het uitwisselen van informatie wordt vermeden. Het instrument is een aanvulling op documenten en instrumenten die een handreiking bieden bij de afweging rondom privacy-aspecten zoals bijvoorbeeld de Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling (Ministerie van VWS, 2011). Hieronder wordt ingegaan op het ‘beroepsgeheim in de jeugdgezondheidszorg’ en het zogenaamde ‘conflict van plichten’ (Ministerie van VWS, 2003).

Beroepsgeheim medische zorgverleners in de JGZ

Het beroepsgeheim van de medisch hulpverlener betekent dat hij zonder toestemming van zijn cliënt geen informatie over hem mag verstrekken aan anderen. In de wet is vastgelegd welke personen mogen delen in het beroepsgeheim. Het gaat om medebehandelaars en om ouders van jeugdigen tot zestien jaar. Medebehandelaars zijn andere medische hulpverleners die rechtstreeks bij de medische behandeling betrokken zijn. Het gaat dan bijvoorbeeld om de vervanger van de jeugdarts of de jeugdverpleegkundige die bij de behandeling betrokken is of de specialist waarnaar wordt doorverwezen of de leden van een multidisciplinair team.

Toestemming van de cliënt wordt verondersteld tenzij de cliënt duidelijk heeft aangegeven dat hij niet wenst dat een andere behandelaar van de gegevens kennis neemt. De medische hulpverlener geeft alleen die informatie door die noodzakelijk is voor de behandeling. Is de jeugdige twaalf tot zestien jaar oud dan geeft de medische hulpverlener geen informatie aan de ouders als de jeugdige uitdrukkelijk aangeeft dat hij niet wil dat zijn ouders worden geïnformeerd. Bij een jeugdige vanaf zestien jaar delen de ouders niet meer in het beroepsgeheim, alleen met toestemming van de jeugdige mag de professional informatie verstrekken.

Conflict van plichten

In noodgevallen kan de (medische) hulpverlener de plicht om te zwijgen doorbreken omdat hij alleen door te spreken (levens)gevaar voor de cliënt kan tegengaan. De medische hulpverlener doet een beroep op overmacht. Aan een beroep op overmacht worden nogal wat eisen gesteld. Het moet echt gaan om een uitzonderlijke situatie waardoor de werker in gewetensnood komt. 'Van overmacht lig je 's nachts wakker!' Of het echt om een overmacht situatie gaat kan de werker vaststellen aan de hand van de volgende vijf vragen:

1. Welk gerechtvaardigd doel wil ik bereiken met het geven van informatie?
2. Kan dit doel ook worden bereikt zonder dat ik die informatie aan een ander verstrek?
3. Is het mogelijk en verantwoord om toestemming van mijn cliënt te vragen voor de gegevensverstrekking en zo ja, heb ik alles gedaan om die toestemming te verkrijgen?
4. Is het ernstig nadeel dat ik voor mijn cliënt wil afweren zo zwaar dat dit opweegt tegen het belang dat de cliënt heeft bij geheimhouding?
5. Als ik besluit om te spreken, welke informatie heeft de professional waaraan ik informatie verstrek echt nodig om het ernstig nadeel voor de cliënt af te wenden?

Een beroep op overmacht is in principe gericht op de belangen van de cliënt. Gaat het om de belangen van een ander dan de cliënt, dan is een beroep op overmacht in het CJG mogelijk als een goede gezondheid of ontwikkeling of de veiligheid van een jeugdige in het geding is. Vanwege de afhankelijke positie waarin jeugdigen zich veelal bevinden, zal een professional die de belangen van de jeugdige behartigt over het algemeen eerder een beroep moeten doen dan een beroepskracht die werkt met volwassen cliënten. Het internationaal Verdrag voor de Rechten van het Kind, waarbij ook ons land zich heeft aangesloten, verplicht een ieder om de belangen van jeugdigen zeer zwaar te laten wegen. Een professional die overweegt een beroep te doen op overmacht, moet dit eerst goed doorspreken met een leidinggevende. De werker houdt echter, ook na dit overleg, zijn eigen professionele verantwoordelijkheid. Hij beslist dus uiteindelijk zelf of hij in het belang van de cliënt zijn geheimhoudingsplicht doorbreekt. Vooral in geval van twijfel is het zinvol om eerst te overleggen met een deskundige van de eigen beroepsorganisatie (Ministerie van VWS 2003, in: Postma, 2008).

Meldcode Huiselijk geweld en Kindermishandeling

Op 1 januari 2011 is de Wet Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling in werking getreden. De wet stelt gebruik van een meldcode verplicht voor professionals bij (mogelijke) signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling. De wet geldt na invoering voor ruim 1 miljoen professionals in gezondheidszorg, jeugdzorg, welzijn, onderwijs en justitie. De ministeries van VWS, Jeugd en Gezin, OCW en Justitie hebben een basismodel voor de meldcode opgesteld. De meldcode bestaat uit een stappenplan waarin staat wat een professional moet doen bij vermoedens van huiselijk geweld of kindermishandeling (www.nji.nl).

3.5 Overige overwegingen

- In het Basistakenpakket van de JGZ staan verpleegkundige (opvoedingsondersteunende) taken beschreven in het kader van het product " *Voorlichting, advies, instructie en begeleiding* ". Dat heeft er nogal eens toe geleid, dat er op een belerende of betuttelende

manier te vaak en te snel ongevraagd adviezen worden gegeven. De jeugdverpleegkundige heeft juist ook een coachende rol, die meer in de lijn van empowerment ligt: “luisteren naar ouders, reflecteren en uitdrukkelijk bekrachtigen wat goed gaat” (Ouders online, 2011; Caris,1997).

- In de praktijk blijkt dat sommige ouders (met name ook migrantenouders) niet weten dat de doktersassistente ook expertise heeft. Dit geeft met name bij triage soms problemen. Ouders voelen zich dan afgescheept, niet serieus genomen of niet gerust gesteld. Door goed te beschrijven welke taken de doktersassistente heeft en dit kenbaar te maken bij ouders kan dit probleem deels ondervangen worden.
- Praktische overwegingen leiden tot beperking van de mogelijkheden van opvoedingsondersteuning (Ouders Online, 2011; persoonlijke noot De Ruiters, 2010):
 - Het verschil in de frequentie van de contactmomenten en het verschil in budget t.b.v. opvoedingsondersteuning verschilt aanzienlijk tussen de JGZ 0-4 en 4-19.
 - Er is nog te vaak geen goed doorlopende lijn van de JGZ 0-4 naar JGZ 4-19 . Sommige regio's hebben daar wel (deels) in voorzien, zoals de GGD Regio Nijmegen in haar beleid voor "risicokinderen".
 - De benodigde vertrouwensrelatie voor opvoedingsondersteuning ontbreekt bij de JGZ 4-19: ouders en de JGZ kennen elkaar minder goed (tenzij er 0-12 gewerkt wordt, of er een warme overdracht plaatsvindt van ouders en kind op de basisschoolleeftijd).
 - Ouders zijn vaak niet goed bekend met het JGZ team van de school, of weten niet met welke vragen zij er terecht kunnen.
 - Het bereik van jeugdigen in de JGZ 4-19 is goed, maar het contact met ouders is minimaal (vaak alleen tijdens het PGO in groep 2 en 7) en in de aanwezigheid van steeds ouder wordende kinderen wordt het openlijk praten over de opvoeding lastiger voor alle partijen.
 - Het contact met ouders is niet frequent en intensief genoeg om individuele ouders de sociale steun te bieden die ze bij de opvoeding nodig hebben om vroegtijdig opvoedingsproblemen te signaleren.
 - Een vraaggerichte werkwijze kost extra capaciteit (menskracht/middelen);
 - Voor de JGZ 4-19 is outreachend werken lastiger;
 - Scholen en het CJG (en schoolmaatschappelijk werk) werken (nog) niet goed samen als het gaat om vroegsignalering van "signalen van het kind", en/of opvoedingsvragen van ouders.
- In het rapport van RIVM 'Standpunt versterken samenwerking JGZ en Bureau Jeugdzorg' (Pijpers et al., 2010) wordt aangegeven op het gebied van afstemming en samenwerking nog veel te winnen valt. Het praktijkonderzoek dat is uitgevoerd bij het opstellen van het standpunt geeft suggesties voor de wijze waarop de JGZ, bureaus jeugdzorg en overige samenwerkingspartners met deze punten aan de slag zouden kunnen. Belangrijke aanknopingspunten zijn:
 - Elkaar beter leren kennen;
 - Regionale afspraken over zorg coördinatie en verwijscriteria;
 - Ontwikkeling en implementatie van 'Eén gezin, één plan'.Daarbij wordt aangegeven dat bij Eén gezin, één plan alleen als de lijn voor iedereen duidelijk is, interventies elkaar kunnen versterken.' Zij geven aan dat hier nog een methodiek voor ontbreekt en dat deze ontwikkeld zou moeten worden (Pijpers et al., 2010).
- In ditzelfde rapport (Pijpers et al., 2010) wordt de aanbeveling gedaan om duidelijke regionale afspraken met alle betrokken organisaties over zorg coördinatie te maken, zeker omdat deze in het kader van de Verwijsindex Risicokinderen verplicht zijn: wat wordt verstaan onder zorg coördinatie, wie is wanneer verantwoordelijk voor de zorg coördinatie,

hoe werken we samen, hoe dragen we over en wie neemt het initiatief. Het wetsvoorstel rond de verankering van gemeentelijke taken binnen de jeugdketen schrijft ook voor dat deze afspraken worden gemaakt. Daarbij zal het CJG de verantwoordelijkheid worden voor zorg coördinatie bij vroeghulp (lichte ondersteuning).

3.6 Conclusies

De werkgroep is van mening dat:

- Regionale of lokale samenwerkingsafspraken, met landelijke borging, gemaakt moeten worden met alle ketenpartners die te maken hebben met jeugd. De CJG's, ZAT's en Verwijsindex kunnen daarbij optreden als belangrijke verbindingspunten voor de communicatie tussen de ketenpartners op regionaal niveau. Er zullen afspraken gemaakt moeten worden over ieders verantwoordelijkheid in de zorg rond jeugd en over informatie-uitwisseling. Het bereik van de (keten)partners geoptimaliseerd moet worden – weet wie je nodig hebt: de onbekendheid met ketenpartners wegnemen, elkaar meer informatie verschaffen over taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de verschillende partijen, en jongeren en ouders, sleutelpersonen in de wijk en lokale (migranten/bewoners) organisaties betrekken in het zoeken naar oplossingen, kan een stap in de richting van betere en effectievere ketensamenwerking betekenen.
- In het kader van zorg coördinatie duidelijke regionale afspraken gemaakt moeten worden: wat wordt verstaan onder zorg coördinatie, wie is wanneer verantwoordelijk voor de zorg coördinatie, hoe werken we samen, hoe dragen we over en wie neemt het initiatief.
- Er duidelijke lokale/ regionale afspraken gemaakt worden over de terugkoppeling van ketenpartners naar het CJG dat te allen tijde plaats moet vinden. Het CJG dient standaard geïnformeerd te worden:
 - op het moment dat bureau jeugdzorg een indicatiebesluit afgeeft;
 - op het moment dat de geïndiceerde zorg start en eindigt;
 - bij de start en afsluiting van kinderbeschermingsmaatregelen;
 - op het moment dat er een onderzoek door het AMK wordt uitgevoerd, en bij afsluiting van dat onderzoek.

Het CJG informeert ook standaard diegenen die naar hen verwijzen en naar wie zij zelf verwijst.

- De communicatiemethoden gemoderniseerd moeten worden: bijvoorbeeld gebruik van 'video conferenties' en sociale media.
- Ketenpartners standaard betrokken moeten worden bij nieuwe ontwikkelingen op het terrein van opvoedingsondersteuning. De onderlinge samenwerking tussen instellingen moet goed zijn. Er moet een gezamenlijke verantwoordelijkheid zijn voor de ontwikkeling van activiteiten en beleid voor opvoedingsondersteuning. Instellingen moeten in samenwerking met de gemeente binnen hun algemene taakstelling en aanbod zoeken naar mogelijkheden om met name specifieke (risico) groepen voldoende te bereiken door aanpassing of uitbreiden van hun werkzaamheden / aanbod.

Ouders en jeugdigen meer betrokken moeten worden bij de hulp. Professionals moeten transparant zijn en de regie – indien mogelijk – bij hen leggen. Zij moeten samen met ouders en jeugdigen doelen vaststellen en kijken hoe de ondersteuning wordt opgezet en welke partners evt. betrokken zijn/ moeten worden bij de hulpverlening. Ook hierbij moet meer gebruik worden gemaakt van social media. Aangepast aan de vaardigheden en interesses van de verschillende doelgroepen.

3.7 Aanbevelingen

De werkgroep beveelt aan dat:

1. Het CJG (jeugdarts, schoolmaatschappelijkwerker, jeugdverpleegkundige, of pedagoog/psycholoog) standaard participeert in de zorgadviesteams op iedere school.
2. Dat er gewerkt moet worden aan de bekendheid en vertrouwensband van het CJG met ouders wanneer het kind naar school gaat. Voor ouders van schoolgaande kinderen gaat

het CJG desgewenst op school ondersteuning bieden of direct vanuit school hulp en zorg inschakelen . Hiermee wordt ook gewaarborgd dat gezinnen en kinderen een passend en op elkaar afgestemd zorg- en onderwijsaanbod krijgen.

3. Voor de coördinatie van zorg werkt het CJG met de aanpak van 1 gezin, 1 plan en beveelt aan dat deze aanpak verder methodisch doorontwikkeld wordt.
4. Het CJG standaard geïnformeerd wordt:
 - a. op het moment dat bureau jeugdzorg een indicatiebesluit afgeeft;
 - b. op het moment dat de geïndiceerde zorg start en eindigt;
 - c. bij de start en afsluiting van kindbeschermingsmaatregelen;
 - d. op het moment dat er een onderzoek door het AMK wordt uitgevoerd, en bij afsluiting van dat onderzoek.

Het CJG informeert ook standaard diegenen die naar hen verwijzen over het resultaat van de hulp, uiteraard altijd met toestemming van de ouders.

5. Als er sprake is van hulp en zorg professionals samen met ouders (en jeugdigen) doelen vaststellen en samen kijken hoe de ondersteuning wordt opgezet en welke partners eventueel betrokken zijn of moeten worden bij de ondersteuning.

4. Beroepshouding, communicatievaardigheden en competenties van CJG-professionals.

Welke houdingen, communicatievaardigheden en competenties zijn nodig voor JGZ medewerkers om de doelstellingen rond opvoedingsondersteuning (in het CJG) vorm te geven, welke scholingsmodule(s) zijn daarvoor nodig en op welke wijze moet borging van houdingen, vaardigheden en competenties plaatsvinden?

Voor het beantwoorden van deze vraag is gebruik gemaakt van ‘grijze’ literatuur. Hier hebben we vooral landelijke (Nederlandse) rapporten van overheden en kennisinstuten gebruikt over dit thema. Dit hoofdstuk is gebaseerd op praktijkonderzoek en op wetenschappelijk onderzoek. De mate van bewijs is D (mening van deskundigen).

4.1 Vaardigheden en houdingen voor het werken met ouders

De vaardigheden en houding van CJG-professionals zijn van wezenlijk belang om de ondersteuning aan ouders te kunnen laten slagen. De houding van professionals komt tot uitdrukking in de wijze waarop de professional met ouders communiceert. Ouders hebben behoefte aan een warm en persoonlijk contact in de professionele relatie (Speetjes, van der Linden & Goossens, 2009). Daarnaast blijkt vertrouwen en een sensitief, respectvol en positief belangstellende bejegening voor ouders een belangrijke voorwaarde om hulp te accepteren (RIVM, 2008; Ouders Online, 2011).

De cliënt-hulpverlenersrelatie

Uit verschillende bronnen komt naar voren dat persoonlijke kenmerken van de professional alsook de contactuele vaardigheden een grote rol spelen bij succesvolle opvoedingsondersteuning: *Kenmerken van hulpverleners blijken een sterkere voorspeller van de uitkomst van de hulpverlening dan de kenmerken van de cliënten. Volgens sommige onderzoekers is dit zelfs de meest krachtige van alle werkzame factoren, buiten-therapeutische factoren daargelaten* (Wampold, 2005, in Pijnenburg, 2010). De cliënt-hulpverlenersrelatie is een algemeen werkzame factor in de hulpverlening ongeacht de soort hulp en doelgroep (Van Yperen, 2003). In het rapport van Van Yperen, Van der Steege, Addink & Boendermaker (2010) is benoemd dat er *overall* veel betekenis wordt gegeven aan de factor cliënt-hulpverlener relatie. Zij geven daarbij wel aan dat deze bevinding hoofdzakelijk gebaseerd is op onderzoek naar de effecten van psychotherapie bij volwassenen. Een uitvoerige review van Ackerman en Hilsenroth (2003; in Van Yperen et al., 2010) werpt licht op de persoonlijke eigenschappen van de hulpverlener en de technieken die een rol spelen bij het beïnvloeden van de kwaliteit van de therapeutische relatie. Kenmerken van de hulpverlener zijn: *flexibiliteit, eerlijkheid, hebben van ervaring, respectvol handelen, betrouwbaarheid, zelfverzekerdheid, geïnteresseerd zijn, alert zijn, vriendelijkheid en openheid.*

Technieken zijn:

- exploratief te werk gaan
- verdiepende vragen stellen
- reflectie op thema's
- steunend zijn
- successen uit het verleden benadrukken
- accurate interpretaties geven
- faciliteren bij het uitdrukken van emoties
- actief zijn
- bevestigen
- begrip tonen

- aansluiten bij de ervaringen van de cliënt

Basishouding

De benodigde basishouding en vaardigheden van CJG-professionals die opvoedingsondersteuning als taak hebben, kent drie basiselementen (Burggraaf-Huiskes, (2005):

- Een sensitieve/ responsieve houding van de professional; kunnen verplaatsen in de ouder en gevoelig zijn voor signalen en daar adequaat op aansluiten).
- Een positieve en ondersteunende benadering van ouders; optimisme uitstralen en geloof hebben in de mogelijkheden van ouders om vraagstukken zelf op te lossen.
- Een zorgvuldige en respectvolle benadering van ouders en hun visie op opvoeding.
- Naast de houding zijn vier specifieke vaardigheden belangrijk voor professionals die ouders pedagogisch adviseren (Burggraaf-Huiskes, 2005).
- Actief luisteren: de professional laat door middel van houding, gebaar en ondersteunend taalgebruik merken dat hij met volle aandacht luistert (ook naar wat ‘achter de woorden ligt’).
- Vragen stellen: Hoewel gesloten vragen soms heel functioneel kunnen zijn, zijn open vragen veelal heel geschikt.
- Samenvatten en structureren.
- Lichaamstaal: de professional is zich hier van bewust en stemt dit af op de ouder.

Deze basishouding komt overeen met de gewenste houding van jeugdverpleegkundigen en schoolmaatschappelijk werkers in de omgang met ouders in het kader van videohometraining (Eliens en Prinsen, 2008; van der Veen, 2010). Deze basishouding wordt in grote lijnen ook in andere veelgebruikte opvoedingsondersteuningsprogramma's in het CJG beschreven. Uit onderzoek van Ouders Online (2011) naar wat ouders van de JGZ vinden, blijkt dat ook ouders bovengenoemd houdingsaspecten en vaardigheden belangrijk vinden in het contact met de professionals.

Blokland (2010) beschrijft de kennis, houding en vaardigheden van een pedagogisch adviseur, die individuele preventieve ondersteuning biedt aan ouders met milde opvoedingsproblematiek. Aangezien veel competentieprofielen van CJG-professionals weinig specifieke informatie geven over opvoedingsondersteuning, geeft dit richting. Blokland (2010) geeft aan dat het werk van een pedagogisch adviseur is voorbehouden aan minimaal HBO-geschoolde beroepskrachten die aan het volgende profiel voldoen:

Kennis

- Ontwikkelingspsychologische en pedagogische kennis over de (fasegebonden) ontwikkeling van kinderen en de meest voorkomende vragen en problemen van ouders.
- Kennis van factoren die bijdragen aan het ontstaan en in stand houden van psychosociale problematiek bij kinderen en opvoedingsproblemen van ouders.
- Bekendheid met de sociale leertheorie en gedragsmatige benadering van opvoedingsproblemen.
- Kennis van theorieën over ouderschap en opvoeden vanuit een multicultureel perspectief.
- Theoretische en praktische kennis met betrekking tot opvoedingsondersteuning.
- Kennis van de sociale kaart en voorzieningen voor ouders.

Houding

- Een open, onpartijdige en niet-oordelende opstelling naar ouders toe waarbij de beroepskracht verder kan kijken dan eigen opvoedingservaring en opvattingen.
- Een empathische, positieve benadering met geloof in eigen probleemoplossend vermogen van ouders.
- Een respectvolle benaderingswijze, met inachtneming van de eigenheid, autonomie en privacy van gezinnen.
- Bewustzijn van eigen gedrag en voorbeeldfunctie in gesprekken met ouders.

- Kunnen reflecteren op eigen werkwijze, openstaan voor (kritische) feedback van anderen.

Vaardigheden

- Goede communicatieve vaardigheden voor het scheppen van een vertrouwensbasis en veranderingsbereidheid bij ouders.
- Analytisch vermogen: snel de kern van een vraag of probleem kunnen inschatten.
- Didactische vaardigheden om ontwikkelingspsychologische inzichten en pedagogische kennis te kunnen vertalen in praktische suggesties en advisering op maat.
- Kunnen werken vanuit het partnerschapsmodel dat een gelijkwaardige inbreng en gezamenlijke besluitvorming als uitgangspunt neemt.
- Kunnen werken aan empowerment en zelfregulatie door de competenties van ouders te versterken.
- Flexibel kunnen inspelen op een diversiteit van opvoedingssituaties en een gevarieerde cliëntenpopulatie.
- Professionele gespreksvoering, met een juiste balans van nabijheid en afstand: eigen grenzen kunnen bewaken.
- Goed kunnen samenwerken en netwerken binnen de lokale pedagogische infrastructuur.

Vraaggericht werken

In het CJG wordt vraaggericht gewerkt. Bij vraaggericht werken kiest de professional nadrukkelijk het *perspectief* van de ouder als uitgangspunt. De mening van de ouders over de ontwikkeling van hun kind is een bruikbare voorspeller gebleken voor toekomstige gedragsproblematiek (Rothbart & Bates, 1998, In: Tan c.s., 2005). Het centraal stellen van de mening van ouders over de opvoedingssituatie en eventuele interventies garandeert bovendien een grotere effectiviteit (Turnbull, 2000, In: Tan c.s., 2005). Verondersteld wordt dat ouders over het algemeen competent zijn in de opvoeding of competent kunnen worden. De wijze waarop het gesprek gevoerd wordt, moet zodanig zijn dat de aanwezige competenties bij de ouders versterkt worden. De CJG-professional activeert de mogelijkheden van de ouder om zelf problemen te kunnen oplossen. Ouders worden zoveel mogelijk ondersteund in hun persoonlijke benadering van de opvoeding: wat willen de ouders en wat kunnen de ouders; wat past bij het gezin? De CJG-professional sluit daar steeds met medeweging van de professionele kennis bij aan. Bovendien zoekt de medewerker altijd naar sterke punten van de ouder in de opvoedingssituatie. Door ouders daar bewust van te maken en van daaruit de opvoedingssituatie te versterken, neemt de kans op verbetering van de situatie en het voorkomen of verhelpen van problemen sterk toe. Met andere woorden: bij empowerment gaat het om het tot stand brengen van een gelijkwaardige samenwerking tussen de CJG-professional en de ouder. Om zo'n samenwerking tot stand te brengen moeten ouders op een positieve manier geactiveerd en aangemoedigd worden. Via de samenwerkingsrelatie met de ouders kan toe gewerkt worden naar een optimale situatie voor het hele gezin (Tan, Van den Boom & Hermans, 2005).

Recent heeft CJG Rijnmond (2011) haar vraaggerichte aanpak gekoppeld aan de pedagogische visie, waarbij zij verwachten dat (jgz-)medewerkers naast de ouders gaan staan. Letterlijk zeggen ze: *“Dat vraagt van de CJG Rijnmond- professional, dat je er altijd ‘bent voor alle ouders’: informerend, stimulerend, bevragend, voortdurend in dialoog, anderen er bij betrekking, desnoods er op af, aansprekend en aanspreekbaar, waar nodig adviserend of (licht) hulp verlenend met een brede kijk op de opvoedvragen, -zorgen en –problemen van ouders, zonder te verhullen, maar door aan te kaarten en bespreekbaar te maken, door te empoweren en zo nodig ook te bemoeien (je bent een sociale evenwichtskunstenaar), continu feedback te vragen op geleverde dienstverlening, zo nodig nauw met anderen (school, kinderopvang, huisarts, jeugdzorg, etc.) samen te werken en altijd bereid het contact en de communicatie met ouders aan te gaan met als grenslijn dat nooit losgelaten wordt als de veiligheid van kinderen en jeugdigen in het geding is. En naast die ouders staande zet je samen altijd het belang van het kind voorop”*.

Buitenlandse inzichten

Braun, Davis en Mansfield (2006) hebben in kaart gebracht welke factoren een rol spelen in de effectiviteit van ondersteuning aan ouders. Zij geven aan dat onderzoek suggereert dat de meest effectieve relatie tussen ouder en ondersteuner het gelijkwaardige gesprekspartnerschap is. Onder partnerschap verstaan zij: actieve betrokkenheid, shared decision making (gezamenlijke beslissingen nemen), complementaire expertise, overeenstemming over doelen en processen, wederzijds vertrouwen en respect, openheid en eerlijkheid, duidelijke communicatie en onderhandeling. Dit partnerschap komt overeen met de door Muller beschreven dialooggerichte consultvoering (zie paragraaf 6.6). Hoe de relatie tot stand komt, hangt voor een groot deel af van kwaliteiten van de professional: respect, empathie, echtheid, bescheidenheid, bedaard (gelijkmoedig), enthousiasme, persoonlijke integriteit, technische expertise (kennis). Deze kwaliteiten worden zichtbaar in de communicatie met ouders: actief luisteren, stimuleren en exploreren, empathisch reageren en samenvatten, veranderingsgerichte vaardigheden, onderhandelingsvaardigheden en probleemoplossende vaardigheden (Braun, Davis & Mansfield, 2006).

Eronen, Pincombe & Calabretto (2010) hebben onderzoek gedaan naar factoren die van belang zijn in de opvoedingsondersteuning gegeven door jeugdverpleegkundigen. Zij geven aan dat het erg belangrijk is dat jeugdverpleegkundigen in de begeleiding aan ouders continu na moeten gaan of zij nog afgestemd zijn op de behoeften van het gezin. Ze moeten steeds kunnen reflecteren op hun handelen. In plaats van het geven van professioneel advies zijn ouders beter geholpen wanneer zij informatie, bronnen en ondersteuning krijgen om zo hun eigen keuze te kunnen maken. De jeugdverpleegkundige moet de ouders ondersteunen om zelf een keuze te maken uit verschillende opties. Deze manier van informatieverschaffing verhoogd de kans dat ouders daadwerkelijk iets met het advies doen en dat het niet tegenstrijdig voelt.

4.2 Beroepscompetenties voor het werken met ouders (buitenland)

In Groot-Brittannië zijn landelijk beroepscompetenties (standaarden) ontwikkeld voor het werken met ouders. Ze definiëren de competentie, vaardigheden, kennis en begrip die het werken met ouders vereist. De competenties bieden zowel individuen als organisaties een basis om zich te ontwikkelen en zich met deze vereisten te meten.

Naast de principes en waarden voor het werken met ouders is per werkgebied een gedetailleerde beschrijving gemaakt van de activiteiten, criteria voor prestaties op basis van de beschreven competenties en kennis, begrip en sleutel- en kernvaardigheden die vereist zijn (NIZW Jeugd, 2006; Pye Tait, 2006).

De principes en waarden voor het werken met ouders zijn (NIZW Jeugd, 2006; Pye Tait, 2006):

- Opvoedingsondersteuning en ontwikkelingsstimulering voldoen aan de rechten van het kind, zoals beschreven in het VN Verdrag voor de Rechten van het Kind (1989) dat door Groot-Brittannië in december 1991 is aangenomen.
- Begeleiders werken te allen tijde samen met de ouders.
- Erken dat moeders, vaders en allen met een opvoedende rol unieke kennis en informatie over hun kinderen hebben.
- Het gezin en de samenleving zijn verantwoordelijk voor kinderen, behalve als ouders over grenzen gaan en de veiligheid van het kind in het geding is. Dan ontstaat een maatschappelijke plicht tot ingrijpen.
- Werk met ouders zonder een oordeel te vellen of te discrimineren. Versterk bestaande sterke punten, kennis en ervaring van de ouders.
- Opvoedingsondersteuning en ontwikkelingsstimulering dienen beschikbaar te zijn voor alle opvoeders; begeleiders werken met alle opvoeders of iedereen die een opvoedende rol vervult.

- Respecteer verschillen op het gebied van sekse, culturele achtergrond en behoeftes van ouders. Voor mensen die werken met ouders is het respecteren hiervan, evenals het recht op gelijkheid en toegankelijkheid van fundamenteel belang.
- Het werken met ouders veronderstelt dat een specifieke training is gevolgd.
- Reflectie en een voortdurende zoektocht naar verbetering zijn noodzakelijk om het werk goed uit te voeren.

Enkele voorbeelden van Britse beroepscompetenties (voor een volledig overzicht: zie bijlage 4) voor het werken met ouders zijn:

- Draag bij aan een veilige omgeving voor iedereen
 - Zorg ervoor dat ouders zich prettig en vertrouwd voelen
 - Waardeer en respecteer de diversiteit in de cultuur en achtergrond van ouders
- Werk samen met ouders om hen te helpen met eigen behoeftes te begrijpen en te vervullen
 - Stel ouders in staat hun behoeften te onderzoeken
 - Helpen ouders te voldoen aan de behoeftes die ze hebben vastgesteld
- Bied die dienstverlening aan ouders waaruit respect en waardering blijkt
 - Luister naar de ouders en erken hun gevoelens en ervaringen
 - Herken de sterke punten van de ouders en help ze deze te ontwikkelen
 - Vergroot de waarde en erkenning van diversiteit in de opvoeding en samenleving

4.3 Competenties van CJG-professionals

Een beroepscompetentieprofiel biedt professionals een fundament voor hun werk en voorziet opleidingen van uitgangspunten voor leertrajecten (Buurman et al. ,2009). In ons land bestaat nog geen beroepscompetentieprofiel 'opvoedingsondersteuner' (www.nji.nl). Wel bestaat er een profiel voor de verschillende disciplines werkzaam in de JGZ, het CJG of breder waarin de benodigde competenties beschreven staan.

Competentieprofiel jeugdarts

Het competentieprofiel van een jeugdarts na twee jaar opleiding bevat competenties op een aantal domeinen: medisch handelen, communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen en professionaliteit. De jeugdarts heeft het vermogen om op basis van geïntegreerde kennis, vaardigheden en houding adequaat te handelen in complexe beroepssituaties. Er zijn voor de jeugdarts geen specifieke competenties op het gebied van opvoedingsondersteuning beschreven (NJI/RIVM, 2008).

Competentieprofiel jeugdverpleegkundige

In het competentieprofiel van de jeugdverpleegkundige staat beschreven over welke competenties zij moet beschikken om haar deel binnen het Basistakenpakket op professionele wijze in te vullen. De competenties behorende bij de twee taken van Basistakenpakket die gerelateerd zijn aan opvoedingsondersteuning zijn, 'inschatten zorgbehoeften' en 'voorlichting, advies, instructie en begeleiding'.

Bij de taak 'inschatten zorgbehoefte' is het belangrijk dat de jeugdverpleegkundigen de zorgbehoefte (preventief) kan signaleren en analyseren. Hierbij is het van belang dat de jeugdverpleegkundige bij opvoedvragen en/of -problemen symptomen kan onderscheiden vaneen eventueel onderliggend probleem. Ook moet ze risicokinderen kunnen indiceren en een zorgplan op kunnen stellen. Hierdoor ontstaat een inschatting, plan of raming voor een optimale balans tussen de invloed van risicofactoren en beschermende factoren op het gezond opgroeien van jeugdigen.

Bij de taak 'voorlichting, advies, instructie en begeleiding' moet de jeugdverpleegkundige universele, selectieve en geïndiceerde preventieve activiteiten uit kunnen voeren. Ook moet zij vroege interventies uit kunnen voeren en (nieuwe) sociale media kunnen gebruiken. Daarbij moet zij haar kennis gebruiken over het motiveren en stimuleren van gedragsverandering. Hierdoor wordt een gezonde verzorging, opvoeding, gezonde leefstijl en ontwikkeling bij een

zo groot mogelijk aantal jeugdigen bereikt (Mast & Pool, 2005). Voor de uitgebreide beschrijving van de competenties van jeugdverpleegkundigen: zie bijlage 5.

Maatschappelijk werker

In het beroepsprofiel van de maatschappelijk werker staat een overzicht van de competenties waarover de maatschappelijk werker dient te beschikken (NVMW, 2011). Er zijn 18 breed geformuleerde competenties beschreven waarbij het gaat om een integratie van kennis, vaardigheden, waarden en persoonlijkheid. Een voorbeeld van zo'n competentie is: 'de maatschappelijk werker is in staat om in dialoog met de client verandermogelijkheden in beeld te brengen op basis van kansen en belemmeringen van zowel de client, zijn omgeving en hun onderlinge wisselwerking'.

Competentieprofiel gedragswetenschapper

In het competentieprofiel van de gedragswetenschapper in de jeugdzorg (Van de Haterd, Zwikker, Hens & Uyttenboogaart, 2009) worden wel een aantal generieke competenties en vakspecifieke competenties beschreven die ook gelden voor de gedragswetenschapper in het preventieve veld, waaronder de CJG's en zorgadviesteams.

De algemene houding, vaardigheden en competenties van academische opgeleide (ortho)pedagogen zijn vastgelegd in de beroepscode van de NVO (NVO, 2009).

Competentieprofiel doktersassistenten

Voor doktersassistenten werkzaam in de JGZ zijn competenties geformuleerd voor de drie kerntaken die zij hebben. Opvoedingsondersteuning valt onder kerntaak 1 'zorgdragen voor intake, voorlichting en advies' en daarvoor zijn de volgende competenties geformuleerd (NVDA, 2010). De doktersassistente is in staat:

- Tot het zelfstandig uitvoeren van screenings;
- Om volgens protocol, werkinstructie triage zelfstandig uit te voeren. Zij is in staat om af te wegen of het betrekken van of verwijzen naar een andere discipline noodzakelijk is voor het behalen van de hulpverleningsdoelen; Om de jeugdige en opvoeders op een hulpvaardige manier te benaderen zodat de jeugdige en/of opvoeders zich op hun gemak voelen en weten zij kunnen verwachten tijdens de uitvoering van de screening;
- Om in haar werk bewust en systematisch rekening te houden met het unieke referentiekader van de jeugdige, opvoeders en het opvoedingsklimaat;
- Helder en zorgvuldig te communiceren met de jeugdige en opvoeders;
- Verschillende gesprekstechnieken te hanteren, zoals motiverende en activerende gesprekstechnieken;
- Om in contact met de jeugdige en opvoeders verbaal en non-verbaal te signaleren welke behoefte de jeugdige en hun opvoeders hebben;
- Beschikbare digitale middelen (chat, mail, website) in te zetten en te hanteren als het gaat om het geven van advies en informatie;
- Zowel individuele als groepsvoorlichting te geven over leefstijlthema's.

Competentieprofiel Verpleegkundig Specialist Preventie werkzaam in de JGZ/CJG

Voor verpleegkundig specialisten preventie werkzaam in de JGZ/CJG is een specifiek profiel opgesteld. Naast kennis moeten zij sociale vaardigheden bezitten om gedragsverandering bij ouders en hun naasten te verwezenlijken en weerstanden te overbruggen. Hiervoor zijn tact, geduld, inlevingsvermogen, het kunnen luisteren en overredingskracht noodzakelijk. Kunnen motiveren, stimuleren en corrigeren zijn van belang bij het geven coaching, supervisie, scholing en instructie aan jeugdverpleegkundigen, jeugdartsen en andere bij betrokken hulpverleners. Een voorbeeld van het profiel van de verpleegkundig specialist preventie (werkzaam in de JGZ) van de Zorggroep Almere is te vinden in bijlage 6. In grove lijnen wordt dit profiel ook in andere organisatie gehanteerd.

Vereiste competenties CJG professionals

Voor CJG professionals in het algemeen zijn een aantal competenties opgesteld. Bij het beschrijven van competenties van professionals binnen het CJG wordt onderscheid gemaakt tussen competenties die in relatie staan tot de doelstellingen van het CJG en competenties die in relatie staan tot de kerntaken van het CJG (Ministerie voor Jeugd en Gezin, 2010). De competenties die in relatie staan tot de doelstellingen van het CJG zijn onderverdeeld in vijf clusters (Ministerie voor Jeugd en Gezin, 2010; Van de Haterd et al., 2010):

1. Vraaggericht werken

De professional gaat uit van de (al dan niet expliciete) vragen, wensen en behoeften van jeugdigen en hun opvoeders op het gebied van gezondheid, ontwikkelingen, opgroeien en opvoeden. Hierbij kan het, naast individuele vragen, ook gaan om collectieve opvoedingsvragen. De professional levert dus ook preventie, ondersteuning, hulp of zorg gericht op de totale doelgroep van de in Nederland wonende jeugdigen en hun ouders.

2. Klantversterkend werken

De professional doet een beroep op de eigen kracht en het probleemoplossend vermogen van de jeugdigen, opvoeders en hun sociale omgeving. De professional ondersteunt mensen om zelf een oplossing te vinden voor hun problemen.

3. Omgevingsgericht werken

De professional is omgevingsgericht. Hij/zij signaleert individuele problemen van jeugdigen én maatschappelijke ontwikkelingen en neemt op basis daarvan initiatief.

4. Samenwerkingsgericht werken

Binnen het CJG is effectief samenwerken van essentieel belang. Het gaat hierbij om vertrouwen tussen professionals, om kennis over elkaars professie en organisatie en om eenduidigheid in taalgebruik. De professional is actief in samenwerkings- en ketenverbanden en vervult de verantwoordelijkheid die zij in die verbanden draagt. Zie paragraaf 6.4 voor meer informatie.

5. Werken in een netwerkorganisatie

De professionals zijn de kracht en het visitekaartje van het CJG. Daarom is het van belang dat alle professionals weten waar het CJG voor staat, de visie van het centrum onderschrijven en deze uitdragen in hun manier van werken met ouders en jeugdigen.

De specifieke competenties behorende bij de doelstellingen en taken van het CJG zijn beschreven door Van de Haterd et al. (2010). Competenties gerelateerd aan de taken het geven van informatie, voorlichting, advies, instructie en begeleiding en het bieden van passende (lichte) hulp zijn relevant voor opvoedingsondersteuning in het CJG

Competenties voor het geven van online opvoedingsondersteuning

Online hulpverlening, waaronder opvoedingsondersteuning aan ouders, maakt een steeds groter deel uit van de gereedschapskist van moderne hulpverleners. Verdere groei van deze vorm van hulp of ondersteuning valt daarbij te verwachten (Schalken, 2010). Aan beroepskrachten die online hulp geven worden geen specifieke eisen gesteld. In de praktijk blijkt dat het bieden van online hulp andere kennis en vaardigheden van beroepskrachten vraagt dan reguliere hulpverlening. Naast ervaring met typen, computers en internet vraagt online hulp vooral specifieke communicatieve vaardigheden omdat non-verbale informatie ontbreekt (www.nji.nl/dossier-online-hulpverlening).

Het Nederlands Jeugdinstituut heeft samen met deskundigen op het gebied van online hulp en opvoedingsondersteuning (zogenaamde kenniskring) de competenties en randvoorwaarden voor het geven van online opvoedingsondersteuning beschreven (Ligtermoet, Vergeer & Zwikker, 2011). Hierin staan zowel de overall kwalificaties als professionele opvoedingsondersteuner beschreven alsook de digitale competenties.

4.4 Interculturele competenties

Ince & Van de Berg (2010) beschrijven in de *'Overzichtsstudie interventies voor migrantenjeugd'* (2010) welke interculturele competenties professionals dienen te beschikken. Op basis van zowel internationale als nationale literatuur kan geconcludeerd worden dat de houding en vaardigheden van de professional doorslaggevend zijn voor het slagen van opvoedingsondersteuning aan allochtone ouders. Als belangrijke vaardigheden onderscheiden zij onder meer waakzaamheid voor vooroordelen, belangstelling tonen en een positieve benadering. Sensitiviteit van de professional en respect voor de culturele achtergrond van het gezin is volgens hen zelfs cruciaal om een vertrouwensband te ontwikkelen met gezinnen. Sensitiviteit houdt in: culturele vooroordelen vermijden, maar ook vooroordelen op basis van sociaaleconomische positie, gezinsstructuur, gender, generatie en acculturatie. Bij gezinsondersteuning bij etnische minderheden moet het belang van een vriendelijke, gastvrije en respectvolle houding benadrukt worden. Daarbinnen zijn vooral luisteren, openstaan, empathie, inlevingsvermogen, flexibiliteit en geduld belangrijk (Ince & Van de Berg, 2010). Intercultureel werken vereist niet zozeer specifieke vaardigheden, maar stelt vooral extra eisen aan algemene vaardigheden als nieuwsgierigheid, respect, kennis en flexibiliteit. Bij de opbouw van de werkrelatie kijkt men meer systematisch en meer contextueel, en zijn bejegening- en motiveringsaspecten essentieel (Ince & Van de Berg, 2010).

Communicatie met migrantengezinnen

In het werken met moeilijk bereikbare gezinnen is het van groot belang een vertrouwensband te ontwikkelen. Het opbouwen van een band is een kwestie van een lange adem. Het opbouwen van een vertrouwensrelatie met Turkse en Marokkaanse ouders kost relatief veel tijd en investering vraagt en daardoor een extra aandachtspunt vormt. Aansluiten bij de cultuur van de ouders werkt bevorderend. Verder is vertrouwen op te bouwen door middel van communicatie die niet direct verbonden is aan het aanbod, door een meer persoonlijke benadering, huisbezoeken, het warm houden van contacten en iets voor de gemeenschap doen. Randvoorwaarden zijn voldoende veiligheid bieden, begrip tonen voor de situatie en zorgen en twijfels serieus nemen. Een open en onbevangen benadering vraagt van professionals inzicht in de veronderstellingen, waarden en normen die hun eigen leven domineren en die hun denken en beleving als goed, normaal en nastrevenswaardig wordt beschouwd, los te laten. Zo ontstaat er een relatie die meer op samenwerking is gebaseerd. Als mensen zich op deze manier serieus genomen voelen, zijn ze eerder gemotiveerd en valt er veel meer te bereiken (Ince & Van de Berg, 2010). Ook moet de professional in staat zijn zich aan te passen aan het opleidingsniveau, basisvaardigheden, -kennis, abstractievermogen en beheersing van het Nederlands (Van Leeuwen, 2011).

Empowerment bij migrantengezinnen

Empowerment, het denken vanuit eigen kracht en kwaliteit, is belangrijk is voor migrantengezinnen. Het is wenselijk dat professionals zich richten op het ontwikkelen van copingvaardigheden, dat zij de gezonde kanten van de ouders benadrukken (niet problematiseren) en hen uit de slachtofferrol proberen te halen en te houden. Een manier om dit te bereiken, is door hen te betrekken bij diensten die zij aangeboden krijgen, met name bij het nemen van beslissingen. Uit een overzicht van good practice-oudertrainingen blijkt dat het belangrijk is innovatieve rollen te vinden voor ouders. Het is bijvoorbeeld mogelijk ouders zelf in te zetten om outreachend te werken en relaties op te bouwen met andere ouders (Ince & Van de Berg, 2010; zie verder ook hoofdstuk 5).

4.5 Competenties gericht op samenwerken

Hoewel deze niet specifiek voor opvoedingsondersteuning gelden, zijn er competenties opgesteld voor CJG-professionals op het gebied van samenwerking (Van de Haterd, Kluft, Baan, Zwikker & Hens, 2010). Deze competenties worden hieronder beschreven aangezien

JGZ-professionals in toenemende mate onderdeel zijn van en samenwerken met andere disciplines in het CJG.

Competenties waarover professionals in het CJG zouden moeten beschikken:

- De professional is in staat duidelijk met collega's en professionals van andere disciplines te communiceren over de werkzaamheden zodat een goede afstemming plaatsvindt.
- De professional is in staat de expertise van professionals van andere disciplines te respecteren en op hun waarde te schatten.
- De professional is in staat de expertise van de ouders te respecteren en op hun waarde te schatten.
- De professional heeft het vermogen contact te leggen en te onderhouden met ouders en/of jeugdigen, professionals van andere disciplines en organisaties die betrokken zijn bij de jeugdigen of opvoeders en kan hen motiveren optimaal samen te werken waardoor de hulpverlening met goede onderlinge afstemming plaatsvindt.
- De professional kan informatie overbrengen op een voor de ouder begrijpelijke wijze en is in staat – met name als er een taalprobleem is – gebruik te maken van non-verbale communicatie en visuele communicatiemiddelen, passend bij de communicatiestijl van de ouder.
- De professional rapporteert op transparante wijze aan ouders en/of jeugdigen, collega's en samenwerkingspartners omtrent de individuele of collectieve gezondheid, ontwikkeling, opgroei- en opvoedingssituatie van jeugdigen.
- De professional is in staat zich inhoudelijk en materieel te verantwoorden aan de jeugdige, opvoeders, haar organisatie, professionals van andere disciplines, beroepsverenigingen en juridische instanties, zodat inzicht ontstaat in de gevolgde handelwijze.
- De professional is in staat om initiatief te tonen en te denken in kansen en mogelijkheden.
- De professional is in staat om situaties tegemoet te treden waarin het verloop van de communicatie onvoorspelbaar is.
- De professional beheerst vergader-, lobby- en onderhandelingstechnieken.
- De professional heeft kennis over signaleringsinstrumenten en evidence-based interventies.

Samenwerken tussen disciplines

- De professionals in het CJG zijn in staat informatie over de opvoeding van jeugdigen te vertalen en te bespreken met professionele mede-opvoeders in het onderwijs en andere organisaties die betrokken zijn bij de zorg voor jeugdigen.
- De professionals in het CJG weten welke professionals van andere organisaties betrokken zijn bij de jeugdigen of opvoeders, kan hulp coördineren en kan iedereen motiveren samen te werken en de werkzaamheden onderling goed af te stemmen.
- De professional kan andere professionals helpen en steunen bij het uitvoeren van de vastgestelde taken en functies om de doelen en het beleid binnen de afdeling ten behoeve van de opvoedingsondersteuning aan de ouder(s) en het kind te realiseren.
- De professionals in staat effectief intercollegiaal te consulteren, zowel wat betreft individuele als collectieve zorg en de eigen deskundigheid en kennis te delen met professionals van andere disciplines.
- De professional is in staat professionals van andere disciplines te begeleiden in het methodisch werken en oplossingsgericht werken.

Samenwerken en coördineren in de keten

- De professionals in het CJG zijn in staat om inhoudelijke verantwoordelijkheid op zich te nemen ten opzichte van professionals van andere disciplines en ketenpartners door op overtuigende en transparante wijze haar expertise uit te dragen. Kan verschillende visies samenvoegen tot een breed gedragen plan dat ten uitvoer wordt gebracht.

- De professional is in staat om het vertrouwen te winnen van en samen te werken met sleutelfiguren en (migranten/bewoners) organisaties in de wijk.
- De professional is in staat de preventieve zorg als een continu en integraal proces te laten verlopen dat gericht is op de gezondheid, ontwikkeling, het opgroeien en opvoeden van jeugdigen. Zonodig wordt doorverwezen naar derden.
- De professional is in staat om samenwerkingsactiviteiten te coördineren zodat de doelen van een plan van aanpak worden gerealiseerd.
- De professional heeft kennis over verschillende methoden en technieken en kan die gebruiken om bij de dreigende stagnatie een situatie open te breken.
- De professional is in staat de werkzaamheden systematisch en nauwkeurig uit te voeren in een situatie waarin verschillende werkprocessen tegelijkertijd aandacht vragen.
- De professional is in staat om professionals op beleidsniveau te mobiliseren om structurele (keten)samenwerking te organiseren.
- De professional is in staat doeltreffend bij te dragen aan inter- en multidisciplinaire (keten-) samenwerking.
- De professional is in staat inzichtelijk te maken waar de zorg coördinatie per geval ligt.
- De professional is in staat werkprocessen binnen de keten waar mogelijk te standaardiseren.
- De professional is in staat om doorzettingsmacht te organiseren.
- De professional is in staat om te achterhalen welke personen uit de sociale omgeving en welke organisaties buiten de hulpverlening de jeugdige of zijn opvoeders kunnen steunen en betreft hen bij het realiseren van de gestelde doelen.
- De professional is in staat om steun te zoeken bij andere professionals om de verantwoording te kunnen dragen voor het veilig en gezond opgroeien.
- De professional is in staat de verwijzindex te hanteren en bespreekbaar te maken in direct contact met de jeugdige en/of opvoeders.

4.6 Scholing

Professionals op het gebied van opvoedingsondersteuning hebben meestal verschillende opleidingen gevolgd. Opvoedingsondersteuning kent geen specifiek opleidingstraject anders dan als afstudeerrichting van sommige HBO- of universitaire opleidingen pedagogiek. In vele andere opleidingen is opvoedingsondersteuning een aandachtsgebied en wordt zij in modules aangeboden (www.nji.nl). Veel programma's die voor opvoedingsondersteuning ingezet worden (bijvoorbeeld Home Start, Samen Starten, Stevig Ouderschap, Triple-P of VoorZorg), kennen een apart scholingstraject. Binnen deze scholingstrajecten komen vaak thema's als motiverende gespreksvoering, oplossingsgericht werken of dialooggericht werken aan de orde.

(Basis)opleiding

Artsen werkzaam in het CJG hebben de opleiding tot jeugdarts gevolgd. Jeugdartsen hebben de opleiding jeugdgezondheidszorg gevolgd, dit is een profielopleiding van de Opleiding Arts Maatschappij & Gezondheid. Deze opleiding bevat modules gericht op signaleren en (vroegtijdige) effectieve interventies en opvoedingsondersteuning (www.tno.nl; www.nspoh.nl).

Jeugdverpleegkundigen hebben de opleiding HBO-Verpleegkunde gevolgd. Voor jeugdverpleegkundigen is er een post HBO opleiding jeugdgezondheidszorg (deeltijd) beschikbaar die verzorgd wordt vanuit de Hogeschool van Leiden en Hogeschool van Utrecht (en vanaf maart ook Avans Hogeschool). In deze opleiding van ongeveer een jaar krijgen de thema's opvoedingsondersteuning en pedagogische advisering ruim de aandacht. Ook thema's als samenwerken in netwerken, preventie van kindermishandeling, deskundigheidsbevordering (o.a. gespreksvoering), interculturele gespreksvoering en persoonlijke effectiviteit (incl. supervisie) zijn onderdeel van deze opleiding (zie voor meer informatie: www.hsleiden.nl en www.cursussen.hu.nl). Daarnaast biedt de Hogeschool van Utrecht een zesdaagse introductie cursus aan voor nieuwe jeugdverpleegkundigen. De cursus

bestaat uit twee delen: drie dagen gericht op de JGZ 0-4 en drie dagen gericht op de JGZ 4-19. Zo kunnen ook meer ervaren jeugdverpleegkundigen die met een andere leeftijdsgroep gaan werken of die in een organisatie werken die zich gaat richten op de groep 0-19, zich ook bijscholen. Tijdens deze introductie cursus komen thema's als signaleren van risico's en een adequaat vervolg hiervan, hanteren van opvoedingsadviezen, diverse methoden voor gespreksvoering en de rol van de jeugdverpleegkundige in de zorg coördinatie aan bod (www.cursussen.hu.nl).

Jeugdverpleegkundigen kunnen ook de post HBO opleiding tot verpleegkundige specialist preventie doen. Zie voor meer informatie www.verpleegkundigspecialismen.nl.

Eronen, Pincombe & Calabretto (2010) geven aan dat het belangrijk is dat post-HBO programma's voor jeugdverpleegkundigen ook aandacht besteden aan het cliëntgericht werken in de opvoedingsondersteuning vanuit de empowermentgedachte. Door jeugdverpleegkundigen te versterken in het kunnen reflecteren op hun handelen, en het versterken van (communicatie)vaardigheden en technieken zijn zij beter in staat aan te kunnen sluiten bij de behoefte van de ouders. Ze moeten vaardigheden ontwikkelen/versterken in het exploreren van mogelijkheden en het ondersteunen van ouders om zelf een beslissing te maken. Continue ontwikkelingsprogramma's voor professionals, zoals intervisie en supervisie, bieden de professionals de mogelijkheid van elkaar te leren en zichzelf te ontwikkelen.

Maatschappelijk werkers hebben de HBO opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening gevolgd. Daarnaast kunnen maatschappelijk werkers de post HBO opleiding schoolmaatschappelijk werk volgen. Gedragswetenschappers hebben de universitaire (master)opleiding in de psychologie of pedagogische wetenschappen gevolgd. Voor psychologen is er een tweejarig postmastertraject voor de registratie als Kinder & Jeugdpsycholoog (www.nip.nl). Pedagogen hebben veelal de master orthopedagogiek gevolgd. Orthopedagogen kunnen een postmasteropleiding volgen tot orthopedagoog generalist (www.nvo.nl).

Bij- en nascholing

In de Databank Bij – en Nascholing van het Nederlands Jeugdinstituut zijn scholingen opgenomen voor opvoedingsondersteuning geschikt voor CJG professionals (www.nji.nl). Als voorbeelden mogen dienen:

- *Basiscursus PPG (ouderbegeleiding en opvoedingsondersteuning)* van de Hogeschool Utrecht.
- *Training intercultureel werken* van Pharos of Tamam Training en advies.
- *Post-Hbo opleiding jeugd en gezin: outreachend en oplossingsgericht werken* aangeboden door de RINO Groep in Utrecht.
- *Vaders & Opvoeding* aangeboden door JSO, Expertisecentrum voor jeugd, samenleving en opvoeding in Gouda.

ZonMw biedt in het kader van het duurzaam bevorderen van intercultureel vakmanschap in CJG's laagdrempelige trainingen en workshops aan, aan CJG professionals (en managers en beleidsmedewerker). Het doel is de migranten jeugd en hun ouders beter te bereiken en hen adequate hulp en ondersteuning bij de opvoeding te bieden en dit te borgen.

Scholing gericht op gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering – ontwikkeld door Miller en Rollnick (2002) – is een directieve, maar cliëntgerichte methode om cliënten te helpen hun ambivalentie te overwinnen en hun intrinsieke motivatie te versterken, zodat zij in staat zijn hun gedrag te veranderen. Ook in de JGZ/CJG wordt deze methodiek gebruikt onder andere in de bemoeizorg (Rots- de Vries, Kroesbergen, Van de Goor, 2009).

Het belangrijkste uitgangspunt van motiverende gespreksvoering is dat bereidheid tot verandering niet gezien wordt als een vaststaand kenmerk van een ouder, maar als een variërend resultaat van interpersoonlijke interactie. De professionals lukt bij de ouder de motivatie om te veranderen uit in plaats van dit op te leggen. Het gaat erom dat de professional en de ouders samenwerken, waarbij ieder zijn eigen inbreng heeft. Miller en Rollnick (2002) menen dat motiverende gespreksvoering gebaseerd is op de volgende principes:

- *Empathie uitdrukken.* Essentieel voor motiverende gespreksvoering is een empathische stijl. De houding van de professional moet accepterend zijn en hij/zij moet uitgaan van de overtuiging dat ambivalentie normaal is.
- *Ontwikkelen van discrepantie.* Voor een verandering in het gedrag van de ouders is het nodig dat er een discrepantie ontstaat tussen het huidige gedrag en belangrijke doelen of waarden die de ouder heeft. De ouder moet ontdekken waarom het belangrijk voor hem is om te veranderen.
- *Vermijden van discussie.* In discussie gaan werkt averechts evenals de ouder direct proberen te overtuigen.
- *Omgaan met weerstand.* Weerstand wordt niet zozeer bestreden maar erkend en onderzocht. Doel hiervan is de ouder te helpen om zijn kijk op het probleem te wijzigen.
- *Self-efficacy ondersteunen.* De professional heeft vertrouwen in de ouder en zijn capaciteiten en laat dat duidelijk merken. Hierdoor raakt de ouder ook meer overtuigd van zijn kwaliteiten wat een belangrijke voorwaarde is voor gedragsverandering.

Technieken die kenmerkend zijn voor motiverende gespreksvoering zijn: reflectief luisteren, omgaan met weerstand, agenda bepalen, toestemming vragen en uitlokken van verandertaal.

Hoewel motiverende gespreksvoering in Nederland veelvuldig gebruikt wordt, zijn de effecten hier nog niet onderzocht. In het buitenland is wel onderzoek gedaan naar motiverende gespreksvoering en daar worden voor verschillende doelgroepen wel positieve effecten gevonden. Ook is het niet bekend hoeveel training professionals nodig hebben om motiverende gespreksvoering effectief en zoals bedoeld te kunnen uitvoeren. Wel blijkt een sensitieve, goed getrainde professional beter in staat om met de natuurlijk weerstand om te gaan die bij ouders kan ontstaan wanneer zij van buitenaf advies over de opvoeding of gezinsdynamiek krijgen (Bartelink, 2010a).

Oplossingsgericht werken

Centraal uitgangspunt van het oplossingsgericht werken is dat professionals de ouders niet rechtstreeks beïnvloeden, maar dat ouders zichzelf veranderen. Het oplossingsgericht werken wordt door JGZ/CJG-professionals al langer toegepast in vormen van outreachende zorg en bemoeizorg (Rots- de Vries, Kroesbergen & Van de Goor, 2009) en in de zorgadviesteams op scholen. 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 CJG 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 professional ervan uit dat de ouder 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 (Rots- de Vries, Kroesbergen & Van de Goor, 2009).

Naar oplossingsgericht werken in het CJG is nog geen wetenschappelijk onderzoek gedaan. Ook onderzoek naar oplossingsgerichte therapie bij kinderen, jongeren en gezinnen in het algemeen staat nog in de kinderschoenen. Toch zijn er diverse meta-analyses en reviews die een overzicht geven van de effecten. In het algemeen concluderen onderzoekers – voorzichtig

i.v.m. kwaliteit van de onderzoeken - dat oplossingsgerichte therapie positieve effecten heeft (Bartelink, 2010b). Oplossingsgerichte therapie werkt beter dan helemaal geen behandeling en is soms effectiever dan de gebruikelijke behandeling. Stams en collega's (2006; in Bartelink 2010b) en Kim en Franklin (2009; in Bartelink 2010b) komen tot de conclusie dat de effectiviteit van oplossingsgerichte therapie net zo groot is als andere effectieve behandelingen. Omdat een oplossingsgerichte behandeling over het algemeen korter is, wordt het positieve resultaat in minder tijd bereikt.

Oplossingsgericht werken vertoont duidelijke overeenkomsten met motiverende gespreksvoering. De methoden maken principes als 'aansluiten bij de ouder' en 'empowerment' concreter en hebben enkele overeenkomstige basisgedachten:

- Het vertrekpunt is de beleving en de percepties van het gezin. De CJG professional is hier uitgesproken benieuwd naar.
- In de verhouding tussen de CJG professional en de ouders is eerder sprake van een gelijkwaardig partnerschap dan van een rolverdeling 'deskundige professionals' en 'onwetende cliënt'.
- Er wordt aangesloten op de sterke kanten van het gezin, zonder de beperkingen uit het oog te verliezen.
- Bied handvatten om met weerstand om te gaan (Rots- de Vries, Kroesbergen & Van de Goor, 2009).

Het grootste verschil is dat oplossingsgericht werken meer gericht is op het 'hoe' van veranderen en motiverende gespreksvoering meer op het 'waarom'. Door dit verschil zouden ze elkaar mogelijk ook kunnen aanvullen. Het effect van de integratie van beide methodieken is nog niet onderzocht. Wetenschappelijk onderzoek naar de vraag wanneer, voor welke problematiek en bij welke doelgroepen de benadering het meest effectief is, is volop gaande, maar nog wel in ontwikkeling (Bartelink, 2010).

Dialogogerichte consultvoering

Een taak van jeugdverpleegkundigen rondom opvoedingsondersteuning betreft het verhelderen van signalen en vragen van ouders, het vinden van eigen oplossingen van ouders en de competentie van ouders verhogen door te luisteren, emotionele ondersteuning te geven, te bevestigen in aanpak en oplossing en aanvullende suggesties te geven. Muller (2001) heeft een gesprekstechniek ontwikkeld, die toegepast kan worden door jeugdverpleegkundigen. In de gespreksmethodiek staan verschillende kernwaarden centraal:

1. Opening van het consult

De opening van het consult bepaalt de mate waarin de ouder zich op zijn gemak voelt en participeert in het gesprek. De opening kan zich op verschillende manieren uiten. Zo is het belangrijk om de ouder met het kind een warm welkom te geven door ze op te halen uit de wachtkamer, te begroeten, handen te schudden, namen te noemen en een kort sociaal praatje te maken om de spanning te reduceren. Dit maakt het gesprek tevens persoonlijker. Het is hierbij van belang om uit te stralen dat er op de cliënt gerekend is.

Ook is het van belang om gelijkwaardigheid te creëren binnen het gesprek, op zowel verbale en non-verbale wijze. Dit kan gedaan worden door het taalgebruik aan te passen aan de ouder en het kind Muller, 2001).

2. Het transparant maken van de structuur van het consult

Het gesprek bij de JGZ 0-4 jaar heeft een directief karakter met een duidelijke structuur waarbij een globale fase-indeling wordt gehanteerd. Daarmee wordt ook de kwaliteit van het gesprek duidelijker. Bovendien geldt dat alles wat de ouder 'weet', de ouder meer doet ontspannen. Het samen opstellen van de agenda biedt de ouder de mogelijkheid om onderwerpen voor het consult in te brengen. Dit draagt ertoe bij dat in het gesprek de belangrijkste zaken worden besproken en dat de ouders hun doel bereiken en daardoor tevreden zijn over het consult.

Daarnaast is het goed om aan het einde van een consult bij ouders te informeren of alles voldoende is besproken. Dit geeft ouders de mogelijkheid om bij kwesties waar men bij het begin van het consult zich te onzeker over voelde om hier de aandacht voor te vragen, dit alsnog aan de orde durven te stellen (Vandemeulebroecke et al, 2002).

3. Gelijkwaardige partners

De ouder wordt bejegend als gelijkwaardige gesprekspartner. De ouder is zowel hulpvrager als hulpverlener. De ouder dient in een gesprek beschouwd te worden als een soort collega: de ouder bezit dieptekennis, zij kent haar kind het beste. De jeugdverpleegkundige bezit over de breedtekennis, zij ziet veel kinderen in dezelfde leeftijd. Jeugdverpleegkundigen moeten bereid zijn de touwtjes uit handen te geven, ouders moeten leren dat zij zich duidelijker opstellen in die zin dat zij proberen duidelijker hun vragen of problemen te verwoorden (Habekothé, 1997).

4. Interactie tussen cliënten en hun kinderen en de jeugdverpleegkundige tijdens het consult

Opmerkingen van de ouder moeten serieus genomen worden. Het stellen van een opvoedingsvraag is voor ouders moeilijker dan een vraag op medisch gebied. De vragen rondom opvoedingsgerelateerde zaken worden dan ook vaak verpakt voorgelegd. Als deze vervolgens niet worden verhelderd, gaat de ouder niet tevreden naar huis (Habekothé, 1997). Er moet dus altijd ingegaan worden op de opmerkingen van de ouder, om de betekenis ervan te checken. Daarmee maak je effectiever gebruik van het signaleringsvermogen van de ouder. Veel ouders uiten die signalen namelijk niet direct, maar verpakt in opmerkingen of non-verbaal (Muller, 2001). Daarnaast blijkt dat ouders uit ervaring zelf in een vroeg stadium al vermoedens hebben dat er iets niet helemaal in orde is met hun kind (Vandemeulebroecke et al, 2002). Ook kan het zijn dat de ouders wel weten dat er iets aan de hand is maar niet de kaders of het (Nederlandse) vocabulaire hebben om dit onder woorden te brengen. Vooral bij laaggeschoolde ouders of ouders met een lage beheersing van het Nederlands is het van belang om de conversatie zo concreet en eenvoudig mogelijk te houden (Van Leeuwen, 2011).

5. Niet onnodig adviseren

Bij het geven van ongevraagde informatie gaat het gezegde “baat het niet, dan schaadt het niet” niet op. Het wordt gemakkelijk ervaren als betweterigheid, betutteling en bemoeizucht. Dit verhoogt de weerstand van ouders en wordt meegenomen naar een volgend contact. (Centrum voor Advies en Training Luud Muller & Co, 2001; Ouders Online, 2011).

Om de dialoogerichte consultvoering (Muller, 2001) te implementeren in de praktijk maakt zij gebruik van ‘videotraining-on-the-job’, een vorm van Video Interactie Begeleiding (AIT, 2007; Brouwers, 2005). Daarnaast is er een zelfevaluatie-instrument van deze gespreksmethodiek ontwikkeld om de kwaliteit te borgen.

4.7 Professionalisering en kwaliteitsbewaking

Professionalisering in de jeugdgezondheidszorg zowel als in het CJG is een continu en dynamisch proces dat gericht is op het uitdiepen en verbeteren van het beroep en op het verbeteren van de kwaliteit van de hulpverlening aan de cliënt (Van Dam & Vlaar, 2007). Een onderdeel hiervan is het faciliteren van bij- en nascholing en de implementatie en borging van een kwaliteitssysteem.

Professionalisering

Op het niveau van het beroep verwijst 'professionalisering' naar een proces van beroepsvorming, waarin het beroep steeds meer voldoet aan specifieke kenmerken die zijn ontleend aan andere beroepen die volledig geprofessionaliseerd zijn.

De kenmerken van geprofessionaliseerde beroepen zijn:

1. de beroepsgroep beschikt over een 'body of knowledge': een geheel van systematisch geordende en samenhangende, overdraagbare kennis en methodieken, instrumenten en technieken;

2. de beroepsgroep beschikt over een visie;
3. er is een specifiek deskundigheidsdomein, met maatschappelijke en liefst wettelijke erkenning en een vorm van beroepsregistratie;
4. er is een beroepsvereniging;
5. er bestaat een ethische beroepscode en beroepsideologie met belonings- en sanctiesystemen;
6. er is sprake van een zekere mate van professionele autonomie;
7. de beroepsgroep heeft controle op toegang tot de arbeidsmarkt, en
8. de beroepsgroep heeft controle op de inhoud van de beroepsopleiding en de toegang daartoe.

Op het niveau van de professional verwijst 'professionalisering' naar het individuele proces waarin beroepskrachten hun kennis, vaardigheden en houding ontwikkelen. Dit wordt ook wel professionele ontwikkeling of deskundigheidsbevordering genoemd en is gericht op het verbeteren van de kwaliteit van het werk (Kwakman, 2003). Over wat iemand tot een professional maakt bestaan vele opvattingen. Van der Laan (2007) onderscheidt drie hoofdbestanddelen van professionaliteit:

- opleidingsniveau: het resultaat van opleiding, training, supervisie en intervisie en daarmee ook het beschikken over de juiste competenties en kennis;
- werkomstandigheden: de caseload (aantal cliënten) en faciliteiten als interne communicatie, financiële middelen (inclusief beloning) en materiële en immateriële ondersteuning, en
- ethische normen en protocollen: opvattingen, houding, waarnemingen, normen en waarden van ethische aard, en ervaringen met de werksoort, de jongeren, hun ouders en hun problemen.

Kwaliteitsbewaking

Een voortdurend leerproces in de praktijk om de kennis en vaardigheden actueel te houden kan naast bij – en nascholing gebeuren door (NJI/RIVM, 2008):

- Kwaliteitsregister: bijhouden portfolio van alle activiteiten die ertoe bijdragen dat je competenties op peil blijven.
- Lidmaatschap beroepsorganisatie.
- Intervisie: gericht op vakinhoud en relationele aspecten (bejegening en gespreksvaardigheid).
- Methodisch werken: methodisch en SMART werken met gebruik van gestructureerde besluitvorming en objectieve en adequate verslaglegging.
- Professionele visitatie: in het kader van de CJG's werken professionals nauw samen met andere professionals.

Om te zorgen dat jeugdverpleegkundigen voldoende opgeleid en bijgeschoold worden kunnen JGZ-organisaties volgens de V&VN fractie jeugd het volgende doen (NJI/RIVM, 2001):

- Nieuw personeel: HBO-opgeleide verpleegkundigen met voldoende jeugdgezondheidszorg in hun uitstroomprofiel.
- Inwerkprogramma.
- Inzet personeel: inzet van junior of senior verpleegkundigen, afhankelijk van de eenvoud of complexiteit van het werk.
- Kwaliteitsregister: inschrijving collectief regelen en financieel faciliteren.
- Lidmaatschap V&VN: stimuleren tot lidmaatschap en actieve deelname faciliteren.
- Accreditatiereglement. Jeugdverpleegkundigen kunnen zich laten registreren bij het Kwaliteitsregister V&V. Hiervoor bestaat geen landelijke verplichting. Voor verpleegkundig specialisten is er een (verplicht) accreditatiereglement van bij- en nascholing beschikbaar (Registratiecommissie Specialismen Verpleegkunde, 2008).

- Methodisch werken: V&VN activiteitenplan implementeren en methodisch werken zonodig bij te scholen.
- Professionele visitaties faciliteren.
- Bij- en nascholingsmogelijkheden op het gebied van ketenzorg, gespreksvoering, outreachend werken, opvoedingsondersteuning, leertheorie, gestructureerde besluitvorming, zorg coördinatie, intercultureel werken en kennis over lage SES.
- Vervolgopleiding faciliteren.

Braun, Davis & Mansfield (2006) geven aan dat supervisie en intervisie voor professionals een essentieel onderdeel zijn in effectieve ondersteuning aan ouders. Supervisie bestaat volgens hen uit:

- persoonlijke ondersteuning van professionals;
- continue aandacht voor scholing en ontwikkeling;
- management in termen van monitoren en evaluatie.

Intervisie draagt bij aan het komen tot professionele inzichten vanuit de ervaring en deskundigheid, gericht op nieuwe perspectieven en verdieping van de al aanwezige professionele kennis. Dit vraagt van het management een sturingsconcept waarin het vertrouwen in de professional het uitgangspunt is en het faciliteren en in z'n eigen kracht zetten van de professional kernwaarden zijn. Om een dergelijke verandering tot een succes te maken zijn de fase van inrichting, uitvoeren, monitoren en borgen (ook wel Plan-Do-Create-Act (PDCA)-cyclus genoemd) van groot belang. Al bij de inrichting (plan-fase) moet stilgestaan worden bij de vraag hoe zichtbaar wordt dat de invoering van het vraagstuk ook wat oplevert (check-fase) en hoe ervoor gezorgd wordt dat het blijft werken (act-fase). Ooms, Wilschut en Van Loon (2011) geven in de 'implementatiewijzer' aan welke strategieën en implementatiemethoden in welke fase het beste werken.

De rol van de inspectie

De IGZ bekijkt – zo nodig samen met het Intergaaf Toezicht Jeugdzaken - in welke mate de instellingen voor jeugdgezondheidszorg (waaronder ook CJG's) hun plannen van aanpak zoals eerder opgesteld, hebben uitgevoerd. Deze plannen zijn opgesteld naar aanleiding van het thematisch toezicht 'De jeugdgezondheidszorg in beweging' van de inspectie uit april 2009. Uiterlijk in 2011 moet de jeugdgezondheidszorg aan de normen voor verantwoorde zorg voldoen. De inspectie herhaalt het thematisch onderzoek in 2011 en legt zo nodig sancties op wanneer de zorg dan nog niet op orde is. De door de Inspectie voor de Gezondheidszorg opgestelde indicatoren staan beschreven in een overzicht van de IGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2010).

4.8 Overige overwegingen

- CJG's maken eigen keuzes in programma's die zij voor opvoedingsondersteuning inzetten. Dit heeft onder andere te maken met het verschil in budget dat beschikbaar is. Om de kwaliteit van de uitvoering goed te bewaken en de bij- en nascholing van professionals te faciliteren moet een organisatie financiële middelen ter beschikking hebben en stellen. Er zijn grote regionale verschillen.
- Implementatie en borging van scholing is noodzakelijk maar kost tijd, geld en energie; in de praktijk is hier veelal minder aandacht voor. Uit implementatieonderzoek blijkt dat indien men de effecten van een scholing wil behouden het noodzakelijk is te investeren in onder andere: toetsing (zelfevaluatie), vaardigheidstraining, verzorgen van feedback en intervisie en het beschikbaar stellen van voldoende tijd. Ofwel, beleid op papier is niet voldoende om te komen tot essentiële gedragsverandering van professionals (Van Eijk-Hustings, Daemen, Schaper & Vrijhoef, 2010; Van den Heuvel & Heideveld-Gerritsen, 2010). Ooms, Wilschut & Van Loon (2011) ontwikkelden een implementatiewijzer waarmee beleidsmakers en kwaliteitsfunctionarissen in de jeugdsector 'wijzer' worden in

implementeren. Via een digitale tool worden richtinggevende en prikkelende vragen gesteld die beleidsmakers en kwaliteitsfunctionarissen door de verschillende fasen loodsen: vraag bepalen, analyseren, inrichten, uitvoeren, monitoren en borgen (www.nji.nl).

- Prinsen en Beckers (2011) benoemen in hun advies over de toekomstige professionalisering van het CJG drie algemene belangrijke punten in het kader van professionalisering:
 - 1) Professionalisering gaat alleen slagen als die in samenhang is gericht op alle betrokkenen, dus zowel op de professionals in de CJG's als op de leidinggevenden (coördinatoren en managers) en de bestuurders en directies. Dit impliceert dat voor elk thema altijd gekeken wordt wat dat vraagt van en betekent voor professionals, managers en bestuurders. Maar ook wat dat betekent voor de samenwerking in de keten. En hoe de integrale inzet van professionals en managers er uitziet, die dat proces faciliteren. Bestuurders moeten dit proces mandateren.
 - 2) De kern van de verdere professionalisering van het CJG zich gaat richten op de processen van en tussen professionals (primaire werkproces, vraaggericht werken, samenwerking op alle niveaus, ketenzorg, informatie delen, cultuurverandering, verandermanagement, etc.), die het mogelijk maken dat het CJG maximaal van betekenis kan zijn voor jeugdigen en ouders waar het gaat om opvoeden en opgroeien, ontwikkeling en gezondheid.

De verdere professionalisering zich afspeelt op de werkplaats van de professionals, dus in de gemeenten en in de CJG's. De kaders voor het CJG zijn in grote lijnen gezet. Op onderdelen is doorontwikkeling nodig. De verandering is geëntameerd, maar moet nu daadwerkelijk worden doorgezet op uitvoeringsniveau. Daarom zal de focus moeten liggen op de ondersteuning van professionals, leidinggevenden en bestuurders in de praktijk en in hun directe werkomgeving. Daarbij spelen inspiratie, ontmoeting, feedback en praktijkervaring middels handelingsgericht leren een even grote rol als kennis en informatie. Kennisopbouw en –ontwikkeling leidt tot gezamenlijke verdieping van het werk en dat is ook in het kader van de CJG's van belang. Er is kortom sprake van zowel de professionalisering van de uitvoering van de preventieve zorg van het CJG als van professionalisering van de organisatie.

Daarnaast hebben professionals baat bij een goede ondersteuning in hun werk. Bijvoorbeeld door te beschikken over een up to date sociale kaart die professioneel is opgezet en op gezette tijden wordt bijgehouden. Ook behoeven zij intervisie met collega's met andere culturele achtergronden, zodat men hierover kennis kan uitwisselen. Een onderdeel van professionalisering is ook kennis en inzicht hebben in de verschillende structuren zoals de onderwijszorgstructuur. Dit is nodig om meer handelingsgericht en preventief te kunnen werken.

4.9 Conclusies

De werkgroep is van mening dat:

- Opvoedingsondersteuning in het CJG een professionaliseringslag nodig heeft, zowel op het gebied van de professionele uitvoering als van de organisatie zelf. Dit door middel van: de kern van de verdere professionalisering te richten op de processen *van en tussen professionals* (primaire werkproces, vraaggericht werken, samenwerking op alle niveaus, ketenzorg, informatie delen, cultuurverandering, verandermanagement, etc.). Hierdoor kan het CJG maximaal van betekenis zijn voor jeugdigen en ouders waar het gaat om opvoeden en opgroeien, ontwikkeling en gezondheid.
- Op alle niveaus van uitvoering, management en beleid vraaggericht – en waar nodig outreachend - werken uitgaande van de eigen kracht, ervaring en deskundigheid van ouders (empowerment).

- Het reserveren van scholingsbudget door CJG's voor (bij/na) scholing gerelateerd aan opvoedingsondersteuning: gespreksvaardigheden en technieken, oplossingsgericht werken, intercultureel werken, leertheorie etc.
- Verder versterken en faciliteren van de equipering en kwaliteitsverbetering van de beroepsuitoefening van zowel jeugdartsen en verpleegkundigen als (school)maatschappelijk werkers en gedragswetenschappers in het CJG, met inbegrip van de realisering van de voorwaarden daartoe: beroepsregistratie en accreditatie.
- Samenhangend pakket opvoedingsondersteuning ontwikkelen en borgen binnen CJG's.
- Het stimuleren van het gebruik van gezamenlijke standaarden, richtlijnen, protocollen en codes voor alle professionals die opvoedingsondersteuning geven.
- De samenhang in ondersteuning binnen de JGZ maar ook in het kader van het CJG en breder te versterken door adequaat samen te werken om de professional 'in zijn eigen kracht en autonomie' aan te spreken.
- De cultuur van samenwerking, de missie en visie van de JGZ/ CJG werkzaam maken en implementeren.
- De laagdrempeligheid en het preventieve karakter van de JGZ/CJG te borgen; een positief imago neerzetten en het preventieve karakter van de JGZ expliciet op de voorgrond zetten en empowerment in de uitvoeringspraktijk 'handen en voeten geven'.
- Er een scholingsaanbod voor programma's van opvoedingsondersteuning moet komen. Elke organisatie een kwaliteitssysteem moet hebben dat goed geïmplementeerd en geborgd wordt. Voor de implementatie van een kwaliteitssysteem kan gebruik gemaakt worden van de 'implementatiewijzer'.

4.10 Aanbevelingen

De werkgroep beveelt aan dat:

1. In elk CJG de kwaliteit van primaire werkprocessen gezamenlijk te verbeteren door:
 - Leren informatie delen, binnen het CJG maar ook met ouders, jeugdigen en eerste en tweedelijnszorg;
 - Leren om gaan met privacy vragen
 - De werkprocessen voor preventie, gezonde ontwikkeling, signalering, ondersteuning zorgcoördinatie volgens één gezin, één plan (ontwikkelen, standaardiseren, trainen, borgen), verwijzen en nazorg op elkaar af te stemmen;
2. Professionals in het CJG die nog niet de benodigde competenties bezitten om opvoedingsondersteuning te bieden, een aanvullende opleiding volgen, waarin tenminste een op deze richtlijn gebaseerde module opvoedingsondersteuning opgenomen is.
3. De persoonlijke effectiviteit van professionals te versterken door (bij)scholing in: motiverende gespreksvoering, vraaggericht werken, oplossingsgericht werken, video interactie begeleiding, dialooggerichte consultvoering en/of intercultureel werken en communicatie met laaggeschoolde ouders (met een lage beheersing van het Nederlands). Dit vereist scholingsbudget.
4. Vanuit het CJG intervisie en supervisie door pedagogen en gedragswetenschappers wordt gefaciliteerd.
5. Er niet alleen op specifieke programma's voor opvoedingsondersteuning wordt geschoold, maar vooral op programmaoverstijgende werkzame principes (b.v. gesprekstechniek als motiverende gespreksvoering of werken volgens 1 gezin, 1 plan)
6. Het CJG werkt vanuit de principes van een lerende organisatie, wat onder meer betekent: werken volgens de PDCA-cyclus, professionals leren 'ruimte te nemen', actiedenken en handelingsgericht werken.

5. Optimale communicatie en empowerment van ouders

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk is uitgangsvraag j aan de orde. Die luidde: “*Hoe verloopt de optimale communicatie met ouders en andere opvoeders en op welke wijze kan opvoedingsondersteuning de eigen kracht van ouders (empowerment) versterken?*”

Deze vraag heeft 2 subvragen:

- *Hoe verloopt de optimale communicatie met ouders en andere opvoeders*
- *Op welke wijze kan opvoedingsondersteuning de eigen kracht van ouders (empowerment) versterken?*

De beantwoording van deze vraag geschiedt met behulp van uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek en van praktijkonderzoek. De mate van bewijs haalt niveau D (mening van deskundigen).

In dit hoofdstuk komt de samenhang tussen communicatie en empowerment aan de orde. De "optimale communicatie" is geen doel op zich maar een middel om de doelen van opvoedingsondersteuning te kunnen realiseren. Empowerment is het versterken van de "zelfredzaamheid" van ouders ten aanzien van de verzorging en opvoeding van hun kinderen en is een kernopdracht binnen het verpleegkundig beroep en een relevant werkprincipe voor andere CJG-professionals.. Thema's die aan de orde komen in dit hoofdstuk: wat is empowerment?, de houding en communicatie van de professional, vormen van communicatie, de optimale communicatie vanuit het perspectief van ouders, interventies voor opvoedingsondersteuning die de eigen kracht van ouders versterken. Aanbevelingen sluiten dit hoofdstuk af.

5.2 Wat is empowerment?

Empowerment betekent “het versterken van de eigen kracht” van ouders, in dit geval ouders die het CJG of de JGZ bezoeken. Empowerment is het proces waarin ouders ervaren dat zij invloed hebben op besluiten en acties die hun gezondheid en/of die van hun kind aangaan. Het is de mogelijkheid van ouders het gevoel te ontwikkelen dat zij controle hebben over de lichamelijke en psychische gezondheid en het welbevinden van hun kind.

Hiervoor is nodig: toegang hebben tot informatie die past bij de scholingsachtergrond, basisvaardigheden, basiskennis, abstractievermogen en beheersing van het Nederlands van diverse ouders, het ontwikkelen van (opvoedings) vaardigheden, het kunnen nemen van besluiten, het gevoel te hebben dat je zelf invloed kunt uitoefenen op de omgeving waar je deel van uitmaakt en dat je controle hebt over processen en gebeurtenissen.

De voorwaarden hiervoor zijn:

1. Toegang tot informatie bijvoorbeeld over druk gedrag, slapen, het behouden van een gezonde leefstijl en sociale normen over gezondheid, maar ook tot informatie over de diensten die worden geleverd via de JGZ (groepstrainingen etc.). Het ‘gereedschap’ waaraan ouders steun ontlene kan bestaan uit technische, medische en psychosociale middelen (filmpjes, folders, e-health educatie programma’s, e-health coaching, etc.).
2. Voor empowerment zijn vaardigheden vereist op het gebied van communicatie, het vinden van oplossingen, het nemen van besluiten, cognitieve vaardigheden, en vaardigheden in het omgaan met internet en de computer.
3. Motivatie is naast zelfvertrouwen en zelfbewustzijn een voorwaarde om bepaalde doelen te halen of bepaald gedrag te willen vertonen.

Kernelementen – in schema gezet in bijlage 7 - van empowerment zijn (Ajoulat c.s., 2007; Monteagudo Pena et al, 2007) verantwoordelijkheid kunnen dragen, regie kunnen nemen en het gevoel ervaren controle te hebben over situaties.

5.3 De houding en communicatie van de professional

De houding en communicatievaardigheden van professionals staan uiteraard ook in het licht van empowerment. Bijvoorbeeld bij “vraaggericht werken” kiest de professional nadrukkelijk het eigen perspectief van de ouder als uitgangspunt (Turnbull in: Tan, 2006). De wijze waarop het gesprek gevoerd wordt, moet zodanig zijn dat de aanwezige competenties bij de ouders versterkt worden. De CJG-professional activeert de mogelijkheden van de ouder om zelf problemen te kunnen oplossen. Ouders worden zoveel mogelijk ondersteund in hun persoonlijke benadering van de opvoeding: wat willen de ouders en wat kunnen de ouders; wat past bij het gezin? De CJG-er zoekt steeds naar sterke punten in de opvoedingssituatie. Door ouders daar bewust van te maken en van daaruit de opvoedingssituatie verder te versterken, neemt de kans op verbetering van de situatie en het voorkomen of verhelpen van problemen sterk toe.

Bij empowerment gaat het om het tot stand brengen van een gelijkwaardige samenwerking tussen de professional en de ouder, die gericht is op de sterke kanten van de ouder. Om zo'n samenwerking tot stand te brengen moeten ouders als ervaringsdeskundigen worden aangesproken en op een positieve manier gemotiveerd, geactiveerd en aangemoedigd worden. Via de samenwerkingsrelatie met de ouders kan toegewerkt worden naar een optimale situatie voor het hele gezin. Het centraal stellen van de mening van ouders over de opvoedingssituatie en eventuele interventies garandeert bovendien een grotere effectiviteit (Tan, 2006).

Eronen et al. (2010) geven aan dat het belangrijk is dat jeugdverpleegkundigen en -artsen in de begeleiding aan ouders regelmatig nagaan of zij nog afstemmen op de behoeften van het gezin. Ouders zouden beter geholpen zijn wanneer zij informatie, bronnen en ondersteuning krijgen op grond waarvan zij hun eigen keuzen kunnen maken. Dit is werkzamer dan alleen een professioneel advies krijgen. De jeugdverpleegkundige ondersteunt de ouders om zelf een keuze te maken uit verschillende opties. Deze manier van informatieverschaffing verhoogt de kans dat ouders daadwerkelijk iets met het advies doen en dat het niet botst met hun eigen uitgangspunten en wensen.

Tenslotte vinden ouders de houding van de professional belangrijk. Uit de raadpleging van ouders blijkt dat ouders opvoedingsondersteuning willen "met een flexibele en efficiënte dienstverlening op basis van gelijkwaardige samenwerking tussen professionals en ouders met heldere en eenduidige adviezen, die ouders in hun rol positief bekrachtigen."

5.4 Vormen van communicatie

Er wordt onderscheid gemaakt tussen:

1. directe communicatie (face-to-face) en communicatie op afstand
2. individuele communicatie (één ouder - één zorgprofessional) en groepscommunicatie.

In de directe communicatie wordt ervan uitgegaan dat de ouder bekend is bij de professional. In de JGZ is face-to-face communicatie de meest gebruikte manier om met ouders te communiceren (Dumas, Begle c.s., 2010; Tandon, Parillo c.s. 2008; Whittaker & Cowley, 2006; Cox & Kobussen, 2003). Dit vindt plaats tijdens consulten, periodieke gezondheidsonderzoeken, spreekuren en bij de ouders thuis.

Groepscommunicatie kan plaatsvinden met betrekking tot universele opvoedingsondersteuning, maar ook met bepaalde risicogroepen, (Breitenstein c.s., 2010; Rodrigo c.s., 2006). Binnen de JGZ gebeurt dit o.a. tijdens themabijeenkomsten, cursussen en groepsconsultatiebureaus. Uit internationale literatuur blijkt dat groepscommunicatie in het buitenland vaker wordt gebruikt dan individuele communicatie. In de Nederlandse jeugdgezondheidszorg is dat andersom, zoals mag blijken uit het Basistakenpakket JGZ en de Richtlijn Contactmomenten. De focus is bijna altijd gericht op de moeder (Sanders & Dittman, 2010). Communicatie met vaders is minder genoemd.

Communicatie op afstand heeft als kenmerk, dat de ouder niet bekend is bij de professional. Voorbeelden hiervan zijn gebruik van internet middels websites en de toepassing van e-hulp of gebruik van meer traditionele media, zoals radio en TV (Sarkadi & Bremberg, 2005).

Uit onderzoek naar de effectiviteit van verpleegkundige voorlichting, advies, instructie en begeleiding in de JGZ (0 – 4) blijkt dat voorlichting effectiever is als een combinatie van werkvormen wordt toegepast (Kobussen, 2005; Cox & Kobussen, 2003). Voorbeelden van die werkvormen zijn:

- (Inloop)spreekuur;
- Consulten of groepsconsulten
- Periodiek gezondheidsonderzoek
- Huisbezoek ("zorg op maat")
- Telefonisch contact
- Ouderbijeenkomsten (thema-avond of cursus)
- Schriftelijke informatie
- Digitale voorlichting via websites

5.5 Optimale communicatie vanuit het perspectief van ouders

Factoren die samenhangen met de mate van tevredenheid van ouders over opvoeden zijn onder meer beschreven door Blomfield (2005), Kobussen (2005) en Snijders (2006):

- Hoogopgeleide moeders zijn meer tevreden over de opvoeding dan moeders met een lage opleiding.
- Ouders van kleine gezinnen zijn meer tevreden over de opvoeding dan ouders van grote gezinnen. De plaats van het kind in de kindertijd in het gezin is van invloed op de mate van tevredenheid, d.w.z. ouders vinden zichzelf warm en kindgericht, leggen de regels uit en stimuleren de zelfstandigheid van hun kinderen. Ouders van meisjes zijn meer tevreden over de opvoeding dan ouders van jongens.
- Ouders die modaal verdienen zijn meer tevreden over de opvoeding dan ouders met inkomsten onder de armoedegrens.
- Ouders die er alleen voor staan vinden de opvoeding vermoeiender en zwaarder dan tweeouder gezinnen
- Ouders met een niet-westerse achtergrond vinden de opvoeding vaak zwaarder dan westerse ouders.

Profiel van ouders

Het profiel van ouders geeft informatie die van belang is bij het afstemmen van de opvoedingsondersteuning op de persoonlijke behoeften en de specifieke situatie. Het profiel betreft een verzameling van kernmerken. Het gaat om:

- Opleidingsniveau
- Inkomensniveau
- Etnische achtergrond
- Taalvaardigheid
- Levensbeschouwelijke en maatschappelijke overtuigingen
- Tevredenheid over de opvoeding (zie hierboven)
- Motivatie (Prochaska c.s., 2005)
- Houding van de ouder
- Kennis over gezondheid
- De mate van zelfredzaamheid

Ouders die met hun kinderen in het CJG of bij de JGZ komen hebben soms vragen over de gezondheid, ontwikkeling, verzorging of opvoeding van hun kinderen, maar ouders hebben soms ook vragen over zichzelf (Bond et al, 2006). Tandon c.s. (2008) maken onderscheid tussen:

1. Ondersteuning van ouders ten behoeve van het kind met betrekking tot de groei en ontwikkeling.
 2. Ondersteuning van ouders gericht op de ouder zelf. Deze ondersteuning is niet direct gerelateerd aan de opvoeding maar aan het ouderschap: bijvoorbeeld de werksituatie, het gezond blijven tijdens zwangerschap, ontspanning en andere vormen van zelfzorg.
- De JGZ heeft oog voor "ouder- en gezinsfactoren" en "omgevingsfactoren", omdat deze van invloed zijn op de ontwikkeling van kinderen (transactioneel ontwikkelingsmodel). In het "balansmodel" van Bakker zijn deze factoren opgenomen (Bakker, 1997).

5.6 Empowerment in interventies

In de literatuur worden verschillende interventie programma's genoemd die empowerment van ouders bevorderen in de opvoedingsondersteuning, te weten:

- Chicago Parent Program (Breitenstein c.s., 2010)
- Behavioral family intervention (Sanders c.s., 2010)
- Triple P intervention (Sanders, 2008; Sanders c.s., 2008)
- Parenting Our Children to Excellence (PACE)
- Apoyo Personal y Familiar (Rodrigo c.s., 2006)

In de brochure "*Het versterken van de eigen kracht en het sociale netwerk van jeugdigen, ouders en gezinnen*" (Nederlands Jeugdinstituut, 2010) zijn 38 interventies voor opvoedings- en opgroei-ondersteuning beschreven die tot doel hebben om de eigen kracht van jeugdigen, ouders, gezinnen en hun omgeving te versterken (zie bijlage 8). Het uitgangspunt is dat kinderen, jongeren en ouders over sterke kanten en een sociaal netwerk beschikken die zij kunnen gebruiken om grip te houden op het eigen leven. De in deze brochure genoemde interventies versterken de kracht van jongeren, ouders, gezinnen en de sociale omgeving, omdat professionals:

- Uitgaan van de vragen en behoeften van de gezinsleden;
- De mogelijkheden van gezinsleden centraal stellen en niet hun tekorten;
- Gezinsleden zeggenschap geven over steun en hulp;
- Het sociale netwerk activeren en betrekken bij planvorming en oplossingen;
- Positieve krachten van gezinsleden en hun omgeving benutten;
- Vaardigheden van ouders en jeugdigen en diens omgeving versterken.

Deze interventies helpen professionals om klantversterkend te werken door cliënten centraal te stellen en een goede relatie met hen op te bouwen. De bejegening van de cliënt en de samenwerking vormen samen een belangrijke factor voor het welslagen van de interventie. De interventies zijn onderverdeeld in drie categorieën: preventie, lichte hulp en zwaardere hulp bij opvoed- en opgroei-problemen. Sommige interventies focussen op de ontwikkeling van ouders zoals self-efficacy, het vergroten van het zelfinzicht en monitoren van gedrag en zelfrapportage. Andere interventies zijn gericht op het beïnvloeden van de opvattingen, gewoontes en gedrag van de ouders. Het doel van deze interventies is veelal het bevorderen van positief opvoedingsgedrag en het vergroten van hun opvoedingsvaardigheden.

5.7 Versterken van de eigen kracht van ouders

Kenmerken van de kwaliteit van empowerment zijn:

1. toegang tot begrijpelijke en passende informatie en middelen;
2. competenties;
3. en motivatie.

Ad. 1 Toegang tot informatie en middelen

Gerichte informatie van goede kwaliteit kan ertoe bijdragen dat de verhouding gelijkwaardiger wordt tussen ouder en jeugdarts of -verpleegkundige. Bovendien kan dergelijke informatie het gevoel van controle bij de ouders vergroten. Verschillende factoren die samenhangen met het zoeken en vinden van informatie worden hieronder besproken.

Ouders zoeken zelf actief informatie

Ouders kunnen actief informatie zoeken over opvoeding via tijdschriften, brochures, TV en op internet (Snijders, 2006). De mate waarin informatie wordt gezocht hangt samen met de sociaaleconomische achtergrond van ouders. De redenen voor het zoeken van informatie zijn het hebben van gezonde twijfels en interesse. Een nadeel van gevonden informatie is dat het niet altijd precies aansluit bij de behoeften, verwachtingen van de ouder.

Soort informatie

Ouders kunnen uit interesse voor een specifiek onderwerp informatie over opvoeding zoeken. Maar ouders kunnen ook vanuit een hulpvraag actief naar informatie gaan zoeken. Ouders gaan vaak op zoek naar informatie als zij tegen problemen aanlopen in de opvoeding, die vaak zijn verbonden met een bepaalde ontwikkelingsfase van het kind (Gemeente Utrecht, 2009). De manieren om via internet en SMS te communiceren met gezondheidswerkers, nemen toe en de verwachtingen hierover in de gezondheidszorg zijn hoog. De meeste ouders hebben toegang tot internet, een mobiele telefoon, een TV of sociale media. In de literatuur is niet veel informatie gevonden over empowerment en het gebruik van technologie in relatie tot opvoedingsondersteuning en dit is weinig onderzocht.

Informatie op maat

Professionals kunnen het best aansluiten bij de gevraagde hulp of het gesignaleerde probleem van de ouders. Ouders voelen zich geholpen als er aandacht is voor het probleem waar ze mee komen, er begrip is voor hun emoties, en zij - als zij daar behoefte aan hebben - concrete en praktische aanwijzingen krijgen die direct toepasbaar zijn in hun specifieke situatie.

Toegang tot relevante organisaties

Ouders moeten eenvoudig toegang hebben tot Centra voor Jeugd en Gezin (Berg, 2008; Hoogenboezem & van der Meer, 2009) en tot Opvoedbureaus, wijkcentra, gezondheidscentra (Gemeente Utrecht, 2009). Centra voor Jeugd en Gezin moeten outreachend werken ten behoeve van 'moeilijk bereikbare' ouders.

Ad. 2 Vaardigheden van ouders & professionals

Competenties van ouders kunnen versterkt worden door het inzicht in eigen handelen te vergroten en het beschikbaar stellen van kennis over de ontwikkeling van kinderen. Andere noodzakelijke vaardigheden zijn het kunnen oplossen van problemen en juiste beslissingen kunnen nemen voor positief ouderschap. Dit vraagt van professionals, dat zij relevante competenties hebben om ouders te ondersteunen met opvoeding (Brand, 2006), bijvoorbeeld in de vorm van de "Work With Parent"-techniek (zie ook hoofdstuk 6).

Ad. 3 Motivatie van ouders

Het is belangrijk om oog te hebben voor de motivatie van ouders. Ouders die gemotiveerd zijn, zijn meer tevreden en betrokken bij de opvoedingsondersteuning of het programma waaraan ze deelnemen en hebben meer zelfvertrouwen. De motivatie van ouders neemt toe wanneer er aansluiting is bij de behoeften, mogelijkheden en oplossingen van de ouders en het gezin. Dat is een van de uitgangspunten van motivational interviewing, dat is gebaseerd op het "stages of change model" (Prochaska en Di Clemente, 2005). Ogenschijnlijk afwezige motivatie kan zichtbaar worden wanneer de ouder wordt aangesproken op het niveau van zijn of haar kennis, achtergrond en taalvaardigheid. Kennisoverdracht en informatie over hoe ouders hiertoe toegang kunnen krijgen, zorgt ervoor dat ouders gemotiveerd raken om de bronnen te raadplegen. Dit kan hun motivatie verhogen om aan de slag te gaan met positief opvoeden en gezond gedrag.

Keuze-hulpmiddelen

De nieuwe vormen van keuzehulpmiddelen (via internet) kunnen ouders helpen bij de voorbereiding op het nemen van besluiten. Hierdoor wordt informatie uitgewisseld tussen arts/ouders waardoor er meer gelijkwaardigheid in de relatie ontstaat. De ouder denkt mee in de besluitvorming en daarbij is de ouder ook meer verantwoordelijk voor zijn besluit en mogelijk meer gemotiveerd.

Inzicht in de eigen situatie

Het hebben van inzicht kan motivatie verhogend zijn. Empowerment wordt bevorderd als ouders inzicht hebben in hun eigen situatie, hun gewoontes en kennis over de ontwikkeling van kinderen en inzicht in de rollen die je als ouder kunt vervullen en de consequenties van gedrag van de ouder op de kinderen.

De CJG-professional kan het inzicht van de ouder in diens situatie vergroten. Met de "stap-voor-stap methode" bijvoorbeeld ondersteunt de professional de ouder via een aantal stappen (Uittenbogaard, 2007):

- stap 1 beeld krijgen van de specifieke opvoedingssituatie
- stap 2 samen inzicht krijgen in de opvoedingssituatie
- stap 3 handelen
- stap 4 evaluatie.

Soms is het doorlopen van de eerste twee stappen voor ouders al voldoende om zelf weer te kunnen bedenken hoe men de situatie wil gaan pakken. Met behulp van relevante vragen hebben de ouders inzicht gekregen in het "totale plaatje" waardoor het voor ouders vaak mogelijk is om de regie weer op te pakken in deze situatie.

Een andere mogelijkheid om het "inzicht in de eigen situatie" van ouders te bevorderen, is het monitoren van die situatie voor een korte periode. Dit kan het bijhouden van een dagboekje zijn, het turven "hoe vaak" en "wanneer" zich bepaald gedrag voordoet en hoe de ouder reageert. Maar het kan ook gaan om het digitaal dossier JGZ voor persoonlijke informatie.

Zelfmanagement

Veel van de pedagogische activiteiten of gezondheidsactiviteiten voeren de ouders zelf uit. De opstelling ten aanzien van zelfmanagement laat zien dat veel ouders zelf besluiten willen nemen in de zorg om hun kind, maar wel openstaan voor deskundig advies.

Contact met andere ouders

Je zelf scholen en het nemen van de eigen verantwoordelijkheid worden in onze samenleving bevorderd. Eigen initiatief van ouders wordt gewaardeerd. Internet fora groeien en bloeien en laten zien dat er behoefte is aan het uitwisselen van kennis tussen ouders. Chats met deskundigen vormen hier een belangrijke aanvulling op. Dergelijke systemen kunnen ouders in hun rol als opvoeder versterken.

Contact met de JGZ medewerker

Tijdens het bezoek op het consultatiebureau is er een actieve uitwisseling van kennis van de ouders over hun kind (11 bezoeken in het eerste jaar) met de medewerkers. Ouders worden versterkt in hun rol door kennisoverdracht, maar ook door het krijgen van steun en zelfmanagement adviezen.

De keuzes die ouders maken kunnen vertaald worden in concrete doelen en acties voor de dagelijkse praktijk, waarbij de professional een coachende rol kan vervullen. De focus is hier op het stimuleren en ondersteunen van de verandering bij de ouders maar ook bij het gedrag van het kind. Het gaat erom dat ouders goed voor zichzelf zorgen, maar ook voor het kind (fysiek en geestelijk). De JGZ stimuleert en ondersteunt de zelfzorg van ouders t.a.v. het ontwikkelen van positief ouderschap. In werkkaart 2 is in beeld gebracht hoe die communicatie met ouders te doen.

Verandering van de werkwijze van professionals kan hieraan bijdragen. Er vindt een verschuiving plaats van een voorheen wat meer paternalistische benadering naar een situatie waarin ouders meer toegang krijgen tot informatie, ouders meer gecoacht worden in hun situatie en worden aangespoord zelf in te grijpen en te handelen. De persoonlijke en sociale omgeving van ouders speelt tenslotte een belangrijke rol bij het stimuleren en ontwikkelen van gewoonten en vaardigheden van ouders.

5.8 Conclusie

Elementen die belangrijk zijn bij het stimuleren van zelfredzaamheid zijn:

- Communicatie met de professionals en de ouder-kind communicatie.
- Passende educatie en informatie gericht op de situatie van de ouders (op maat, persoonlijk). Het geven van informatie is belangrijk evenals het ondersteunen van de ouder. Van ouders wordt verwacht dat ze zelf actief zijn en in staat zijn om te reflecteren op wat ze wel en niet kunnen en willen doen of deze vaardigheden willen ontwikkelen.
- Als ouders in een vroeg stadium steun krijgen die hun krachten versterken (empowerment), kan dit in een later stadium problemen voorkomen. Deze steun kan gevonden worden in het eigen netwerk maar ook in laagdrempelige ondersteuning van professionals of vrijwilligers, die integraal en op maat wordt aangeboden aan ouders met opvoedvragen. Deze werkwijze kan de zorgafhankelijkheid van mensen beperken en uiteindelijk leiden tot minder doorverwijzen naar de gespecialiseerde (jeugd)zorg.
- Het verstrekken van informatie via (betrouwbare) websites is ook binnen het CJG een kansrijke ontwikkeling. De meest voorkomende problemen hangen samen met verschillende ontwikkelingsfasen van kinderen, maar ook specifieke informatie voor specifieke groepen (gescheiden of samengestelde gezinnen, gezinnen met een laag inkomen etc.) kan via websites worden gegeven.

De werkgroep is verder van mening dat:

- Vaders meer betrokken zouden moeten worden bij de individuele en groepsconsulten.
- Het beste gewerkt kan worden vanuit het profiel van de ouders voor het vaststellen van informatie(behoefte) en ondersteuning op maat. Echter, iedere ouder blijft uniek.
- Communicatiemethodieken de mate van empowerment beïnvloeden.
- Ouders tools beschikbaar moeten worden gesteld voor het bevorderen van empowerment. Dit kan een handreiking zijn voor ouders hoe zij optimaal gebruik kunnen maken van het CJG. Hierin kunnen sociale media een rol spelen, bijvoorbeeld : afspraken maken via internet, hulp op afstand etc.
- Dat er ook tools en sociale media gebruikt worden die bruikbaar zijn voor ouders met een lage scholingsachtergrond of eenmatige tot slechte beheersing van het Nederlands.

5.9. Aanbevelingen

De werkgroep beveelt aan dat:

- Vaders meer betrokken zouden moeten worden door de communicatie expliciet op hen te richten, ze persoonlijk uit te nodigen en meer voorlichting te geven over vaderschap.
- In alle contacten met ouders eerst aandacht aan de motivatie van ouders moet worden besteed en aan een tekort aan kennis, waarna pas indien wenselijk informatie of voorlichting gegeven kan worden.
- Dat professionals regelmatig zouden moeten reflecteren op de mate waarin ze gericht zijn op empowerment.

6. Instrumenten, methoden en programma's bij het voorkomen, signaleren en interveniëren van opvoedingsproblemen

Dit hoofdstuk gaat over de preventie, het signaleren en de inzet van interventies voor opvoedingsondersteuning in de jeugdgezondheidszorg. Het geeft antwoorden op de uitgangsvraag c: “*Welke instrumenten, methoden en programma's kunnen gebruikt worden bij het voorkomen, signaleren en interveniëren bij opvoedingsproblemen?*”.

Het hoofdstuk is in twee delen opgesplitst:

- Signalering (6.1)
- Methodieken, programma's en interventies voor opvoedingsondersteuning (6.2).
Bij signalering is gebruik gemaakt van eerder verschenen overzichtsstudies en de databank van het Nederlands Jeugdinstituut. Er is aangesloten bij de Richtlijn vroegsignalering van psychosociale problemen (RIVM, 2008) Bij de programma's en interventies voor opvoedingsondersteuning zijn Nederlandse en buitenlandse reviews gebruikt, waarbij als startpunt zijn genomen de studie van de Invent Groep in 2005 en de programmeringsstudie van Klein Velderman c.s. (2007) in opdracht van ZonMw. De resultaten zijn neergelegd in drie evidencetabellen voor respectievelijk universele ouderprogramma's, voor risicogroepen en voor positief opvoeden (bijlage 3).

6.1 Signalering

6.1.1 Het overzicht van signaleringsinstrumenten van opvoedingsproblemen

In dit hoofdstuk willen we de signaleringsinstrumenten op het gebied van opvoed- en opgroei-ondersteuning inventariseren. Het gaat hier om instrumenten voor vroegsignalering en screening. We maken hierbij gebruik van eerder verschenen overzichtsstudies en de databank van het Nederlands Jeugdinstituut (Hermans et al, 2005, Holter & de Baat, 2009; Kooijman & Prinsen, 2003; Klein Velderman et al, 2007; Veen, Vergeer, Oenen, Glaude, Breetvelt 2007).

Signalering van mogelijke opvoedingsproblemen is een van de preventieve taken van de Jeugdgezondheidszorg. Het gebruik van wetenschappelijk onderbouwde signaleringsinstrumenten is hierbij een belangrijk hulpmiddel (Postma, 2008). Uit onderzoek is gebleken dat instrumenten de signalering van psychosociale problemen aanmerkelijk kunnen verbeteren (Vogels, 2008). Om die reden beveelt de JGZ richtlijn Vroegsignalering Psychosociale Problemen aan om methodieken en instrumenten te gebruiken waarvan de validiteit is aangetoond in plaats van enkel te vertrouwen op het klinische oordeel van individuele medewerkers (Postma, 2008).

Een instrument is een hulpmiddel waarmee een beroepskracht systematisch gegevens verzamelt en ordent over de doelgroep (Holter & De Baat, 2009). Instrumenten zoals vragenlijsten en protocollen kunnen een goed hulpmiddel zijn in de JGZ bij de oordeels- en besluitvorming als het gaat om het signaleren van opvoedingsproblemen. De verwachting is dat een beroepskracht beslissingen beter kan onderbouwen wanneer een instrument ingezet wordt bij de signalering van opvoedingsproblemen. Het is bekend dat instrumenten de beslissing van de professional kunnen ondersteunen maar zijn niet zaligmakend. De dialoog met de ouder levert onmisbare informatie op. Een integrale blik op het gezin is van groot belang. Daarbij wordt zowel gekeken naar risico- al beschermende factoren. Op basis van de

informatie van verschillende bronnen maakt de professional samen met de ouder een beslissing over het vervolg.

Het afnemen van gevalideerde en gestandaardiseerde instrumenten kost tijd. Maar of het meer tijd kost dan het niet gebruiken van deze instrumenten is nog de vraag. Ouders kunnen instrumenten vaak zelf al van tevoren invullen, bijvoorbeeld thuis of in de wachtruimte. De scores op het instrument kunnen vervolgens helpen bij het structureren van de gesprekken met ouders en de zekerheid geven dat er geen belangrijke vragen vergeten zijn. Daarmee kan het gebruik van instrumenten juist een belangrijke tijdsbesparing opleveren (American Academy of Pediatrics, 2007). Kooijman en Prinsen (2003) onderscheiden binnen het signaleringsproces van zorgwekkende opvoedings- en ontwikkelingssituaties drie afzonderlijke fasen:

- 1) het detecteren van zorgwekkende opvoedings- of ontwikkelingssituaties;
- 2) de dialoog en communicatie met de ouders over deze zorgen ('zorgen delen');
- 3) de analyse uitmondend in besluitvorming over te ondernemen actie.

In dit hoofdstuk ligt de nadruk op instrumenten die ingezet kunnen worden in de eerste fase van het signaleringsproces: die van de detectie. Daarnaast bevatten veel instrumenten ook aanwijzingen voor de tweede fase, hoe de gevonden zorgen of problemen met de ouders gedeeld moeten worden. Maar de focus van de instrumenten ligt bij het opsporen zelf en minder bij het communiceren.

Binnen die eerste fase van het signaleringsproces, het opsporen van opvoedingsproblemen, kunnen weer drie stappen onderscheiden worden die steeds specifieker worden. Binnen elke stap kunnen bepaalde instrumenten aangewezen worden. In de eerste stap, die van de universele vroegsignalering, gaat het om korte screeningslijsten die geschikt zijn om bij alle gezinnen af te nemen. In de tweede stap van signalering streeft de JGZ- of CJG-professional naar een meer specifiek beeld van de psychosociale problemen bij de kinderen en/of de pedagogische of psychische problemen bij ouders. Hier kunnen meer selectieve instrumenten ingezet worden. Op indicatie kan vervolgens stap 3 volgen waarin nadere (basis)diagnostiek plaatsvindt van de in de stappen 1 en 2 gesignaleerde (psychosociale) problemen bij kinderen en/of problemen bij de ouders. De instrumenten die Kooijman en Prinsen (2003) met betrekking tot de derde stap aandragen "*passen in feite niet meer in de context van de JGZ, maar worden gebruikt in de context van de jeugdzorg of GGZ*". Deze groep van instrumenten zijn veelal omvangrijker en vragen meer tijd en deskundigheid bij de afname en het interpreteren van de uitkomsten. Dit valt dan ook buiten het bestek van deze richtlijn. In tabel 4 hebben we een overzicht van de bruikbare instrumenten opgesteld voor het signaleren van opvoedproblemen, waarbij de nadruk ligt op de universele screening en de selectieve instrumenten die door JGZ- of CJG-medewerkers ingezet kunnen worden (stap 1 en 2).

*Tabel 4. Overzicht van instrumenten (** gevalideerd; * getoetst in Nederlands onderzoek, niet aanbevolen; + in lopend validatie onderzoek; - niet opgenomen in validatie-onderzoek)*

Instrument	Doel	Doelgroep (informant)	Professional
<i>Categorie: instrumenten voor universele screening van opvoedingsproblemen</i>			
SPARK (voorheen VOBO-Z) +	vroegsignalering van manifeste problemen in psychosociale ontwikkeling en in de opvoeding bij jonge kinderen	18 mnd (ouders)	<i>Jeugdarts of Jeugdverpleegkundige</i>
DMO protocol van Samen Starten +	Vroegsignalering van problemen in psychosociale ontwikkeling en opvoeding bij jonge kinderen	0 - 18 mnd (ouders)	<i>Jeugdarts of jeugdverpleegkundige</i>

<i>Categorie: instrumenten voor selectieve signalering opvoedingsproblemen</i>			
Verkorte vorm van de Nijmeegse Ouderlijke stress index (NOSIK) +	Korte vragenlijst (25 items) waarmee algemene ouderlijke stress gemeten kan worden.	Ouders van kinderen van 2 - 14 jaar (ouders)	<i>Jeugdarts of jeugdverpleegkundige</i>
Child Abuse Risk Evaluation- Nederland (CARE-NL) *	Schat het risico op kindermishandeling in.	0-18 jaar (beroepskracht)	<i>Jeugdarts of jeugdverpleegkundige Jeugdhulpverlener Maatschappelijk werker Ontwikkelings psycholoog Orthopedagoog</i>
Lijst Hellinckx *	Brengt risico's van fysieke kindermishandeling in het gezinnen in kaart. Bevat 32 items met drie subschalen: verstoorde ouder-kindrelatie; verstoorde communicatie tussen ouder en jeugdverpleegkundige; en psychologische problemen van de ouder.	Ouders van kinderen 0-3 jaar	<i>Jeugdarts of jeugdverpleegkundige</i>
Instrument	Doel	Doelgroep (informant)	Professional
<i>Categorie: instrumenten voor universele screening van psychosociale problemen</i>			
Ages and Stages Questionnaires: Social-Emotional (ASQ-SE) +	Screent psychosociale problematiek en vaardigheden	3 mnd – 5 jaar (ouders)	<i>Jeugdarts of jeugdverpleegkundige</i>
Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) + voor < 7jaar **voor 7-12 jaar + voor 13 jaar	Screent psychosociale problematiek en vaardigheden.	3-16 jaar (ouders, leerkrachten, jongeren)	<i>Jeugdarts of jeugdverpleegkundige</i>
Brief Infant Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA) +	Screent psychosociale problematiek en vaardigheden.	1- 3 jaar (ouders)	<i>Jeugdarts of jeugdverpleegkundige</i>
Kort Instrument voor de Psychologische en Pedagogische Probleem Inventarisatie (KIPPI) +	Screent psychosociale problematiek bij jonge kinderen en psychologische en pedagogische problemen bij de ouders.	Gezinnen met jonge kinderen van 0-5 jaar (ouders, professional)	<i>Jeugdarts of jeugdverpleegkundige Groepsleiding kinderopvang Leerkracht</i>

SPARK (voorheen VOBO-Z) +	vroegsignalering van manifeste problemen in psychosociale ontwikkeling en in de opvoeding bij jonge kinderen	18 mnd (ouders)	<i>Jeugdarts of jeugdverpleegkundige</i>
DMO protocol van Samen Starten +	Vroegsignalering van problemen in psychosociale ontwikkeling en opvoeding bij jonge kinderen	0- 18 mnd (ouders)	<i>Jeugdarts of jeugdverpleegkundige</i>
Developmental and Well-Being Assessment (DAWBA) *	Meet veelvoorkomende emotionele, gedrags- en hyperactiviteitsstoornissen	5-17 jaar (ouders, jongere, leerkracht)	<i>Jeugdarts of jeugdverpleegkundige Jeugdhulpverlener Maatsch. werker</i>
Korte Indicatieve Vragenlijst voor Psychosociale Problematiek bij Adolescenten (KIVPA) *	Signaleert vroegtijdig psychosociale problemen.	13-18 jaar (jongere)	<i>Jeugdarts of jeugdverpleegkundige</i>
<i>Categorie: instrumenten voor selectieve signalering psychosociale problemen</i>			
Vragenlijst Voorlopers ADHD (VVA) *	Spoort kleuters op met een verhoogde kans op het ontwikkelen van ADHD.	5-6 jaar (ouders)	<i>Jeugdarts of jeugderpleegkundige Ontwikkelings psycholoog Orthopedagoog</i>
Instrument	Doel	Doelgroep (informant)	Professional
Amsterdamse Schaal voor Opstandigheid (ASO) *	Geeft inzicht in de mate waarin een kind geneigd is tot opstandigheid	9-12 jaar (ouders)	<i>Jeugdarts of jeugderpleegkundige Jeugdhulpverlener Maatschappelijk werker Groepsleiding kinderopvang Leerkracht</i>
Social Phobia and Anxiety Inventory form Children (SPAI-C) *	Stelt vast in welke mate jeugdigen sociale angsten ervaren.	8-14 jaar (jeugdige)	<i>Jeugdarts of jeugdverpleegkundige Groepsleiding kinderopvang Leerkracht Ontwikkelings psycholoog Orthopedagoog</i>
AUTI-R schaal Checklist Autism for jonge kinderen *	Onderscheidt autistische kinderen van niet-autistische kinderen.	1-12 jaar (professional)	<i>Jeugdarts of jeugdverpleegkundige Ontwikkelings psycholoog Orthopedagoog</i>
Toddlers (CHAT)**	Stelt een vermoeden van een autistische stoornis bij jonge kinderen vast.	vanaf 18 mnd (ouders, professional)	<i>Jeugdarts of jeugdverpleegkundige</i>

<i>Categorie: instrumenten voor universele screening psychomotorische ontwikkeling</i>			
Van Wiechen Onderzoek (VWO) +	Vroegtijdig opsporen van ontwikkelingsstoornissen 0-4 jaar	(ouders)	<i>Jeugdarts of jeugdverpleegkundige</i>
Baecke-Fassaert Motoriektest (BFMT) -	Beoordelen van de motorische ontwikkeling van kleuters	4-6 jaar (kind)	<i>Jeugdarts of jeugdverpleegkundige</i>
<i>Categorie: instrumenten voor selectieve screening taalontwikkeling</i>			
Stroomschema en Vragenlijst Verwijzing Voorschool -	Systematisch bepalen welke kinderen baat hebben bij toeleiding naar Voorschool.	1,5-4 jaar (kind)	<i>Jeugdarts of jeugdverpleegkundige</i>
VTO Taal 2-jarigen *	Brengt taal ontwikkelings Problemen bij peuters maanden in beeld.	2-3 jaar (ouders)	<i>Jeugdarts of jeugdverpleegkundige</i>

6.1.2 Ernsttaxatie

Naast het signaleren van opvoedingsproblemen is het belangrijk de ernst van de situatie in te schatten. De aard en de ernst van de problemen en de behoefte van ouders aan ondersteuning bepaald wat er dan wel niet ingezet kan worden. Momenteel zijn er geen betrouwbare en gevalideerde ernsttaxatie instrumenten beschikbaar. Wel worden bepaalde ernsttaxatie instrumenten of schema's gebruikt om de ernst in te schatten. En voorbeeld daarvan is het ernsttaxatie schema dat o.a. bij CJG Rijnmond wordt gebruikt en gebaseerd is op Hermanns 2006, Kousemaker 1996, Belsky 1994 en Buma, 1958. (zie bijlage 9).

6.1.3 Conclusies over de signaleringsinstrumenten

Slechtstwee instrumenten zijn gevonden die geschikt zijn voor universele signalering van opvoedingsproblemen: De SPARK (voorheen aangeduid als de VOBO-Z) en het DMO-protocol dat deel uitmaakt van Samen Starten. Beide instrumenten worden momenteel onderzocht in empirisch onderzoek.

De **SPARK** staat voor: Signaleren van Problemen en Analyse van Risico bij (opvoeden en ontwikkeling van) Kinderen (Staal et al, 2011). Met behulp van het instrument voert de jeugdverpleegkundige tijdens een huisbezoek een gestructureerd vraaggesprek met de ouder(s) om (risico op) opvoedings- en ontwikkelingsproblemen bij jonge kinderen vroegtijdig te signaleren. De SPARK combineert het perspectief van de ouders met de expertise van de jeugdverpleegkundige. In een groep van 2000 kinderen van 18 maanden in Zeeland is de kwaliteit van de SPARK onderzocht. Daaruit blijkt dat de SPARK in samenspraak met ouders direct bruikbare informatie oplevert om te bepalen welke zorg in een gezin nodig is. Met behulp van de SPARK worden meer kinderen met een verhoogd risico opgespoord dan wanneer geen gebruik gemaakt wordt van een instrument.

De SPARK is een aanpassing en bewerking van de VOBO. De VOBO is voor meerdere leeftijdscategorieën ontwikkeld. Er zijn versies voor ouders van baby's, kleuters, schoolkinderen en pubers. Op dit moment is empirisch onderzoek naar de inhoudsvaliditeit

van de VOBO beschikbaar. Uit een aantal studies (Bertrand, Hermanns & Leseman, 1998; Leseman & Hermanns, 2002; Zeemand, Hermanns, Hoffenaar, Alberst & Grootens, submitted; Ros, 2006) bleek dat de VOBO op een interpreteerbare manier samenhangt met risicofactoren bij kinderen, ouders en de context van ontwikkeling en opvoeding. Verder onderzoek naar de validiteit van de VOBO (voor de verschillende leeftijdscategorieën) is wenselijk.

Het **DMO-protocol**, dat deel uitmaakt van het programma Samen Starten, is een stapsgewijs volgsysteem dat gedurende alle vaste contactmomenten van de JGZ tot de leeftijd van 24 maanden toegepast wordt. Tot de leeftijd van 8 weken worden alle gezinnen op dezelfde manier benaderd met de 'universele' basisinventarisatie. Als het kind 8 weken oud is, vindt met alle ouders die het consultatiebureau bezoeken, een uitgebreide mondelinge inventarisatie plaats van de opvoedsituatie. De inventarisatie biedt zicht op hoe de ouders diverse voor de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind relevante aspecten op de volgende vijf domeinen beleven:

- Competentie van de ouder/ primaire verzorger;
- Rol van de partner;
- Sociaal netwerk;
- Gezondheid en ontwikkeling van het kind;
- Mogelijke obstakels.

De invulling van de gesprekken per vervolconsult verschuiven, afhankelijk van wat in het voorgaande consult besproken is en wat op basis van de leeftijd/ontwikkeling van het kind relevant is. Als bij de inventarisatie een probleem naar voren komt, wordt overgegaan naar een volgende stap: het nader inventariseren van de probleemsituatie en het komen tot een plan van aanpak in een extra huisbezoek van de jeugdverpleegkundige aan het gezin. Hierbij wordt gewerkt volgens de principes van oplossingsgericht werken.

Naast universele screeningsinstrumenten voor opvoedingsproblemen, zijn er drie selectieve instrumenten voor opvoedingsproblemen. Een instrument, de NOSIK brengt de stressbeleving van ouders in kaart. De twee andere instrumenten beogen het risico op mishandeling in kaart te brengen: de CARE NL en de Lijst Hellincks.

De **NOSIK** is een verkorte versie van de Nijmeegse Ouderlijke Stress Index (NOSI). Deze screeningslijst (die ouders thuis kunnen invullen) meet de stressbeleving van ouders bij de opvoeding van een kind tussen 2 en 13 jaar. Feitelijk wordt slechts een schaal gemeten met behulp van 23 items. De vragenlijst kan door CJG professionals gebruikt worden onder supervisie van een gedragsdeskundige.

De **CARE-NL** liet in een retrospectieve studie goede uitkomsten zien voor de betrouwbaarheid en voorspellende waarde (De Ruiter, De Jong, & Van der Hoorn, 2008).

De **Lijst Hellinckx** is een Vlaamse lijst die door de makers wordt aangeduid als 'Screening van Ernstige Problematische Opvoedsituaties met Risico op Kindermishandeling' (Hellinckx, 2001). De vragenlijst kan door de JGZ afgenomen worden bij ouders van pasgeborenen. Wel zijn beiden vragenlijsten erg uitgebreid en vraagt aardig wat kennis van psychopathologie van de professional. De lijst maakt goed onderscheid tussen potentieel wel- en niet-mishandelende ouders en heeft een Cronbach's alpha van 0,94. In vergelijking met opvoedingsproblemen zijn er meer universele en selectieve screeningsinstrumenten voor psychosociale problemen, die ofwel in lopende studies getoetst worden op validiteit en betrouwbaarheid of al getoetst zijn. Voor de leeftijd van 0-4 jaar luidt de aanbeveling in de Richtlijn Vroegsignalering dat de veelbelovende instrumenten die in lopend onderzoek getoetst worden gebruikt worden: de SDQ, de KIPPI, de BITSEA, de ASQ-SE, de SPARK en het DMO-protocol van Samen Starten. Voor de leeftijd van 7 tot 12 wordt de SDQ aanbevolen en voor de leeftijd van 13 jaar gelden de SDQ en de KIVPA als veelbelovend .

De Inventgroep (2005) adviseert om enerzijds het proces te volgen en anderzijds op belangrijke momenten (schakelmomenten) wat breder en dieper te kijken. De SPARK kan

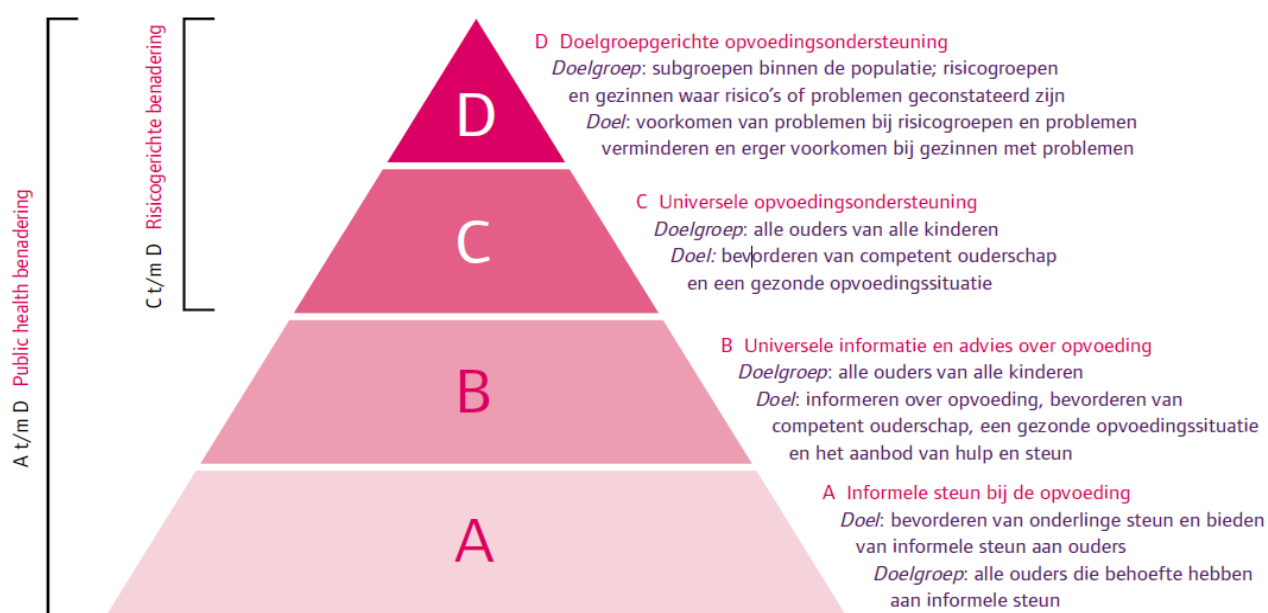
aanvullend op het DMO protocol gebruikt worden. De NOSIK kan ingezet worden om specifiek te kijken in hoeverre ouders opvoedingsstress ervaren.

6.2 Methodieken, programma's en interventies voor opvoedingsondersteuning

6.2.1 Methodieken voor opvoedingsondersteuning

Alvorens we de talrijke programma's en interventies voor opvoedingsondersteuning beschrijven, geven we eerst een beknopt overzicht van de verschillende methodieken die gehanteerd worden bij het aanbieden van opvoedingsondersteuning. De term 'methodiek' definiëren we daarbij als werkwijze of procedure die gevolgd wordt, los van het inhoudelijke programma of de specifieke interventie. Het gaat in onze omschrijving van 'methodiek' louter om het type activiteit of werkwijze die gevolgd wordt, los van de theoretische inhoud.

Een van de manieren om het aanbod in kaart te brengen is 'de piramide van opvoedondersteuning' zoals door Van Dijk en Prinsen (2008) beschreven, waarbij de behoefte van ouders een leidend principe is (zie figuur 2). Ouders zoeken in eerste instantie informatie of advies binnen hun eigen sociale netwerk van familie, vrienden en kennissen. Het gaat hier dus om informele opvoedingsondersteuning; steun die spontaan aangeboden wordt door anderen in de eigen omgeving van de ouder of door vrijwilligers die daar speciaal voor worden ingezet (Roelofse & Anthonijsz, 2008).



Figuur 2. Piramide van opvoedingsondersteuning (Van Dijk & Prinsen, 2008)

Speetjens en collega's (2009) omschrijven informele opvoedingsondersteuning als interventies die "laagdrempelig, niet intensief, vrijblijvend, gericht op informatievoorziening en veelal niet gelieerd aan de overheid zijn." (p.78).

Vanaf niveau B hebben we te maken met de formele opvoedingsondersteuning zoals die wordt aangeboden in de JGZ. Niveau B heeft dan betrekking op algemene, anticiperende voorlichting en advies bestemd voor alle ouders. Wanneer deze informatie en algemene advisering niet voldoende zijn voor ouders, ontstaat bij ouders de behoefte aan hulp. Niveau C beschrijft alle lichte opvoedhulp, bestemd voor alle ouders. Het kan hier dus gaan om vraaggerichte advisering, korte begeleiding van ouders en praktische hulp. Niveau D tenslotte beschrijft alle vormen van opvoedingsondersteuning die gericht is op specifieke subgroepen van gezinnen: bepaalde risicogroepen of gezinnen waar bepaalde problemen rond opvoeding en ontwikkeling geconstateerd zijn. Beide benaderingen van opvoedingsondersteuning zijn ook weergegeven in deze figuur: de populatiebrede benadering bestrijkt alle niveaus, terwijl

de risicogerichte benadering alleen activiteiten en interventies aanbiedt die op niveau C of D liggen. Activiteiten in de risicobenadering richten zich dus altijd op subgroepen waar risico's of problemen gesignaleerd zijn. Met behulp van de website van het Nederlands Jeugdinstituut en de '*Handreiking opvoedingsondersteuning voor het CJG*' (Van Dijk & Prinsen, 2008) hebben we hieronder een overzicht samengesteld van min of meer algemene 'methodieken' die momenteel ingezet worden in de JGZ en/of het CJG bij het ondersteunen van ouders. Deze methodieken worden hieronder los van bepaalde programma's beschreven. In ons overzicht volgen we – voor zover mogelijk - de eerder genoemde piramide van opvoedingsondersteuning. Dat wil zeggen: we starten met methodieken op het universele preventieniveau en eindigen bij vormen van opvoedingsondersteuning die gericht zijn op specifieke risicogroepen.

Informele vormen van opvoedingsondersteuning (niveau A)

Contacten via het sociale netwerk van ouders, het kinderdagverblijf, peuterspeelzaal en school. Ook contacten en informatie via laagdrempelige voorzieningen zoals de bibliotheek, speelgoeduitleen valt hieronder.

Televisie-programma's (niveau A)

Televisie-programma's over opvoeden zoals 'Schatjes', 'Eerste hulp bij opvoeden', 'The Nanny' hebben een zeer groot bereik onder ouders en zijn daarmee een belangrijke vorm van informele opvoedsteun. De effecten van deze programma zijn nog nooit geëvalueerd

Websites (niveau A)

Internetsites hebben, net als TV, een enorm bereik maar het aanbod van verschillende websites over opvoeding is groot en gevarieerd. Websites hebben in de regel fora of ruimtes waar ouders op elkaar kunnen reageren en elkaar adviezen en tips kunnen geven. Ouders die bepaalde vragen hebben kunnen zo anoniem een antwoord of een advies krijgen op hun vraag. Ouders Online presenteert zichzelf als 'de grootste ouders-community van Nederland' voor ouders en toekomstige ouders van baby's tot en met pubers'. Maar er zijn ook andere website beschikbaar. Voor ouders die willen opvoeden op islamitische grondslag is er www.opvoedingsmix.nl.

Schriftelijke informatie (Niveau A, B, C)

Ouders van nu, J/M voor ouders, Groter Groeien; Kinderen; Viva Mama; en Kek Mama zijn meer of minder bekende opvoedtijdschriften. Ouders van Nu is het meest gelezen blad. Naast de informele tijdschriften maakt de JGZ ook gebruik van schriftelijke informatie. De GroeiGids (een serie van 7 boekjes, die (aanstaande) ouders informatie biedt over de ontwikkeling, gezondheid en opvoeding van hun kind vanaf het moment van een kindervens tot en met de puberteit) en de peuterbrieven zijn bekende voorbeelden van informatie die breed verspreid wordt door de JGZ.

Pedagogische advisering (Niveau B, C, D)

Het pedagogisch adviesgesprek vormt een kernactiviteit binnen het aanbod aan opvoedingsondersteuning van de JGZ en dus ook van het CJG. Het gaat hierbij om kortdurende ondersteuning van ouders bij lichte opvoedingsvragen en –problemen; dit kan op de vaste contactmomenten van het CB of bij inloopsprekuren of telefonische spreekuren. Kenmerkend voor pedagogische advisering is een vraaggerichte werkwijze en een concrete invalshoek. Pedagogische advisering kan in een tot drie gesprekken worden uitgevoerd.

Huisbezoek (Niveau C, D)

Huisbezoeken worden regulier toegepast in de jeugdgezondheidszorg. Naast enkele vaste huisbezoeken kan de jeugdverpleegkundige enkele extra huisbezoeken brengen om een gezin extra ondersteuning en begeleiding te geven. Verschillende programma's zoals Samen

Starten, Stevig ouderschap, VoorZorg en Kortdurende Videohometraining maken gebruik van huisbezoeken. Ook spelen vrijwilligers hierin een rol, zoals bij programma's als Home Start en MIM. Het doen van huisbezoeken is een krachtige pijler gezien het grote bereik en de kosteneffectiviteit.

Ontmoetingsmogelijkheden voor ouders (niveau A,B, C)

Inloopbijeenkomsten of ontmoetingsactiviteiten vormen de lichtste variant van groepsgerichte opvoedingsondersteuning (website NJI). De waarde ligt vooral in het laagdrempelige (vrijblijvende) karakter waardoor de activiteit aantrekkelijk is voor ouders die anders niet zo gemakkelijk van een voorziening voor opvoedingsondersteuning gebruik maken. Voor inloopactiviteiten zijn allerlei vormen en benamingen in omloop zoals koffieochtenden, spelmiddagen, ontmoetingsplaatsen voor ouders, groepsconsultatiebureau, kruipgroepen of babysoos. Een inloopactiviteit is kleinschalig en buurtgericht en soms ook gekoppeld aan een specifieke voorziening zoals een consultatiebureau, peuterspeelzaal, ouderkamer op school of een speeltheek. Het accent ligt vooral op de ontmoetingsfunctie en het contact tussen ouders onderling, meestal moeders. Vaak zijn hun jonge kinderen ook hierbij aanwezig.

Themabijeenkomsten en ouderavonden (niveau B,C, D)

Eenmalige bijeenkomsten voor ouders over onderwerpen die te maken hebben met de opvoeding en ontwikkeling van kinderen komen in Nederland veelvuldig voor. Ze worden meestal georganiseerd vanuit de basisvoorzieningen die in nauw contact staan met ouders en kinderen zoals scholen, kinderdagverblijven of peuterspeelzalen, het consultatiebureau of het buurtcentrum. Het doel van deze eenmalige bijeenkomsten is

- voorlichting aan ouders over uiteenlopende thema's die te maken hebben met de ontwikkeling, opvoeding of onderwijs;
- bevorderen van contact tussen ouder en de instelling, vormgeven aan 'samen opvoeden';
- versterken van contacten tussen ouders onderling door het delen en bespreken van opvoedingservaringen.

Oudercursussen (Niveau C, D)

Oudercursussen kunnen worden omschreven als een serie van ten minste drie bijeenkomsten voor ouders met een vaste groep deelnemers. Het is een vorm van groepsgerichte opvoedingsondersteuning. Oudercursussen zijn doorgaans gericht op ouders die vragen hebben over de opvoeding en op ouders met lichte opvoedingsproblemen.

Oudercursussen kunnen op verschillende gebieden gericht zijn, zoals:

- een bepaalde ontwikkelingsfase (bv. 'Peuter in Zicht' 'Beter omgaan met pubers');
- een specifiek onderwerp (bv. 'Drukke kinderen');
- opvoedingsvaardigheden (bv. 'Opvoeden: Zó!', 'Gordon-cursus: effectief omgaan met kinderen').

Oudertrainingen (Niveau C, D)

Een oudertraining is een intensieve en gestructureerde vorm van opvoedingsondersteuning. Een oudertraining kan zowel groepsgericht of individueel. Videohome training is een voorbeeld van een veelgebruikte individuele oudertraining: een videohome trainer maakt drie keer een opname van de ouder-kind interactie bij de ouders thuis en komt dan drie keer nabespreken. Videohome training worden toegepast bij overmatig huilen, bij gedragsproblemen van de baby tot de peuterleeftijd. Bij oudere kinderen en adolescenten kunnen oudertrainingen eveneens ingezet worden, meestal in de vorm van geïndiceerde jeugdzorg in situaties waarbij het kind een gedragsstoornis heeft. Ouders worden als 'mediator' getraind om thuis het gedrag van hun kind te veranderen.

Thuisbegeleiding (Niveau D)

Onder thuisbegeleiding wordt meestal een intensieve vorm van begeleiding door de Thuiszorg verstaan aan gezinnen die de grip op de structuur van het dagelijks leven kwijt zijn.

Thuisbegeleiding heeft een praktische insteek van meewerken en voorbeeld gedrag tonen bij het aanleren van nieuw gedrag door financiën te ordenen, huishouden opruimen, gezinsmanagement op orde brengen en zelfredzaamheid vergroten wat betreft pedagogische taken. Thuisbegeleiding wordt in de regel ingezet voor multiprobleem gezinnen, of gezinnen waar de ouder ongemotiveerd zijn voor andere hulp.

Intensieve opvoedingsondersteuning (Niveau D)

Er is een veelheid aan programma's en interventies voor gezinnen met ernstiger opvoedingsproblemen. Veelal is een intensieve interventie noodzakelijk, die doorgaans in de thuissituatie wordt geboden. Er zijn tal van programma's ontwikkeld die deze meer intensieve opvoedingsondersteuning aanbieden aan geselecteerde gezinnen: Voorzorg, pedagogische thuishulp of videohometraining.

6.2.2 Programma's en interventies voor opvoedingsondersteuning

De term 'interventies' hanteren we hier als een verzamelnaam voor programma's, behandelvormen en trainingmethoden die op een bepaalde theoretische leest geschoeid zijn. Het gaat bij een interventie altijd om een bepaalde aanpak die:

- gericht is op de vermindering, de compensatie of het draaglijk maken van een risico of een probleem in de ontwikkeling van een jeugdige dat een gezonde, evenwichtige uitgroei tot volwassenheid (mogelijk) belemmert;
- bestemd is voor een doelgroep die wordt gekenmerkt door de aanwezigheid van een of meer van deze risico's of problemen;
- geleid wordt door een theoretisch en praktisch weldoordachte, doelgerichte en systematische werkwijze (een 'methodiek');
- gericht is op de jeugdige zelf, zijn opvoeders en/of zijn opvoedingsomgeving;
- afgebakend is in de tijd, met een nader omschreven tijdsduur en frequentie.

Kort gezegd gaat het in deze richtlijn om interventies die als doel hebben de psychische, sociale, cognitieve en lichamelijke ontwikkeling van jeugdigen (-9 maanden tot 23 jaar) te bevorderen door ouders bij de opvoeding te ondersteunen. In algemene zin kunnen ze worden uitgevoerd en toegepast door:

- huisartsen en overige partners in de eerste lijn;
- algemene gezondheidszorg (voor zover het de hulp betreft bij psychosociale en cognitieve problemen en psychische en pedagogische hulp voor langdurig zieke kinderen);
- jeugdgezondheidszorg (uniform en maatwerkdeel);
- pedagogische basisvoorzieningen: ontwikkelingsstimuleringsprogramma's voor jonge kinderen en overige interventies in kinderopvang, peuterspeelzalen, VVE;
- jeugdwelzijnswerk (kinderwerk; jongerenwerk, sportbuurtwerk, jongereninformatiepunten), brede school, arbeidstoeleiding;
- onderwijs (voor zover het zorg- en welzijngerelateerde interventies en programma's voor psychosociale en gezondheidsproblemen betreft);
- opvoed- en opgroeihulp: lichte pedagogische (en soms corrigerende) interventies voor jeugdigen en ouders, uitgevoerd door eerstelijns pedagogen en psychologen, jeugdmaatschappelijk werk, opvoedingsondersteuning, preventieprogramma's, HALT en uitvoerders van taak- en leerstraffen;
- jeugdzorg: raden voor de kinderbescherming, bureaus jeugdzorg (incl. gezinsvoogdij en jeugdreclassering), provinciale jeugdzorg, jeugd-GGZ, LVG-zorg, justitiële jeugdinrichtingen.

In deze richtlijn gaat het om de programma's, die in de JGZ of het CJG worden toegepast.

6.2.3 Bewezen effectieve buitenlandse interventies

Eerst geven we een beknopt overzicht van enkele bekende programma's die in het buitenland zijn ontwikkeld en in het buitenland te boek staan als bewezen effectief: Sure Start, Home Start, Triple P, PCIT, Incredible Years en PMTO. Deze programma's zijn inmiddels ook vertaald en (soms gedeeltelijk) bewerkt naar de Nederlandse situatie.

Sure Start

Sure Start is een verzamelnaam voor lokale programma's in Engeland die gericht zijn op het terugdringen van het aantal kinderen dat onder de armoedegrens leeft en het verbeteren van de levenskansen van jonge kinderen uit achterstandgezinnen. De Sure Start Local Programs (SSLP) werden opgericht tussen 1999 en 2003 en zijn nadrukkelijk bedoeld voor **alle** kinderen die in een achtergestelde regio opgroeien. Door op een goede, geïntegreerde manier vroegschoolse educatie, kinderopvang, gezondheidszorg en gezinsondersteuning aan te bieden, verbetert SSLP de gezondheid en het welzijn van jonge kinderen en de gezinnen waar zij opgroeien.

Belsky en Melhuish en collega's (2006) evalueren de eerste effecten van Sure Start in een grote quasi-experimentele studie. Gezinnen in 150 Sure Start gebieden worden vergeleken met gezinnen van 50 vergelijkbare gebieden waar Sure Start nog niet aangeboden werd. In de Sure Start groep werden 16502 moeders van kinderen die 9 en 26 maanden oud waren geïnterviewd. Bij de kinderen werd ook een cognitieve test afgenomen. In de vergelijkingsgroep zijn 2610 moeders geïnterviewd en ook test bij de kinderen. De verschillen tussen beide groepen bleken beperkt en relatief klein. Vooral de meest gedepriveerde gezinnen bleken te profiteren van Sure Start. Ook Rutter (2006) is zeer kritisch over de effectiviteit van Sure Start. Na 3 jaar SSLP zijn er weinig significante verschillen tussen de Sure Start gezinnen en de vergelijkingsgroep, er waren zelfs aanwijzingen voor ongunstige, nadelige effecten bij de meeste achterstandsfamilies. Als mogelijke oorzaak van de geringe effecten wijst Rutter op het feit dat de Sure Start programma's geen expliciet curriculum hebben, veel variatie kennen en dat binnen de SSLP's in het algemeen weinig doelgericht wordt gewerkt (in geen van de 'gebieden' hoeft men aan te geven wat men doet). Hier door ontstaat ook weinig zicht op de mogelijk werkzame bestanddelen. Ten slotte blijft het samenstellen van een vergelijkbare controlegroep een moeilijk punt. In 2008 vindt een grootschalige evaluatie van Sure Start plaats (Melhuish et al, 2008).

In een quasi-experimentele opzet werden Sure Start gezinnen vergeleken met gezinnen die geen Sure Start ontvangen. Beide groepen gezinnen zijn woonachtig in achterstandsgebieden van Engeland. In de Sure Start groep zaten 5883 gezinnen met een 3-jarig kind, in de vergelijkingsgroep 1879 gezinnen. Beide groepen werden vergeleken op 14 uitkomstmaten die betrekking hebben op cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind, oudercompetentie, roken door de ouders, welbevinden en BMI. De Sure Start gezinnen verschilden in positieve zin van de vergelijkingsgezinnen: kinderen lieten meer sociaal gedrag zien, minder negatief opvoedgedrag bij de ouders en ouders schakelden sneller en meer hulp in dan de vergelijkingsgezinnen. Zowel op zelf-rapportage vragenlijsten als middels observaties blijkt dat het programma Sure Start na verloop van tijd vruchten afwerpt voor zowel ouders als kinderen (Melhuish, 2008).

In Nederland is het programma **Samen Starten** ontwikkeld voor de JGZ op basis van het Britse Sure Start. Net zoals Sure Start is Samen Starten bedoeld als extra ondersteuning voor **alle gezinnen** die het consultatiebureau bezoeken. Een belangrijk verschil is dat Samen Starten zich voornamelijk richt op preventie van psychosociale problemen in gezinnen met jonge kinderen (0-2 jaar). Met het programma wordt een systematische signalering van zorgwekkende opvoedingssituaties mogelijk gemaakt (middels het DMO protocol) en worden de eigen vaardigheden en sterke kanten van ouders benut om eventuele problemen met

betrekking tot de opvoeding op te lossen. Tenslotte beoogt het programma Samen Starten de samenwerking tussen lokale ketenpartners rondom gezinnen te verbeteren en te versterken. De studies van Tenhaeff, e.a. (2004) en Tan ea.(2005) hebben laten zien dat de validiteit van het DMO protocol redelijk is, gezien de gematigde samenhangen tussen uitkomsten van het DMO protocol en uitkomsten op referentie-instrumenten voor opvoedingsstress en behoefte aan steun bij de ouders. Vanaf 2009 wordt bij Icare een onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van Samen Starten door het UMCG. In een deel van het werkgebied wordt Samen Starten aan alle gezinnen aangeboden, terwijl in het overige deel de reguliere zorg geboden wordt. Als maat voor effectiviteit worden de uitkomsten van het DMO protocol in verband gebracht met referentietesten (o.a. ASQ SE). Naar verwachting zijn de eerste resultaten half 2013 beschikbaar.

Home Start

Home-Start is een Brits programma voor opvoedingsondersteuning waarbij getrainde vrijwilligers ondersteuning en praktische hulp aanbieden aan ouders met ten minste één kind van 6 jaar of jonger. In de gezinnen mogen er ook oudere kinderen zijn. De gezinnen geven zélf aan op welke gebieden zij steun wensen: hun vragen staan centraal. Doel van Home Start is voorkomen dat alledaagse problemen uitgroeien tot ernstige en langdurige problemen; het zelfvertrouwen van ouders te vergroten, sociale relaties van ouders te versterken en gezinnen aan te moedigen om efficiënt gebruik te maken van beschikbare diensten, voorzieningen en regelingen. De opvoedingsondersteuning van Home Start is gebaseerd op vier uitgangspunten: voor de methodiek.

1. De vraaggerichte werkwijze waarbij de ouders aangeven op welke terreinen ze ondersteuning wil en hoe lang zij er gebruik van wil maken.
2. Empowerment en de-problematiseren: Home Start concentreert zich op wat goed gaat, op de kwaliteiten van de ouder en de krachtige en leuke kanten van een gezin.
3. Tijd en aandacht bieden voor de ouder, het gezin en voor de kinderen. Bij Home-Start is het een voorwaarde dat de vrijwilliger minimaal één dagdeel per week beschikbaar is voor het gezin door het bieden van een luisterend oor.
4. Gelijkwaardigheid en vertrouwen: de vrijwilliger bouwt een vriendschappelijke relatie op met het gezin en biedt zo ondersteuning, vriendschap en praktische hulp.

In Engeland is de effectiviteit van Home Start op een kwalitatieve manier geëvalueerd (Frost, Johnson, Stein, & Wallis, 1996). In groepsdiscussies werden de meningen over Home Start van ouders, vrijwilligers en coördinatoren geïnventariseerd. Er werd onder andere besproken welke doelstellingen men nastreefde, welke effecten bereikt werden, hoe deze effecten bereikt werden en welke bijdrage men zelf geleverd had aan de effecten. Daarnaast werden 153 Home-Start gezinnen geïnterviewd. De gezinnen die aan Home Start deelnamen, rapporteerden grote stress bij het opvoeden. Alle betrokkenen waren van mening dat Home-Start een welkome aanvulling op professionele hulp en zorg is. Van de deelnemende ouders vond 64 procent dat hun persoonlijk welbevinden verbeterd was. Ongeveer de helft van de betrokken gezinnen rapporteerde een verbetering in de opvoedingssituatie van de kinderen. Slechts eenderde van deze groep dacht overigens dat dit te maken had met Home-Start. Sinds de opzet in 1993 is Home-Start in Nederland uitgegroeid tot een erkend en professioneel programma voor opvoedingsondersteuning. In Nederland zijn verschillende effectstudies uitgevoerd naar de effecten van Home-Start. Hermanns, Van de Venne & Leseman (1997) hebben een evaluatieonderzoek gedaan naar Home-Start met 56 gezinnen waarbij een voor- en een nameting werd afgenomen. Er was geen controlegroep. In gezinnen waar Home-Start is toegepast, vonden ouders dat hun opvoedingsstress daalde na verloop van tijd, ook gaven de ouders aan dat zichzelf als meer competent in de opvoeding zien en meer sociale ondersteuning ervaren. In een quasi-experimenteel onderzoek uit 2005 werden 65 Home Start gezinnen vergeleken met twee controlegroepen van 49 en 52 gezinnen, waarbij de tweede groep een vergelijkbare steunbehoefte had als de Home Start groep (Asscher, 2005;

Asscher, Hermanns & Dekovic, 2006; 2008) Uitkomsten lieten zien dat Home Start leidde tot een verhoogd ouderlijk welzijn: depressieve stemming van de moeders nam af en de ervaren opvoedingscompetentie van de moeders nam toe. Positief opvoedingsgedrag, gerapporteerd door moeders, nam toe en negatief opvoedingsgedrag, nam af. Er werd geen duidelijk effect op het gedrag van de kinderen gevonden. Meer recent zijn de gegevens over de effectiviteit van Home Start opnieuw geanalyseerd (Asscher, Dekovic, Prinzie, Hermanns, van den Akker, 2009). Opnieuw bleek dat gevonden ervaren verbetering in opvoedingsgedrag niet werd bevestigd door observaties van het gedrag van het kind.

Asscher, Decovic, Prinzie & Hermanns (2008) hebben in hun onderzoek 66 moeders die Home Start kregen vergeleken met een controlegroep (n=58) en normgroep (n=41). De uitkomsten lieten betrouwbare en relevante effecten zien op het welbevinden van de moeders die Home-start kregen (na afloop van het programma en na een follow-up.). Ook is er een matig positief effect gevonden op het opvoedingsgedrag van de moeders. Verder werden de de moeders die bij start de grootste problemen hadden de grootste effecten gevonden. Momenteel wordt een RCT uitgevoerd door de Universiteit van Amsterdam waarbij 75 gezinnen Home Start ontvangen en een controle groep van eveneens 75 gezinnen de zowel Home Start als de oudertraining van Triple P ontvangen. De uitkomsten zijn naar verwachting in 2013 beschikbaar.

Triple P

Triple P staat voor *Positive Parenting Program*, ofwel Positief Pedagogisch Programma en is in Australië ontwikkeld door professor M. Sanders en het team van het Parenting and Family Support Centre van de universiteit van Queensland (Australië). Algemene doel van het programma is de preventie en aanpak van psychosociale problemen bij kinderen door opvoedingsondersteuning aan ouders. De reeks van interventies in het Triple P-programma is gericht op een gezonde psychosociale ontwikkeling van kinderen en een vergroting van hun zelfredzaamheid en veerkracht. Daarnaast wil Triple P het zelfvertrouwen en de tevredenheid van ouders over de opvoeding bevorderen. Kenmerkend voor Triple P is de integrale aanpak met vijf opeenvolgende niveaus van interventie. Zie tabel 5 voor een beschrijving van de vijf niveaus van Triple P. Triple P biedt dankzij de niveaus een keten aan opvoedingsondersteuning die ouders advies en steun op maat biedt, van antwoord op algemene opvoedvragen tot hulp voor ouders van kinderen met ernstige gedragsproblemen. Triple P is in het algemeen bedoeld voor *alle* ouders van kinderen in de leeftijd van 0-16 jaar. Per interventieniveau beoogt Triple P een specifieke groep te bereiken. Naast dat kernprogramma met de vijf niveaus zijn er extra modules ontwikkeld voor specifieke doelgroepen, zoals ouders van tieners (*Teen Triple P*), ouders van kinderen met een ontwikkelingsstoornis of handicap (*Stepping Stones*), gezinnen met risico op kindermishandeling (*Pathways Triple P*), voor alleenstaande ouders (*Triple P StartingWell*) voor ouders van kinderen met overgewicht, *Lifestyle Triple P* en *Transitions Triple P* voor ouders die uit elkaar gaan en voor nieuw samengestelde gezinnen. De komende jaren worden naast het basispakket van niveau 1 tot en met 5 ook gespecialiseerde modules naar Nederland vertaald en onderzocht. Triple P kan bogen op een omvangrijke reeks van studies en meta-analyses.

Tabel 5. Vijf niveaus van Triple P

Niveau 1: Universeel

Massamediale anticiperende voorlichting over veel voorkomende opvoedingsvragen en ontwikkelingsaspecten. Bedoeld voor ouders met kinderen van 0-16 jaar die geïnteresseerd zijn in informatie over de opvoeding en het stimuleren van de ontwikkeling van kinderen. Uitgevoerd door landelijke media en samenwerkende lokale en regionale instellingen.

Niveau 2: Selectief

Gerichte voorlichtingsgesprekken en informatie bij veel voorkomende opvoedingsvragen. Individueel advies van 2 x 10 minuten of een groepsgericht aanbod van lezingen. Bedoeld voor ouders met een specifieke vraag over het gedrag en/of de ontwikkeling van kinderen. Uitgevoerd door professionals die frequent contact hebben met ouders zoals peuterspeelzaalmedewerkers, JGZ-medewerkers, interne begeleiders, huisartsen, etc.

Niveau 3: Basiszorg

Kortdurende individuele consultatie (1-4 sessies van 30 minuten) gericht op het versterken van opvoedingsvaardigheden. Bedoeld voor ouders met beginnende opvoedingsproblemen of zorgen over de ontwikkeling van hun kind. Uitgevoerd door JGZ-medewerkers, pedagogen opvoedbureau, (school)maatschappelijk werkers, MEE-consulenten.

Niveau 4: Standaard / Groep / Zelfhulp Intensieve vaardigheidstraining in 3 varianten:

- Individuele sessies (8 – 10)
- Groepstraining (8 sessies)
- Zelfhulpprogramma.

Bedoeld voor ouders van kinderen met ernstige gedragsproblemen die een gerichte training in opvoedingsvaardigheden nodig hebben. Uitgevoerd door professionals in de geïndiceerde jeugdzorg of jeugd-ggz, Ggv (Gespecialiseerde gezinsverzorging), MEE, speciaal onderwijs.

Niveau 5: Triple P Plus

Intensief gezinsgericht programma, 10 tot 18 sessies met keuzemodules gericht op het vergroten van pedagogische vaardigheden, omgaan met stress en relatieproblemen. Bedoeld voor gezinnen met meervoudige gedragsproblemen van kinderen in combinatie met andere gezinsproblemen zoals depressie, stress of relationele problematiek. Uitgevoerd door instellingen voor geïndiceerde jeugdzorg of jeugd-GGZ.

Ouders kregen een vragenlijst over het gedrag van hun kind en in sommige studies is de moeder-kind interactie geobserveerd. Uit de vragenlijsten bleek dat ouders na afsluiting van de hulp merkten dat hun kind minder ongewenst en meer positief gedrag liet zien ($d = 0.88$). Ook na 6 maanden bleek deze middelgrote verandering te blijven bestaan. Studies waarin het gedrag van kinderen werd geobserveerd, rapporteerden direct na afloop van de interventie een kleine daling van probleemgedrag bij de kinderen. Maar ook deze verandering hield stand na 6 maanden.

In de tweede meta-analyse lag de focus op het opvoedingsgedrag van de ouders. Na het afronden van een Triple P (niveau 4) interventie vonden ouders dat ze een meer positieve opvoedingsstijl hanteren in vergelijking met ouders die geen hulp kregen: ze gaven meer complimentjes en maakten minder negatieve opmerkingen ($d = 0.68$). Verder bleek dat ouders die getraind zijn in Triple P strategieën ook meer tevreden zijn over de opvoeding en meer zelfvertrouwen te hebben dan ouders die geen training hebben ontvangen. Deze veranderingen waren direct na afsluiting van de hulpverlening al aanwezig en bleven

zichtbaar zes én twaalf maanden na het afsluiten van de hulp. In Australië is Triple P inmiddels uitgebreid onderzocht in twaalf wetenschappelijke RCT's. Op grond daarvan kan het programma in Australië als bewezen effectief worden beschouwd. Op alle niveaus van Triple P zijn effecten gevonden in de verwachte richting. Het beste bewijs voor effectiviteit is gevonden voor de niveaus 3 en 4: de gerichte adviezen en ondersteuning bij gedragsproblemen. De effecten van Triple P niveau 3 en 4 zijn positief, vaak ook nog na enkele maanden of zelfs jaren. Op verschillende tijdstippen en uit verschillende studies is steeds gebleken dat de gedragsproblemen van de kinderen verminderen en de betrokkenheid van de ouders, vooral de moeders, bij de opvoeding en ontwikkeling van hun kind toeneemt. Verder blijkt Triple P succesvol in verschillende gezinssituaties, zoals eenoudergezinnen, stiefgezinnen, gezinnen met een depressieve moeder, gezinnen met huwelijksproblemen en gezinnen met een kind met een verstandelijke handicap.

Inmiddels vindt er ook in Nederland volop onderzoek plaats naar de effectiviteit van Triple P niveau 3, 4 en 5 in Nederland. Verder worden *Stepping Stones Triple P* (voor ouders van kinderen met een verstandelijke of lichamelijke beperking), *Pathways Triple P* (voor ouders van kinderen die risico lopen op het mishandelen van hun kind) en *Tieners Triple P* geïmplementeerd. Bij de Universiteit van Utrecht wordt momenteel een RCT uitgevoerd naar de effectiviteit van Triple P bij prematuur geboren kinderen. De Universiteit van Maastricht heeft een preventieprogramma ontwikkeld gebaseerd op de Triple P-uitgangspunten, dat bedoeld is om ouders van 4-jarige kinderen met overgewicht te begeleiden. Hoewel internationaal is aangetoond dat Triple P toepasbaar is bij verschillende etnische groepen, melden professionals knelpunten bij het toepassen van Triple P bij migrantenouders.

Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)

Parent-Child Interaction Therapy is een individueel behandelprogramma voor ouders van jonge kinderen (2-7 jaar) met gedragsproblemen. Doel van PCIT is het verminderen van de gedragsproblemen bij het kind en de stress bij ouders door de opvoedingsvaardigheden van de ouders te vergroten en de kwaliteit van ouder-kind relatie te verbeteren. Ouders met kinderen tussen de 2-7 jaar die externaliserend (oppositieel opstandig) probleemgedrag vertonen, ouders met opvoedingsverlegenheid, dreigende mishandeling en/of verwaarlozing komen in aanmerking. Tevens is PCIT geschikt voor kinderen in een pleegzorgplaatsing, kinderen die direct zijn geadopteerd en kinderen die herenigd zijn met hun ouders.

In PCIT worden ouders en kind samen in een spelkamer getraind, waarbij de therapeut vanachter een one-way screen de ouder coacht middels een oormicrofoon. De therapie richt zich op verbetering van de ouder-kindinteractie en op het verbeteren van de gehoorzaamheid van het kind. In de eerste fase van de behandeling wordt een assessment gedaan om de ernst van de gedragsproblemen en het stressniveau van de ouders te bepalen. In de tweede fase leren de ouders positieve aandachtvaardigheden te gebruiken zoals het sensitief reageren en prijzen van goed gedrag. In de derde fase leren de ouders op het gedrag gerichte management strategieën zoals het effectief afgeven van directieven en opdrachten, gepast reageren op medewerking of verzet van het kind en het gebruiken van time-out procedures. PCIT duurt tussen de 9 en 20 weken, gemiddeld 15 bijeenkomsten, afhankelijk van het niveau van vaardigheden dat ontstaat en afhankelijk van de generalisatie die ontstaat van spelsituaties naar situaties in het dagelijks leven. Pas wanneer de ouders de belangrijke opvoedingsvaardigheden in voldoende mate beheersen gaan zij door naar de volgende fase in de behandeling. De therapie wordt beëindigd indien er succes is: het gedrag van het kind is genormaliseerd en de opvoedingsvaardigheden zijn effectief veranderd.

In de Verenigde Staten en Australië is inmiddels effectonderzoek uitgevoerd naar PCIT. Thomas, Zimer en Gembeck (2007) hebben de uitkomsten van 9 RCT's en twee quasi-

experimentele studies naar PCIT samengevoegd in een meta-analyse. De auteurs rapporteren grote tot zeer grote effectgroottes (van $d=1.21$ tot $d=1.57$) van PCIT op het probleemgedrag van de kinderen, zoals gerapporteerd door de ouders. Ook blijkt in deze meta-analyse dat de opvoedingsvaardigheden van ouders significant verbeteren, met gemiddelde effectgroottes van $d= 1.60$ voor zelfgerapporteerde verbetering in de opvoedingsvaardigheden van moeders en $d= 1.03$ voor geobserveerd gedrag. De effecten van PCIT zijn dus ook hierop groot tot zeer groot. PCIT is bewezen effectief, luidt de conclusie van Thomas et al. In de meta-analyse van Barlow, Johnson et al (2008) wordt nagegaan in hoeverre PCIT effectief is in het voorkomen van kindermishandeling. In deze meta-analyse van 7 studies zijn de effecten van PCIT gematigd in het voorkomen van kindermishandeling (d varieert tussen 0.30 tot 0.40) .

Inmiddels is PCIT in het Nederlands vertaald. Het programma is door de Databank Effectieve Interventies beoordeeld als theoretisch goed onderbouwd. Momenteel wordt bij De Bascule in samenwerking met de Universiteit van Utrecht een effectiviteitsonderzoek uitgevoerd naar PCIT in Nederland. Naar verwachting zullen de eerste resultaten in 2012 beschikbaar komen.

Incredible Years

Het programma 'Incredible Years', ontwikkeld door Webster-Stratton, is gebaseerd op de sociale leerprincipes (Patterson, 2005) die ten grondslag liggen aan meer programma's zoals Triple P, PMTO en Cognitive behavioral therapy. Incredible Years is een groepstraining voor ouders van kinderen van 2 tot 8 jaar die een oppositioneel-opstandige of antisociale gedragsstoornis hebben of het risico lopen een van deze stoornissen te ontwikkelen. De training heeft als doel de gedragsproblemen bij de kinderen te laten afnemen en hun sociale vaardigheden te verbeteren door de ouders opvoedingsvaardigheden te leren. Ouders leren die vaardigheden in 12 ouderbijeenkomsten die ongeveer 2 uur duren. Als de ouders meer tijd nodig blijken te hebben om zich de vaardigheden eigen te maken, worden sessies toegevoegd.

Incredible Years staat als bewezen effectief te boek. De effectiviteit is in een heel aantal RCT's aangetoond. Incredible Years leidt tot een verbetering van opvoedgedrag bij de ouders (meer positief affect tonen, meer effectieve grenzen stellen), een verbetering in de communicatie in het gezin en een verlaging van de gedragsproblemen bij de kinderen thuis en op school (www.incredibleyears.com). Ook zijn twee meta-analyses uitgevoerd (Barlow et al, 2005; Barlow et al, 2008), waarin studies naar de effectiviteit van het ouderprogramma Cognitive Behavioral Program zijn meegenomen. Een opvallende uitkomst van de meta-analyse uit 2005 was het feit dat de RCT's, waarin effectiviteit gemeten wordt met behulp van observaties sterkere uitkomsten te zien geven dan RCT's waarin men zich baseert op rapportages. Als uitkomstmaat werd gehanteerd de mate waarin het ouderprogramma psychosociale problemen bij jonge kinderen kan voorkomen. Verder concluderen de auteurs dat de effecten van zowel Incredible Years als het Cognitive Behavioral Program na verloop van tijd uitdoven. Op lange termijn worden geen effecten meer gevonden.

In Nederland onderzocht Raaijmakers (2008) de preventieve effectiviteit van Incredible Years voor kleuters die het risico lopen op het ontwikkelen van een gedragsstoornis. 72 Kinderen uit de interventiegroep (waarvan de ouders dus een oudertraining volgden) werden individueel gematched met 72 kinderen uit de controlegroep (waarvan de ouders geen training kregen, maar 'care as usual'). De resultaten werden gemeten met observaties, vragenlijsten en interviews voor, direct na en een jaar na afloop van de training. De resultaten lieten verbeteringen in opvoedingsvaardigheden van de ouders zien, die ook na een jaar bleven bestaan. Ook het geobserveerde kindgedrag verbeterde, ook op langere termijn. De ouders zelf en de leerkrachten van de kinderen namen echter geen verbeteringen in kindgedrag waar. Dit uitblijven van effect kan veroorzaakt zijn door de gehanteerde procedure voor screening van de kinderen. De auteurs concluderen dat het Nederlandse onderzoek naar Incredible Years tot nu toe het veelbelovende karakter van de oudertraining ondersteunt. Momenteel wordt een

Nederlandse versie van Incredible Years (Pittige Jaren) in een RCT onderzocht (<http://www.umcutrecht.nl/>).

PMTO

Parent Management Training Oregon (PMTO) is een therapie voor ouders van kinderen van 4 tot 12 jaar met ernstige externaliserende gedragsproblemen. PMTO is net als Triple P en Incredible Years gebaseerd op leertheoretische principes van Patterson. PMTO onderscheidt zich van andere ouderinterventies door de langdurige, intensieve opleiding van PMTO-therapeuten, de relatief intensieve werkbegeleiding na de opleiding en de strenge kwaliteitsbewaking van de uitvoering.

PMTO is een individuele therapie voor ouders van kinderen van 4 tot 12 jaar, die voldoen aan de diagnostische criteria voor de DSM-IV-diagnoses antisociale gedragsstoornis, oppositioneel-opstandige gedragsstoornis of een combinatie van beide. Daarnaast kan er bijkomend sprake zijn van ADHD. PMTO kan ook ingezet worden naast een medicamenteuze behandeling voor ADHD.

Ouders leren tijdens de training 5 vaardigheden:

- het oplossen van problemen,
- het scheppen van een ‘warm nest’ thuis,
- het monitoren van hun kinderen,
- het disciplineren van de kinderen door straffen en belonen,
- en het oefenen van leeftijdsadequate vaardigheden.

Een kernprincipe van de PMTO-behandeling is dat de ouder de balans moet houden tussen vijf positieve bekrachtigingen tegenover één negatieve. Elke keer wanneer een grens gesteld wordt door de ouder, moeten daar bijvoorbeeld vijf complimenten tegenover staan. Ouders van een kind met gedragsproblemen hebben over het algemeen voornamelijk aandacht voor het probleemgedrag en negeren het positieve, prosociale gedrag van het kind. Door hun aandacht meer te richten op wat er goed gaat, zal het gewenste gedrag toenemen en vervolgens ook het zelfvertrouwen van het kind (Forgatch, Bullock en Patterson, 2004). De training bestaat uit 15 tot 25 wekelijkse sessies van een uur. Tijdens de therapiesessies wordt veel gebruik gemaakt van rollenspelen waarbij de nieuwe vaardigheden geoefend worden. De sessies worden vastgelegd op video en zijn gebaseerd op een handboek. Tussentijds wordt steeds gecontroleerd of het programma wordt uitgevoerd zoals voorgeschreven.

In de Verenigde Staten en Noorwegen is onderzoek gedaan naar de effecten van PMTO bij verschillende doelgroepen ook op de langere termijn. PMTO is niet alleen effectief gebleken bij gezinnen met twee biologische ouders, maar ook bij gescheiden ouders, stiefgezinnen, pleeggezinnen en als methodiek op basisscholen. PMTO blijkt in de VS en Noorwegen de opvoedvaardigheden van ouders te verbeteren en het externaliserend probleemgedrag van kinderen te verlagen, waardoor het risico op delinquent gedrag en middelenmisbruik tijdens de puberteit kleiner wordt. Depressieve klachten van de ouders verminderen alsook contacten van het kind met antisociale vrienden. Binnen pleeggezinnen vergroot PMTO de kans op een succesvolle plaatsing, een belangrijke voorwaarde voor een gunstige sociale en emotionele ontwikkeling van het pleegkind (Fisher, Burraston en Pears, 2005). In Nederland doet de Universiteit Maastricht experimenteel effectonderzoek naar de effectiviteit van PMTO. In de loop van 2012 worden de eerste uitkomsten verwacht.

6.2.4 Wat werkt in preventie?

Onder de titel “*What works in prevention?*” hebben de Amerikaanse auteurs Nation, Crusto, Wandersman, Kumpfer, Seybolt et al. (2003) een review van eerder verschenen reviews (verschenen na 1990) geschreven. Hierin werden 35 meta-studies samengevat die betrekking hadden op de effectiviteit van preventieve interventies op het terrein van middelengebruik, seksueel riskant gedrag, problemen die met school te maken hebben, jeugddelinquentie en

gewelddadig gedrag. Meer dan 740 primaire studies werden op deze manier op een beschrijvende manier samengevat. Vervolgens hebben de auteurs via een nauwkeurige procedure de kenmerken en uitkomsten van alle meta-analyses in kaart gebracht. Via een codeer en selectieprocedure werden 9 generaliseerbare 'principes' of eigenschappen vastgesteld van de interventies die samengaan met effectiviteit.

Een effectief programma...

1. is veelomvattend
2. gebruikt verschillende lesmethodes
3. is gebaseerd op een duidelijke theorie
4. heeft voldoende dosering (zo licht als mogelijk, zo zwaar als nodig)
5. verschaft mogelijkheden voor positieve relaties
6. wordt op het juiste moment aangeboden
7. is relevant met betrekking tot de sociaal-culturele achtergrond van de doelgroep
8. bevat een evaluatie van de uitkomsten
9. maakt gebruik van goed getrainde medewerkers.

De eerste vijf kenmerken hebben duidelijk betrekking op het inhoud en vorm programma zelf, de overige vier hebben meer betrekking op de wijze waarop het programma geïmplementeerd wordt. We bespreken kort de vijf kenmerken van de programma's zelf. Met de term 'veelomvattend' doelen de auteurs zowel op een meervoudigheid van de interventie-methodiek (bijvoorbeeld zowel informatie en advies geven als vaardigheidstraining) als op de meervoudigheid van de setting waarbinnen de interventie wordt aangeboden. Effectieve programma's die in verschillende settings (thuis en school) worden ingezet, zijn in de regel meer effectief dan interventies die slechts in een enkele setting worden aangeboden. Het tweede kenmerk, een variëteit van lesmethodes, sluit aan bij het eerste. Effectieve interventies gebruiken verschillende methodes van 'lesgeven': informatie-overdracht om bewustwording te stimuleren, rollenspellen, versterken van positief gedrag met beloningen.

Wat betreft de juist dosering, betogen de auteurs vooral dat een interventie voldoende intensief moet zijn om tot blijvende effecten te leiden bij de doelgroep. Dat neemt niet weg dat de effecten op de langere termijn (na meer dan een jaar) veelal zeer gering zijn. Volgens de auteurs komt dat omdat die lange termijn effecten vaak niet gemeten worden en omdat effecten na een langere periode toch uitdoven. Dat gegeven zou ondervangen kunnen worden door regelmatig 'booster sessies' te organiseren waarin de aangeleerde vaardigheden nog eens opgefrist worden. Een juiste dosering van een interventie betekent ook weer niet dat langdurige interventies altijd te verkiezen zijn boven programma's met een kortere duur. Een meta-analyse van Bakermans c.s.(2003) heeft aangetoond dat kortdurende interventies juist tot sterkere uitkomsten leiden dan erg langdurige interventies: programma's met minder dan 5 sessies bleken even effectief als programma's met 5 tot 16 sessies, terwijl de effectiviteit van programma's met meer dan 16 sessies significant lager was dan de korter durende programma's. Langdurige programma's zijn blijkaar gevoelig voor uitval en motivatie-verlies bij de doelgroep.

Een effectieve interventie verschaft de deelnemers de mogelijkheid om een positieve relatie aan te gaan met de trainer, of met andere belangrijke personen uit de omgeving van ouders en kinderen. Juist in individuele programma's kunnen positieve relaties goed gedijen tussen ouders, of kind en de trainer omdat er veel individuele aandacht is. Maar toch kunnen ook groepstrainingen bijdragen aan het opbouwen van een relatie met de trainer of met andere ouders. Het is in die groepsprogramma's dan wel van belang dat er voldoende aandacht is voor de individuele ouder of het individuele kind.

Met de keuze van vijf algemene en specifieke kenmerken die met de interventie te maken hebben en vier kenmerken die gerelateerd zijn aan de implementatie ervan, zou op basis van deze megastudie de suggestie ontstaan dat de effectiviteit voor meer dan de helft bepaald

wordt door het programma zelf. De Amerikaanse auteurs doen echter geen uitspraak over deze verhouding. Meer recent wordt wel allerlei schattingen gedaan over wat nu maakt dat een interventie werkt. Een veelgeciteerde studie van Lambert zou uitwijzen dat 40% van de uitkomsten van interventies wordt bepaald door factoren *buiten* de interventie, 30% door algemeen werkzame factoren, 15% door placebo-effecten en slechts 15% door de specifieke methodiek of programma. Van Yperen et al (2010) betogen dat het deze discussie nog lang niet is beslecht. Het is ook de vraag of een betrouwbare schatting is te maken van de percentages. Het lijkt ons wel zinvol om na te gaan in hoeverre de hierboven besproken buitenlandse interventies aan de genoemde negen kenmerken voldoen.

6.2.5 Overige overwegingen met betrekking tot buitenlandse programma's

- ★ Als we deze zes internationale evidence-based programma's overzien, dan valt op dat slechts één programma ondersteuning op het universele niveau aanbiedt: Triple P (niveau 1 en 2). Sure Start en Home Start (en ook het Nederlandse Samen Starten) bevinden zich meer op het selectieve preventieniveau: beide programma's richten zich op een selecte groep van ouders die in een kansarme omgeving wonen of tot een risicogroep behoren. Samen Starten concentreert zich in Nederland meer op signalering en is als zodanig niet een interventieprogramma. De overige drie programma's (Incredible Years, PCIT en PMTO) bevinden zich op geïndiceerd niveau: deze interventies zijn bedoeld voor ouders van kinderen met externaliserende gedragsproblemen. Triple P, dat immers op alle niveaus kan worden ingezet, heeft Triple P niveau 5 als geïndiceerde interventie.
- ★ Vier van de zes besproken buitenlandse programma's zijn gebaseerd op leertheoretische principes van Patterson waarbij ouders worden gestimuleerd het gewenste gedrag bij hun kinderen te versterken middels positieve bekrachtiging. (Incredible Years, PCIT, PMTO en Triple P).
- ★ PCIT en PMTO worden uitsluitend individueel aangeboden, Incredible Years heeft altijd een groepsvorm en Triple P kan zowel in de individuele variant als in de groepsvorm worden aangeboden. De meta-analyse van Thomas et al (2007) liet overtuigend zien dat in de Verenigde Staten de individuele vorm van PCIT grotere effecten oplevert dan de groepsvorm van Triple P. Bevindingen van de meta-analyse van Nowak et al (2008) wijzen dezelfde kant op: de individuele variant van Triple P levert sterkere effecten dan de groepsvariant van Triple P. Een individuele training is in de regel meer intensief en heeft als voordeel dat de trainer of therapeut de training kan aanpassen aan de individuele behoeften van de ouders. Een individuele training heeft in de regel hogere kosten voor de implementatie. PMTO is in vergelijking met de andere ouderinterventies een intensieve interventie. Daarnaast heeft PMTO een zeer uitgebreide opleidingstraject, dat behalve aan de zuivere PMTO-aspecten ook veel aandacht besteedt aan therapeutische vaardigheden als motiveren en timing.
- ★ In hoeverre zijn de 9 kenmerken van effectieve interventies van toepassing op deze interventies? Het programma Triple P, met vijf niveaus, en vele varianten waarbij het programma aangepast wordt aan diverse groepen, voldoet aan alle 9 kenmerken. Sure Start en Home Start ontberen in ieder geval duidelijke metingen van de uitkomst van de interventie en ook lijkt de theoretische basis van Sure Start erg breed omschreven. PMTO, PCIT en Incredible Years zijn meer specifieke programma's gericht op het verminderen van externaliserend probleemgedrag. Dit brengt met zich mee dat deze programma's minder veelomvattend zijn, ze vinden in de regel plaats in een setting, maar gebruiken wel verschillende lesmethodieken. Incredible Years biedt als groepsprogramma iets minder mogelijkheden voor het ontwikkelen van een positieve relatie.
- ★ Alles bij elkaar genomen springt het programma Triple P eruit. Alles wat de overige vijf programma's aanbieden, biedt Triple P ook aan. Afgezien van de grotere effecten van de individuele begeleiding van PCIT in vergelijking met de groepsvariant van Triple P (meta), is de unieke bijdrage van PCIT of PMTO in vergelijking met Triple P nog niet aangetoond. Aan de andere kant zijn er veel positieve punten van Triple P te benoemen:

- Triple P combineert een public health benadering gericht op alle ouders met gerichte interventies voor ouders en kinderen met specifieke moeilijkheden, hetgeen een goede doorstroming van ouders naar hulp op maat mogelijk maakt.
- Triple P bevordert door de indeling in 5 niveaus dat professionals werken vanuit een gezamenlijke pedagogische visie en verantwoordelijkheid hetgeen een integrale en sluitende aanpak mogelijk maakt.
- Triple P gaat uit van een multidisciplinaire benadering waarbij professionals zoals jeugdverpleegkundigen, jeugdartsen, leerkrachten, maatschappelijk werkers, pedagogen en psychologen betrokken kunnen zijn bij de uitvoering van Triple P interventies.
- Triple P biedt keuzemogelijkheden voor ouders met kinderen in verschillende leeftijden en bij veel voorkomende problemen in de ontwikkeling van kinderen. De ondersteuning kan zowel schriftelijk als mondeling en ook individueel en groepsgewijs worden aangeboden. Triple P wil op deze manier aansluiten bij verschillende vragen en behoeften van ouders en kan qua intensiteit variëren.
- Triple P richt zich op beïnvloeding van een belangrijke risico- en beschermende factor in de ontwikkeling van kinderen, te weten opvoedingscompetentie van ouders en gezinsmanagement.
- Triple P stimuleert uitvoerders het principe van zelfregulatie, dat als een rode draad door Triple P loopt, goed toe te passen in hun ondersteuning aan ouders.
- Triple P is op alle vijf afzonderlijke niveaus bewezen effectief in Australië.

6.2.6 Effectiviteit van interventies voor opvoedingsondersteuning in Nederland

Interventies kunnen worden ingezet om (risico's op) opvoedingsproblemen op te lossen of te reduceren. Interventies behoren tot het maatwerkdeel van het basistakenpakket JGZ met uitzondering van voorlichting, advies, instructie en (kortdurende) begeleiding. Interventies worden niet uniform aangeboden aan alle kinderen in Nederland. Het aanbod van de interventies is afhankelijk van de lokale situatie. Iedere gemeente moet dit zorgaanbod immers afstemmen op de zorgbehoeften van de groepen kinderen en op de gezondheidssituatie van de jeugd in de eigen gemeentelijke regio (Ministerie van VWS, 2002).

Het Nederlands Jeugdinstituut heeft een databank opgezet waarin effectieve jeugdinterventies worden beschreven die in Nederland ingezet kunnen worden (www.jeugdinterventies.nl). Het gaat hierbij om een brede groep van jeugdinterventies die ingezet kunnen worden binnen de jeugdgezondheidszorg (preventie en gezondheidsbevordering) en binnen de jeugdzorg, onderwijs gerelateerde interventies en interventies ten behoeve van het jeugd welzijn. Een interventie komt in aanmerking voor opname in de databank als de interventie in theorie effectief is, dat wil zeggen: de interventie is goed beschreven en de interventie is theoretisch goed onderbouwd. Een onafhankelijke commissie doet op basis van Nederlands onderzoek een uitspraak over de effectiviteit van een interventie en publiceert dit op de website van het Nederlands Jeugdinstituut. Hierbij wordt een driedeling gehanteerd die loopt van niveau 1 "theoretisch goed onderbouwd" (voorheen "veelbelovend"), niveau 2 'waarschijnlijk effectief' tot niveau 3 'bewezen effectief'. Hieronder wordt in tabel 6 de omschrijving van de effectladder van de databank weergegeven.

Op basis van de Databank Effectieve Interventies hebben we een actueel overzicht samengesteld van de programma's en interventies voor opvoedingsondersteuning, die momenteel uitgevoerd worden binnen de jeugdgezondheidszorg, steeds vaker als onderdeel van het CJG. Het kan ook zijn dat de jeugdgezondheidszorg de toeleiding naar deze programma's verzorgt. De interventies en programma's worden ingezet op verschillende niveaus binnen de jeugdgezondheidszorg: het universele basisaanbod voor iedereen, selectieve programma's die bestemd zijn voor groepen met risicofactoren, en tenslotte ook het aanbod dat bedoeld is voor ouders en kinderen op indicatie. Bij die laatste groep interventies en programma's hebben we als selectie criterium gehanteerd dat het aanbod via de JGZ

ingezet wordt. Programma's en interventies die uitsluitend in de jeugdzorg of justitiële instellingen worden ingezet hebben we achterwege gelaten. Ook onderwijsgerelateerde programma's die gericht zijn op cognitieve ontwikkelingsstimulering, waarbij ouders niet direct betrokken worden, hebben we in dit overzicht achterwege gelaten.

Tabel 6. Omschrijving van de effectladder zoals gebruikt in de Databank Effectieve Interventies (www.jeugdinterventies.nl)

Niveau I: Theoretisch goed onderbouwd

Criteria voor onderbouwing

- Er is een analyse van het probleem waarvan gegevens over - onder andere- aard, ernst, omvang en spreiding deel uitmaken en waarin de factoren zijn meegenomen die met het probleem samenhangen.
- Er is een theoretische onderbouwing waarin het probleem, de doelgroep, het doel en de aanpak (de werkzame factoren) in een samenhangend betoog zijn vervat.
- Doelgroep, doelen en werkwijze sluiten bij elkaar aan.

Criteria voor degelijkheid van de methodiek

- De doelgroep is gedetailleerd in kaart gebracht, inclusief kenmerken als cultuur, probleembeleving, motivatie, mogelijkheden en bereikbaarheid
- Er zijn gegevens over indicatie en contra-indicatie.
- Er zijn expliciete doelen geformuleerd, zo nodig onderscheiden in voorwaardelijke doelen en einddoelen.
- De werkwijze is zo volledig mogelijk beschreven op het niveau van concrete activiteiten.
- Volgorde, frequentie, intensiteit, duur en timing van contacten en activiteiten zijn gegeven.
- De benodigde materialen en hun verkrijgbaarheid zijn duidelijk beschreven.
- De ontwikkelaar, eigenaar of uitvoerende organisatie wordt genoemd.

Criteria voor toepasbaarheid in de praktijk

- De interventie is overdraagbaar (zoals blijkt uit, bijvoorbeeld, materialen voor overdracht).
- De uitvoerende organisatie heeft een HKZ-registratie. (Dit criterium gaat pas in een later stadium gelden, omdat veel organisaties nog druk doende zijn om de HKZ-registratie te behalen.)

Niveau II: Waarschijnlijk effectief

- Er zijn onderzoeken die voorlopige aanwijzingen geven voor effectiviteit.
- Het onderzoek heeft ten minste een matige bewijskracht.
- Wanneer er verschillende onderzoeken zijn die uiteenlopende effecten van de interventie laten zien, dan weegt de commissie de gecombineerde resultaten.

Niveau III: Bewezen effectief

- Er zijn onderzoeken die voorlopige aanwijzingen geven voor effectiviteit.
- Het onderzoek heeft ten minste een sterke bewijskracht.
- Wanneer er verschillende onderzoeken zijn die uiteenlopende effecten van de interventie laten zien, dan weegt de commissie de gecombineerde resultaten.

Hierboven beschrijven we de verschillende interventies, gerangschikt naar het niveau van effectiviteit. Hierbij moet opgemerkt worden dat de criteria voor effectiviteit recent aangescherpt zijn: in maart 2009 zijn de criteria voor niveau 2 (waarschijnlijk effectief) en 3 (bewezen effectief) opnieuw geformuleerd. Dit maakt een herbeoordeling noodzakelijk van alle interventies die reeds in de databank zijn opgenomen en dus minstens aan niveau 1 (theoretisch goed onderbouwd). Zolang deze hernieuwde beoordelingen nog niet gedaan zijn, hebben alle interventies het predicaat 'theoretisch goed onderbouwd' gekregen. Veel interventies die in eerdere instantie als 'effectief' of 'deels effectief' zijn beoordeeld hebben om deze reden nu het predicaat 'theoretisch goed onderbouwd'.

Naast een rangschikking naar het niveau van kwaliteit, hebben we de interventies (voor zover dat mogelijk was) ook ingedeeld naar doel(groep). Het totale aanbod aan interventies en programma's dat er is voor opvoedingsondersteuning, preventie, gezondheidsbevordering en jeugd welzijn hebben we gerangschikt naar de volgende vier categorieën:

- 1) Universele interventies of programma's bestemd voor iedereen;
- 2) Selectieve (of geïndiceerde) interventies of programma's, op basis van problemen in het kind zelf;
- 3) Selectieve interventies of programma's, op basis van problemen bij de ouders of het gezin;
- 4) Selectieve interventies gericht op ontwikkelingsstimulering en VVE waarbij ouders actief ingezet worden.

6.2.7 Bewezen effectieve interventies voor opvoedingsondersteuning

Een interventie krijgt het stempel 'bewezen effectief' als uit voldoende onderzoek met sterke of zeer sterke bewijskracht blijkt dat bepaalde doelen er in de praktijk beter mee worden bereikt dan met andere interventies of met niets doen. Twee jeugdinterventies zijn in de databank van het Nederlands Jeugdinstituut beoordeeld als 'bewezen effectief', maar slechts één heeft betrekking op opvoedingsondersteuning: de zogenaamde **VIPP-SD** (Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline), ontwikkeld door de Universiteit Leiden Centrum voor Gezinsstudies (Van Zeijl, Mesman, Van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, Juffer, Stolk, Alink, & Koot, 2006). De interventie is zowel in Nederlandse als internationale RCT's getoetst op effectiviteit. In al deze studies werden de gezinnen aselect toegewezen aan de interventie- en controlegroep en werd na minimaal zes maanden een vervolgmeting gedaan. Het gaat hierbij dus om een selectieve interventie, waarbij geselecteerd wordt op basis van probleemgedrag van het kind. De VIPP-SD is een kortdurende gedragsinterventie voor ouders met kinderen in de leeftijd van 1 tot en met drie jaar die een verhoogd risico lopen op externaliserende gedragsproblemen. Het programma wil externaliserende gedragsproblemen voorkomen of verminderen door opvoedingsvaardigheden van ouders te versterken, met aandacht voor positieve interactie en sensitieve disciplineringsstrategieën. Dit gebeurt in zes huisbezoeken door middel van positieve feedback op video-opnamen van interacties tussen ouder en kind.

6.2.8 Waarschijnlijk effectieve interventies in Nederland

Een interventie is waarschijnlijk effectief als uit onderzoek met beperkte bewijskracht blijkt dat bepaalde doelen er in de praktijk beter mee worden bereikt dan met andere interventies of met niets doen. Twee interventies worden momenteel binnen de JGZ en CJG's aangeboden die als 'waarschijnlijk' effectief te boek staan: *De Ouder-Baby interventie* (Van Doesum, 2005) en de *Droog Bed Training*.

De **Ouder--Baby interventie** is een geïndiceerde, preventieve interventie, gericht op depressieve moeders met een jong kind (tot en met 12 maanden). Doel van de Ouder-Baby interventie is het stapsgewijs verbeteren van de kwaliteit van de interactie tussen depressieve moeders en hun baby. Gemiddeld beslaat de interventie 8 tot 10 huisbezoeken van 1 à 1½ uur. Het aantal bezoeken en de gebruikte methodieken kunnen variëren, afgestemd op de mogelijkheden en behoeften van moeder en kind. Het gebruik van technieken uit de videohometraining is l de basismethode van de interventie. Naast video-interactiebegeleiding wordt gebruik gemaakt van cognitieve herstructurering: depressieve moeders denken vaak negatief over zichzelf als moeder maar ook over hun kind. Er wordt uitleg gegeven dat deze gedachten de depressieve gevoelens in stand houden en soms zelfs versterken. Met behulp van technieken uit de cognitieve therapie wordt geprobeerd de negatieve gedachten te herstructureren en om te zetten in een meer positieve manier van denken. Verder geeft de preventiewerker praktische opvoedingsondersteuning middels adviezen hoe om te gaan met baby's die veel huilen, slaap- of eetproblemen hebben en wordt babymassage ingezet. Drie maanden na de huisbezoeken wordt de interventie in de regel afgesloten.

Er is inmiddels een RCT in Nederland uitgevoerd naar de Ouder--Baby Interventie (Van Doesum, Riksen-Walraven, Hosman & Hoefnagels, 2008) met een meting vóór de interventie, een meting binnen twee weken na de interventie en een meting een half jaar na de interventie.

Alle drie de metingen vonden in de thuissituatie plaats. Onderzocht is of de moeder-baby interventie bij depressieve moeders en baby's tot en met 12 maanden een postief effect heeft op de moeder-kind interactie, de mate van gehechtheid en het sociaal-emotioneel functioneren van het kind. In de groep moeders (n=35) verbeterde de sensitiviteit, betrokkenheid en responsiviteit. Bij deze groep waren de baby's veilig gehecht en sociaal-emotioneel competent, met de aantekening dat deze twee factoren niet betrouwbaar gemeten kunnen worden voor het eerste jaar. De interventie heeft niet bijgedragen tot het verminderen van de depressie van de moeders, en evenmin tot een verandering in de regulatie van het kind (slaap- en eetproblemen) en internaliserend en externaliserend gedrag.

De **DroogBedTraining** is een methode voor kinderen vanaf 7 jaar die nog steeds 's nachts in bed plassen. De jeugdverpleegkundige leert ouders en kinderen de training thuis toe te passen. Het doel van de training is dat kinderen leren op te wc te plassen 's nachts. De behandeling is tijdens één nacht behoorlijk intensief, zowel voor de ouders als voor het kind. In de daarop volgende weken kan de tijdsinvestering soms ook een uur per dag tijd vragen. Vanwege het snelle resultaat duurt de behandeling relatief kort. De *DroogBedTraining* bestaat uit 3 stappen: Stap 1: intensieve training gedurende 1 nacht: het kind om het uur wakker maken, zelfstandig naar de wc laten gaan en blaastraining toepassen (stimuleren de plas op de houden om de blaascapaciteit te vergroten); Stap 2: vervolgentraining, onder andere bestaande uit wekkertherapie, positieve en verschoningsoefeningen; deze training begint de 2de nacht en duurt tot het kind 14 dagen achter elkaar droog is; Stap 3: wanneer het kind droog is, krijgt het instructie met betrekking tot wat gedaan moet worden bij ongelukjes. Bij de methode wordt gebruik gemaakt van:

- een wekapparaat: dit waarschuwt door middel van een bel als het kind begint te plassen;
- positieve oefeningen om de gewoonte van 'uit bed gaan en naar de wc gaan' te leren;
- 'motivators': beloningen die gegeven worden als het kind gewenst gedrag vertoont;
- verschoningsoefeningen: het kind merkt hierdoor zelf dat bedden verschonon vervelend is.

In een studie van HiraSing en Reus (1991) en hun vervolgstudie (1994) bleken 31 van de 36 kinderen droog, de helft binnen een maand en 81% binnen twee maanden. Een gedeelte vertoonde nog wel een ongelukje of had een terugval, maar na 6 maanden was 75% droog. Op de langere termijn (4 tot 6 jaar na de training) was 83% droog en de rest had een sterke vermindering in het bedplassen. HiraSing en Bolk-Bennink (1996) vonden bij een iets grotere onderzoeksgroep (91) kinderen ongeveer hetzelfde succespercentage (80%) na gemiddeld 7 weken, waarbij opviel dat meisjes sneller reageerden dan jongens (meer dan 2 weken gemiddeld verschil). 23% had een terugval maar de helft daarvan was na 6 maanden ook droog. Bij dezelfde onderzoeksgroep zijn met de CBCL ook de gedrags- en emotionele problemen onderzocht (HiraSing, van Leerdam, Bolk-Bennink & Koot, 2002). De kinderen hadden bij het begin van de DBT significant meer gedragsproblemen dan de normgroep, maar na 6 maanden was dat beduidend afgenomen. De training is in een internationaal review beoordeeld: Glazener, Evans en Petro (2004) concluderen dat de training met wekalarm beter waren dan geen behandeling, maar ze vonden onvoldoende bewijs van de effectiviteit van de interventies zonder alarm. DBT kan wel het effect van een plaswekker verhogen.

6.2.9 Interventies voor opvoedingsondersteuning die theoretisch goed zijn onderbouwd

Een interventie is theoretisch goed onderbouwd als deze op zijn minst goed beschreven is en als aannemelijk is gemaakt dat met die interventie het gestelde doel van opvoedingsondersteuning kan worden bereikt. De interventies bedoeld voor jeugdzorg en justitiële instellingen zijn uit dit overzicht weggelaten. Ook programma voor intensieve pedagogische thuishulp (jeugdzorg) zijn weggelaten. In totaal zijn 55 programma's en interventies voor opvoedingsondersteuning in de databank van het Nederlands Jeugdinstituut beschreven, die inmiddels zijn beoordeeld als theoretische goed onderbouwd. Hieronder bespreken we in het kort de interventies per categorie.

6.2.9.1 Goed onderbouwde interventies voor universele opvoedingsondersteuning

In totaal vonden we 10 programma's voor universele opvoedingsondersteuning die theoretisch goed zijn onderbouwd. Hieronder een korte opsomming van de goed onderbouwde interventies op het universele niveau.

1. **Triple P** (niveau 1 en 2) Triple P staat voor Positief Pedagogisch Programma, een van origine Australisch programma voor opvoedingsondersteuning aan ouders met kinderen in de leeftijd van 0-16 jaar. Niveau 1 van Triple P heeft betrekking op massamediale voorlichting over veel voorkomende opvoedingsvragen en ontwikkelingsaspecten. Bedoeld voor ouders met kinderen van 0-16 jaar die geïnteresseerd zijn in informatie over de opvoeding en het stimuleren van de ontwikkeling van kinderen. Triple P niveau 2 heeft betrekking op gerichte informatie, of individueel advies bij veel voorkomende, opvoedingsvragen. In het buitenland is Triple P inmiddels bewezen effectief, er is geen effectonderzoek naar Triple P niveau 1 en 2 in Nederland.

2. **Opvoeden & zo** Opvoeden & Zo is de vernieuwde versie van Opvoeden: zó! (verder). Opvoeden & Zo is een oudercursus gericht op het vergroten van de opvoedingscompetentie van ouders met een kind in de basisschoolleeftijd. Blom e.a. (1995): Ouders zijn consistent in het opvoeden, geven meer positieve aandacht, schelden minder, slaan minder. Maar de studie zegt weinig over de effectiviteit, omdat deze is uitgevoerd bij een doelgroep met een hogere opleiding dan bedoeld. De cursus heeft wel meer effect bij ouders met een lage sociaal-economische status dan bij ouders met een hoge sociaal-economische status (Most van Spijk & Hopstraten, 1998). Ouders hebben meer zelfvertrouwen, letten meer op positieve zaken bij hun kinderen en slaan minder.

3. **Stap voor Stap** 'Stap-voor-stap' is een methodisch stappenplan voor licht pedagogische hulp om ouders met kinderen tussen de 0 en 4 jaar door middel van een probleemoplossend gesprek te begeleiden bij opvoedingsvragen. De methode is bedoeld voor beroepsgroepen die in hun dagelijks werk met deze ouders te maken hebben. Het doel is om de problematiek van de ouders helder te krijgen. Stap voor stap is goed uitgewerkt en goed repliceerbaar. Er is nog geen effect-onderzoek uitgevoerd.

4. **Beter Omgaan met Pubers** Het betreft hier een opvoedingscursus voor laagopgeleide ouders van pubers in de leeftijd van 12 tot 18 jaar. Doel is te voorkomen dat problemen met de pubers escaleren en hulpverlening nodig is.

5. **Peuter in Zicht!** Peuter in Zicht is een goed uitgewerkte, goed repliceerbare oudercursus voor ouders van peuters, bestaande uit vier tot zeven bijeenkomsten. De cursus is bestemd voor gezinnen in gewone opvoedingssituaties of met (dreigende) opvoedproblemen. Er is geen effectonderzoek uitgevoerd naar Peuter in Zicht! Er is wel evaluatieonderzoek verricht waarin onderzocht is wat ouders leren van de cursus.

6. **Drukke kinderen** Deze interventie is een cursus voor ouders van kinderen van 4 tot 12 jaar die opvoedingsproblemen hebben door het drukke gedrag van hun kind. Doel van de cursus is voorkomen van verergering van de problemen door de ouders inzicht te bieden in het drukke gedrag van hun kind en door hen vaardigheden te leren om ermee om te gaan. Het programma is indertijd ontwikkeld door NIZW, Nji is momenteel eigenaar. Er zijn geen Nederlands studies beschikbaar naar de effectiviteit van de interventie, noch effectstudies naar buitenlandse versies. Er zijn wel enkele studies die steun geven aan de theoretische onderbouwing van de interventie .

7. **Gordon-cursus "Effectief omgaan met kinderen"** De Gordon-cursus 'Effectief omgaan met kinderen' is een preventieve oudercursus voor ouders en opvoeders van kinderen

tussen 1 en 18 jaar met als doel de benodigde, specifieke communicatievaardigheden voor de opvoeding van hun kind te verwerven. Er is een Nederlandse meta-analyse gedaan van Nederlands en buitenlands onderzoek - waarvan 2 randomized controlled trials en 8 studies met experimentele en controle groepen zonder randomisatie (Klein Poelhuis, Van IJendoorn & Juffer, 2000), die positieve invloeden laat zien op de houding van de ouders en beperkte effecten op het opvoedingsgedrag van de ouder en het gedrag van het kind.

8. Kortdurende Video-Hometraining (K-VHT) in gezinnen met jonge kinderen K-VHT is een gedragsinterventie voor ouders met kinderen in de leeftijd van 0 tot 4 jaar (Eliëns, 2008). Het programma wil een gezonde (sociaal-emotionele) ontwikkeling van kinderen bevorderen en gedrags- en ontwikkelingsproblemen voorkomen of verminderen door opvoedingsvaardigheden van ouders te versterken en de ouder-kind relatie te verbeteren. Dit gebeurt in maximaal acht huisbezoeken (4 keer opname, 4 keer terugkijken) van een geschoolde jeugdverpleegkundige, maatschappelijk werker of pedagoog door middel van feedback op video-opnamen van interacties tussen ouder en kind en het verstrekken van (specifieke) informatie over opvoeding(sproblemen). Momenteel loopt een RCT bij TNO naar de effectiviteit van K-VHT in de JGZ bij gezinnen die zich veel zorgen maken over het huilen. De interventie kent ook toepassingen voor onder meer gezinnen met kinderen in de basisschoolleeftijd (van der Veen en Prinsen, 2010).

9. Moeders informeren Moeders (MIM) MIM is een programma voor voorlichting en opvoedingsondersteuning van moeders met een eerste kind tussen 0 en 18 maanden. Het programma sluit aan bij de zorg die het consultatiebureau biedt en wordt door getrainde vrijwilligers aangeboden. De bedoeling is het zelfvertrouwen, de zelfredzaamheid en het zelfzorgvermogen van de moeders te vergroten en hun sociale netwerk versterken tijdens huisbezoeken. Uit evaluatie onderzoek (Molloy, 2002) blijkt dat het zelfvertrouwen van moeders toeneemt, alsook hun ervaren opvoedingscompetentie.

10. Veiligheidsinformatiekaarten Gecombineerde schriftelijke voorlichting met veiligheidskaarten en mondelinge voorlichting van de jeugdverpleegkundige van ouders van jonge kinderen ter vergroting van de veiligheid van kinderen van 0-4 jaar, meer in het bijzonder van veiligheidsbewust gedrag: voldoende toezicht, een veilige omgeving en aandacht voor veiligheid in de opvoeding. Er is één Nederlandse studie in de praktijk (Beirens, Beeck van, Dekker, Juttman, Brug, & Raat, 2005), waarvan de resultaten een voorzichtige aanwijzing geven van de hypothese dat de interventie van Veiligheidsinformatiekaarten in combinatie met mondelinge toelichting op het consultatiebureau een positief effect kunnen hebben op veiligheidsbevorderend gedrag onder ouders van kinderen van 11-18 maanden. Omdat er geen voormeting is gedaan blijven er twijfels waaraan de effecten moeten worden toegeschreven.

6.2.9.22 Goed onderbouwde interventies voor selectieve interventies bij problemen van de ouder of het gezin (16 programma's).

1. Triple P (niveau 3 en 4)

Triple P Niveau 3 heeft betrekking op de basiszorg van het programma. Het gaat hierbij om kortdurende individuele consultatie (1-4 sessies van 30 minuten) gericht op het versterken van opvoedingsvaardigheden. Bedoeld voor ouders met beginnende opvoedingsproblemen of zorgen over de ontwikkeling van hun kind. Triple P niveau 3 wordt uitgevoerd door JGZ-medewerkers, pedagogen opvoedbureau en (school)maatschappelijk werkers.

Triple P Niveau 4 heeft drie varianten wat betreft de uitvoering: in de standaardversie worden 8 a 10 individuele sessies aangeboden, er is een groepsvariant met 8 sessies en een zelfhulp programma. Triple P niveau 4 is bedoeld voor ouders van kinderen met ernstige gedragsproblemen die een gerichte training in opvoedingsvaardigheden nodig hebben. Uitgevoerd door professionals in de geïndiceerde jeugdzorg of jeugd-ggz.

2. Stevig Ouderschap (voorheen OKé - Ouder- en Kindzorg extra) Stevig Ouderschap is een programma dat bestaat uit zes preventieve huisbezoeken, die worden afgelegd door een jeugdverpleegkundige in gezinnen met een pasgeboren kind gedurende de eerste 18 maanden. Het programma is bedoeld voor gezinnen met een verhoogd risico op opvoedingsproblematiek. De doelgroep wordt geselecteerd met behulp van een korte vragenlijst die vlak na de geboorte aan alle ouders uitgereikt wordt. Indien ouders voldoen aan een van te voren vastgesteld risico profiel, dan komen ze in aanmerking voor de huisbezoeken en worden ze gemotiveerd van om deel te nemen.

De effectiviteit van de interventie is onderzocht in een RCT (Bouwmeester-Landweer, 2006) Ouders die aan het vastgestelde risicoprofiel werden benaderd voor een baseline-meting. Nadat ouders deze ingevuld retourneerden, met een consentformulier, vond randomisatie plaats over interventie- en controlegroep. De controlegroep ontving alleen de reguliere zorg vanuit het consultatiebureau. Ouders rapporteerden dat ze significant minder gebruik van diverse medische zorg en significant meer gebruik van diverse psychische zorg in de interventiegroep, hetgeen hoop biedt op bestending van de effecten. De onderzoeker concludeert dat de interventie bescheiden effecten sorteert welke passend zijn bij het onderzoeksformat. Momenteel voert TNO samen met mw. Bouwmeester een studie waarin wordt nagegaan in hoeverre Stevig Ouderschap tegelijk met Samen Starten te implementeren. Uitkomsten worden in 2013 verwacht.

3. Home-Start Home-Start is een preventieprogramma waarbij getrainde vrijwilligers ouders met tenminste één kind van zes jaar of jonger ondersteuning biedt in de thuissituatie om te voorkomen dat alledaagse problemen uitgroeien tot ernstige en langdurige problemen. De effectiviteit van Home Start wordt tegelijk met Triple P niveau 4 getoetst in een RCT door de Universiteit van Amsterdam.

4. Armoede en gezondheid van kinderen 'Armoede en gezondheid van kinderen' tracht de gezondheidsbedreiging van kinderen ten gevolge van armoede tegen te gaan. De interventie richt zich op kinderen uit de groepen 2 en 7 van het basisonderwijs en bestaat uit een aantal stappen, namelijk een periodiek gezondheidsonderzoek, een vervolcontact met het A-team en tot slot het al dan niet verstrekken van een vergoeding.

5. KopOpOuders Online. KopOpOuders is een online cursus voor ouders en partners van ouders met psychische en/of verslavingsproblemen met minimaal één kind in de leeftijd van 1-18 jaar. De cursus is gericht op het bevorderen van het psychosociaal welbevinden van de kinderen door vergroting van de opvoedcompetentie van de ouders. De cursus bestaat uit 8 wekelijkse bijeenkomsten van anderhalf uur in een gesloten chatbox. Zes weken na de afronding volgt een terugkombijeenkomst.

6. Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP. Het gaat hier om een kortdurende interventie, bestemd voor gezinnen met een kind van 9 tot 14 jaar waarin een of beide ouders een psychiatrische stoornis heeft. Doel is te voorkomen dat kinderen zelf problemen ontwikkelen. Dit wordt bereikt door het stimuleren van de communicatie binnen het gezin en het versterken van de veerkracht van de kinderen. Er is op dit moment geen Nederlands onderzoek aan naar de effectiviteit van de interventie, wel buitenlands onderzoek met een aselect samengestelde experimentele en controlegroep en een follow-up, anderhalf jaar na afloop van de interventie

7. Homeparty is een laagdrempelige interventie voor moeilijk bereikbare ouders om hen te ondersteunen in de opvoeding, met als doel bij te dragen aan het voorkomen of verminderen van middelengebruik, met name alcoholgebruik,. De Homeparty heeft de vorm van een huiskamerbijeenkomst waar een preventiewerker voorlichting geeft over alcohol en drugs,

afgestemd op de vragen en behoeften van de aanwezige ouders.

8. Jes! Het Zwolsche Brugproject “JES! Het Zwolsche Brugproject” is een preventieve cursus voor kinderen van 8 tot 12 jaar en hun ouders, rondom de periode van echtscheiding. Het project heeft als doel nadelige effecten van een scheiding op kinderen te voorkomen en/of te verminderen en doet dat met een cursus van zes bijeenkomsten voor kinderen en drie bijeenkomsten voor hun ouders.

9. Jeugdhulp Thuis Jeugdhulp Thuis is een vorm van intensieve pedagogische thuishulp voor gezinnen met kinderen van 0 tot 18 jaar die ernstige en complexe problemen hebben, waaronder opvoedingsproblemen. Doel van de hulp is een aanvaardbare opvoedingssituatie in het gezin te scheppen. De hulpverlener werkt intensief met het gezin samen en probeert vooral de sociale steun rond het gezin te versterken.

10. KIES – kinderen in echtscheidingsituaties Kinderen in Echtscheiding Situatie (KIES) is een spel- praatgroep voor kinderen van gescheiden ouders. Onder leiding van een KIES-coach wordt in 8 bijeenkomsten gewerkt aan de verwerking van de echtscheiding van de ouders. Voor ouders is er een informatiebijeenkomst en voor leerkrachten mogelijkheid voor deskundigheidsbevordering. Een beperkt onderzoek naar de effecten van KIES (geen veranderingen of (quasi)experimenteel onderzoek) heeft uitgewezen dat kinderen die het programma hebben gevolgd de scheiding beter begrijpen, zich iets beter voelen en minder last hebben van depressieve gevoelens dan kinderen die op de wachtlijst staan. De verschillen kunnen echter niet significant worden genoemd. Momenteel wordt er vervolgonderzoek naar de effecten van KIES uitgevoerd door de Universiteit van Utrecht.

11. Bemoeizorg in de jeugdgezondheidszorg. Bemoeizorg in de jeugdgezondheidszorg is een vorm van ongevraagde zorg bij (ouders van) kinderen/jongeren van 0-19 jaar. Deze wordt ingezet op grond van een gesignaleerde bedreiging van de gezondheid van de jeugdige en waarbij doorgaans meer dan drie contacten nodig zijn om de ouders tot hulpverlening te motiveren. Het doel is gedeelde zorg met de ouders te bereiken (zij (h)erkennen dat er een probleem is voor de gezondheid van het kind) zonder dat gedwongen hulpverlening nodig is. Er zijn geen effectstudies voorhanden. Wel zijn enkele studies uitgevoerd ter evaluatie van de uitvoering van de interventie Bemoeizorg in de JGZ 0-19 jarigen. Deze evaluaties geven inzicht in wijze van uitvoering, problematiek en bereik van cliënten en resultaten in de zin van aantallen cliënten bij wie gedeelde zorg is bereikt en zorg in gang is gezet c.q. verwijzingen zijn gedaan.

12. Voorzorg. Voorzorg is een preventieve interventie, gericht op hoogrisico-moeders, waarmee kindermishandeling of -verwaarlozing voorkomen moet worden. Tijdens het programma, dat begint circa 5 maanden voor de geboorte en doorloopt tot het kind 24 maanden is, worden middels huisbezoeken risicofactoren systematisch aangepakt. Voorzorg is gebaseerd op het effectief gebleken Amerikaanse Nurse Family Partnership. Naar de gedegen onderbouwde en goed repliceerbare interventie, die vanaf 2006 in ontwikkeling is in Nederland, is een effectstudie gaande in de Nederlandse context. Er zijn eerste aanwijzingen voor het effect van VoorZorg in de Nederlandse situatie (Mejdoubi, 2011). Het programma is gebaseerd op het Amerikaanse Nurse Family Partnership. Van NFP zijn significante effecten aangetoond in drie gerandomiseerde studies. De belangrijkste daarvan met betrekking tot kindermishandeling is een afname van kindermishandeling en verwaarlozing tijdens de eerste twee levensjaren (van 19% naar 4%). Verder zijn er positieve lange-termijn-effecten op diverse andere ontwikkelingsgebieden. Een daarvan is 50% tot 60% minder antisociaal gedrag op 15-jarige leeftijd (Olds, 2001). Er zijn twee meta-analyses, waaruit blijkt dat NFP in vergelijking met andere home visitation-programma's veel effect heeft. De WHO beveelt het programma aan als bewezen effectief.

13. **Families First.** Families First is intensieve crisishulp aan gezinnen met als doel om het gezin bij elkaar te houden en uithuisplaatsing van één of meer kinderen te voorkomen. De veiligheid van de kinderen staat voorop. De hulp duurt vier tot zes weken, sluit aan bij de behoeften van het gezin en is gericht op het vergroten van de competentie van gezinsleden door middel van het versterken van datgene wat goed gaat en het aanleren van nieuwe vaardigheden. Uit veranderingsonderzoek naar de effectiviteit van Families First blijkt dat risicokinderen in meerderheid bij beëindiging van de hulp nog thuis wonen, ook na een follow-up van 3, 6 en 12 maanden. Er zijn positieve effecten gemeten op het functioneren van kinderen en gezinnen en op de ervaren opvoedingsbelasting van moeders. Amerikaans onderzoek naar de Amerikaanse versie van Families First (Home Building) en Nederlands onderzoek naar Families First voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen en hun gezinnen laten eveneens positieve effecten zien op het voorkomen van uithuisplaatsing.

14. **Gezin Centraal (GC).** Gezin Centraal is een vraaggericht en gezinsgericht programma voor gezinnen met kinderen van 6 tot 14 jaar. Van meet af aan is de hulp gericht op de oplossing van de problematiek door zelfsturing of empowerment van het gezin, waarbij een gezinsbegeleider met de cliënt de hulpvraag en einddoelen bepaalt en een daarop aansluitend hulpverleningsarrangement samenstelt. Dat kan bestaan uit een combinatie van ambulante, residentiële- en daghulpverlening. Er zijn aanwijzingen voor de werkzaamheid van de interventie op basis van zeer beperkt evaluatie-onderzoek. Er is (nog) geen effect aangetoond.

15. **Beter met Thuis.** Beter met Thuis is een intensief gezinsgericht programma voor kinderen van 6 tot 15 jaar en hun gezinnen. Er is sprake van zodanig complexe problematiek bij de jeugdigen en hun ouders, dat de jeugdigen in het geval dat er geen Beter met Thuis zou zijn, uit huis geplaatst zouden worden. BmT is gericht op het behandelen van de problemen van de jeugdigen, het ontlasten van ouders en kind, het vergroten van de opvoedingscompetentie van de ouders, het bevorderen van de communicatie binnen het gezin en het optimaal benutten van het sociale netwerk van het gezin.

16. **Wijkgerichte Intensieve Gezinsbegeleiding (WIG).** Wijkgerichte Intensieve Gezinsbegeleiding (WIG) biedt gedurende ongeveer één jaar intensieve ambulante hulpverlening in de thuissituatie aan gezinnen met minstens één kind onder de 12 jaar, dat verhoogd risico loopt om delinquent gedrag te ontwikkelen. Bij deze hulpverleningsmethode worden buurtnetwerken geactiveerd. De ouders krijgen weer grip op de opvoedingssituatie en het gezin wordt weer zoveel mogelijk geïntegreerd in de buurt.

6.2.9.3 Goed onderbouwde interventies voor selectieve opvoedingsondersteuning bij problemen in het kind (16 interventies).

Het gaat hierbij om interventies die ingezet worden als er problemen bij het kind zijn gesignaleerd of vastgesteld: externaliserende gedragsproblemen, of internaliserende problemen zoals angst. We hebben de totale groep van 16 interventies gesplitst in twee groepen: eerst de vijf programma's die zich primair op de ouders richten. Via de ouders wordt het problematische gedrag aangepakt. Vervolgens de elf programma's die zich primair op het kind richten. Deze interventies zijn minimaal 'in theorie effectief' volgens de Databank van het NJi. Voor meer informatie over deze interventies zie www.nji.nl.

a. Vijf programma's richten zich primair op ouders

1. Parent Management Training Oregon (PMTO)
2. Opstandige kinderen: een compleet oudertrainingsprogramma
3. Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG)- Erger Voorkomen
4. Ouders van tegendraadse jeugd: Opvoedworkshop, Thema-bijeenkomsten, Oudercursus, en Oudertraining

5. Groepsmediatietherapie voor ouders met kinderen met ADHD

b. Elf goed onderbouwde programma's die zich primair richten op kinderen

1. Als het misgaat ... bel ik jou
2. Bang zijn voor andere kinderen
3. Rots en Water (R&W)
4. Plezier op school
5. Vrienden
6. Girls' Talk
7. JUMP-in
8. Lekker Fit!
9. Overbruggingsplan voor kinderen met overgewicht
10. Weet & Beweeg
11. Minder boos en opstandig

6.2.9.4 Goed onderbouwde interventies voor ontwikkelingsstimulering en voor- en vroegschoolse educatie, waarbij ouders actief ingezet worden (8 interventies).

Hieronder worden acht interventies voor ontwikkelingsstimulering en voor- en vroegschoolse educatie genoemd. In deze richtlijn beperken we ons tot een opsomming van interventies die minimaal 'in theorie effectief zijn' en valt een verdere uitwerking hiervan buiten het bestek van deze richtlijn. Meer informatie is te vinden op www.nji.nl.

1. Boekenpret
2. STAP-programma's: Instapje, Opstapje, Opstap, Overstap
3. Jij bent belangrijk (JBB)
4. KO-totaal
5. Piramide
6. Portage
7. Speelplezier
8. Sporen

6.2.9.5 Afsluitende opmerkingen over de goed onderbouwde programma's

Als we de totale groep van 55 interventies overzien die inmiddels als theoretisch goed onderbouwd beoordeeld zijn door de databank van het NJi, dan valt op verreweg het grootste aanbod van interventies zich bevindt op selectief en geïndiceerd preventieniveau. In totaal vonden we 11 programma's voor universele opvoedingsondersteuning die theoretisch goed zijn onderbouwd, waarbij Triple P, Home Start en de Gordon cursus bekende buitenlandse programma's zijn, en verder een aantal specifiek Nederlandse interventies zoals Opvoeden zo, Stap voor Stap en Moeders informeren Moeders. Deze programma's hebben als voordeel boven Triple P en Home Start dat deze programma's in Nederland zijn ontwikkeld.

In totaal vonden we 31 programma's die op selectief of geïndiceerd niveau aangeboden worden. De helft van het aanbod dat theoretisch goed onderbouwd is hier, richt zich op (beginnende) problemen bij de ouders of in het gezin (15 interventies richten zich op ouderproblemen). De ouderproblemen zijn nogal gevarieerd: echtscheiding (3 programma's), psychische problemen (1 programma), moeilijk bereikbare ouders (1 programma) en tenslotte hebben we 5 meer intensieve programma gevonden die middels intensieve begeleiding in de thuissituatie werken aan complexe problematiek in het gezin. Dit betreffen programma's op geïndiceerd niveau, die in de regel door de Jeugd GGZ of jeugdzorg worden aangeboden. De andere helft van het selectieve of geïndiceerde aanbod richt zich op beginnende problemen bij het kind zelf (16 interventies). Hierbij gaat het vooral om externaliserende gedragsproblemen van de kinderen. Ze worden zowel via de ouders (groep a, bijvoorbeeld PMTO) als het kind zelf (groep b, bijvoorbeeld Rots & Water) aangeboden. Dat valt verder buiten het bestek van deze richtlijn.

6.2.10 Interventies die vooralsnog niet zijn beoordeeld voor opname in de databank

De interventies binnen deze groep vallen uiteen in twee groepen:

- ofwel de interventies voldoen nog niet aan alle erkenningscriteria en zijn aan de ontwikkelaar teruggegeven voor verdere ontwikkeling. De ontwikkelaar heeft aangegeven dit op korte termijn te zullen doen. De Databank spreekt in dat geval van ‘op de drempel’
- ofwel de interventies bevinden zich op dit moment onder begeleiding van het Nederlands Jeugdinstituut in het erkenningstraject of in de opnameprocedure van de databank.

Deze 27 interventies zijn beschreven in bijlage 10.

6.3 Overige overwegingen

- De JGZ moet zich blijven inspannen om alle gezinnen te bereiken. Regelmatig blijkt dat de meeste en grootste problemen zich voordoen bij gezinnen die niet bereikt worden met signaleringsinstrumenten en interventies (of gezinnen die de interventies niet voltooien) (Hermanns, 2008). Zo leidt het gebruik van schriftelijke signaleringsinstrumenten zoals de NOSIK tot een non-respons van enkele tientallen procenten. Bij face-to-face screenings (zoals het DMO protocol) wordt ruim boven de 90% respons gescoord en bij huisbezoek nog hoger. Veel interventies gericht op opvoedingsondersteuning bevatten huisbezoeken (zoals bij de SPARK). Interventies waarvan groepsgebonden bijeenkomsten een onderdeel uitmaken (zoals bij Triple P het geval kan zijn) hebben een selectief bereik en een notoire hoge non-show.
- Het bereik binnen de JGZ wordt expliciet verhoogd middels een "beleid buiten beeld" dat gericht is op:
 - het verschaffen van periodieke overzichten van ouders en jongeren waarmee geen contact (meer) is (o.a. "niet verschijnen beleid")
 - opsporen en contact herstellen en zo nodig toeleiden naar zorg (o.a. "outreaching werken", "vangnet jeugd" en "bemoeizorg")
- De stap van signaleren tot interveniëren verloopt veelal nog niet gestructureerd. Er zal samen met het gezin een analyse gemaakt moeten worden waarin bekeken wordt óf er problemen zijn, en hoe die beoordeeld moeten worden (aard en ernst). Deze analyse zal cultureel sensitief moeten zijn. Afhankelijk van de resultaten van de analyse zal gekeken moeten worden óf en welke interventie het meest geschikt is. Om dit gestructureerd te laten verlopen zou bijvoorbeeld een ‘interventiewijzer’ behulpzaam kunnen zijn.

6.4 Conclusies en aanbevelingen

6.4.1 Conclusies over de signaleringsinstrumenten

Deze review over signalering leidt de werkgroep naar de volgende conclusies:

1. Slechts twee instrumenten zijn vooralsnog geschikt voor universele screening van opvoedingsproblemen: De SPARK (voorheen VOBO-Z) en het DMO protocol dat deel uitmaakt van Samen Starten. Beide instrumenten worden momenteel onderzocht in empirisch onderzoek. Alleen de NOSIK is met 25 items echt kort te noemen, maar dat instrument is te selectief. Beide andere instrumenten hebben betrekking op een gespreksleidraad. De voorspellende validiteit van de SPARK lijkt goed te zijn, opmerkelijk is wel dat de constructvaliditeit van de SPARK lager uitvalt (Van Stel, persoonlijke communicatie). 4. De VOBO die als basis dient voor de SPARK is beschikbaar voor meerdere leeftijdscategorieën. Er is al enig onderzoek gedaan naar de inhoudsvaliditeit van de VOBO.
2. Voor wat betreft screeningsinstrumenten voor psychosociale problemen verdienen de SDQ, de KIPPPI, de BITSEA, de ASQ-SE, de SPARK en het DMO-protocol van Samen Starten de voorkeur. Voor de leeftijd van 7 tot 12 wordt de SDQ aanbevolen en voor de leeftijd vanaf 13 jaar gelden de SDQ en de KIVPA als veelbelovend.

3. Onderzoek heeft laten zien dat het gebruik van instrumenten de signalering van psychosociale problemen altijd aanmerkelijk verbetert ten opzichte van de situatie waarbij de professionals geen instrument gebruiken.

6.4.2 Conclusies over interventies voor opvoedingsondersteuning

1. Het brede aanbod aan interventies en programma's voor opvoedingsondersteuning doet recht aan de complexiteit van dit werkveld en de opvoedingspraktijk. Gezien de vele vragen, doelgroepen, aanbieders en settingen waarbinnen opvoedingsondersteuning aangeboden wordt, is een breed en gevarieerd aanbod gerechtvaardigd.
2. De effectiviteit van een interventie wordt naast allerlei programma-specifieke en algemene kenmerken van het programma (theoretische basis, individueel of groepsvorm, duur) ook voor een deel bepaald door de wijze waarop een programma of interventie geïmplementeerd wordt en op welk moment dat gebeurt in de praktijk.
3. Voor universele opvoedingsondersteuning is er nog geen bewezen effectief programma in Nederland beschikbaar. Triple P is de enige interventie op dit niveau die in Australië bewezen effectief is en waarvoor Nederlands onderzoek eerste aanwijzingen verschaft voor bevestiging van die kwalificatie. De Gordon-cursus en Stap-voor-stap zijn theoretisch goed onderbouwd.
4. Er zijn veelbelovende Nederlandse programma's voor universele opvoedingsondersteuning, al dan niet fasegebonden, die theoretisch goed zijn onderbouwd. Het gaat hierbij om Opvoeden zo, Stap voor Stap, Beter omgaan met Pubers, Drukke kinderen, Veiligheidsinformatiekaarten, MIM, videohometraining en Peuter in zicht. Deze programma's hebben als voordeel boven Triple P en Home Start dat de programma's in Nederland zijn ontwikkeld en daarmee goed aansluiten op de Nederlandse situatie. Anderzijds is de effectiviteit van deze programma's minder grondig getoetst.
5. Voor selectieve opvoedingsondersteuning zijn drie programma's bewezen effectief of waarschijnlijk effectief: VIPP-SD, de Ouder-baby interventie en de Droog Bed Training. Alle drie de interventies zijn in Nederland ontwikkeld.
6. Naast de drie hierboven genoemde effectieve interventies op selectief niveau is Triple P niveau 3, 4 en 5 ook bewezen effectief in Australisch onderzoek. De veronderstelling is daarom gerechtvaardigd dat Nederlandse aanpassingen van deze niveaus ook in Nederland effectief zullen zijn.
7. Programma's die zich richten op internaliserende problemen van kinderen zijn in de minderheid. Deze programma's worden vrijwel allemaal rechtstreeks aan het kind zelf aangeboden. Ook de scheidingsprogramma's vallen in zekere zin onder deze groep, want zij richten zich veelal op het voorkomen van onder andere internaliserende problemen.
8. Voor interventies op het gebied van opvoedingsondersteuning gerelateerd aan ontwikkelingsstimulering zijn nog geen bewezen effectieve interventies in Nederland beschikbaar. Er is ook geen buitenlands programma voor ontwikkelingsstimulering dat de status van bewezen effectief heeft. Wel zijn er negen programma's die theoretisch voldoende onderbouwd zijn. Interventies op het gebied van ontwikkelingsstimulering hebben naar verwachting het grootste effect op de cognitieve ontwikkeling van het kind en een kleiner effect op de sociaal-emotionele ontwikkeling.

6.4.3 Aanbevelingen over signaleringsinstrumenten en interventies

De werkgroep doet over de signaleringsinstrumenten en de interventieprogramma's van opvoedingsondersteuning de volgende aanbevelingen:

1. Het is aan te bevelen om voor het bieden van opvoedingsondersteuning alleen signaleringsinstrumenten te gebruiken als er behoefte is aan het nader onderkennen van het opvoedingsprobleem.
2. Aanbevolen wordt het DMO protocol te gebruiken om het proces rondom opvoeden van ouders te volgen tot het kind 2 jaar is. Aanvullend daarop kan de SPARK ingezet worden als het kind 18 maanden is (schakelmoment) tijdens een huisbezoek om breder en dieper

- naar de opvoeding en context te kijken. De NOSIK kan ingezet worden om specifiek de opvoedingsstress van ouders in kaart te brengen.
3. Drie instrumenten voor selectieve screening van opvoedingsproblemen worden aanbevolen: de NOSIK voor de stressbeleving van ouders en de CARE-NL en Lijst Hellinckx voor het signaleren van risico's op mishandeling.
 4. Aanbevolen wordt om meer korte, universele signaleringsinstrumenten te ontwikkelen, met name ook voor de periode wanneer het kind ouder dan twee jaar is. De SPARK en het DMO-protocol betreffen allebei een gespreksleidraad en worden ingezet bij ouders van kleine kinderen. Aanbevolen wordt dat er verder onderzoek gedaan wordt naar de validiteit van de SPARK voor de verschillende leeftijdscategorieën.
 5. Het verdient aanbeveling om bij het inzetten van programma's voor opvoedingsondersteuning veel aandacht te besteden aan de implementatie van het programma in de praktijk.
 6. Het is aan te bevelen om bij het aanbieden van opvoedingsondersteuning op universeel niveau gebruik te maken van Triple P niveau 1,2 en 3.
 7. Voor andere universele (al dan niet fasegebonden) en specifieke opvoedvragen en -problemen bevelen we aan gebruik te maken van tenminste theoretisch onderbouwde interventies voor opvoedingsondersteuning. Ze zijn opgenomen in onderstaand overzicht (tabel 7 annex werkkaart 1).
 8. De programma's VIPP-SD, Ouder – baby interventie en Droog Bed Training worden aanbevolen onder die voorwaarden waar de programma's specifiek voor zijn bedoeld.
 9. Het programma Triple P niveau 3, 4 en 5 wordt aanbevolen voor situaties waarin de drie effectieve interventies niet geschikt zijn
 10. Aanbevolen wordt meer onderzoek te doen naar de effectiviteit van kindgerichte programma's voor selectieve opvoedingsondersteuning.

	Peri- & postnataal 0 - 1 week	Baby 0 - 1 jaar	Peuter / Kleuter 1 - 4 jaar	Kinderen 4 - 12 jaar	Adolescent 12 - 19 jaar
Contactmomenten	0 - 1 w	2w, 4w, 8w, 3m, 4m, 6m, 7½m, 9m, 11m	14m, 18m, 2jr, 3jr, 3¾jr	5jr, 9jr	13jr, eventueel 16jr
Preventie					
Betrokkenen	jeugdverpleegkundige	jeugdarts, jeugdverpleegkundige, verpleegkundig specialist preventie, (dokters)assistente, pedagoog, CJG - ketenpartners (maatschappelijk werker, gedragswetenschapper)			
Signalering: opvoed- en opgroei problemen					
Betrokkenen		jeugdarts, jeugdverpleegkundige, verpleegkundig specialist preventie, (dokters)assistente, pedagoog, CJG - ketenpartners (maatschappelijk werker, gedragswetenschapper)			
Aanbevolen instrumenten opvoedingsondersteuning		DMO-protocol Samen Starten (0-2) ¹	DMO-protocol (0-2), NOSIK (2-14), SPARK (VOBO-Z) (18m)	NOSIK (2-14)	NOSIK (2-14)
Beschikbare instrumenten psychosociale problemen		KIPPPI (0-15), de BITSEA (0-4), ASQ-SE (0-4)	KIPPPI (0-15), de BITSEA (0-4), ASQ-SE (0-4)	KIPPPI (0-15), SDQ (4-16)	KIPPPI (0-15), SDQ (4-16) en de KIVPA (13-18)
(Lichte) ondersteuning door het CJG					
Betrokkenen		jeugdarts, jeugdverpleegkundige, verpleegkundig specialist preventie, (dokters)assistente, pedagoog, CJG - ketenpartners (maatschappelijk werker, gedragswetenschapper)			
Aanbevolen universele interventies ²		Triple P (0-16), Gordoncursus (1-18), Stap voor stap (0-18)			
Aanbevolen universele fasegebonden interventies		MIM (0-1½), VIK (0-4), K-VHT (0-4), Home Start (0-6)	MIM (0-1½), VIK (0-4), K-VHT (0-4), Home Start (0-6), Peuter in zicht (2-3), STAP (2-4)	Home Start (0-6), Opvoeden&Zo (4-12)	Beter omgaan met pubers (12-18)
Aanbevolen interventies voor specifieke doelgroepen	VoorZorg (-½ - 2)	Ouder-baby-interventie (0-1), Armoede & gezondheid (0-12), Bemoeizorg (0-19), Stevig Ouderschap (1-1½), Triple P (0-16), VoorZorg (-½ - 2)	Armoede & gezondheid (0-12), Bemoeizorg (0-19), Stevig Ouderschap (1-1½), Triple P (0-16), VoorZorg (-½ - 2), VIPP-SD (1-3)	Drukke kinderen (4-12), DBT (>7) Armoede & gezondheid (0-12), Bemoeizorg (0-19), Triple P (0-16)	Bemoeizorg (0-19), Triple P (0-16)
Overdracht of verwijzing naar andere hulpverleners					
Betrokkenen		jeugdarts, jeugdverpleegkundige, verpleegkundig specialist preventie, (dokters)assistente, pedagoog, CJG - ketenpartners (maatschappelijk werker, gedragswetenschapper)			
Middelen en instrumenten	Digitaal Dossier JGZ / Verwijsindex / Standpunt samenwerking JGZ-jeugdzorg / Wrap Around Care/ Eén gezin één plan / ZAT's				

1. Getallen tussen () betreffen leeftijden

2. Elke interventie heeft een eigen doelgroep met specifieke indicatiecriteria

Afkortingen interventies:

MIM	Moeders informeren Moeders
VIK	Veiligheidsinformatiekaarten
K-VHT	Kortdurende Videohometraining
VIPP-SD	Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline
DBT	Droog Bed Training

Afkortingen instrumenten:

SPARK	Structured Problem Analysis of Raising Kids
NOSIK	Nijmeegse Ouderlijke Stress Index verkort
KIPPPI	Kort Instrument voor Psychologische en Pedagogische Probleem Inventarisatie
BITSEA	Brief Infant Toddler Social Emotional Assessment
ASQ-SE	Ages & Stages Questionnaires - Social Emotional
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaires
KIVPA	Korte Indicatieve Vragenlijst voor Psychosociale Problematiek bij Adolescenten



7. Diversiteit

Het onderwerp van dit hoofdstuk is uitgangsvraag d: *Op welke wijze kan in de preventie, signalering en interventie rekening worden gehouden met gewoonten naar etnische achtergrond, sociaal economische status, (alleenstaand) ouderschap, lichamelijke en verstandelijke beperkingen en op welke wijze kunnen deze (risico)groepen het meest profiteren van opvoedingsondersteuning?* Het antwoord op deze vraag is opgesplitst in twee delen: 7.1 preventie en signalering en 7.2 interventies.

7.1 Preventie en signalering

Op welke wijze kan in de preventie en signalering van opvoedproblemen rekening worden gehouden met gewoonten van risicogroepen en hoe kunnen deze (risico)groepen het meest profiteren van opvoedingsondersteuning? Daarbij is onderscheid gemaakt in:

1. Ouders met een niet westerse achtergrond
2. Overige risicogroepen: ouders met een lage sociaal economische status (SES), alleenstaande ouders en ouders van kinderen met lichamelijk en verstandelijke beperkingen.

7.1.1 Inleiding

Voor het beantwoorden van deze vraag is onder andere gebruik gemaakt van de overzichtsstudie interventies voor migranten jeugd, ontwikkelingsstimulering, preventie en vroeghulp (Ince & Van den Berg, 2010), de programmeringsstudie van Klein Velderman, Hosman en Paulussen (2007) en verschillende overzichtsstudies (Hermanns et al., 2005; Kooijman & Prinsen, 2003), de notitie 'Gebruik vragenlijsten binnen de Jeugdgezondheidszorg' van het RIVM (2010) en literatuur die via de in hoofdstuk 1 beschreven search is verkregen.

Uit verschillend onderzoek blijkt dat enkele signaleringsinstrumenten die te gebruiken zijn in CJG's als goed of veelbelovend zijn beoordeeld op grond van onderzoek, maar ook vanwege veelvuldig gebruik of vanwege beschikbaarheid van normering en/of validering. In hoeverre deze bruikbaar zijn voor screening in specifieke risicogroepen wordt hier beschreven. Instrumenten om risico's en problemen op het gebied van de opvoeding van kinderen te signaleren of te screenen, die gebruikt worden binnen de jeugdgezondheidszorg en het CJG, voor zover het opvoedingsondersteuning betreft en worden toegepast binnen de opvoed- en opgroeihulp, worden hier eveneens beschreven. Het gaat om meetinstrumenten die gebruikt kunnen worden door jeugdverpleegkundigen, pedagogen en -psychologen, jeugdmaatschappelijk werkers, opvoedingsondersteuners en jeugdartsen.

7.1.2 Etnische achtergrond

Het lijkt van belang onderscheid te benoemen tussen de eerste generatie niet-westerse allochtonen en de tweede en derde generatie niet-westerse allochtonen. De laatsten lijken in veel opzichten op de Nederlandse populatie, waarbij zich ook bij hen vanzelfsprekend opvoedingsproblemen voor kunnen doen (Zwirs, 2006; 2008). Bij islamitische ouders van de tweede en derde generatie kan het integreren van de voorschriften uit de koran en de opvoedingsideeën van de hedendaagse opvoeding een item zijn. Zij bevinden zich in een spanningsveld tussen opvoedingsstijlen en ideeën van hun eigen ouders en die van de moderne westerse generatie waar ze deel van uitmaken. Aan dit dilemma wordt te weinig aandacht besteed in het opvoedingsaanbod waardoor ouders op zoek gaan naar andere vormen van steun, bijvoorbeeld via het internet in het land van herkomst. Speciaal voor deze groep is de website www.opvoedingsmix.nl gecreëerd waarin zowel onderwerpen uit de koran als algemene opvoedingsinformatie zoals op websites voor Centra voor Jeugd en Gezin zijn opgenomen.

Een groep die opnieuw aandacht behoeft en hier veelal wordt bedoeld als we over “moeilijk bereikbare ouders” spreken, zijn de zogenaamde “huwelijksmigranten” (Amsterdamse Vrouwenmonitor 2011). Aangezien zij vaak geen Nederlandse opleiding hebben genoten en de Nederlands taal vaak matig tot slecht beheersen, zijn zij laag gekwalificeerd voor de arbeidsmarkt. Bovendien raken ze vaak geïsoleerd binnen het gezin en de familie en blijven ze thuis om voor de kinderen te zorgen. Zodoende blijven ze economisch afhankelijk van hun partner. 24% Van de Amsterdamse niet-westerse vrouwen van 25 tot 34 jaar is economisch zelfstandig en ruim 70% is dat van de autochtone Amsterdamse vrouwen.

- Een eveneens kwetsbare groep bestaat uit vluchtelingen die te maken hebben gehad met extreme levensomstandigheden als oorlogs- en ander geweld. Gezinnen en families, ook in het thuisland zijn vaak incompleet. Deze zaken kunnen leiden tot psychotrauma's en ontworteling. Psychische beschadiging van ouders kan leiden tot verwaarlozing of zelfs mishandeling van kinderen. Zonder hulp kan in een gezin cumulatieve stress ontstaan. Een voorbeeld van deze groep zijn vluchtelingen uit Somalië. (Tuk, 2010)

7.1.2.1 Instrumenten

Ince & Van den Berg hebben 29 instrumenten geselecteerd, die gericht zijn op opvoedingsondersteuning bij een algemene populatie opvoeders en kinderen, die toepasbaar zijn bij populaties met een niet-westerse achtergrond en te gebruiken zijn in de JGZ en het CJG (Ince & Van den Berg, 2010). Deze zijn bijna allemaal opgenomen in de Databank Instrumenten, Richtlijnen en Kwaliteitsstandaarden (DIRK). Van twee instrumenten is bekend dat er onderzoek is gedaan of gaande is naar de bruikbaarheid en toepasbaarheid van het instrument bij niet-westerse allochtonen. Dit zijn de Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) en het DMO-protocol (Samen Starten).

Een aanvullende search in de Databank Instrumenten en Richtlijnen van het Nederlands Jeugdinstituut, waarin instrumenten zijn opgenomen die gebruikt kunnen worden in de pedagogische of psychologische praktijk, levert vier andere instrumenten op die geschikt zijn voor niet westerse allochtonen, namelijk:

- C. Familie Relatie Test (FRT);
- D. Vragenlijst Gezinsfunctioneren (VGF);
- E. Screeningsinstrument Psychische Stoornissen (SPsy);
- F. Basis RaadsOnderzoek (BARO).

Deze vier instrumenten worden in deze richtlijn verder niet toegelicht. Het zijn diagnostische instrumenten, die niet passen in het domein van deze richtlijn.

Ad. A. Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Achenbach et al. 2008, Goedhart, Treffers & Widenfelt 2003).

Deze schaal is ontwikkeld om psychosociale problemen op te sporen bij kinderen van verschillende leeftijden. De SDQ bestaat uit 25 items. Er is een vragenlijst voor kinderen, ouders en een voor leerkrachten. De subschalen zijn: emotionele problemen, gedragsproblemen, hyperactiviteit/aandachtstekort, problemen in de ontwikkeling en sociaal gedrag. Er zijn voor verschillende leeftijdscategorieën tot 18 jaar Nederlandse versies beschikbaar. Echter nog niet voor alle leeftijden zijn normen bekend. Eerste resultaten uit Nederlands onderzoek ondersteunen positieve internationale bevindingen over de kwaliteit van het instrument.

Intussen is de ouderversie van de SDQ (contactmoment groep 6/7) gevalideerd (Vogels e.a., 2005). Het bestuur van GGD Nederland heeft inmiddels besloten de ouderversie van de SDQ landelijk te implementeren als het signaleringsinstrument voor psychosociale problematiek bij 7-12 jarigen binnen de JGZ. Onderzoek naar de psychometrische eigenschappen is gaande en de resultaten worden eind 2012 verwacht (Janssens JMAM, Radboud Universiteit Nijmegen).

De Inventagroep (Hermanns e.a., 2005) suggereerde het gebruik van de SDQ in verschillende settings, waaronder de JGZ 0-19, het onderwijs, peuterspeelzalen en kinderopvang en de huisartspraktijk. Vanaf 4-jarige leeftijd suggereerden Hermanns e.a. tweejaarlijks gebruik van de SDQ op school en in de periodieke jeugdgezondheidszorg door kind (>12 jaar), ouders en leerkracht.

Ad B. Pharos heeft een kleinschalig onderzoek gedaan naar de bruikbaarheid van het DMO-gespreksprotocol voor *migrantenouders van 0-2 jarige* kinderen. Het protocol blijkt bruikbaar mits de ouders de Nederlandse taal goed beheersen. Evengoed kost de afname dan meer tijd dan bij autochtone ouders: er staan vragen en begrippen in die door veel migrantenouders niet begrepen worden en extra uitleg behoeven. In het verslag “Vroegsignalering bij migrantenkinderen” staan een aantal aanbevelingen om de uitvoering van het protocol aan te passen voor migrantenouders (Van Bommel, 2010).

7.1.3 Bruikbaarheid van instrumenten bij andere risicogroepen

Hier is de vraag aande orde of signaleringsinstrumenten bruikbaar zijn bij andere risicogroepen, in het bijzonder bij ouders met een lage sociaal economische status (SES), alleenstaande ouders en ouders van kinderen met lichamelijk en verstandelijke beperkingen.

Het Screeningsinstrument Psychische Stoornissen (SPsy) is te gebruiken bij ouders met een lage socio-economische status (SES). Meer valide en betrouwbare instrumenten specifiek met betrekking tot het signaleren of screenen van de zorgbehoefte en/of opvoedingsrisico's bij ouders met een lage SES, alleenstaande ouders, ouders met kinderen met een lichamelijke en/of verstandelijke beperking en overige risicogroepen, ontbreken. Ouders met een lage SES hebben vaak een lage scholingsachtergrond. Bij zowel autochtone als allochtone ouders ontbreken daardoor de basisvaardigheden, -kennis en het abstractievermogen die nodig zijn om bepaalde opvoedingsprogramma's te kunnen volgen. Vaak zijn deze ouders laaggeletterd en hebben zij problemen met lezen en schrijven, vooruitzien, terugkijken, plannen, abstraheren, zelfreflexie, vragen formuleren, adviezen interpreteren en dergelijke.

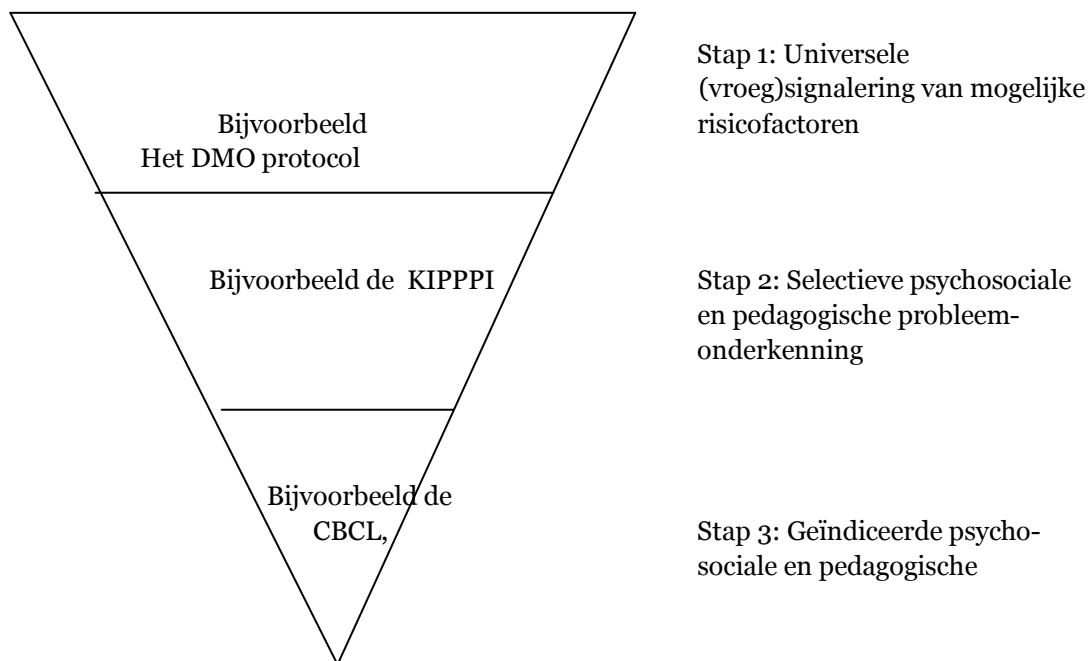
Andere instrumenten (sommigen worden ook wel “methoden” genoemd, waarmee gesignaleerd wordt) die te gebruiken zijn in het CJG, maar waarnaar nog weinig validatie-onderzoek is gedaan en weinig onderzoek naar de bruikbaarheid in risicogroepen zijn (Klein Velderman, 2007):

- de KIPPI-methode voor baby's en peuters
- Lokale TRV-lijsten: Tijdelijke Regeling Vroegsignalering (TRV)
- Draagkracht/draaglast
- Kwetsbaar jong
- Klant in beeld
- NOSIK
- Protocol ondersteuning sociaal-emotionele ontwikkeling/DMO protocol
- Lijst Hellinckx

Voor screenings- en signaleringslijsten die betrekking hebben op manifeste opvoedingsproblemen, verwijzen we naar de programmeringsstudie van Klein Velderman et al (2007). Over signalering van risicogezinnen sluiten we aan bij Baartman (1996b) en Kooijman en Prinsen (2003; zie paragraaf 6.1), die een tweestapsmodel respectievelijk een drietrapsmodel hebben ontwikkeld voor signalering. Baartman (1996a) gaf aan dat 67.5% tot 91% van de gezinnen waar kindermishandeling voorkomt, al eerder waren aangemerkt als “risicogezin”, vaak al rond de geboorte. Hij stelt een tweestapsmodel van screening voor waarin elke jonge of aanstaande ouder hetzelfde aanbod krijgt, namelijk een gesprek over de

op handen zijnde of prille opvoedingssituatie. Indien tijdens het gesprek, eventueel ondersteund met een vragenlijst, blijkt dat de ouders en de interviewer enigerlei vorm van hulp gewenst vinden, vindt een systematischer onderzoek plaats op basis waarvan duidelijk kan worden wat de gewenste vorm van hulp is. Op die manier kan stigmatisering van opvoeders voorkomen worden doordat alle ouders op gelijke wijze benaderd worden. Kooijman en Prinsen (2003) beschrijven drie fasen in het signaleringsproces gericht op zorgwekkende opvoedings- en ontwikkelingssituaties (zie figuur 3). In de jeugdzorg is een dergelijke op dialoog en communicatie gestoelde besluitvorming anno 2011 gemeengoed (Bartelink, Ten Berge & Van Yperen, 2010). De eerste stap betreft universele vroegsignalering gericht op alle jeugdigen en ouders. Deze eerste stap van risicotaxatie cq signalering van opvoedings- en opgroei-problematiek valt onder universele signalering (zie ook hoofdstuk 6).

Figuur 3. Drietrapsmodel van signalering van zorgwekkende opvoedings- en ontwikkelingssituaties in de jeugdgezondheidszorg (Kooijman en Prinsen, 2003; met daarbij voorbeelden van instrumenten die momenteel ingezet worden).



7.1.4 Overige overwegingen

De noodzaak voor het inzetten van instrumenten hangt samen met het nader willen onderkennen van het opvoedingsprobleem om te bepalen wat de passende opvoedingsondersteuning is. Klein Velderman et al. (2007) benoemen de gezinscontext waarbinnen verschillende facetten kunnen worden gemeten om de opvoedingsondersteuning te kunnen specificeren. Dit zijn de zorgbehoefte van ouders, dan wel behoefte aan opvoedingsondersteuning; ‘risico’s’ in de opvoedingssituatie of verstoorde draagkrachtdraaglast verhouding in het gezin; ouderlijke stress; pedagogische problemen cq opvoedingsproblematiek; verstoorde ouder-kind relatie cq ouder-kind conflict; en risico op kindermishandeling. Hermanns e.a. (2005) stelden dat in Nederland een achterstand bestaat in instrumentontwikkeling, vertalingen ontbreken, er weinig onderzoek is gedaan naar validiteit en de instrumenten niet op grote schaal konden worden toegepast. Nader onderzoek zou hiervoor nodig zijn. Hierbij hoorde ook een traject van implementatie, training, certificering en continue monitoring van de opbrengsten van de instrumenten.

Daar staat tegenover dat ervaren praktijkwerkers de bestaande instrumenten vaak tijdrovend en/of belemmerend vinden in het contact met de ouders. Er is wel de behoefte aan een duidelijke, bij voorkeur korte en eenvoudige lijst, als hulpmiddel bij het in kaart brengen van risicofactoren en beschermende factoren in de opvoedingssituaties, met indicaties voor volgende interventies. Hierin zal een balans gevonden moeten worden. “Kort, praktisch, werkzaam en effectief” lijkt aan te sluiten bij de tevredenheid van de medewerkers en de kwaliteitstoetsing van de wetenschappers. Ook ouders hebben soms moeite met het invullen van vragenlijsten. Tot slot zijn er slechts enkele instrumenten goed onderzocht op toepasbaarheid voor ouders en kinderen met een lage SES en/of niet-westerse achtergrond.

7.1.5 Conclusies

Er zijn aanwijzingen dat in de preventie en signalering van opvoedproblemen weinig rekening wordt gehouden met gewoonten, scholingsachtergrond, basisvaardigheden, basiskennis, abstractievermogen en beheersing van het Nederlands van risicogroepen (Hosman, 2007;

Hermanns, 2005; Ince & van den Berg, 2010) en hoe deze (risico)groepen het meest kunnen profiteren van opvoedingsondersteuning aangezien er nog weinig onderzoek is gedaan naar de bruikbaarheid en toepasbaarheid van de signaleringsinstrumenten die in de JGZ worden gebruikt bij de bovengenoemde risicogroepen.

Bij twee instrumenten die te gebruiken zijn in de JGZ is of wordt specifiek onderzoek verricht naar de bruikbaarheid ervan bij niet-westerse allochtonen. Dat zijn de SDQ en het DMO-protocol van Samen Starten (Vogels, 2005; Janssens, 2011; Tan, 2005; van Bommel, 2010).

Het is de mening van de werkgroep dat voor diagnostiek 4 instrumenten voor ouders en jeugdigen met een niet-westerse achtergrond door pedagogen en/of psychologen gebruikt kunnen worden (meestal buiten het CJG). Dit zijn de Family Relation Test (FRT), de Screeningsinstrument Psychische Stoornissen (SPsy), Basis RaadsOnderzoek (BARO) en de Vragenlijst Gezinsfunctioneren (VGF). Maar dat speelt zich buiten het bestek van het CJG en de JGZ af.

7.1.6 Aanbevelingen

Het is aan te bevelen om in het veld duidelijke, bij voorkeur korte en eenvoudige lijsten te gebruiken als hulpmiddel bij het in kaart brengen van risicofactoren en beschermende factoren in de opvoedingssituaties, waaruit indicaties voor volgende interventies naar voren komen. In dat licht is het sterk aan te bevelen het validatie onderzoek van het DMO protocol van Samen Starten en de SDQ af te ronden, waarna geconcludeerd kan worden of er bewijs is dat het DMO protocol van Samen Starten en de SDQ (niet) bruikbaar zijn bij niet-westerse allochtone ouders en jeugdigen in het CJG.

Door gebrek aan goed onderzoek, beoordelen vooralsnog de professionals zelf of zij deze lijsten bij specifieke risicogroepen gebruiken. Door het ontbreken van validatie onderzoek, zijn zij voorzichtig met hun conclusies. Het is aan te bevelen om de SPsy te gebruiken bij ouders en jeugdigen met een lage SES en/of niet-westerse achtergrond. Overige instrumenten voor ouders met een lage SES en/of niet-westerse achtergrond zijn nauwelijks beschreven, maar hiervoor dient, zoals ook is beschreven in de Richtlijn Vroegsignalering psychosociale problemen (Postma, 2009) meer aandacht te komen.

Nader onderzoek

Het is aan te bevelen nader onderzoek te doen naar de eventuele wensen en/of weerstanden van ouders uit specifieke risicogroepen voor of tegen het gebruik van vragenlijsten in de JGZ, (aanvullende) diagnostische mogelijkheden en het bewijs van verhoging van effectiviteit van voegsignalering van opvoedingsproblemen door het gebruik van

vragenlijsten binnen de JGZ (Bakker-Camu & Lijs-Spek, 2010). Uit de Argumentenfabriek kwam naar voren dat ouders met een westerse achtergrond positief tegenover het vooraf invullen van een vragenlijst staan, maar het vervolgens niet bespreken van specifieke onderwerpen uit die lijst als negatief wordt ervaren.

Het is aan te bevelen om landelijk gecoördineerd validatie-onderzoek naar korte, praktische en werkzame vragenlijsten, signalering- en screeningsinstrumenten te verrichten, die te gebruiken zijn in het CJG voor specifieke risicogroepen.

7.2 Interventies

7.2.1 Inleiding

Op welke wijze kan in interventies rekening worden gehouden met gewoonten, van risicogroepen en hoe kunnen deze (risico)groepen het meest profiteren van opvoedingsondersteuning, daarbij inspelend op:

1. Etnische achtergrond: ouders met een niet westerse achtergrond
2. Sociaal economische status: ouders met een lage SES
3. Alleenstaand ouderschap
4. Lichamelijke en verstandelijke beperkingen: ouders van kinderen met een beperking
5. Overige risicogroepen.

7.2.1.1 Knelpunten in de algemene opvoedingsondersteuning

Het aanbod van opvoedingsondersteuning in en buiten de gemeentes is voor veel ouders (inclusief de risicogroepen) onvoldoende bekend. Ouders geven aan dat de zorg en ondersteuning goed geregeld is tot het kind vier jaar oud is (zie de Argumentenfabriek in hoofdstuk 1 en bijlage 1). Bij de overgang naar de basisschool ontstaat er onduidelijkheid. De rol van de school wordt door de ouders essentieel gevonden om informatie te halen over opvoeding, ontwikkeling en instanties voor opvoedingsondersteuning. De ouders blijken vooral behoefte te hebben aan steun en informatie dicht bij huis. In Maassluis is een raadpleging van ouders over opvoedingsondersteuning gedaan bij ouders, bij wie hoogopgeleide autochtone ouders waren oververtegenwoordigd (Romijn 2005). De ouders die zich zorgen maakten over hun kind (ongeveer tweederde) hebben voornamelijk advies gevraagd aan de leerkracht/school (36%), vrienden/familie (27%) en de huisarts (15%). De belangrijkste redenen van ouders om advies van school te vragen bij niet-school gerelateerde problemen en bij de huisarts zijn: bekendheid van de leerkracht en de huisarts met het gezin, hun deskundigheid en doorverwijsmogelijkheden waarvan deze hulpverleners op de hoogte zijn. Er is vooral behoefte aan laagdrempelige hulp. Het pedagogisch spreekuur wordt door professionals gezien als laagdrempelige hulp, veel ouders geven echter aan een pedagogisch spreekuur niet te kennen. Er lijkt wel behoefte te zijn aan een goed aanbod op het gebied van opvoedingsondersteuning, waaronder de opvoedtelefoon, pedagogisch spreekuur en e-health via internet. Voor een aantal ouders is het wenselijk dat instanties letterlijk op één locatie (CJG) zijn gevestigd zodat ouders hiermee bekend raken en vragen om hulp laagdrempelig wordt. Voor sommige ouders is zelfs dit nog een te hoge drempel. In dat geval is het aan te bevelen dat professionals outreachend werken en plekken bezoeken waar ouders regelmatig samenkomen. Zoals in het buurthuis, een koffieochtend op school, een schoolplein en dergelijke (van Leeuwen, 2010) Binnen de gemeente moet een vraagbaakfunctie zijn voor ouders van kinderen ouder dan 12 jaar. Het heeft de voorkeur om aan te sluiten bij het bestaande aanbod (pedagogisch spreekuur) en de leeftijdsgroep daarvan uit te breiden.

7.2.1.2 Opvoedingsondersteuning voor specifieke risicogroepen

Er is maar weinig onderzoek gedaan naar de toepasbaarheid en effectiviteit van opvoedingsprogramma's voor specifieke risicogroepen. Van Moeders Informeren Moeders (De Baat & Kooijman, 2010) is bekend dat de deelnemers voor 60% niet-westerse allochtone ouders zijn, die in 40% worden ondersteund door niet-westerse allochtone

vrijwilligers. De keuze van de interventie kan soms afhangen van de risicogroep waar de ouders en het kind mogelijk (deels) binnen vallen, maar ook afhangen van de ernst van de problematiek. Wellicht ten overvloede zetten we hier de contra-indicaties voor opvoedingsondersteuning nog eens op een rijtje (Blokland 2010). Wanneer dergelijke problemen spelen, is meer dan opvoedingsondersteuning nodig:

- het probleem heeft een medische oorzaak;
- het probleem heeft een kinderpsychiatrisch karakter;
- de opvoedings- en gezinssituatie is te gecompliceerd voor kortdurende pedagogische hulp; men vermoedt noodzaak tot langdurige en intensieve hulpverlening;
- het kind heeft duidelijke leerproblemen;
- psychopathologie of ernstige relatieproblematiek bij de ouders;
- zeer beperkte verstandelijke vermogens bij de ouders;
- er lopen al contacten met andere hulpverleningsinstellingen.

7.2.2 Ouders met een niet-westerse achtergrond

7.2.2.1 Inleiding

Er zijn interventies die gebaseerd op effectiviteit, bij iedereen toe te passen moeten zijn en aan de andere kant van het spectrum interventies die sterk aangepast zijn aan de groep waar die voor is bestemd, ofwel cultuursensitief zijn. Over wat het beste is, bestaat geen consensus (Mutsaers 2009). Barlow et al (2004) vergeleken in hun review verschillende opvoedingsprogramma's op hun effecten bij etnische minderheidsgroepen: generieke (maar wel vertaalde) programma's, aangepaste programma's en cultuurspecifieke programma's. De effectiviteit van de generieke programma's bleek empirisch het beste onderbouwd. De aangepaste en cultuurspecifieke interventies leverden wisselende resultaten op, vooral op grond van de matige kwaliteit van de onderzoeken. Cultuursensitieve programma's slaagden er daarentegen weer beter in om etnische minderheidsgroepen deel te laten nemen in het programma en hen als deelnemer te behouden (Kumper et al. 2002). Het bereiken en behouden van ouders met een andere etnische achtergrond is bij generieke interventies minder goed dan bij cultuurspecifieke interventies (Barlow, 2004; Wilson et al., 2003; Barrett et al., 2004). De manieren waarop de opvoedtechnieken en strategieën gepresenteerd worden, zouden hier deels verantwoordelijk voor zijn (Butt et al., 1998). Culturele aanpassing vergroot het effect niet altijd van een interventie, maar kan wel de acceptatie ervan bij de doelgroep verhogen.

Randvoorwaarden voor het uitvoeren van interventies zijn waakzaam zijn op vooroordelen, belangstelling, flexibel met de tijd omgaan en een positieve benadering. Het opbouwen van een vertrouwensrelatie kan relatief veel tijd kosten (Knipscheer et al., 2004). Kennis van de culturele achtergrond is wenselijk en het verstaan van de taal vergemakkelijkt het contact. Het bevorderen van het denken vanuit de eigen kracht en kwaliteit (empowerment, hoofdstuk 10) is een belangrijk onderdeel in het gebruiken van interventies. In de Meetladder Diversiteit zijn factoren opgenomen die van belang zijn voor het slagen van interventies (Pels et al., 2009).

Blokland (2010) beschrijft dat uit de landelijke jeugdmonitor blijkt dat "ouders met een niet-westerse achtergrond" zich vaker zorgen maken over het stellen van regels en grenzen in de opvoeding, over ongehoorzaamheid en gedragsproblemen van hun kind(eren). Een op de 5 ouders met een niet-westerse achtergrond rapporteert dat zij de opvoeding van hun kinderen moeilijk vinden en deze niet goed aan kunnen versus 1 op de 10 autochtone ouders (Blokland 2010). Duidelijk is dat dit samenhangt met de context waarin ouders hun kind moeten opvoeden: het opvoeden in twee culturen, mogelijke achterstelling, meer gezondheidsproblemen en meer armoede.

Ouders met een niet-westerse achtergrond zoeken vaker steun bij de opvoeding binnen de eigen kring. Als er deskundige hulp wordt gevraagd, gebeurt dit vaak bij de huisarts. Ouders

met een niet-westerse achtergrond hebben ook behoefte aan steun bij de opvoeding, vooral bij pubers. Zij zoeken veelal opvoedtips en hebben behoefte aan vertrouwen. Degene die hen te woord staat hoeft niet per se dezelfde culturele achtergrond te hebben. Erg belangrijk vinden deze ouders het om in hun opvattingen en privacy gerespecteerd te worden. De differentiatie in het aanbod en de uitvoering van opvoedingsadviezen (en programma's) lijkt belangrijk te zijn. Dit kan worden gerealiseerd in de CJG's Niet alleen bij de visieontwikkeling, maar ook bij de implementatie en de dagelijkse vormgeving van een CJG is participatie van allochtonen belangrijk (Sproet, 2010)

Recent onderzoek naar ouders met een Turkse achtergrond laat zien dat de psychische gezondheid van Turken in Nederland slechter is dan die van autochtone Nederlanders en Turken in Turkije en de psychische toestand van Turkse vrouwen nog slechter is dan die van Nederlandse en Turkse mannen, wat zorgwekkend is (Can, 2010). Can (2010) pleit voor bi-culturaliteit om de positie van niet-westerse allochtone te verbeteren. Met bi-culturaliteit wordt bedoeld: de ontwikkeling, bijstelling en verbetering van manieren om met beide culturen om te gaan (Can, 2010). Aangezien opvoedingsondersteuning directe raakvlakken heeft met de psychische gezondheid van ouders en jeugdigen, kan onderzoek naar het betrekken van bi-culturaliteit bij de toepassing van interventies raadzaam zijn. Een cultuursensitieve, in plaats van een cultuur specifieke, benadering van ouders met een niet westerse achtergrond, wordt bepleit. Cultuur-sensitief betekent dat het kind centraal staat en de professional kennis over en sensitiviteit voor etnische verschillen hebben, zodat, binnen de bestaande kaders, zorg op maat wordt geboden.

7.2.2.2 Knelpunten

Knelpunten in de opvoedingsondersteuning aan ouders met een niet-westerse achtergrond zijn (van den Berg, 2005, 2006) de taalproblemen, het minder snel willen delen van privé-problemen met buitenstaanders, schaamte, een druk bestaan met veel verplichtingen, weerstand vanuit de man of de familie of de angst om naar een plaats te gaan waar de ouders zich niet bekend voelen. Het aanbod van gangbare voorzieningen voor niet-westerse allochtone ouders sluit niet goed aan op de vraag en de context van de ouders (van den Broek e.a., 2010).

Met opvoedingsondersteuning worden vooral de moeders bereikt. Bestaande voorlichtingsbijeenkomsten voor vaders zijn niet voldoende. Het is van belang activiteiten te laten aansluiten op de leefsituatie van de vaders en vaders actief te betrekken.

Er is een kleine groep ouders die niet wil en die niet kan deelnemen aan opvoedingsondersteuning. Professionals hebben vaak het idee dat deze ouders niet gemotiveerd zijn. Het kan echter zijn dat een te groot verschil in scholingsachtergrond tussen ouder en zorgverlener de communicatie bemoeilijkt. De professional communiceert op een te hoog abstractieniveau, geeft schriftelijk materiaal die de ouders niet kunnen lezen of begrijpen en verwacht voorkennis en een bepaalde zelfreflexie die niet aanwezig is. De ouders reageren hier niet op en de professional trekt vervolgens ten onrechte de conclusie dat de ouders niet gemotiveerd zijn. Ook zijn er gezinnen waarin kinderen opgroeien in twee totaal gescheiden culturen. Binnenshuis vertonen zij sociaal wenselijk gedrag, maar buitenshuis vertonen zij grensoverschrijdend gedrag. Gangbare benaderingen en methoden lijken niet te werken. Aanpakken en interventies als Marokkaanse buurtvaders of Turkse gezinscoaches, de methodiek Allochtone Vaders en tupperware party's zijn mogelijk kansrijker dan verplichting en dwang. Door ontwikkelen van de beste methoden voor de laatstgenoemde subpopulatie lijkt wenselijk.

7.2.2.3 Hoe kunnen deze ouders het meest profiteren van de opvoedingsondersteuning?

In de literatuur en uit onderzoek zijn verschillende suggesties en aanbevelingen te halen, waardoor en wanneer allochtone ouders meer kunnen profiteren van opvoedingsondersteuning. Hieronder staan ze op een rij:

- Niet-westerse allochtonen zijn soms moeilijk te bereiken via reguliere kanalen (bijv. zogenaamde huwelijksmigranten). Het kan helpen om aan te sluiten bij de mogelijkheden, wensen, beperkingen van deze groepen ouders. Mocht er dus interesse zijn dan is het belangrijk om te inventariseren onder welke condities men kan deelnemen en de bijeenkomst hieraan aan te passen.
 - Ouders denken niet zozeer in termen als opvoedingsproblemen. Soms ontbreekt het inzicht nog dat men als ouder invloed heeft op het gedrag van kinderen, laat staan dat men daar keuzes in kan maken. Het is daarom zinvoller om problemen rondom de opvoeding niet als zodanig te benoemen, maar indirecter te benaderen en te spreken over “vind je het leuk om moeder te zijn?”, of “hoe gaat het met je kinderen”, of “wat doe je elke dag?”
 - Vanwege de soms gebrekkige beheersing van de Nederlandse taal kan het zinvol zijn om via afbeeldingen opvoedingsvragen te visualiseren en op deze wijze een gesprek op gang te brengen. Beeldmateriaal waarin opvoedingsondersteuning is uitgetekend of gefilmd kan hierbij ondersteunen (Nederlands Jeugdinstituut, 2011). Het materiaal moet goed passen bij de belevingswereld van de ouders en eenduidig zijn, (Zikkenheimer, 1986)
 - Ook kunnen voorwerpen op tafel gebruikt worden om een en ander uit te beelden, waarbij de professional spreekt in de tegenwoordige tijd. “Kijk, dit is de vader (kopje op tafel) en dit is de moeder (ander kopje). En dit is het kind (flesje Tipp-ex). Het kind gaat naar school (Tipp-ex verschuiven naar een boek) etc.
- De voorkeur voor het type opvoedingsondersteuning varieert. Persoonlijk contact speelt hierbij een rol; er wordt sneller gekozen als men een van de hulpverleners kent. Niet-westerse allochtone ouders kunnen het beste worden geïnformeerd over het aanbod van opvoedingsondersteuning via bestaande ontmoetingsplaatsen en sleutelfiguren. Op basisscholen kunnen ouderactiviteiten worden georganiseerd waarin opvoedingsondersteuning kan worden gepresenteerd. Andere ingangen zijn bewegingslessen voor allochtone vrouwen en mentorgroepen van inburgeringscursussen. De mentor kan hier als sleutelfiguur optreden. De taalschool, het consultatiebureau, bestaande moedergroepen en/of themiddagen op scholen zijn geschikte plaatsen om het moeders in contact te komen.
- Opvoedingsondersteuning kan goed worden gecombineerd met andere (ontspannende) activiteiten zoals naailes. Van belang is een open positieve sfeer waarin vrouwen worden uitgenodigd hun zorgen te bespreken. Een randvoorwaarde is het bieden van voldoende veiligheid, het tonen van begrip voor de situatie en het serieus nemen van zorgen en twijfels. Er moet rekening mee worden gehouden dat het vertrouwen moet groeien. Dit kan ook via sleutelfiguren. De hulpverlener kan hierbij regelmatig contact houden, niet alleen wanneer er iets aan de hand is (Van Leeuwen, 2010).
- Het opbouwen van een band is soms een kwestie van lange adem. Aansluiten bij de cultuur van de ouders werkt bevorderend. Meer dan bij andere groepen moet worden uitgelegd dat het normaal is om vragen te hebben over je kinderen en daarover met anderen en soms ook met deskundigen te praten. Bij voorlichting aan moeders die niet of nauwelijks bij instellingen komen, zijn huisbezoeken wenselijk en het inschakelen van para-professionals.
- Ook laagopgeleide ouders vinden het prettig om als ervaringsdeskundigen aangesproken te worden, waarbij uitgegaan wordt van gelijkwaardigheid in de gesprekken.
- De houding van de professional is belangrijk, ook al is het eerste contact misschien wat stroef, de professional probeert toch de ouders op hun gemak te stellen, een praatje te maken, te glimlachen of iets te vragen. Totdat de ouders voelen dat de professional hen echt probeert te begrijpen (Booijink, 2007).
- De begeleiding richt zich vaak alleen tot de moeders, terwijl de vaders ook opvoedingsverantwoordelijkheid hebben en vaak een centrale positie innemen in het

gezin. De vaders blijken geïnteresseerd in informatie over problematiek rondom de puberteit. Vaders zouden daarom meer moeten worden betrokken bij opvoedingsondersteunende activiteiten (Pels e., 2009, Vlasblom 2011).

- Naar aanleiding van het onderzoek van van den Berg (2005, 2006) naar opvoedingsondersteuning is er een handboek opgesteld met praktische informatie over succesvolle activiteiten met en voor moeilijk bereikbare groepen ouders voor opvoedingsondersteuning. Dit handboek is aan te raden en te downloaden van de website van JSO: www.jso.nl

Uit toetsing van Triple P (Bellaart, 2010) op geschiktheid voor migrantenouders komt naar voren dat veel migrantenouders baat zullen hebben bij deze methode. De toetsings is geïnspireerd door de Meetladder Diversiteit (Pels, 2009). Wel is het volgens de onderzoeker mogelijk om de methodiek door te ontwikkelen ten behoeve van doelgroepen met diverse migratieachtergronden. Door divers materiaal te maken en specifiek aandacht te besteden aan diversiteit in het bereik van de doelgroep, de randvoorwaarden en de uitvoering en de scholing van medewerkers.

7.2.3 Ouders en kinderen met een lage SES

Uit de praktijk blijkt dat relatief weinig ouders met opvoedingsvragen uit lage SES groepen gebruik maken van opvoedingsondersteuning (Kreuger, 2007). Deze groep zou moeilijk bereikbaar zijn, maar evenals andere (risico)groepen, wel van het aanbod kunnen profiteren. Hierbij past de 3T-aanpak: Treat early, Treat often, Treat together (www.futureforchildren.org).

Door het expertisecentrum voor Jeugd, Samenleving en Opvoeding (JSO) is in 2005 specifiek onderzoek uitgevoerd naar het bereiken van moeilijk bereikbare groepen voor opvoedingsondersteuning, waar ook ouders met een lage SES onder vallen (Kreuger, 2007; Berg van den, 2005). Daarnaast is vanuit het NIGZ literatuuronderzoek verricht naar methoden om te communiceren met lage SES- groepen (NIGZ, 2003). Het NIGZ (2003) heeft onderzocht hoe mensen met een lage SES kunnen worden bereikt en worden geactiveerd om deel te nemen aan gezondheidsprojecten waar opvoedingsondersteuning deel van uit maakt.

Op hoofdlijnen werden de volgende adviezen gegeven:

- Het is van belang om in kaart te brengen wie precies de doelgroep is.
- Samenwerking met de doelgroep zelf is belangrijk; laat mensen meepraten over hoe activiteiten worden vormgegeven.
- Bij het organiseren van activiteiten moet rekening worden gehouden met de leefwijze en wensen die binnen de doelgroep leven (Rots-De Vries, Kroesbergen & Goor, 2009).
- Organiseer activiteiten laagdrempelig; houd rekening met gezelligheid, kinderopvang, locatie, tijden, eventueel mannen en vrouwen gescheiden en financiën.
- Kies een open en betrokken houding, ga niet boven de doelgroep staan, wees respectvol en flexibel naar de doelgroep toe, let op kledingstijl en taalgebruik.
- Kies voor persoonlijke communicatie. Dit kan via actieve bewoners, sleutelfiguren, bestaande ontmoetingsplaatsen, professionals (bijvoorbeeld huisartsen, fysiotherapeuten), zelforganisaties en huisbezoeken.
- Schriftelijke middelen kunnen worden gebruikt ter ondersteuning van de persoonlijke communicatie.
- Let op het taalniveau; korte zinnen, veel afbeeldingen, indeling tekst.
- Recreatieve of feestelijke middelen aansluitend bij de gebruiken van de groep, zoals bijvoorbeeld toneel, dans en muziek spreken erg aan. Let op ruimte voor emoties en gezelligheid. Eventueel kan worden aangesloten bij bestaande evenementen.
- Kies voor een mix van communicatiemiddelen; het ene zal het andere versterken.
- Formuleerde boodschap helder, eenduidig en positief.

Homeparty is een voorbeeld van een laagdrempelige interventie voor moeilijk bereikbare ouders om hen te ondersteunen in de opvoeding, met als doel bij te dragen aan het voorkomen of verminderen van middelengebruik, met name alcoholgebruik. De Homeparty heeft de vorm van een huiskamerbijeenkomst waar een preventiewerker voorlichting geeft over alcohol en drugs, afgestemd op de vragen en behoeften van de aanwezige ouders (www.nji.nl).

7.2.4 Ouders van kinderen met een beperking

- Er zijn weinig interventies beschreven in de databank effectieve interventies, die specifiek bedoeld zijn voor ouders van kinderen met een beperking, mede omdat dergelijke interventies (nog) niet of nauwelijks zijn aangemeld. De twee programma's die genoemd zijn in de databank van het Nederlands Jeugdinstituut zijn:
- Stepping Stones van Triple P (De Graaf & Speetjens 2010);
- Opvoedingsprogramma voor kinderen met ernstige meervoudige beperkingen in kinderdagcentra (Poppes & Vlaskamp, 2001).

Wat algemenere programma's, die ook goed te gebruiken zijn voor ouders van kinderen met een beperking, die in of nabij het CJG kunnen worden gebruikt, zijn:

- Stepping Stones, onderdeel van Triple P

Triple P staat voor Positief Pedagogisch Programma, een van oorsprong Australisch programma voor opvoedingsondersteuning aan ouders met kinderen in de leeftijd van 0-16 jaar. Het is een laagdrempelig en integraal programma met als doel de preventie van (ernstige) emotionele- en gedragsproblemen bij kinderen door het bevorderen van competent ouderschap. Stepping Stones is gericht op de opvoeding van kinderen met een beperking, verstandelijke handicaps, lichamelijke handicaps en ontwikkelingsstoornissen. Naar de effectiviteit van Stepping Stones wordt momenteel in Nederland effect onderzoek gedaan door UMC Groningen.

- Opvoedingsprogramma voor kinderen met ernstige meervoudige beperkingen in kinderdagcentra.

Er is onderzoek gedaan naar de implementatie van het 'Opvoedingsprogramma' voor kinderen met ernstige meervoudige beperkingen in kinderdagcentra (Poppes & Vlaskamp, 2001).

- Stevig Ouderschap (voorheen OKé - Ouder- en Kindzorg extra).

Zes preventieve huisbezoeken, afgelegd door een jeugdverpleegkundige in gezinnen met een pasgeboren kind gedurende de eerste 18 maanden. Bestemd voor gezinnen met een verhoogd risico op opvoedingsproblematiek.

- Het Portage Programma Nederland (PPN)

PPN is een thuisinterventieprogramma met als doel de ontwikkeling van een kind met een ontwikkelingsachterstand te stimuleren en/of gewenste gedragsveranderingen teweeg te brengen. Het programma richt zich specifiek op gezinnen met kinderen met een mentale beperking in de ontwikkelingsleeftijd van 0 tot 6 jaar of kinderen in thuisituaties met een verzwaarde of gespannen opvoedingssituatie. Om de ontwikkeling te stimuleren voeren de ouders gedurende een half tot twee jaar enkele keren per dag specifieke programma-activiteiten met hun kind uit. Een thuisbegeleider, onder supervisie van een orthopedagoog, bezoekt het gezin eenmaal per week. Er is ook een Portage GroepsProgramma (PGP) voor uitvoering in een Kinderdagcentrum.

- **JUMP-in**

Het doel van JUMP-in is een toename van de totale dagelijkse lichamelijke activiteit en van sportdeelname van kinderen van basisscholen in achterstandswijken. Het programma heeft onderdelen op het terrein van onderwijs, sport, zorg en beleid. Binnen bepaalde programmaonderdelen is er specifieke aandacht voor inactieve kinderen, kinderen met overgewicht, kinderen met een achterstand in hun motorische ontwikkeling of andere beperkingen in de bewegingcontext. Het programma wordt uitgevoerd op school en is ontworpen voor permanent gebruik.

- **Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP**

Het gaat hier om een kortdurende interventie, bestemd voor gezinnen met een kind van 9 tot 14 jaar waarin een of beide ouders een psychiatrische stoornis heeft. Doel is te voorkomen dat kinderen zelf problemen ontwikkelen. Dit wordt bereikt door het stimuleren van de communicatie binnen het gezin en het versterken van de veerkracht van de kinderen.

- **Families First**

Families First is intensieve crisishulp aan gezinnen met als doel om het gezin bij elkaar te houden en uithuisplaatsing van één of meer kinderen te voorkomen. De veiligheid van de kinderen staat voorop. De hulp duurt vier tot zes weken, sluit aan bij de behoeften van het gezin en is gericht op het vergroten van de competentie van gezinsleden door middel van het versterken van datgene wat goed gaat en het aanleren van nieuwe vaardigheden.

- **Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG)- Erger Voorkomen**

IOG-Erger Voorkomen (Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling; Erger Voorkomen) wil jeugdigen (8-17 jaar) met beginnend delinquent of normoverschrijdend gedrag en met problematieken op een of meer leefgebieden behoeden voor het ontwikkelen van een criminele loopbaan. IOG-Erger Voorkomen versterkt hiervoor de opvoedingsvaardigheden bij ouders en de sociale en cognitieve vaardigheden van kinderen. De behandeling richt zich op meerdere leefsysteem van het kind en maakt gebruik van verschillende methodieken. IOG-Erger Voorkomen duurt minimaal zes weken en maximaal zes maanden, waarbij de gezinshulpverlener het gezin twee à drie keer per week één à twee uur thuis bezoekt.

7.2.5 Alleenstaande ouders

Alleenstaande ouders zijn minder bekend met de activiteiten van opvoedingsondersteuning of met de inhoud daarvan. Alleenstaande ouders ervaren daarnaast veel belemmeringen voor deelname aan activiteiten voor opvoedingsondersteuning: zij zijn te druk met andere zaken, zij kunnen slechte ervaringen met de hulpverlening hebben gehad, te maken hebben met praktische problemen (zoals het ontbreken van kinderopvang) of zij hebben problemen met het betalen van opvoedingsondersteuning. Een programma dat is toegesneden op aanstaande alleenstaande ouders is VoorZorg.

- **VoorZorg**

VoorZorg is een preventieve interventie gericht op hoog risico-moeders (vaak (alleenstaande) tienermoeders), waarmee kindermishandeling of -verwaarlozing voorkomen moet worden. Tijdens het programma, dat begint circa 5 maanden voor de geboorte en doorloopt tot het kind 24 maanden is, worden door middel van huisbezoeken risicofactoren systematisch aangepakt. VoorZorg is gebaseerd op het in de USA bewezen effectief gebleken Amerikaanse Nurse Family Partnership.

7.2.6 Orthodox gereformeerde ouders

Ouders die het gereformeerde of reformatorische geloof belijden, maken weinig gebruik van (lokale) openbare voorzieningen. Men wacht soms lang met het zoeken van hulp of het stellen van een hulpvraag. Volgens de ouders spelen de voorzieningen (te) weinig in op hun

vragen en behoeften. Moeders uit gereformeerde gezinnen blijken niet gemakkelijk te praten met professionals buiten de eigen kring over de opvoeding van hun kinderen, omdat buitenstaanders andere normen en waarden hanteren. Verder ontlenen vrouwen binnen de gereformeerde gezinnen hun identiteit soms vooral aan het moederschap. Vanwege hun normatieve houding zullen deze vrouwen opvoedingsproblemen niet gemakkelijk erkennen. Er is gebrek aan vertrouwen in de zorgverleners en ouders ervaren cultuurproblemen bij een zorgaanbod buiten de eigen kring. Er kan sprake zijn van zorgmijding bij opvoedingsproblemen en men zoekt laat hulp (De Muynck & Post, 2010; Broer & Gouwe-Dingemans, 2009; van den Berg ea., 2005). Het is aan te bevelen, ook bij orthodox gereformeerde ouders, zoveel mogelijk aan te sluiten bij hun eigen normen en waarden en rekening te houden met eventuele cultuurverschillen. Voor het bieden van opvoedingsondersteuning kan gebruikt gemaakt worden van bestaande ontmoetingsplaatsen, en sleutelfiguren en passende sociale media.

7.2.7 Overige overwegingen

Op verschillende manieren kan via de organisaties van professionals het aanbod van opvoedingsondersteuning aan de ouders worden gepresenteerd. Alle onderstaande vormen zoeken de ouders op in hun eigen situatie en context:

- In een informele sfeer: thuisparty's, tupperware party's
- Met inzet van vrijwilligers
- Op plaatsen waar ouders komen: ouderavonden of thema-avonden op school, in de opvang, consultatiebureau/CJG, etc.
- Met inzet van voorlichters in de eigen taal en cultuur (VETC-ers)
- Met uitvoering door zelforganisaties
- Sociale media
- Websites en internetplatforms
- Schriftelijke en digitale voorlichting
- Spreekuur
- Huisbezoek
- Groepsbijeenkomsten (training, cursus)
- Online- of e-hulp
- Televisie
- Telefonische voorlichting of advies
- Ontmoetingsplaatsen (ouderkamer, vadercentrum, moskee/kerk, etc.)
- Praktische steun

7.2.7.1 Het bereiken van ouders uit risicogroepen

Op het moment dat een zwangere vrouw in aanraking komt met een verloskundige kan deze informeren over opvoedingsondersteuning die vanuit de gemeente wordt gegeven. In het geval er signalen zijn dat de ouders steun behoeven bij de opvoeding kan een huisbezoek worden overwogen en diverse hulp worden ingezet. Voor een programmatische structuur voor het vroegtijdig signaleren van opvoedingsproblemen vanaf de geboorte kunnen prenatale huisbezoeken worden gebracht door de JGZ en kan bijvoorbeeld het programma Samen Starten, Stevig Ouderschap, VoorZorg (tot 28^{ste} week zwangerschap) of Triple P worden ingezet. Indien er problemen worden geconstateerd gaat de jeugdverpleegkundige op huisbezoek en maakt samen met de ouders een plan om de problemen aan te pakken.

Voor het bereiken van ouders met kinderen op de basisschool of op het voortgezet onderwijs is de school de beste toegangspoort. Ouders geven aan de school een vertrouwenspositie toe te dichteninopvoedkundige zaken (Berg 2005; Romijn et al. 2005). Via de zorgadviesteams, waarin JGZ-medewerkers en het schoolmaatschappelijk werk participeren, maar ook via de activiteiten in het kader van ouderbetrokkenheid kan aandacht worden geschonken aan

opvoedingsondersteuning. Daarnaast kunnen de ouders vanuit school schriftelijk over opvoedingsondersteuning worden geïnformeerd. Ouders richten zich ook relatief gemakkelijk tot de huisarts met (ook niet-medische) vragen over hun kinderen (Romijn et al., 2005). Naast de school, kan dus ook de huisarts een belangrijke functie vervullen in het verwijzen van ouders naar opvoedingsondersteuning.

Om ouders te (blijven) interesseren voor opvoedingsondersteuning is het van belang dat wordt aangesloten bij de vragen en behoeften die bij deze ouders leven. Om aanbod te evalueren en aan te sluiten bij andere of nieuwe vragen is het zinvol om tegelijkertijd met het informeren over het aanbod ook direct te vragen naar wensen en vragen vanuit de ouders zelf. Een methode om het perspectief van de ouders dichterbij te krijgen is het organiseren van zogenaamde spiegelbijeenkomsten, waarbij ouders in een kringgesprek delen over hun ervaring met het zorg- of opvoedingsaanbod en professionals toevoegden zijn (Bartels, 2011).

7.2.8 Conclusies

De conclusies over diversiteit in de interventies bij opvoedingsondersteuning zijn de volgende:

1. Het is aangetoond dat de effectiviteit van de generieke opvoedingsprogramma's empirisch het beste onderbouwd zijn, terwijl cultuursensitieve opvoedingsprogramma's er beter in slagen om etnische minderheidsgroepen deel te laten nemen in het programma en hen als deelnemer te behouden (Barlow, 2004, Kumper 2002).
2. Er zijn aanwijzingen dat voor verschillende risicogroepen (niet-westerse allochtonen, ouders met een lage SES en alleenstaande ouders) geldt dat opvoedproblemen samenhangen met de context waarin ouders hun kind moeten opvoeden: het opvoeden in twee culturen, mogelijke achterstelling, meer gezondheidsproblemen en meer armoede (Blokland, 2010).
3. Het is aangetoond dat er slechts voor enkele risicogroepen specifieke interventies beschikbaar zijn die (in het buitenland) bewezen effectief zijn, bijvoorbeeld Stepping Stones en VoorZorg (De Graaf, 2010, Olds, 2001)..
4. Er zijn aanwijzingen dat bij het informeren van ouders over het aanbod van opvoedingsondersteuning er goed moet worden afgestemd op de doelgroep. Het is aan te bevelen om het aanbod mede af te stemmen op scholingsachtergrond, basisvaardigheden, basiskennis, abstractievermogen en de beheersing van het Nederlands (Blokland 2010, Romijn 2005, Pels, 2009).

Er zijn aanwijzingen dat ouders van jeugdigen (met een beperking) kunnen profiteren van Stepping Stones, Jump in, PPN, STEPS, IOG, Families First, KOPP programma, Stevig Ouderschap.

7.2.9 Aanbevelingen

- Het is aan te bevelen om gevalideerde programma's te gebruiken voor risicogroepen.
- Empirisch onderbouwde programma's hebben de voorkeur, maar als de doelgroep niet wordt bereikt, of, wanneer deze wel komt maar niet blijven deelnemen, gaan praktische argumenten boven wetenschappelijke argumenten. De JGZ moet op grond van diens eigen locale ervaringen keuzes maken voor specifieke programma's.
- Het is aan te bevelen zoveel mogelijk aan te sluiten bij de behoeften en de mogelijkheden van de doelgroep die men wil bereiken en de plaatselijke betrokkenen.
- Voor het bereiken van de doelgroep kan gebruik worden gemaakt van bestaande ontmoetingsplaatsen, de media en van sleutelfiguren en passende sociale media. Er kan worden gekozen voor een persoonlijke benadering die wordt ondersteund met eenvoudig schriftelijk of beeldmateriaal en voor. Via mond op mond reclame binnen de groep kan de informatie worden doorgegeven. Deze benadering kan worden aangevuld met

bekendmaking via sociale en plaatselijke media; de krant of de lokale radio of tv, aankondiging op websites, informatie via scholen, consultatiebureaus/CJG's en huisartsen, buurthuizen, kerken en moskeeën en de sociale dienst. VETC-ers kunnen hierbij een belangrijke rol hebben. Sleutelfiguren kunnen moeders met veel aanzien zijn in een specifieke groep, maar ook consulents bij sociale zaken die veel vertrouwen genieten bij ouders met een bijstandsuitkering en die zinvolle informatie kunnen leveren over financiële zaken en eventuele schulden. Via de sleutelfiguur kan vertrouwen binnen de groep worden gewonnen, maar kan ook informatie worden verkregen over welke onderwerpen leven, hoe bepaalde zaken het beste kunnen worden gepresenteerd of wat goede locaties zijn om bijeenkomsten te organiseren. Het is de moeite waard om tijd te investeren in het vinden van de juiste sleutelfiguren bij een specifieke doelgroep en van de juiste middelen, wat sociale media kan zijn.

- Het is aan te bevelen om leraren en huisartsen bewust te maken van het feit dat ouders de behoefte aan opvoedingsondersteuning vaak bij hen neerleggen en dit veelal impliciet doen (Romijn 2005). Overige kanalen zijn het consultatiebureau en het CJG. Opvoedings-sprekuren moeten bekender worden bij ouders.
- Het is aan te bevelen om bij het benaderen van de doelgroep aan te sluiten bij de leefwijze en de wensen uit de doelgroep en om rekening te houden met eventuele cultuurverschillen. Naast de wensen en mogelijkheden is het ook van belang om beperkingen binnen de groep in het oog te houden. In dit kader kan worden gedacht aan financiën, kinderopvang, vakanties/feestdagen, en meest geschikte tijdstip voor een bijeenkomst (overdag of 's avonds) en een geschikte locatie (gemakkelijk te bereiken en veilig voor de groep). Het kan soms nuttig zijn mannen en vrouwen gescheiden te benaderen, rekening te houden met het scholingsniveau (analfabetisme) en de beheersing van de Nederlandse taal. Het positief brengen van de boodschap, het aansluiten aan bij vragen die er binnen de groep leven en de ouders aanspreken als ervaringsdeskundige is wenselijk.

8. Beslissen over ondersteuning en hulp bij het opvoeden

In dit hoofdstuk komt de volgende uitgangsvraag aan de orde: “*Wat is een werkzaam beslisschema voor de JGZ voor signalering, bepalen van de informatie-, hulp- of zorgvraag en de toeleiding naar hulp?*”.

Daartoe heeft de werkgroep een beslisschema ontworpen, dat is gebaseerd op:

- schema's van richtlijnen met vergelijkbare vraagstellingen;
- de analyse van de uitvoeringspraktijk van opvoedingsondersteuning aan de hand van protocollen voor jeugdverpleegkundigen, pedagogen en jeugdartsen;
- het advies van de beroepsverenigingen over toeleiding naar zorg vanuit het CJG
- theoretische noties en wetenschappelijk en praktijkonderzoek over besluitvorming.

Het schema is beschreven in werkkaart 2, die op de volgende twee pagina's is weer gegeven in tabel 8.

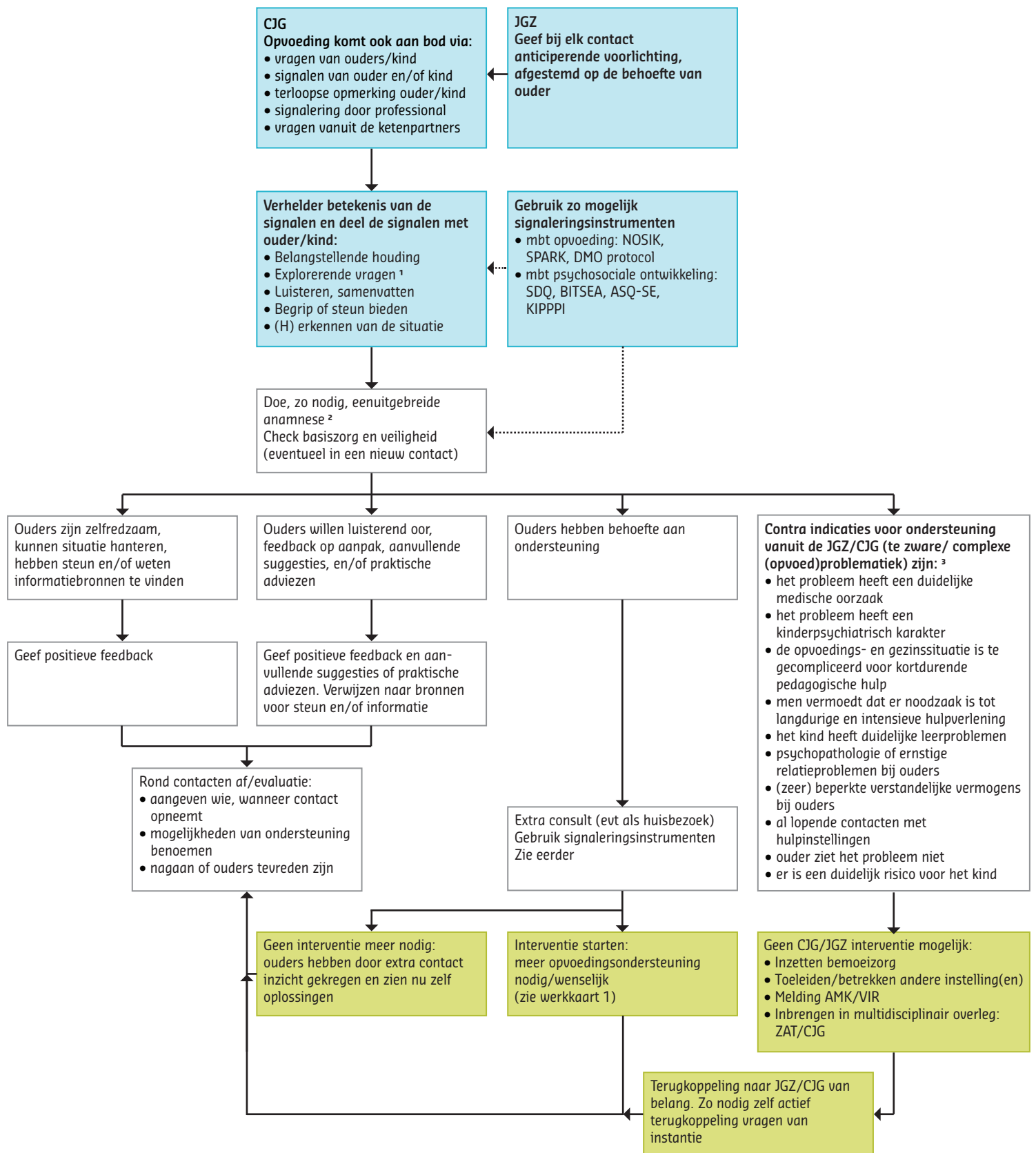
Het uitgangspunt is dat de vragen, zorgen of (mogelijke) problemen op allerlei momenten en in allerlei situaties aan JGZ- of CJG-professionals kunnen worden voorgelegd. Veel gebeurt dat tijdens een regulier contact met de jeugdverpleegkundige of jeugdarts tijdens of rondom een afspraak op het consultatiebureau, op school of het Centrum voor Jeugd en Gezin. Het kunnen ook de pedagoog of de doktersassistente zijn, die de vraag krijgen voorgelegd. Dat kan ook zijn bij een spreekuur, tijdens een toevallige ontmoeting, in een huisbezoek, op een voorlichtings- of ouderavond of bij een tupperware opvoedparty. Het kan gaan om een expliciete vraag, maar ook om een terloopse opmerking. Het kan ook gaan om een signaal van een collega-professional, die zich zorgen maakt om een ouder of een kind. Kortom de startsituaties kunnen zeer uiteenlopend zijn.

Het beslisschema geeft de stappen in de besluitvorming aan voor de JGZ- en CJG-professional in het contact met de ouder(s). In aanvulling daarop zijn suggesties aangegeven voor de explorerende vragen, die nodig zijn om tot verheldering van de vraag of het signaal te komen. Training in die vorm van gespreksvoering is daarbij essentieel. Ook zijn de items opgenomen, die bij een meer uitvoerige anamnese door JGZ-professionals zijn te gebruiken voor een inschatting van de basiszorg en de veiligheid van het kind.

Tabel 8. Beslisschema bij opvoedingsondersteuning(Werkkaart2)

Het schema op de volgende pagina is te gebruiken bij de preventie, signalering en interventies inzake opvoedproblematiek voor de professionals in het CJG en/of de JGZ.

Te gebruiken bij de preventie, signalering en interventies inzake opvoedproblematiek voor de professionals in het CJG en/of de JGZ.



1. Voorbeelden van explorerende vragen, zie pagina 2
2. Beschrijving anamnestiche vragen, zie pagina 2
3. Bron: Blokland, G. 'Over opvoeden gesproken. Methodiekboek pedagogisch adviseren', 2010.



Voorbeelden van explorerende vragen (ter ondersteuning, training in gespreksvoering is essentieel)

- Waar gaat het over?
- Wat, waar, wanneer, hoe?
- Sinds wanneer spelen de vragen over opvoeden of de (lichte) opvoedingsproblemen?
- Was er toen een aanleiding?
- Wat zou anders een oorzaak kunnen zijn volgens de ouders?
- Wat zijn gevolgen?
- Maakt men zich zorgen (en waarover)?
- Spelen er ook andere dingen met het kind of in het gezin? (problemen / zorgelijke omstandigheden)
- Hoe pakken de ouders de situatie nu aan?
- Zitten ze op één lijn?
- Waar zijn ze wel/niet tevreden over?
- Welke vragen hebben ze erover?
- Wat zou anders moeten? Wat wil men bereiken?
- Overwegen de ouders op dit moment een andere aanpak?
- Wat hebben ze voor ogen? Hoe willen ze het gaan doen?
- Wat zijn de verwachtingen van de ouders ten aanzien van hun kind en ten aanzien van de zorgverlener?
- Waarmee kun je de ouders van dienst zijn? (Tips, informatie of ondersteuning.)
- Of formuleer zelf "een aanbod" en check dit bij de ouder.

Het doel is een goed beeld krijgen van de situatie en de eventuele zorgbehoefte van de ouders.

De professional stelt relevante vragen, luistert actief vanuit een open niet oordelende houding.

Uitgebreide anamnese: relevante items voor inschatting van basiszorg en veiligheid van het kind bij vermoeden van problematiek.

Indicatoren zijn uitingen van problemen, duur en intensiteit, verstoorde balans draagkracht – draaglast.

Het probleem (de ernst ervan) en de zorgbehoefte worden vastgesteld op basis van taxatie van de volgende items:

1. Vraag (bezorgdheid) van de ouder(s), of de last die men ervaart. Het ervaren probleem, en de gevolgen ervan. Dit kan geïnventariseerd worden met behulp van een oudervragenlijst (SPARK, DMO-protocol, NOSIK, KIPPI of bijvoorbeeld de vragenlijst "vroegsignalering psychosociale problematiek" of de Stap-voor-stap methode). Bij meerdere problemen: Wat is voor de ouder het grootste probleem op dit moment?
2. Vraag (bezorgdheid) JGZ, kinderopvang en/of school, of de last die men ervaart. Het ervaren probleem en de gevolgen ervan.
3. Welbevinden kind / jeugdige: gezondheid en ontwikkeling(perspectief). Kan geïnventariseerd worden met behulp van oudervragenlijst met behulp van een oudervragenlijst (SPARK, DMO-protocol, NOSIK, KIPPI of bijvoorbeeld de vragenlijst "vroegsignalering psychosociale problematiek" of de Stap-voor-stap methode) .
4. Gezinsituatie: Gezondheid welbevinden van de andere kinderen. Betrokken andere hulpverleners in het gezin.
5. Competentie primaire opvoeder (aan de hand van de SPARK, DMO-protocol, NOSIK, KIPPI of bijvoorbeeld de vragenlijst "vroegsignalering psychosociale problematiek" of de Stap-voor-stap methode):
 - Inzicht in de ontwikkeling;
 - Kennis over de opvoeding van kinderen;
 - Opvoedingsvaardigheden;
 - Opvoedingsattitude;
 - Zelfreflectie van de ouder op het eigen handelen en het effect ervan;
 - Inzicht in de problematiek.
6. Rol van de partner cq andere opvoeder (m.b.t. verzorging / opvoeding / ondersteuning / probleeminzicht).
7. Stressvolle omstandigheden c.q. aanwezige risicofactoren in het gezin; balans draagkracht-draaglast.
8. Sociaal netwerk van het gezin (m.n. de bronnen van "eigen kracht").
9. Informatie van andere informanten (kinderopvang, school, zorgteams etc.).
10. Relevante informatie uit de voorgeschiedenis / effect eerdere hulpverlening.
11. Motivatie van ouders op dit moment om de situatie te veranderen, wanneer zijn ze tevreden?
12. Wat hebben ouders al geprobeerd, met welk effect?
13. Welke hulp willen de ouders op dit moment het liefste hebben en van wie?

Samenvatting en conclusie. Check dit bij ouders.

Gezamenlijk vaststellen van het plan van aanpak.

Wat zijn de concrete afspraken tussen ouders en zorgverlener? Check dit ook bij ouders

Bij het schema passen drie opmerkingen:

1. Besluitvorming over ondersteuning en hulp is in de praktijk van het CJG en de JGZ een relatief onontgonnen terrein. Het proces van beoordelen en beslissen is geen gemakkelijke opgave (Bartelink c.s., 2010). Om dat goed te kunnen doen is het nodig om gestructureerd en transparant te werken, gebaseerd op onderzoek en kennis over 'wat werkt?' en in dialoog met ouders en kinderen. De ouders zijn actief betrokken bij het besluitvormingsproces. Maar dan nog is dit complexe proces een lastige opgave. Op suggestie van Hermanns beveelt de werkgroep aan een interventiewijzer te ontwikkelen (zie ook hoofdstuk 6 / bijlage 9) teneinde een explicietere verbinding te maken tussen de vastgestelde behoefte aan ondersteuning bij de opvoeding en de beschikbare interventies. In tabel 9 heeft de werkgroep die exercitie gemaakt door bij de meest voorkomende opvoedingsvragen per leeftijdsfase passende interventies ter preventie en lichte hulp te benoemen.

Tabel 9: Meest voorkomende opvoedingsvragen gekoppeld aan leeftijdsfase en in te zetten interventies³

Leeftijd	Baby (0-1)	Peuter/kleuter (1-4)	Schoolkinderen (4-12)	Adolescent (12-19)
Meest voorkomende opvoedingsvragen	Mogelijke interventies			
Algemene ontwikkeling kind	<i>Preventie</i> Triple-P (niv 1&2) Stap-voor- stap MIM	<i>Preventie</i> Triple-P(niv 1&2) Gordon oudercursus Peuter-in-zicht Stap-voor-stap Home-start	<i>Preventie</i> Triple-P(niv 1&2) Gordon oudercursus Opvoeden & Zo Home Start Stap-voor-stap	<i>Preventie</i> Triple-P(niv 1&2) Gordon oudercursus
	<i>Lichte hulp</i> Triple-P (niveau 3) K-VHT Armoede en gezondheid	<i>Lichte hulp</i> Triple-P (niveau 3) K-VHT Armoede en gezondheid	<i>Lichte hulp</i> Triple-P (niveau 3) VHT Armoede en gezondheid	<i>Lichte hulp</i> Triple-P (pubers) Beter omgaan met pubers
▪ Zindelijkheid			<i>Lichte hulp</i> Droog-Bed-Training ⁴	
▪ Gedrag		Triple P (niveau 1-3)	Triple P (niveau 1-3)	Triple-P (pubers)
▪ Spraak/taal	Boekenpret	Boekenpret		
Zie daarnaast de richtlijnen voor huilen, voedingsgedrag & eetproblemen en zindelijkheid				
De aanpak van de opvoeding en het ouderschap in het algemeen	<i>Preventie</i> Triple-P(niv 1&2) Gordon oudercursus Stap voor stap MIM Home-start	<i>Preventie</i> Triple-P(niv 1&2) Gordon oudercursus Stap voor stap Peuter in Zicht Home-start	<i>Preventie</i> Triple-P(niv 1&2) Gordon oudercursus Stap voor stap Opvoeden & Zo	<i>Preventie</i> Triple-P(niv 1&2) Gordon oudercursus Stap voor stap
	<i>Lichte hulp</i> Triple-P (niveau 3) K-VHT Ouder-baby-	<i>Lichte hulp</i> Triple-P (niveau 3) K-VHT Stevig ouderschap VoorZorg	<i>Lichte hulp</i> Triple-P (niveau 3) VHT	<i>Lichte hulp</i> Beter omgaan met pubers Triple-P pubers VHT

³ De genoemde interventies zijn opgenomen in de Databank Effectieve Interventies Jeugd. Alle interventies zonder voetnoot zijn in theorie effectief.

⁴ Waarschijnlijk effectief (niveau 2, mate van evidence)

	interventie ⁵ Stevig ouderschap VoorZorg			
Omgaan met lastig, moeilijk of ongehoorzaam gedrag of gedragsproblemen	<i>Preventie</i> Triple-P (niv 1&2) Gordon oudercursus Stap voor stap	<i>Preventie</i> Triple-P (niv 1&2) Gordon oudercursus Peuter in Zicht	<i>Preventie</i> Triple-P (niv 1&2) Gordon oudercursus Opvoeden & Zo	<i>Preventie</i> Triple-P (niv 1&2) Gordon oudercursus
	<i>Lichte hulp</i> K-VHT Moeder-baby- interventie ⁶	<i>Lichte hulp</i> Triple-P (niv 3) K-VHT VIPP-SD ⁷	<i>Lichte hulp</i> Triple-P (niv 3) Drukke kinderen VHT	<i>Lichte hulp</i> Triple-P (pubers) Beter omgaan met pubers
Omgaan met emotionele problemen (zelfvertrouwen, onzekerheid en (faal)angst	<i>Preventie</i> Triple-P (niv 1&2) Gordon oudercursus Stap voor stap	<i>Preventie</i> Triple-P (niv 1&2) Gordon oudercursus Stap-voor-stap	<i>Preventie</i> Triple-P (niv 1&2) Gordon oudercursus Stap-voor-stap	<i>Preventie</i> Triple-P (niv 1&2) Gordon oudercursus
	<i>Lichte hulp</i> K-VHT Moeder-baby- interventie ⁸	<i>Lichte hulp</i> Triple –P (niv 3) K-VHT Peuter in Zicht	<i>Lichte hulp</i> Triple-P (niv 3) Opvoeden & Zo	<i>Lichte hulp</i> Triple-P (pubers) Beter omgaan met pubers
Grenzen stellen en corrigeren en straffen	<i>Preventie</i> Triple-P(niv 1&2) Gordon oudercursus Stap voor stap	<i>Preventie</i> Triple-P (niv 1&2) Gordon oudercursus Stap-voor-stap	<i>Preventie</i> Triple-P (niv 1&2) Gordon oudercursus Opvoeden& Zo Stap-voor-stap	<i>Preventie</i> Triple-P (niv 1&2) Gordon oudercursus
	<i>Lichte hulp</i> Triple-P (niveau 3) K-VHT Moeder-baby- interventie ⁹ Stevig ouderschap VoorZorg	<i>Lichte hulp</i> Triple-P (niv 3) K-VHT Peuter in Zicht VIPP-SD	<i>Lichte hulp</i> Triple-P (niv 3) Drukke kinderen	<i>Lichte hulp</i> Triple-P (pubers) Beter omgaan met pubers

2. De werkgroep wil expliciet benoemen, dat de besluitvorming in het ontworpen schema zich richt op situaties, waarin ouders vragen hebben over de opvoeding, zich (lichte) zorgen maken over hun kind of hoe zij met hem/haar omgaan, of problemen ervaren met de opvoeding, waarvan op dat moment nog niet duidelijk is of ze wel dan niet ernstig zijn. Met die vragen, zorgen of problemen

⁵ Waarschijnlijk effectief (niveau 2, mate van evidence)

⁶ Waarschijnlijk effectief (niveau 2, mate van evidence)

⁷ Bewezen effectief (niveau 2, mate van evidence)

⁸ Waarschijnlijk effectief (niveau 2, mate van evidence)

⁹ Waarschijnlijk effectief (niveau 2, mate van evidence)

melden zij zich op allerlei plaatsen, zoals eerder gezegd. En dat kan dus ook zijn bij een regulier contact met de JGZ-medewerker tijdens een screening, vaccinatie, spreekuur of huisbezoek. Soms stellen ouders vragen expliciet, maar het kan ook zijn dat ze verdekt signalen afgeven van zorgen, die ze zich maken.

In hun advies aan de minister verwoordten de beroepsverenigingen (2011) deze context als volgt: *“De ambitie voor het inrichten van het primair proces in het CJG moet er op gericht zijn dat iedere stap voor de cliënt transparant is en aansluit bij de behoefte(n). Dit impliceert dat het CJG niet primair ingericht moet zijn op de ongeveer 5 % van de kinderen in Nederland die heeft te kampen met serieuze en langdurige opgroei- en opvoed problemen, maar op de 95% waarbij het ‘versterken van de opvoeding’ en het gezond opgroeien centraal staat”* (van Yperen en Stam, 2010).

Het besluitvormingsschema is niet gericht op diagnostiek. Als er een geconstateerd groot of complex probleem is, dan is inschakeling van diagnostische zorgverleners of gespecialiseerde zorg nodig (zie hoofdstuk 4)

3. Tenslotte coludeert de werkgroep dat besluitvorming over passende ondersteuning en lichte hulp misschien wel de zwakste schakel is in het huidige werkproces van opvoedingsondersteuning. Wij bevelen aan dat – onder meer in programma’s van ZonMw – het onderzoek en de ontwikkeling van effectieve besluitvorming over de ondersteuning en hulp bij het opvoeden met volle kracht wordt voortgezet.

9. Kosteneffectiviteit opvoedingsondersteuning

9.1 Inleiding

In dit hoofdstuk is uitgangsvraag i aan de orde: “*Hoe verhouden de kosten en baten van preventie van opvoed- en psychosociale problemen en opvoedingsondersteuning zich tot elkaar?*”. Er is gebruik gemaakt van Engelstalige reviews en wetenschappelijk onderzoek naar kosteneffectiviteit van opvoedingsondersteuning en de preventie van pedagogische en psychosociale problemen in het buitenland (bijlage 3). Daar kan meteen bij opgemerkt worden dat er nauwelijks Nederlands onderzoek is naar de kosteneffectiviteit van opvoedingsondersteuning en daarbij toegepaste interventieprogramma's (Hermanns c.s., 2005; Klein Velderman c.s., 2007). Die laatste zeggen in hun overzichtsstudie naar opvoed- en opgroei-ondersteuning daarover het volgende: “*Het valt op dat in het tot nu toe verrichte onderzoek gezondheidseconomische studies nagenoeg ontbreken*”. In onze literatuursearch vonden we één Nederlandse studie naar kosten en baten (Doorten en Rouw, 2006), één onderzoek naar de kosteneffectiviteit van een interventie: het ‘Incredible Years’-programma in Nederland (Posthumus, 2009) en de factsheet van de Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN), waarin de stelling wordt onderbouwd dat de JGZ in algemene zin belangrijke volksgezondheids- en maatschappelijke effecten bewerkstelligt, ook waar dit het opvoeden en opgroeien betreft (van Keulen, 2010). Meer Nederlands onderzoek is niet gevonden.

Overigens is ook internationaal het aantal beschikbare studies naar kosteneffectiviteit gering, onder meer als gevolg van de complexiteit van dergelijke studies en de vraagstukken van meetbaarheid, die het met zich meebrengt (Allen, 2011; Lilley, 2007; Schneewind, K.A. & Berkic, J. (2007). SAMHSA, 2007; Aos c.s., 2004). Daarbij valt op dat in de verschillende reviews vaak dezelfde interventieprogramma's worden genoemd. Hetzelfde geldt voor de kosteneffectiviteitsstudies die er zijn gedaan. In dat licht mag de studie van Aos c.s. uit 2004 als het meest baanbrekend en meest geciteerde worden gezien. In latere reviews is die studie vaak onderdeel van de reviewdata, waardoor een (bijna letterlijk) overtekend beeld dreigt te ontstaan van de kosteneffectiviteit van sommige programma's. Samenvattend is het niveau van bewijs B, reviews en vergelijkend onderzoek.

9.2 Uitkomsten van Nederlandse kosteneffectiviteitsstudies

In Nederland maakten Doorten en Rouw (2006) een studie naar de opbrengsten van sociale investeringen, waarin zij onder meer keken naar de kosten-baten verhouding van primaire preventie van kindermishandeling en de preventie van antisociaal gedrag. Deze RMO-studie bevat naast een beschouwing over de vraagstukken, die samenhangen met kosteneffectiviteitsstudies, een analyse van bestaande – met name Amerikaanse – studies van zes beleidsprogramma's. Met het nodige voorbehoud komen de onderzoekers tot de conclusie dat VoorZorg onder de huisbezoekprogramma's en Kaleidoscoop onder de programma's voor ontwikkelingsstimulering het meest kosteneffectief zijn. Zoals eerder gezegd worden deze conclusies niet bevestigd door Nederlands onderzoek, omdat dat op dit gebied er niet is. Een uitzondering daarop vormt het onderzoek dat Posthumus (2009) deed in een case control studie naar de kosteneffectiviteit van het Incredible Years ouderprogramma in vergelijking tot ‘care as usual’. In de kosteneffectiviteitsanalyse van de Incredible Years oudertraining voor kleuters met risico op chronische gedragsproblemen concludeert Posthumus dat Incredible Years kosteneffectief is vanuit het perspectief van gezin en samenleving. Kijkend naar het kosten niveau van de publieke dienstverlening is het programma niet persé kosteneffectief, wat zijn verklaring vindt in de grote variatie in de netto kosten van uitvoering van het programma van € 40-€178 voor een punt winst op de schaal voor gedragsproblemen.

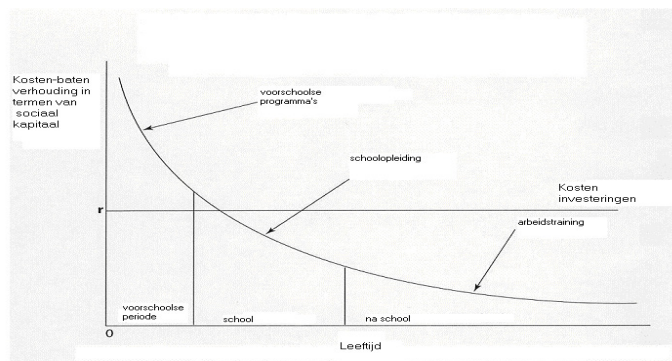
In 2010 heeft de beroepsvereniging AJN een factsheet over de Nederlandse jeugdgezondheidszorg uitgebracht, waarin de waarde economisch gezien als volgt is samengevat: “*Er wordt in Nederland 500 euro per persoon per jaar besteed aan defensie en 120 euro per persoon per jaar aan de uitvoering van de preventieve gezondheidszorg voor de jeugd!*” (van Keulen, 2010). JGZ wordt actief, systematisch en gratis aangeboden aan 3,9 miljoen Nederlandse kinderen van 0-19 jaar. Bij een bereik van 95% kost het totale preventieprogramma van de jeugdgezondheidszorg 120 euro per kind per jaar.

Daarvoor is het volgende dienstenpakket geleverd: volgen van de ontwikkeling van elk kind, informatie, voorlichting en advies aan kind en/of ouders, diverse interventies, waaronder medisch onderzoek, gezondheidsvoorlichting, vaccinaties, screenings en zorg op maat. Een groot deel van deze interventies is bewezen effectief. De gezondheidswinst is groot. Ondersteuning bij de opvoeding maakt onderdeel uit van dit dienstenpakket, maar kon niet afzonderlijk op z'n economische waarde worden bepaald. De factsheet bevat wel specifieke data over de stand van zaken van de opvoeding in ons land, maar geen gegevens over de kosteneffectiviteit van specifiek de opvoedingsondersteuning.

9.3 Uitkomsten van buitenlandse kosteneffectiviteitsstudies

In buitenlandse, met name Amerikaanse en Engelse reviews naar de preventie van opvoedproblemen en psychosociale problemen is een breed spectrum aan gezondheids-, sociale en economische effecten aangetoond. Ze passeren hieronder de revue:

1. Hermanns c.s. (2005) stellen dat ...*”wereldwijd een redelijke consensus is ontstaan over de noodzaak van vroegtijdig ingrijpen boven interventies op latere leeftijd. Het rendement van vroege investeringen in het opvoeden en opgroeien is groter dan latere investeringen* (zie figuur 4), zoals Carneiro & Heckman (2003) in hun oorspronkelijke studie aantoonde. In verschillende reviews (Aos c.s., 2004; SAMHSA, 2007; Lilley, 2007; Melhuish c.s., 2010) krijgt dit bevestiging, waarbij Lilley twee kanttekeningen toevoegt. Enerzijds mogen er niet te hoge verwachtingen aan interventies worden gekoppeld, anderzijds zal soms voortdurende ondersteuning nodig blijven om het effect te behouden en terugval te voorkomen.



Figuur 4. Rendement van vroege investeringen in opvoeden en opgroeien.

1. Door competente professionals toegepaste preventieve interventies bij opvoeden en opgroeien kunnen kosteneffectief zijn, doordat enerzijds de baten zich op een groot aantal gebieden manifesteren en anderzijds de kosten beperkt kunnen worden in verschillende sectoren. Genoemd worden onder meer (Siraj-Blatchford, 2010; SAMHSA, 2007; Hermanns, 2005; Aos c.s., 2004; Hosman, Jané-Llopis & Saxena, 2004):
 - Minder kosten in het bijzonder onderwijs en schoolbegeleiding
 - Lagere uitgaven voor politie en justitie
 - Minder herstelkosten van schade (materieel en immaterieel) voor burgers
 - Lagere medische kosten vanwege mishandelingen en verwaarlozing
 - Minder uitkeringen voor invaliditeit en werkloosheid
 - Meer inkomen door hogere arbeidsparticipatie
 - Hogere opleidingsgraad
 - Hogere kwaliteit van leven

In de verschillende studies en reviews zijn voor baten (opbrengsten) en kosten verschillende maten in verschillende sectoren genomen, wat de onderlinge vergelijkbaarheid van de studies ernstig beperkt.

2. Het Amerikaans kosteneffectiviteitsonderzoek van vroegtijdige interventies (Aos c.s., 2004) identificeerde uit een review van 3500 evaluatiestudies zeven kosteneffectieve programma's voor opvoedingsondersteuning, waarvan er voor zover bekend vijf in Nederland worden toegepast. De Good Behaviour Game (Taakspel) met een kosten-baten ratio van 1:25 speelt zich evenals de Life Skills Training (Levensvaardigheden: 1:26) in de school af. Nurse Family Partnership (VoorZorg) met een kosten-baten ratio van 1:3 wordt in de JGZ ingezet. Strengthening Families en Multi Systemic Therapy vinden in Nederland in de jeugdzorg toepassing.
3. Foster c.s. deden een studie naar de kosten van implementatie van Triple P (alle niveaus) in 9 provincies in de staat South Carolina in de USA. In die studie zijn vrij nauwkeurig de volledige kosten van de implementatie van Triple P per niveau geschat, afgezet tegen het aantal kinderen in de bereikte populatie. De uitkomst is dat de mediacampagne van positief opvoeden (Triple P niveau 1) nog geen 1 US Dollar per kind kost en de opvolgende niveaus 2-5 met een toenemend intensievere ondersteuning en hulp bijna 12 US Dollar per kind. Vervolgens wordt de aanname gedaan, dat na 1 jaar het aantal kinderen dat mishandeld en verwaarloosd wordt, daalt met 10% en de conclusie getrokken dat die kosten terugverdiend zijn. Daarbij past de kanttekening dat die aanname (reductie in mishandeling) maakt, dat elke prijs wellicht terugverdiend wordt. Dus ook als de kosten op 100 US Dollar per kind liggen, zal een reductie in mishandeling van 10% kosteneffectief zijn. Dat geeft meteen aan hoe lastig het is om kosteneffectiviteit aantoonbaar te maken.
4. Allen (2011) voegt na een brede analyse aan de constatering van Aos (2004) toe dat er twee strategieën lijken te zijn om kosteneffectief beleid te realiseren. De eerste strategie is de vroegtijdige inzet van programma's en activiteiten die bij een groot publiek een klein verschil bewerkstelligen met als gevolg een netto groot rendement. De tweede beleidsstrategie is het vroeg en tijdig inzetten van programma's en activiteiten bij een kleine specifieke doelgroep, die voor de ouders en kinderen uit die doelgroep een groot verschil uitmaken. Triple P is van de eerste strategie een voorbeeldprogramma, VoorZorg van de tweede strategie.
5. Uit de verschillende reviews is als generieke uitkomst op te maken, dat vroegtijdige interventies in alle gevallen zijn te prefereren. De kosteneffectiviteit is hoger naarmate de programma's zich op gezinnen met jongere kinderen richten. Huisbezoeken met behulp van effectieve programma's zijn kosteneffectief voor risicogezinnen, mits betrouwbaar en compleet uitgevoerd. De kosteneffectiviteit is groter naarmate de huisbezoeken intensiever zijn. Voor oudertrainingen zijn er eerste aanwijzingen van kosteneffectiviteit. Vanuit oogpunt van kosteneffectiviteit behoren de volgende interventieprogramma's voor de JGZ in Nederland tot de potentieel bruikbare interventies: VoorZorg, huisbezoeken (naar Nederlands voorbeeld toegepast: Stevig Ouderschap, maar als zodanig niet onderzocht), oudertrainingen zoals Triple P en Incredible Years. Waarbij de gedragsproblemen van de kinderen in het laatste programma vaak al weer te groot zijn voor een lichte interventie vanuit de JGZ of de Centra voor Jeugd en Gezin.

9.4 Conclusies

1. De werkgroep concludeert dat kosteneffectiviteitsstudies naar opvoedingsondersteuning in Nederland nagenoeg geheel ontbreken. Internationaal zijn een beperkt aantal kosteneffectiviteitsstudies voorhanden, waarbij er belangrijke onderlinge methodologische verschillen zijn om tot betrouwbare vergelijkingen te komen.
2. Wereldwijd is er consensus over de stelling, dat het rendement van vroege investeringen in het opvoeden en opgroeien groter is dan dat van latere investeringen.
3. Er is enig bewijs dat er twee strategieën lijken te zijn om kosteneffectief beleid te realiseren:
 - a. De vroegtijdige inzet van programma's en activiteiten die bij een groot publiek een klein verschil bewerkstelligen met als gevolg een groot netto rendement.
 - b. Het vroeg en tijdig inzetten van programma's en activiteiten bij een kleine specifieke doelgroep, die voor de ouders en kinderen uit die doelgroep een groot verschil uitmaken.
Er is enig bewijs dat huisbezoeken en oudertrainingen voor de JGZ in Nederland tot de potentieel kosteneffectieve, bruikbare interventies behoren.

9.5 Aanbevelingen

Onder de nodige methodologische beperkingen en met het voorbehoud dat een bevestiging van de kosteneffectiviteit in de Nederlandse situatie (op één uitzondering na) ontbreekt, is de werkgroep van mening dat de volgende interventieprogramma's voor het CJG in Nederland in potentie kosteneffectief in te zetten zijn voor (specifieke) opvoedproblemen: , Nurse Family Partnership (VoorZorg), en Triple P voor lichte opvoedingsondersteuning, voor intensieve opvoedingsondersteuning Incredible Years en Strengthening Families en de Good Behaviour Game (Taakspel) en de Life Skills Training (Levensvaardigheden) ter preventie van psychosociale problemen bij het kind. Een voorwaarde is dat de programma's betrouwbaar en volledig uitgevoerd worden door competente professionals en goed ingebed zijn in de preventieve zorgverlening van JGZ-organisaties.

Aanbevolen wordt dat de komende jaren in Nederland naar de kosteneffectiviteit van het instrumentarium en de interventies van opvoedingsondersteuning krachtig ter hand wordt genomen. Een afzonderlijk ZonMw-programma is wenselijk.

In het licht van kosteneffectiviteit is het aan te bevelen de opvoedingsondersteuning zo vroeg mogelijk in te zetten vanuit een public health-benadering van alle ouders aangevuld met gerichte inzet ter preventie van specifieke problematiek.

10. Wettelijke kaders, zorgstructuren en trends

In dit hoofdstuk staat de vraag centraal wat *de huidige wettelijke kaders, zorgstructuren en trends bij opvoeden* in Nederland zijn. Voor het beantwoorden van deze vraag is gebruik gemaakt van zogenoemde ‘grijze’ literatuur. Hier zijn vooral landelijke (Nederlandse) rapporten over dit thema gebruikt (onder andere van de overheid en de kennisinstututen) . Dit hoofdstuk is dus zowel op praktijk als op wetenschappelijk onderzoek gebaseerd. De mate van bewijs is D (mening van deskundigen; met uitzondering van de wetten). Met het oog op de komende transitie van de jeugdzorg en de bijbehorende verandering in wet- en regelgeving past hier de opmerking, dat de hieronder beschreven kaders aan voortdurende verandering onderhevig zijn en bij lezing achterhaald kunnen blijken te zijn. We beginnen met de wettelijke kaders gevolgd door de vigerende zorgstructuren en de trends rondom opvoeden.

10.1 Wettelijke kaders

Hieronder worden in het kort de belangrijkste wetten vermeld die van belang zijn in de zorg voor kinderen en jeugdigen, dus ook geldend voor CJGprofessionals (Ministerie van VWS, 2008). De volledige wetteksten zijn terug te vinden op:
<http://www.st-ab.nl/wettenoverige.htm>.

Wet publieke gezondheid (Wpg)

De activiteiten van de jeugdgezondheidszorg zijn vastgelegd in de Wet Publieke Gezondheid en het bijbehorende besluit jeugdgezondheidszorg. Deze wet heeft in 2009 de Wcpv (Wet collectieve preventie volksgezondheid), de Infectieziektenwet en de Quarantainewet vervangen. De kerntaken zijn in het ‘*Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg 0–19 jaar*’ uitgewerkt in productgroepen, producten en activiteiten (uniform deel en maatwerkdeel). Daar maakt advies, instructie, voorlichting en begeleiding bij de opvoeding deel van uit. Een nieuw onderdeel in de Wpg is de verplichte digitalisering van de patiëntendossiers bij de jeugdgezondheidszorg (JGZ). Het betreft een digitaliseringsplicht die als kwaliteit bevorderende maatregel wordt ingevoerd. Er is hier geen sprake van een elektronisch kind dossier, waar ook anderen dan werkers in de JGZ toegang tot hebben.

Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

Gemeenten zijn door de Wmo verantwoordelijk voor maatschappelijke ondersteuning, dat wil zeggen voor activiteiten die het mensen mogelijk maken om mee te doen in de samenleving. Dat geldt voor gezonde mensen en voor mensen met een beperking. Dit kan zijn door ouderdom of een handicap, een chronisch psychisch probleem, een psychosociaal probleem, maar bijvoorbeeld ook ouders en kinderen met opvoedproblemen. Verder vallen ook de maatschappelijke opvang, het verslavingsbeleid, het vrijwilligerswerk en de bestrijding van huiselijk geweld onder de Wmo. Vooral het prestatieveld ‘Preventieve ondersteuning jeugd’ is bij de zorg voor de jeugd van belang. Het heeft betrekking op jeugdigen – en in voorkomende gevallen hun ouders – bij wie sprake is van een verhoogd risico op ontwikkelingsachterstand of uitval zoals schooluitval of criminaliteit, maar voor wie zorg op grond van de Wet op de jeugdzorg niet nodig is dan wel voorkomen kan worden.

Wet op de jeugdzorg

De Wet op de jeugdzorg heeft twee doelen: betere zorg voor jeugdigen en hun ouders én het versterken van hun positie. In een eenvoudiger georganiseerd stelsel voor de jeugdzorg staat de cliënt centraal. Dit uitgangspunt ligt vast in de volgende vijf beleidsdoelstellingen: 1) de vraag van de cliënt centraal; 2) recht op jeugdzorg; 3) één centrale, herkenbare toegang tot de jeugdzorg; 4) integratie van Advies- en Meldpunten Kindermishandeling, de (gezins)voogdij en de jeugdreclassering in het bureau jeugdzorg; en 5) introductie van gezinscoaching.

De Wet op de jeugdzorg dateert van 1 januari 2005 en regelt dat Bureau Jeugdzorg voor jongeren tot en met 17 jaar met mogelijke problemen een indicatie afgeeft voor jeugdzorg. Samen met jeugdige en ouders wordt het probleem omschreven en bepaald welke zorg nodig is. Na het opstellen van het indicatiebesluit helpt het Bureau Jeugdzorg de cliënt met het vinden van de juiste zorg. Direct verwijzen, zonder indicatiebesluit, naar een zorgaanbieder is dus niet mogelijk. Er is één uitzondering. Een jeugdarts mag rechtstreeks doorverwijzen naar de jeugd GGZ wanneer hij een redelijk vermoeden heeft van een ernstig psychische stoornis bij de jeugdige. Deze uitzondering staat beschreven in het Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg. Eind 2010 is er een wetsvoorstel tot wijziging van de wet op de jeugdzorg in de maak in verband met het opnemen van een gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de jeugdketen.

Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG)

De Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) bevat regels voor zorgverlening door professionals in de gezondheidszorg. De wet richt zich op de kwaliteit van de beroepsuitoefening om zo de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door zorgverleners. De Wet BIG stelt openbare registers in voor apothekers, artsen, fysiotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, tandartsen, verloskundigen en verpleegkundigen. Deze registers zijn ondergebracht in het BIG-register. Het BIG-register wordt beheerd door RIBIZ (Registratie en Informatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg). Een ander belangrijk onderdeel van de Wet BIG vormt de bevoegdheidsregeling voorbehouden handelingen. Deze regeling geeft aan onder welke voorwaarden en door welke zorgverleners voorbehouden handelingen (zoals operaties, injecties) mogen worden uitgevoerd. De Wet BIG regelt ook het tuchtrecht voor de gezondheidszorg.

Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp)

De Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) geeft regels voor een zorgvuldige omgang met persoonsgegevens. Sinds 1 september 2001 is de Wbp van kracht. De wet geeft aan wat de rechten zijn van de persoon wiens gegevens worden gebruikt en wat de plichten zijn van de instanties of bedrijven die deze gegevens gebruiken. Het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) controleert of bedrijven en instanties zich aan de Wbp houden.

Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)

Deze wet regelt de relatie tussen patiënt en hulpverlener. Wanneer een patiënt de hulp van een zorgverlener inroept, ontstaat een geneeskundige behandelingsovereenkomst tussen hen beiden. De patiënt is opdrachtgever tot zorg. Zorg wordt gedefinieerd als: onderzoek en het geven van raad en handelingen op het gebied van de geneeskunst, die het doel hebben iemand van een ziekte te genezen, ziekte te voorkomen, de gezondheidstoestand te beoordelen of het verlenen van verloskundige bijstand. In de wet zijn de rechten en de plichten van de patiënt en de zorgverlener vastgelegd evenals de bewaartermijnen van medische dossiers.

Kwaliteitswet zorginstellingen

De Kwaliteitswet zorginstellingen (1 april 1996; wijziging november 2005) stelt globale eisen aan de zorg in plaats van vele en gedetailleerde normen. De eigen verantwoordelijkheid van de zorginstelling voor kwalitatief goede zorg is het uitgangspunt. De individuele zorginstelling (of koepelorganisatie) moet de algemene eisen die de wet stelt zelf verder uitwerken en invullen. De Kwaliteitswet is van toepassing op alle instellingen (ziekenhuizen, RIAGG's, privé-klinieken, enzovoort) in de zorgsector, dus ook op het CJG.

Wet Passend Onderwijs

In 2011 wordt de Wet passend onderwijs van kracht. Deze wet is gericht op vernieuwing van de speciale leerlingenzorg in het primair en voortgezet onderwijs. De overheid wil hiermee bereiken dat er een integrale aanpak ontstaat waarbij meer samenhang is tussen de voorzieningen. De behoefte van het kind staat centraal. Schoolbesturen zijn er straks verantwoordelijk voor dat elke (zorg)leerling een

passend onderwijsaanbod krijgt dat past bij de mogelijkheden en beperkingen van zowel de desbetreffende leerling als de school.

10.2 Landelijke ontwikkelingen

Rol van de JGZ in het CJG

Voor de invulling van het CJG hebben de VNG, het ministerie voor Jeugd en Gezin, IPO, MO-groep, ActiZ en GGD Nederland samen een basismodel afgesproken (2007). De inzet van de JGZ moet gecombineerd zijn met de lokale activiteiten gericht op opvoed- en opgroei steun en er moet een schakel zijn met de Bureaus Jeugdzorg en de leerlingenzorg in het onderwijs. Iedere gemeente staat voor de uitdaging om de JGZ een plek te geven in het CJG. Als hulpmiddel om te bepalen hoe de onderdelen uit het basismodel een plaats krijgen in het CJG, is een drieluik ontwikkeld: 1. inlooppunt voor informatie en advies, 2. diensten in het kader van de opvoed- en opgroei praktijk en 3. sluitende aanpak. De JGZ kan in alle drie de onderdelen van het CJG een rol spelen.

- De CJG-frontofficediensten kunnen uitgevoerd worden op allerlei locaties, ook die van de JGZ: consultatiebureaus en scholen. De JGZ heeft een goed imago en is laagdrempelig. Ouders en verzorgers stappen gemakkelijk naar de JGZ voor hulp; de consultatiebureaus hebben vaak een klantenbereik van bijna 100%. Dit maakt het geschikt als CJG-inlooppunt voor opvoedingsondersteuning en daarmee versterkt het de frontofficefunctie van het CJG. Daardoor kunnen meer ouders en jeugdigen bereikt worden en zullen ouders eerder met problemen of vragen naar het CJG gaan. Om jeugdigen en hun ouders en verzorgers te bereiken kan hiernaast gekozen worden om aan te sluiten op de JGZ op scholen of bij de GGD. De backofficewerkzaamheden die niet direct op publiek gericht zijn, kunnen overal plaatsvinden.
- De JGZ is een belangrijk onderdeel van het tweede luik van het basismodel van het CJG: de opvoed- en opgroei praktijk. De gemeenten moeten daarbij bepalen of ze de JGZ breed of smal willen invullen. Bij een smalle, minimale benadering beperken de uitvoerende organisaties van de JGZ zich tot het wettelijk vastgestelde basistakenpakket. Andere activiteiten als prenatale voorlichting en intensievere vormen van opvoedingsondersteuning zullen dan bij welzijnsorganisaties, kraamzorg en verloskundigen of maatschappelijk werk worden neergelegd. In de brede benadering krijgen de uitvoerende organisaties van de JGZ die werkzaamheden ook toebedeeld. Denk daarbij aan prenatale voorlichting in samenwerking met de kraamzorg en verloskunde, waardoor ouders voorbereid worden op wat er na de bevalling staat te gebeuren. Opvoedingsondersteuning vindt al voor een deel plaats in het verlengde van het BTP JGZ en is daardoor ook voor ouders een natuurlijk aanspreekpunt. Bij zorgorganisaties die de JGZ uitvoeren, zijn vaak ook maatschappelijk werkers en pedagogen in dienst. Krachtens het Besluit Publieke Gezondheid dient de GGD gedragswetenschappers in dienst te hebben.
- In het kader van het derde luik, de sluitende aanpak, speelt de JGZ ook een rol. De JGZ neemt samen met de andere CJG-partners deel aan netwerken waaronder casuïstiekoverleggen en zorgadviesteams' in en rondom het onderwijs. De JGZ kan op verzoek van de gemeente de rol van zorgcoördinator op zich nemen. Hierin ligt een relatie met het maatwerkproduct 'zorgcoördinatie' uit het BTP JGZ. Ook kan het beheer van de Verwijsindex Risicjongeren bij de JGZ worden neergelegd (BMC, 2009).

Samenhang en kwaliteit jeugdbeleid

De zorg- en adviesteams (ZAT), de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG's) en de Veiligheidshuizen zijn, volgens de Rijksoverheid (2010) het antwoord op de vraag naar meer samenhang en kwaliteit in het jeugdbeleid, de zorgstructuren in en om scholen en gezinnen en de verbetering van de veiligheid in de samenleving. Aansluitend bij het Internationale Verdrag van de Rechten van het Kind is het een brede maatschappelijke opdracht om alle kinderen en jeugdigen - ongeacht culturele achtergrond of kind- of gezinsgebonden beperkingen – optimale kansen te bieden om zich te ontwikkelen tot zoveel mogelijk zelfstandige en competente burgers in een democratische samenleving (Rijksoverheid, 2010). Focus van dat beleid is de investering via de ZAT's, de CJG's en de Veiligheidshuizen in de versterking van de positie van jeugdigen en gezinnen, in het garanderen van een goede plek in het onderwijs en

preventieve, snelle en passende hulp te mobiliseren. Daarbij gaat de overheid uit van de eigen kracht van gezinnen en een gezamenlijke, intersectorale aanpak vanuit de zorg, het onderwijs en justitie. Daarin is er veel ruimte voor de professional en is een samenwerking beoogd ‘voor en door de mensen’. Die samenwerking krijgt dus altijd een sterke ‘couleur locale’. De aanleiding om tot samenwerking te komen, zijn jeugdigen met meervoudige problemen die zich manifesteren in het gezin (opvoeding en zorg), in de school en de voorschoolse voorzieningen (onderwijs en opvang) of in de publieke ruimte (vrije tijd, cultuur, uitgaan, etc.) (Rijksoverheid, 2010).

Het zorg- en adviesteam

Zorg- en adviesteams (ZAT) in het onderwijs zijn multidisciplinaire teams waarin professionals uit (speciaal) onderwijs samenwerken met partijen buiten het onderwijs, zoals leerplicht/RMC, maatschappelijk werk, jeugdzorg, (jeugd)gezondheidszorg, GGZ en politie/justitie. Het doel is structurele samenwerking te realiseren om scholen en jeugdigen met (vermoedens) van sociaal-emotionele, gedrags- ontwikkelings- of schoolleerproblemen én de gezinnen waaruit zij afkomstig zijn, vroegtijdig, efficiënt en effectief te ondersteunen. ZAT's zijn er op vrijwel alle scholen voor voortgezet onderwijs en MBO's en op ruim de helft van de basisscholen. In het speciaal onderwijs maakt het ZAT een snelle ontwikkeling door. De ‘a’ van ‘advies’ in de afkorting ZAT is de laatste jaren ontwikkeld naar óók de ‘a’ van ‘activering’ en ‘afstemming’ van zorg (Rijksoverheid 2010; www.zat.nl). Het ZAT is gericht op:

- de leerling en ouders, bijvoorbeeld multidisciplinaire probleematixatie en coördinatie van zorg,
- op de school, bijvoorbeeld handelingsadviesing,
- op beleidsontwikkeling, bijvoorbeeld de gegevens over aantallen en soorten aanmeldingen.

Het ZAT functioneert als netwerk, uitvoeringsteam én als casusoverleg. Het komt standaard bijeen om leerlingen te bespreken waarbij lichtere interventies via de schoolinterne leerlingenzorg niet toereikend bleken. Het belang van ZAT's ligt in de bijdrage aan leerlingenzorg en een goed pedagogisch-didactisch klimaat dat op zijn beurt bijdraagt aan de veiligheid op school, het welbevinden van de leerling, optimale onderwijsprestaties en het voorkomen van uitval. Als schakel tussen de onderwijszorgstructuur en de (jeugd)zorgketen benut het lokale en regionale expertise optimaal. Het draagt bij aan een samenhangend lokaal onderwijs- en jeugdbeleid, inclusief preventie. De ZAT's vormen het schakelpunt voor het organiseren van passende onderwijs-zorgprogramma's, waarin (speciaal) onderwijs en jeugdzorg hun aanbod afstemmen en combineren. Het ZAT legt de verbinding met het CJG en werkt zo mee aan de vijf gemeentelijke taken van preventief jeugdbeleid. Het is bij uitstek een plek om de afstemming te realiseren met netwerken rond veiligheid zoals het justitieel casusoverleg en het Veiligheidshuis (Rijksoverheid, 2010).

Centrum voor Jeugd en Gezin

De doelen van het Centrum voor Jeugd en Gezin zijn:

1. Bevorderen van de algemene gezondheid, een optimale opvoeding en een brede ontwikkeling van alle jeugdigen.
2. Voorkomen van problemen bij gezondheid, ontwikkeling, opgroeien en opvoeden.
3. Vroegtijdig inzetten of mobiliseren van effectieve steun of hulp bij (beginnende) problemen die een belemmerende of negatieve invloed (kunnen) hebben.

Het Centrum voor Jeugd en Gezin stimuleert een positief opvoed- en opgroei-klimaat voor jeugdigen. Dat gebeurt samen met ouders, met collega-professionals en met medeopvoeders, zoals leraren en jongerenwerkers. Het CJG is een (ontmoetings)plek in de buurt dichtbij ouders en jeugdigen, waar zij terecht kunnen voor informatie, advies én hulp bij opgroeien en opvoeden. De CJG-professionals bieden zelf de benodigde hulp en ondersteuning en schakelen indien nodig snel en adequaat gespecialiseerde hulp in. Het

Centrum voor Jeugd en Gezin werkt vraaggericht en het versterkt de eigen kracht van jeugdigen, gezinnen en hun sociale omgeving. Bij meervoudige problematiek wordt integraal zorg geboden via het principe van één gezin één plan, waarbij één organisatie de zorg coördineert. Gezamenlijk hebben de partners in en rond het CJG twee opdrachten:

1. Het realiseren van een dekkend (basis)aanbod van informatie, voorlichting en algemene en preventieve opgroei- en opvoedingsondersteuning inclusief de jeugdgezondheidszorg.
2. Het waarborgen van een sluitende keten, zodat risico's en problemen rond gezondheid, ontwikkeling, opgroeien en opvoeden tijdig en effectief worden gesignaleerd en aangepakt (Rijksoverheid, 2010).

In het 'basismodel CJG' zijn 13 algemene en preventieve taken opgenomen op het gebied van opgroeien en opvoeden van jeugdigen opgenomen. Die taken zijn:

1. Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg

- Monitoring en signalering
- Inschatten zorgbehoefte
- Screeningen en vaccinaties
- Voorlichting, advies, instructie en begeleiding
- Beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen
- Zorgsysteem, netwerken, overleg en samenwerking

2. WMO-functies: op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen en ouders rond opgroeien en opvoeden.

- Informatie en advies
- Signalering
- Toeleiding naar het hulpaanbod
- Licht pedagogische hulp
- Coördinatie van zorg

3. Schakel met Bureau Jeugdzorg

4. Schakel met Zorg- en Adviesteams (ZAT)

Het aanbod van het Centrum voor Jeugd en Gezin is gericht op drie verschillende groepen:

- de gehele populatie van ouders, jeugd en medeopvoeders (het aanbod wordt zowel gevraagd als ongevraagd ingezet en is onbeperkt toegankelijk);
- een populatie met bepaalde risicokenmerken en
- individuele jeugdigen of gezinnen met een vastgesteld(e) risico of problematiek (Rijksoverheid, 2010).

Een intercultureel CJG

Om het interculturaal proces van het CJG te ondersteunen is het mogelijk een projectgroep in te stellen waarvan zowel de gemeente als het management deel uit maakt. De projectleider hiervan is de verbindende schakel tussen alle partijen binnen het proces. Zij zorgt ervoor dat het interculturaal proces op gang wordt gebracht, dat activiteiten geïnitieerd worden, dat er draagvlak bij de betrokkenen ontstaat en dat het thema 'interculturalisatie' breed binnen de gemeenten en de afzonderlijke CJG's op de agenda staat. Dit resulteert in een structurelere beleidsvorming op het gebied van interculturaal proces van de CJG's en een betere borging van de resultaten uit eerdere pilots (Sproet, 2010).

Het Veiligheidshuis

In een Veiligheidshuis werken organisaties samen, die zich bezighouden met opsporing, vervolging, berechting en hulpverlening. Ze werken samen aan een persoonsgebonden, groepsgebonden en/of gebiedsgebonden aanpak van criminaliteit om jeugdigen, veelplegers, verslaafden en anderen die van het rechte pad afdwalen tot de orde te roepen. Veiligheidshuizen zijn een middel tegen criminaliteit, overlast en huiselijk geweld. In 2010 zijn er 45 Veiligheidshuizen (Rijksoverheid, 2010).

Steeds meer instanties ervaren dat ze niet in hun eentje het maximale resultaat uit hun inspanningen halen. Door samen te werken komt realisatie van de eigen doelstellingen dichterbij. Het gaat in een Veiligheidshuis om het in meer samenhang en beter afgestemd uitvoeren van bestaande taken.

Behalve een duidelijke afstemming in de strafrechtelijke keten leidt dit in toenemende mate tot een verbinding met preventie, nazorg en de zorgtrajecten, met name in de geestelijke gezondheidszorg. Ze bieden ook de mogelijkheid om in te

spelen op specifieke lokale problemen.

Een Veiligheidshuis kent een netwerkstructuur. Verschillende netwerken uit de bestuurlijke, de strafrechtelijke en de zorginstellingen werken samen in de aanpak van criminaliteit en overlast. Een netwerkstructuur vraagt om flexibiliteit, netwerken kunnen per soort probleem verschillen. De kracht van de bestaande Veiligheidshuizen is dat ze op lokaal niveau van de grond zijn gekomen en zijn toegesneden op de specifieke lokale situatie. Dit blijft het uitgangspunt bij de borging en verdere intensivering van de Veiligheidshuizen, voortbouwend op reeds bestaande samenwerkingsverbanden en best practices, zoals het Justitieel Casusoverleg (JCO).

In de huidige fase van ontwikkeling berust de regie op de Veiligheidshuizen bij twee trekkers, die nevensgeschikt zijn: het gemeentebestuur en het Openbaar Ministerie. De invulling krijgt zoveel mogelijk op lokaal niveau vorm. Het Openbaar Ministerie is binnen de Veiligheidshuizen de procesverantwoordelijke voor de strafrechtketen. De gemeente heeft de regie op de verbinding tussen de verschillende ketens, de preventieve aanpak en de zorgketen. In veel Veiligheidshuizen gebeurt dit door gemeentelijke coördinatoren voor nazorg, huiselijk geweld en andere thema's (Rijksoverheid, 2010).

Verwijsindex

De verwijsindex risicjongeren (VIR) is een digitaal systeem dat risicosignalen van hulpverleners over jongeren (tot 23 jaar) bij elkaar brengt. Door de meldingen in de verwijsindex weten hulpverleners sneller of een kind ook bekend is bij een collega, zodat zij kunnen overleggen over de beste aanpak. Dit is alleen het geval indien een andere hulpverlener ook een melding heeft gedaan. De verwijsindex is een risicosignalerings-instrument, dat wil zeggen dat er aanwijzingen moeten zijn dat er echt iets aan de hand is voordat tot melding aan de verwijsindex kan worden overgegaan. De regeling van de verwijsindex is opgenomen in de Wet op de jeugdzorg. De verwijsindex geeft geen inhoudelijke informatie over de aard van het probleem en de behandeling. Dit voorkomt dat privacygevoelige informatie onnodig wordt uitgewisseld (www.samenwerkenvoordejeugd.nl).

Een CJG professional kan een jeugdige aan de verwijsindex melden als hij een redelijk vermoeden heeft dat de betrokken jeugdige in zijn ontwikkeling naar volwassenheid daadwerkelijk wordt belemmerd door één of meer van de in de wet limitatief opgesomde omstandigheden. Voorafgaand aan het besluit een jeugdige wel of niet te melden dient de professional alle bekende omstandigheden zorgvuldig tegen elkaar af te wegen. Om de professional in het afwegingsproces te faciliteren is er de handreiking melden aan de verwijsindex. Met nauwe betrokkenheid van de ketenpartners zijn in deze handreiking een aantal omstandigheden geformuleerd die voor de professional behulpzaam kunnen zijn bij het kwalificeren van een risico dat de betrokken jeugdige mogelijk loopt. De handreiking is dus uitsluitend bedoeld om professionals een handvat te bieden bij het maken van hun professionele afweging (zie www.handreikingmelden.nl).

Nota gezinsbeleid

Gezinnen en gezinsbeleid krijgen steeds meer aandacht van de overheid. In de nota 'De kracht van het gezin' (2008) van het ministerie voor Jeugd en Gezin staat dat het kabinet Nederland gezinsvriendelijk wil maken. Aandachtspunten voor het gezinsbeleid zijn de gevolgen van scheiding, de relatief hoge leeftijd waarop moeders hun eerste kind krijgen, opvoeding als maatschappelijk thema, de combinatie van gezin en werk, en de gevolgen van sociale uitsluiting en armoede voor kinderen. In de beleidsnota worden vier manieren beschreven om blijvend aandacht aan gezinnen te besteden. Een daarvan is het bundelen van de kennis over gezinsbeleid en de functies van het gezin voor professionals en beleidsmakers. Dat heeft geleid tot het ontstaan van de Gezinswijzer (www.gezinswijzer.nl).

Hoek (2008) geeft in haar proefschrift 'Ontheemd ouderschap' aan dat het spanningsveld tussen betrokkenheid en terughoudendheid kenmerkend is voor het regeringsbeleid opvoedingsondersteuning. Zij onderscheidt in haar proefschrift vier beleidsverhalen over opvoedingsondersteuning namelijk gericht op: ontplooiing, gelijke kansen, preventie en controle (Hoek, 2008).

Transitie van de jeugdzorg

Op 30 september 2010 heeft het kabinet Rutte het regeerakkoord VVD-CDA en het gedoogakkoord met de PVV gepubliceerd. Daarin staan belangrijke maatregelen ten aanzien van de jeugdzorg aangekondigd:

- Er moet één financieringssysteem komen voor het huidige preventieve beleid, de huidige vrijwillige provinciale jeugdzorg, de jeugd LVG (licht verstandelijk gehandicapten) en jeugd-ggz.
 - In lijn met het advies van de Parlementaire Werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg, worden gefaseerd alle taken op het gebied van jeugdzorg overgeheveld naar de gemeenten. Het betreft hier: jeugd-ggz (zowel AWBZ als Zorgverzekeringswet), provinciale jeugdzorg, gesloten jeugdzorg, jeugdreclassering, jeugdbescherming en licht verstandelijk gehandicapte jeugd. Preventie en vrijwillige hulpverlening wordt in goede afstemming met gedwongen hulpverlening georganiseerd door (samenwerkende) gemeenten.
 - Er wordt een eigen bijdrage ingevoerd (bij uithuisplaatsing ongeveer 3400 euro per kind per jaar)
 - Door middel van sterkere drang via o.a. jeugdzorg wordt deelname aan programma's voor Voor- en Vroegschoolse Educatie (VVE) gestimuleerd.
 - De Centra voor Jeugd en Gezin die inmiddels gerealiseerd zijn, zullen bij de overheveling naar de (samenwerkende) gemeenten gaan dienen als front office voor alle jeugdzorg van de gemeenten.
- Door onder meer de VNG ('Opvoeden versterken'), de G32 (strategisch visiedocument), de brancheorganisaties, het Nederlands Jeugdinstituut ('Pijlers voor nieuw jeugdbeleid') is inmiddels gereageerd op het voornemen tot transitie van de jeugdzorg naar het gemeentelijk domein.

Flexibele uitvoering en taakherschikking Basistakenpakket JGZ

Alle verplichte activiteiten binnen de JGZ zijn beschreven in het Basistakenpakket JGZ. De 'Richtlijn Contactmomenten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0 - 19 jaar' geeft aan op welke leeftijd van de jeugdige de screenings uit het uniforme deel moeten worden aangeboden. Gemeenten ervaren de Richtlijn Contactmomenten veelal als knellend. Niet alleen gaat het grootste deel van het budget daaraan op, maar ook wordt de inzet gericht op het screenen van kinderen die gezond lijken te zijn, waardoor weinig overblijft voor kinderen bij wie het opgroeien minder probleemloos gaat. Toch zijn er mogelijkheden om per gemeente beleidsaccenten te leggen. Het ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) bieden ruimte voor een flexibele uitvoering in het kader van experimenten, mits voldaan is aan kwaliteitseisen en de uitvoering ten goede komt aan de kinderen. Zo onderzoekt de gemeente Rotterdam nieuwe vormen van samenwerking in de jeugdketen met aanpassing van de contactmomenten in de JGZ in afstemming op de behoeften van specifieke jeugdigen. Dat zou kunnen leiden tot meer contactmomenten voor sommige jeugdigen en tot minder contactmomenten voor anderen (BMC, 2009).

Ook in andere gemeenten en instellingen probeert men meer tijd en kwaliteit te besteden aan kinderen met problemen, bijvoorbeeld door onderscheid te maken in het aanbod tussen eerste kinderen en tweede en volgende kinderen. Ouders zijn dan meer ervaren en hebben vaak minder zorg en aandacht nodig.

Taakherschikking is een manier om efficiënter te werken. In een aantal JGZ-instellingen werkt een verpleegkundig specialist (voorheen nurse practitioner). Dit is een verpleegkundige met een specialistische vervolgopleiding. De medische en verpleegkundige zorg wordt dan door één persoon, de verpleegkundig specialist geboden. Wanneer zij een afwijking of ziekte signaleert, zal zij altijd overleggen met of verwijzen naar de jeugdarts (BMC, 2009).

10.3 Trends

Gezinsvormen en trends in gezinnen

Het beeld van gezinnen was lange tijd geënt op het standaard (autochtone) tweeoudergezin met een gehuwde biologische vader en moeder. Dit beeld is intussen niet meer van toepassing. De diversiteit tussen gezinnen neemt toe, onder andere als gevolg van scheidingen, het afnemende belang van het huwelijk en de toename van gezinnen met ouders van gelijk geslacht. Daarnaast leidt echtscheiding steeds vaker tot eenoudergezinnen (Boekhoorn & De Jong, 2008).

Niet-gehuwd ouderschap

Een van de meest opvallende nieuwe ontwikkelingen bij gezinnen is dat meer kinderen binnen een niet-gehuwde samenwoningrelatie worden geboren én vaker opgroeien in een gezin met niet-gehuwde ouders. Van de eerstgeborenen heeft tegenwoordig bijna de helft (45%) een moeder die niet is getrouwd. Een op de drie samenwoningrelaties met kinderen wordt binnen vijf jaar omgezet in een huwelijk, maar ook veel ouders die niet-gehuwd een eerste kind krijgen, trouwen niet. Dat het niet-gehuwd samenwonen toeneemt, is vooral vanuit het oogpunt van de kans op scheiding relevant. Niet-gehuwd samenwonende paren met kinderen blijken veel vaker dan gehuwd samenwonenden uit elkaar te gaan. Vijf jaar na de geboorte van het eerste kind is 22% van de niet-gehuwde relaties verbroken, tegen een paar procent van paren die getrouwd waren toen zij kinderen kregen (Van der Meulen & De Graaf, 2006; In: Boekhoorn & De Jong, 2008).

Scheidingen en alleenstaand ouderschap

Het totaal aantal kinderen dat met een scheiding te maken krijgt neemt toe. De laatste jaren worden jaarlijks circa 34 duizend minderjarige kinderen geconfronteerd met een echtscheiding van hun ouders. Daarnaast zijn er nog eens vijf duizend kinderen betrokken bij een flitscheiding van hun ouders. Naar schatting 18 duizend kinderen krijgen per jaar te maken met verbrekingen van niet-gehuwde samenwoningrelaties (Boekhoorn & De Jong, 2008).

Door toename van het aantal echtscheidingen groeien steeds meer kinderen voor een deel van hun jeugd op met één ouder. De afgelopen tien jaar is het aandeel eenoudergezinnen geleidelijk toegenomen. De literatuur over de invloed van eenoudergezinnen, na de scheiding tussen ouders, op de ontwikkeling van het kind is aanzienlijk. In de meeste onderzoeken komt naar voren dat de kinderen in deze gezinnen meer gedragsproblemen en emotionele problemen hebben en geringere schoolprestaties tonen dan kinderen die in een gezin met beide biologische ouders opgroeien. Factoren die men daarvoor verantwoordelijk stelt, zijn onder andere de conflicten tussen beide partners en de psychische problemen van de ouders (angst en depressies) als gevolg van stress van de scheiding en het zonder de steun van een partner moeten doen (Boekhoorn & De Jong, 2008; SCP, 2011). Uit het gezinsrapport 2011 van het SCP blijkt ook dat bij alleenstaande ouders financiële problemen vaak leiden tot stress wat weer van invloed is op de opvoedingsstijl die zij hanteren. Deze gezinnen geven ook vaker aan te weinig steun te ontvangen in de opvoeding (SCP, 2011)

Stiefgezinnen/ combinatiegezinnen/ samengestelde gezinnen

Stiefgezinnen bestaan uit een ouderpaar met minimaal één kind dat uit een vorige relatie van een van de ouders komt. Stiefgezinnen worden ook wel samengestelde of combinatiegezinnen genoemd.

Onderzoekers Spruijt en Kormos (2010) spreken in hun *'Handboek scheiden en de kinderen'* van een samengesteld stiefgezin als in een stiefgezin allebei de ouders kinderen inbrengen vanuit een vorige relatie. Stiefvadergezinnen zijn gezinnen waar de kinderen allemaal uit een eerdere relatie van de moeder komen. Stiefmoedergezinnen zijn gezinnen waar de kinderen allemaal uit een eerdere relatie van de vader komen. Het aantal stiefgezinnen is in Nederland ongeveer 184 duizend. Dit berekenden Spruijt en Kormos (2010) op basis van CBS cijfers over eenoudergezinnen en de verhouding tussen eenoudergezinnen en stiefoudergezinnen uit een aantal grote onderzoeken. Verder leiden ze uit een CBS analyse van Steenhof (2007) af in hoeverre kinderen in stiefgezinnen met hun eigen vader of moeder leven:

- 84 procent van de stiefgezinnen is een stiefvadergezin
- 13 procent is een stiefmoedergezin
- 3 procent is een samengesteld gezin (zowel kinderen van de vader als van de moeder)
- in ongeveer een derde van de stiefgezinnen krijgen de ouders ook gezamenlijke kinderen.

Als twee partners samen een nieuw gezin vormen, met kinderen uit hun vorige relatie, kan dat allerlei problemen zich mee brengen. In de opvoeding ontstaan er vaak problemen over de zeggenschap: in hoeverre laten kinderen zich aansturen door de nieuwe partner van hun vader of moeder? Ook spelen er vaak financiële problemen. We zien ook dat partners teleurgesteld raken: het nieuwe gezinsleven en de nieuwe partner is minder zaligmakend dan ze zich hadden voorgesteld. Bovendien hebben ze een

verlies te verwerken: van een vorige partner, of hun eerste gezin. Deze problemen maken het ingewikkeld om op een goede manier vorm te kunnen geven aan de nieuwe gezinssituatie (Boekhoorn & De Jong, 2008).

Uit het gezinsrapport 2011 van het SCP komt naar voren dat stief- of samengestelde gezinnen relatief weinig problemen in de opvoeding ondervinden. Vergeleken met eenoudergezin is de financiële situatie in stief- of samengestelde gezinnen vaak beter, en ook werk en zorg voor kinderen kan gemakkelijker gecombineerd worden.

Co-ouderschap

Bij co-ouderschap wonen de kinderen afwisselend bij hun moeder en vader in huis en worden zij door beiden opgevoed. Er is sprake van een toename van ouders die kiezen voor co-ouderschap (Boekhoorn & De Jong, 2008). Het is te verwachten dat deze toename in de komende periode verder doorzet, aangezien er sinds 2009 sprake is van een verplicht ouderschapsplan. Hierin worden afspraken vastgelegd over de zorg en opvoeding van de kinderen als ouders uit elkaar gaan.

Werkende ouders en het welzijn van kinderen

Met het toenemende aantal werkende vrouwen is de discussie over de effecten hiervan voor kinderen in een stroomversnelling geraakt. Vaak is gesuggereerd dat kinderen de dupe zijn van de agenda van hun ouders, wat de gezinsrelaties en ontwikkeling van de kinderen niet ten goede zou komen. Uit onderzoek onder gezinnen met kinderen tussen de 0 en 12 jaar blijkt er weinig verschil te zijn tussen gezinnen met één of twee werkende ouders (Van Egten, Zeijl, De Hoog, Nankoe & Petronia, 2008). Ook het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP, 2011) geeft in het 'Gezinsrapport 2011' aan dat dat kinderen van wie beide ouders buitenshuis werken niet slechter af zijn als het gaat om hun opvoeding of ontwikkeling dan kinderen van wie een van de ouders niet of weinig werkt. Als het werken van beide ouders een gewenste situatie is die hen tot tevredenheid stemt, kan dit een positieve invloed hebben op hun functioneren als opvoeder – en daarmee vermoedelijk ook op het functioneren van kinderen (Ten Brummelhuis, 2009; Wierda-Boer, 2009; Van der Lippe & Roeter, 2010. In: SCP, 2011).

Er zijn geen verschillen als het gaat om de tevredenheid met de opvoeding, al signaleren jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen wel minder opvoedproblemen in gezinnen met twee werkende ouders dan in gezinnen met één werkende ouder.

Ook de meningen van de kinderen uit deze gezinstypen wijken niet veel af. Kinderen uit een – en tweeverdienersgezinnen zijn even tevreden over de sfeer thuis en kunnen even goed met hun ouders opschieten. Ook zijn er geen verschillen in het welzijn van deze kinderen en de mate waarin zij psychosociale problemen rapporteren. Het lijkt er voornamelijk op dat kinderen van tweeverdieners niet slechter, maar ook niet beter af zijn dan kinderen van eenverdieners (Zeijl, Crone, Wiefferink, Keuzenkamp & Reijneveld, 2005).

Migrantengezinnen

De diversiteit tussen gezinnen neemt niet alleen toe vanwege een toenemende variatie in gezinsvormen maar ook vanwege de diversiteit naar etniciteit. In migrantengezinnen speelt het verschil in opvoedcultuur tussen het land van herkomst en Nederland een grote rol. Daardoor ervaren ouders in migrantengezinnen meer onzekerheid en minder houvast bij het opvoeden dan ouders die zelf in Nederland zijn opgevoed en opgegroeid. Uiteraard speelt dit gegeven een grotere rol bij ouders van de eerste generatie dan bij ouders van de tweede generatie. Maar ook de tweede generatie kent onzekerheden, bijvoorbeeld over een andere aanpak van de opvoeding dan die van hun ouders (Boekhoorn & De Jong, 2008).

Allochtone ouders van niet-westerse herkomst hechten doorgaans meer belang aan conformisme, aanpassing aan de groep. Autochtone ouders vinden autonomie (zelfbepaling en zelfstandigheid) meestal belangrijker (Pels, Distelbrink & Postma, 2009). De opvoedwaarden van migrantenouders die zelf in Nederland zijn opgegroeid liggen dicht bij die van autochtone Nederlanders. Deze verschuiving is ook te zien naarmate opvoeders hoger opgeleid zijn. Maar verschillen tussen diverse migrantengroepen blijven bestaan, los van de generatie en het hogere opleidingsniveau. Dat blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat het onder hoger opgeleide Turkse en Marokkaanse ouders gangbaarder is

om in de opvoeding de nadruk te leggen op conformiteit dan bij hogeropgeleide Surinaamse, Antilliaanse en autochtone ouders (Pels et al., 2009).

Hoewel de opvoedwaarden van migrantenouders door de generaties heen lijken op te schuiven in de richting van die van autochtone ouders, zien migrantenouders de Nederlandse manier van opvoeden niet altijd als het goede voorbeeld. Diverse onderzoeken wijzen erop dat migrantenouders het in hun ogen losse gedrag en de losse opvoeding van Nederlandse kinderen soms afkeuren (Pels et al., 2009).

Sterk toenemend zorggebruik

Nederland heeft een uitgebreid en gedifferentieerd systeem van bijzondere voorzieningen voor jeugdigen waarvan het opvoeden en opgroeien met behoorlijke problemen gepaard gaat (Hermanns, 2009). Voor deze vormen van bijzondere hulp (Jeugdzorg, GGZ, jeugdbescherming, voorzieningen in het kader van het jeugdstrafrecht en speciaal onderwijs) geldt dat er een sterke groei te zien is: steeds meer jongeren komen terecht in speciale voorzieningen voor hulp en onderwijs voor psychische en gedragsproblemen, opvoedproblemen of lichte ontwikkelingsachterstanden. Er zijn hardnekkige wachtlijsten in de Jeugdzorg, ondanks voortdurende capaciteitsgroei in die sector. De instroom van kinderen en jongeren in de GGZ is explosief. Het aantal gezinnen waarop een kinderbeschermingsmaatregel van toepassing is verklaard, verdubbelde in een paar jaar. Ongeveer de helft van deze kinderen wordt voor kortere of langere tijd uit huis geplaatst. De meldingen bij de Advies- en Meldpunten Kinder mishandeling stijgen al jaren gestaag. De politiecontacten van jongeren nemen sterk toe en in het verlengde daarvan groeit ook het aantal (steeds jongere) meisjes en jongens in het strafrechtcircuit. En dit alles terwijl het aantal kinderen en jongeren in Nederland niet noemenswaardig stijgt (Hermanns, 2009).

Vaak duren de trajecten jaren en voor veel kinderen volgen verschillende typen zorg elkaar op. Zo lijkt een gemiddelde jaarlijks groeipercentage van 2,3% voor het Speciaal (basis)onderwijs mee te vallen. In de praktijk betekent dit echter dat 9,1% van alle leerlingen, dat wil zeggen 1 op de 11 kinderen, op dit moment geen regulier onderwijs meer volgt en dat waarschijnlijk nooit meer zal doen. Naast dat kinderen in speciale voorzieningen terechtkomen, zijn er voor hen en hun ouders talloze lokale projecten, programma's, 'rugzakjes', persoonsgebonden budgetten en time-out en rebound voorzieningen of precamps die vaak zonder indicatie toegankelijk zijn en waarvan het aantal niet te achterhalen zijn (Hermanns, 2009).

Dat er een zorgelijke stijging is van zowel het aantal cliënten bij de jeugdzorg als bij het Cluster 4 onderwijs en de Reboundvoorzieningen. Dit moet leiden tot een grondige herbezinning op ons stelsel. Verstopping van het systeem van hulp- en dienstverlening moet, volgens Hermanns (2009), voorkomen worden door:

- Eenheid in beleid;
- De formulering van een algemene, expliciete en op wetenschappelijke inzichten gebaseerde pedagogische visie;
- een brede implementatie van een beperkt aantal, kwalitatief goede signaleringsinstrumenten, gekoppeld aan een voorhanden zijnde effectief aanbod van interventies;
- Een doordachte ordening van een pedagogische basis, een lokaal aanbod en specialistisch
- aanbod rondom veelvoorkomende risico- en probleemgroepen;
- Het vullen van die ordening met toegankelijk, goed beschreven en op effectiviteit getoetst
- aanbod.

Bovenal zou volgens Hermanns als ambitie moeten gelden dat veel van de jeugdigen en opvoeders die nu doorverwezen worden naar het gespecialiseerde circuit straks effectief met een preventief of licht aanbod effectief ondersteund worden, zodat de doorverwijzing niet nodig is.

Versterken van de 'village'

De verantwoordelijkheid voor de opvoeding is de laatste decennia steeds meer een geïsoleerde gezinsverantwoordelijkheid geworden. Gezinnen komen er steeds vaker alleen voor te staan omdat het contact met familie, vrienden en buurtbewoners is afgenomen. Dit komt door verschillende maatschappelijke ontwikkelingen, zoals verhuisbewegingen en de invloed van de 'virtuele wereld' op de tijdsbesteding van gezinnen. Gezinnen kunnen hierdoor overbelast raken. Uit onderzoek blijkt dat

ouders meer behoefte hebben aan informele steun bij de opvoeding (De Winter, 2008). In wijken waar meer sociale samenhang is, blijken risicovolle opvoedingssituaties - zoals kindermishandeling - af te nemen. Het vergroten van de pedagogische kwaliteit van de buurt is een beschermende factor tegen ongewenst opvoedgedrag.

De nadruk in het regeringsbeleid in relatie tot gezinnen ligt op direct overheidsingrijpen, in die gevallen waarin het echt misgaat. Initiatieven om beter en eerder te signaleren, om te monitoren, om databases te combineren en om de effectiviteit van ingrepen te vergroten zijn onderdeel van dit beleid (RMO, 2008). Maar als de overheid zich tot deze directe interventierol zou beperken, doet ze zichzelf en de samenleving tekort. Alle gezinnen – niet alleen probleemgezinnen - hebben tot op enige hoogte last van de verdwenen functies van de sociale omgeving. En voor alle gezinnen betekent het bestaande uitgangspunt van beleid dat als je hulp wilt, je bijna eerst beschuldigd moet worden van iets ergs. Ouders en kinderen hebben echter ook baat bij en behoefte aan hulp als zij het gevoel hebben dat er iets beter kan of kunnen in aanraking komen met kennis en ideeën waardoor ze ontdekken dat dingen beter kunnen.

Op een eigentijdse manier zouden we kunnen proberen een sociale opvoedomgeving, een village, nieuw voedsel te geven. De uitdrukking *'It takes a village to raise a child'* verwijst naar meer dan alleen ouders en professionals. De neiging bestaat om beleid te concentreren op wat professionals voor (probleem)gezinnen kunnen doen, terwijl er ook veel mogelijkheden zijn om gunstige voorwaarden te scheppen opdat burgers voor elkaar meer gaan betekenen. In feite kan de overheid alleen aan de meest serieuze problemen in gezinnen in directe zin iets doen. Voor alle andere situaties is het kansrijker dat mensen elkaar helpen en wegwijs maken. De overheid kan de kwaliteit van de hiervoor noodzakelijke 'villages' voeden. Bijvoorbeeld door zich niet alleen op de ouders als individu, maar ook op het kind en de sociale context van ouders en kind te richten (RMO, 2008). Ook pleiten de RMO en de RVZ (2009) ervoor om beleid minder eenzijdig in te richten vanuit het risicoperspectief en de focus te verleggen naar de kracht van de sociale omgeving.

Ook ouders zelf geven aan dat het informele netwerk beter benut kan worden. Dit kan door gelegenheden te creëren waarin ouders op een informele manier met andere ouders in gesprek raken. Dat kan op plaatsen waar zij al geregeld komen zoals bijvoorbeeld de school. Ouders geven aan onderling contact in de dagelijkse omgang van groot belang te vinden en hebben daar ook behoefte aan (Speetjens et al., 2009). Door het effect van ontmoetingen op verbondenheid mee te laten spelen in al haar beslissingen en door professionals te stimuleren katalysator te zijn van verbindingen. Op deze manier verhoogt de overheid de opvoedkwaliteit over de hele linie, vermindert ze de noodzaak tot ingrijpen door de overheid en houdt ze middelen over om daar in te grijpen waar het echt nodig is (RMO, 2008).

Meer informatie over de kracht van de pedagogische civil society en de rol van het Centrum voor Jeugd en Gezin hierin is te vinden in de handreiking voor gemeenten voor het versterken van de pedagogische civil society (Gemmeke, 2011)

Netwerkondersteunende methodieken

Het Rijk en het Interprovinciaal Overleg (IPO) zijn, in het 'Afsprakenkader jeugdzorg 2010-2011', overeengekomen dat het gebruik van netwerkondersteunende methodieken moet worden gestimuleerd. Er is een brochure opgesteld met een overzicht voor gemeenten, provincies en instellingen van interventies die de eigen kracht van jeugdigen, ouders, gezinnen en hun omgeving versterken (NJI, 2010). De interventies gericht op de sociale omgeving en het versterken van de eigen kracht van gezinnen zijn onderverdeeld in drie categorieën: preventie, lichte hulp en zwaardere hulp. Interventies gericht op opvoedingsondersteuning in de categorie preventie zijn bijvoorbeeld: Video-feedback positief opvoeden, Opvoedondersteuning Home-Start, VoorZorg en Marokkaanse buurtvaders. Interventies in het kader van lichte hulp zijn bijvoorbeeld de oudercursussen 'beter omgaan met pubers' en 'drukke kinderen' (NJI, 2010).

Nieuwe(sociale) media

Media-opvoeding

De manier waarop jeugdigen via de media communiceren, informatie zoeken zich vermaken is de laatste decennia sterk veranderd. Televisie, internet en andere media spelen een steeds grotere rol in de ontwikkeling van jeugdigen. De media kunnen risico's en gevaren met zich meebrengen, maar veel meer nog kunnen ze het leven van jeugdigen verrijken, veraangemen en kansen bieden (Nikken & Addink, 2010). Gewild of ongewild doet elke ouder aan mediaopvoeding. Het onderwerp mediaopvoeding lijkt in de dagelijkse praktijk van de professionele opvoedingsondersteuning nog weinig aandacht te krijgen. De regio m.b.t. dit thema ligt ook met name bij de ouder en minder bij de professional.

Om impliciete kennis meer met elkaar te delen is het NJi in 2010 met een 'kenniskring' (groep professionals) gestart met als thema opvoedingsondersteuning bij mediaopvoeding.

Onder opvoedingsondersteuning bij mediaopvoeding verstaat de kenniskring (professionele) ondersteuning van ouders bij mediaopvoeding zodat hun kinderen in de vrije tijd bewust, prettig en veilig om kunnen gaan met de media indien zij dit wenselijk vinden (Nikken & Addink, 2010).

Volgens de kenniskring hebben professionele opvoedondersteuners ten aanzien van mediaopvoeding de volgende zes taken en functies:

- Bewustwording van ouders vergroten
- Informatie en voorlichting
- Vergroten van vaardigheden van ouders/ aanbieden praktische steun
- Bevorderen van sociale steun en zelfhulp rondom mediaopvoeding
- Pedagogische advisering/ pedagogische hulp
- (Vroegtijdig) signaleren en verwijzen

Eventuele taak van de CJGprofessionals rondom opvoedingsondersteuning bij media gebruik ligt vooral rond preventiethema's. Daarnaast kunnen CJG professionals indien wenselijk opvoedingsvaardigheden van ouders vergroten via onder andere opvoedcursussen, gastlessen en ouderavonden (Nikken & Addink, 2010).

Virtueel CJG

Onder leiding van de Stichting Opvoeden (www.stichtingopvoeden.nl) zijn verschillende partners momenteel bezig de digitale opvoed-, opgroei- en gezondheidsinformatie te bundelen in een databank en te voorzien van kwaliteitswaarborgen.

Deze digitale informatie kan door alle afnemers worden benut in lokale toepassingen, zoals een virtueel CJG gekoppeld aan een lokaal CJG(-netwerk) of in een bibliotheek. De thans beschikbare informatie is te vinden op de sites van de drie aanbieders, te weten www.vcjc.nl, www.gezond.amsterdam.nl, www.biblionetid.nl.

Online hulpverlening

Online hulp is een vorm van hulpverlening waarbij ouders via internet informatie, advies of ondersteuning krijgen. Deze hulp wordt in principe onafhankelijk van tijd en ruimte geboden en vindt grotendeels anoniem plaats (www.nji.nl). Er zijn passieve, actieve en interactieve vormen van online hulpverlening. Voorbeelden van passieve vormen van online hulpverlening zijn: statische informatie, adviezen, veel gestelde vragen en verwijzingen. Vormen van actieve hulpverlening zijn: ervaringsverhalen, zelftest, chatbox, game en zelfhulp. Bij interactieve vormen van hulpverlening gaat het om een forum, e-mail, één-op-één chat, groepschat en behandeling (Schalken, 2010).

Ouders die met hun vragen niet in eerste instantie naar familie of bureaus gaan, vinden het vaak prettig een website op te zoeken om hun vragen te stellen. Via internet wordt een grote groep ouders bereikt. Het internetforum Ouders Online biedt bijvoorbeeld zowel informele als formele ondersteuning aan ouders, vanuit de visie dat ouders gebruik moeten (kunnen) maken van hun eigen kracht. Op Ouders Online worden per maand ongeveer tweeduizend vragen gesteld aan zes deskundigen (Speetjens, Van der Linden & Goossens, 2009). Veel hulpverleningsinstellingen organiseren inmiddels interne trainingen voor medewerkers die online hulp gaan geven. In die trainingen kan gebruikgemaakt worden van opgeslagen online 'gesprekken'. Een ander voordeel van digitalisering is dat interventie en

supervisie eenvoudiger worden: omdat de ouder niet aanwezig is kunnen collega's en leidinggevenden met de hulpverlener tijdens het werk meekijken.

Organisaties die zich met online hulpverlening bezighouden hebben te maken met de Wet bescherming persoonsgegevens (wbp). De wbp formuleert een aantal belangrijke uitgangspunten voor omgang met persoonsgegevens. Het overtreden van de wbp kan sterk ten koste gaan van het vertrouwen, iets wat juist bij online hulpverlening essentieel is (Schalken et al., 2010).

Onlinehulpverlening is een populair onderzoeksterrein, waarop veel gebeurt. Inmiddels is een aantal overzichtsstudies naar effecten verschenen. Deze richten zich grotendeels op volwassenen met psychische problemen of chronische gezondheidsproblemen. Er zijn effecten gevonden in verschillende studies voor online hulpverlening. Deze vorm van hulpverlening lijkt in ieder geval een veelbelovende aanpak (Van Rooijen, 2010). Over de effecten van online opvoedingsondersteuning is nog vrij weinig bekend. Zowel nationaal als internationaal is er weinig effectonderzoek gedaan naar deze vorm van opvoedingsondersteuning. Wel is de Nederlandse methodiek KopOpOuders Online op effectiviteit onderzocht. Deze interventie richt zich op ouders met psychische en/ of verslavingsproblemen met minimaal één kind in de leeftijd van 1-18 jaar. Deze interventie is onder andere gericht op het versterken van de opvoedvaardigheden van de ouder(s), versterken van een goede ouder-kind-interactie en het versterken van een ondersteunend netwerk. Uit onderzoek blijkt deze interventie positieve effecten te boeken onder andere op het opvoedgedrag van ouders en het gevoel van competentie (Speetjens, 2010). Een van de weinig internationale onderzoeken naar online opvoedingsondersteuning is van Tayler et al. (2008). Bij het programma Incredible Years blijkt een online training in combinatie met professionele coaching d.m.v. telefoongesprekken en huisbezoeken positieve resultaten op te leveren. Het gebruik van nieuwe (sociale) media in de jeugdsector en dus ook bij CJG's is nog beperkt. Een handvol organisaties werkt er op beperkte schaal mee (pionieren). Beleid op dit punt is er nauwelijks (Van Dorp, 2010). Hoewel het voordelen heeft bijvoorbeeld gesprekken met ouders 'op te slaan' en collega's of leidinggevende in het kader van intervisie/ supervisie mee te laten meekijken, moet goed nagedacht worden over privacyaspecten.

De beschikbare kennis en informatie over online hulpverlening is gebundeld in een Handboek online hulpverlening (Schalken e.a. / Stichting E-hulp.nl, 2010) en in het kennisdossier online hulpverlening van het Nederlands Jeugdinstituut (www.nji.nl). Daarnaast heeft het Nederlands Jeugdinstituut in de Kenniskring Opvoedondersteuning samen met deskundigen op het gebied van online hulp competenties en randvoorwaarden voor online opvoedingsondersteuning opgesteld (Ligtermoet, Vergeer & Zwikker, 2011).

Sociale media

Uit de eerste resultaten van de Nationale Wetenschappelijke Sociale Media monitor (Nelissen, 2011) blijkt dat werknemers die sociale media gebruiken beter kunnen samenwerken, innovatiever zijn en beter bereid zijn tot het delen van kennis met collega's. Ze zijn ook vaker trots op hun organisatie dan als ze geen gebruik (mogen) maken van sociale media.

Ondanks de vele mogelijkheden, wordt er in de jeugd(gezondheids)zorg nog weinig geprofiteerd van de mogelijkheden van moderne informatie- en communicatietechnologie. En dat terwijl het gebruik van sociale media in de jeugd(gezondheids)zorg kan zorgen voor substantiële verbeteringen in de zorgverlening. Ook de komst van nieuwe laagdrempelige media kunnen professionals met elkaar in verbinding staan en vraagstukken en oplossingen uitwisselen. Een groot scala aan online applicaties biedt mogelijkheden het werk flexibel te organiseren, effectief met elkaar te communiceren en kennis direct beschikbaar te stellen aan andere professionals. Vergaderen (effectief afstemmen) kan ook online. Via applicaties zoals Google Sites kunnen samenwerkende professionals organisatie overstijgend hun agenda, documenten en vraagstukken met elkaar delen. Jeugdzorg 2.0 is een voorbeeld van een snelgroeiende beweging die staat voor het verbinden van pioniers die een passie hebben om de jeugd(gezondheids)zorg te vernieuwen. Centraal staat hoe door het gebruik van de hedendaagse technologie (Waling, 2010).

In het CJG kunnen sociale media mogelijk ook meer gebruikt worden in het contact met ouders. Te denken valt aan het digitaal kunnen maken van afspraken, herinnering voor een afspraken versturen per sms, chatfunctie, uitwisselen van ervaringen d.m.v. nieuwe media of forums. In diverse CJG's beantwoorden pedagogisch adviseurs bijvoorbeeld vragen van ouders via de e-mail of chat. Twee keer per week is er een chatsprekbeurt van twee uur en ouders kunnen ook een chatafspraak maken waarbij de avond ook een mogelijkheid is.

Spanningsveld vroegsignalering en risicogerichte preventie

Uit onderzoek van Ouders Online (2011) blijkt dat ouders de JGZ meer en meer als opsporingsapparaat voor kindermishandeling ervaren. Het traditionele 'meten, wegen en adviseren' verliezen steeds meer terrein ten gunste van risicoanalyses in het kader van preventie gericht op risicogroepen en -individuen. Bijvoorbeeld door jgz-vragenlijsten, die tot ergernis van veel ouders diep ingaan op hun privéleven en hun motieven om überhaupt kinderen te willen. Aan de andere kant zijn gevallen bekend zoals het 'maasmeisje' en de dood van de peuter Savannah' waarbij iedereen zich afvraagt hoe dit heeft kunnen gebeuren en waarom er niet is ingegrepen. Hulpverleners zijn bang om achteraf het verwijt van nalatigheid te krijgen. Daardoor zullen heel wat gezinnen waarschijnlijk onnodig de hulpverlening in worden gestuurd. Mede door deze media-aandacht is er sprake van 'actie-reactie' (paradigmashift). Samenwerking binnen en tussen organisaties is in dit oogpunt essentieel. Daarbij moet de JGZ dicht bij haar kerntaken blijven en het laagdrempelige preventieve karakter koesteren om zo (bijna) alle ouders in Nederland te blijven bereiken.

Verplicht stellen van opvoedingsondersteuning?

Experts zijn huiverig voor het verplicht stellen van opvoedingsondersteuning. Een belerende aanpak werkt meestal contraproductief. Zij zien meer heil in het verleiden van ouders om gebruik te maken van een als vanzelfsprekend ervaren aanbod. In Zweden heeft men dat bijvoorbeeld gedaan door sterk in te zetten op het aanbieden van positieve opvoedingsalternatieven. Dat gebeurde in het kader van het wettelijke verbod op het slaan van kinderen, dat in de jaren '70 van kracht werd. In Zweden vindt vrijwel iedereen het inmiddels vanzelfsprekend om op cursus te gaan (Speetjens et al., 2009). Het ideaal zou kunnen zijn dat het leren opvoeden een onderdeel wordt van ieders persoonlijke ontwikkeling. Er moet geen imago aan kleven dat leren opvoeden alleen iets zou moeten zijn voor ouders in probleemgezinnen. Dat kan bijvoorbeeld door het onderdeel te laten zijn van een integrale aanpak onder het motto 'positief opvoeden', zoals in de Twentse gemeenten wordt gepraktiseerd (Speetjens et al., 2009).

10.4 Conclusies

De werkgroep concludeert dat:

- De JGZ aan voortdurende veranderingen en nieuwe ontwikkelingen onderhevig is. De JGZ vervult een belangrijke rol in het CJG als frontoffice en in het kader van preventieve opvoed- en opgroei-ondersteuning. Ook in het kader van de sluitende aanpak speelt de het CJG een belangrijke rol. Het is dan ook noodzakelijk, dat het CJG deelneemt aan netwerken, zoals aan het ZAT.
- De taken van het CJG JGZ gericht op opvoedingsondersteuning mogelijk kunnen verschuiven in het kader flexibele uitvoering en taakherschikking van het Basistakenpakket JGZ zoals in enkele gemeenten al gebeurt.
- Meer kinderen groeien op in gezinnen waarvan de ouders ongehuwd zijn. Ook het aantal kinderen dat met een scheiding te maken krijgt neemt toe. Kinderen groeien vaker dan vroeger op in niet traditionele gezinsvormen: o.a. stiefgezinnen, combinatiegezinnen of co-ouderschapsgezinnen.
- Er steeds meer werkende moeders zijn. Vooralsnog lijkt het erop dat kinderen van tweeverdieners niet slechter, maar ook niet beter af zijn dan kinderen van eenverdieners.
- Nadat opvoeding de laatste decennia steeds meer een geïsoleerde gezinsverantwoordelijkheid geworden is, men zich nu wil meer richten op het kind en de sociale context van ouders en kind. Er komt ook meer aandacht voor netwerkondersteunende methodieken die uitgaat van de eigen kracht van gezinnen en hun omgeving.

- Ouders en kinderen in toenemende mate gebruik maken van gespecialiseerde (jeugd)zorg). In verband met de wachtlijsten in de jeugdzorg en de bezuinigingsplannen valt te verwachten dat er meer op preventieve ondersteuning ingezet moet gaan worden.
- De nieuwe (sociale) media en online hulp een steeds belangrijkere rol zullen gaan spelen in het CJG en in de opvoedingsondersteuning. Zo zal online opvoedingsondersteuning steeds meer ingezet gaan worden. Wel is er nog onvoldoende onderzoek gedaan naar de effecten van bijvoorbeeld online opvoedingsondersteuning.

10.5 Aanbevelingen

De werkgroep beveelt aan dat:

- Het informele netwerk, de sociale omgeving van het gezin, meer betrokken moet worden bij het geven van opvoedingsondersteuning. Daarvoor zijn 38 programma's beschikbaar.
- De zorgstructuur rondom het gezin verbonden moet worden aan de onderwijs- en justitiestructuur (CJG-ZAT-Jeugdzorg-Veiligheidshuis). De samenwerking kan versterkt worden door de werkprocessen op elkaar af te stemmen (good practices beschrijven). De decentralisatie van de jeugdzorg naar gemeenten verschaft daartoe extra mogelijkheden.
- Dat CJG professionals kennis moeten hebben over en aandacht moeten hebben voor de verschillende gezinsvormen (co-ouderschap, combinatiegezinnen etc.) en de gevolgen daarvan.
- Dat er meer aandacht moet komen voor opvoedingsondersteuning bij mediaopvoeding. Daarvoor is het nodig dat:
 - Er een richtlijn komt met betrekking tot het mediagebruik van kinderen (o.a. ontwikkelschema naar leeftijd gekoppeld aan mediagebruik) en de ondersteuning van ouders in de opvoeding gerelateerd aan mediagebruik.
 - Professionals mediawijs gemaakt worden (vergroten van kennis en vaardigheden)
 - Mediaopvoeding en mediawijsheid meer nadrukkelijk benoemd moeten worden als beleidspierpunt, waarbij van het begin af aan ook ouders met een lage computer- en internetvaardigheden meegenomen worden
- Het CJG goed moet nadenken over welke vormen van nieuwe (sociale) media zij willen inzetten om:
 - Meer ouders te bereiken, inclusief ouders met een lage scholingsachtergrond en/of een matige tot slechte beheersing van het Nederlands.
 - Opvoedingsondersteuning deels via digitale kanalen te geven (online hulpverlening)
 - Met andere professionals en ketenpartners, waaronder sleutelfiguren en (migranten/bewoners)organisaties in de wijk efficiënt te communiceren.

Het is van groot belang om richtlijnen over het gebruik van nieuwe (sociale) media en online hulpverlening op stellen (o.a. privacy aspecten, benodigde competenties) en na te denken over de consequenties die dit met zich meebrengt.

Literatuur

Achenbach, T.M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H., & Rothenberger, A., (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions. *Child Psychology and Psychiatry*, 49, 251-275.

Allen, G. (2011). Early intervention: the next steps. An independent report to her majesty's government. UK.

American Academy of Pediatrics (2007), 'Screening with validated instruments saves time and money', in: Section on Developmental and Behavioral Pediatrics Newsletter.

Aos, S., Lieb, R., Mayfield, J., Miller, M. & Penucci, A. (2004). Benefits and costs of prevention and early intervention programs for youth. Olympia: Washington State Institute for Public Policy.

As, N. van (1999). Family functioning and child behavior problems. Dissertatie. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen.

Asscher, J. J., Deković, M., Prinzie, P., & Hermanns, J.M.A. (2008). Assessing Change in Families Following the Home-Start Program: Clinical Significance and Predictors of Change. *Family Relations*, 57, 351-364

Asscher, J., & Paulussen-Hoogenboom, M. (2005). De invloed van protectieve en risico-factoren op de ontwikkeling en opvoeding van jonge kinderen. *Kind en Adolescent*, 26, 45-55.

Asscher, J.J. (2005). Parenting Support in Community Settings. Parental Effectiveness of the Home-Start program. Proefschrift. Amsterdam: SCO-Kohnstamm Instituut.

Asscher, J.J., Hermanns, J., & Dekovic, M. (2008). Behoeftte aan opvoedingsondersteuning van ouders van jonge kinderen. *Pedagogiek*, 28, 2, 114-127

Associatie Intensieve Thuisbehandeling (AIT). (2007). Opleiding Video Interactiebegeleiding (VIB). AIT.

Aujoulat I, d'Hoore W, Deccache A. (2007). Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? *Patient Education and Counseling*, 66:13–20.

Baartman, H.E.M. (1996a). Kwetsbare gezinnen en het risico op kindermishandeling. In H.E.M. Baartman, *Opvoeden kan zeer doen: Over oorzaken van kindermishandeling, hulpverlening en preventie* (pp. 96-136). Utrecht: SWP.

Baartman, H.E.M. (1996b). Preventieve hulpverlening. In H.E.M. Baartman, *Opvoeden kan zeer doen: Over oorzaken van kindermishandeling, hulpverlening en preventie* (pp. 187-225). Utrecht: SWP.

Baat, M. de & Kooijman, K. (2010). Registratie Moeders informeren moeders 2009. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Bakermans –Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-Analyses of Sensitivity and Attachment Interventions in Early Childhood. *Psychological Bulletin*, 129, 195–215.

- Bakker, I., Bakker, K., Van Dijke, A. & Terpstra, L. (1998). O & O in perspectief. Utrecht: NIZW.
- Bakker, I; Bakker, K; e.a. (1997). O+O=O2 Naar een samenhangend beleid en aanbod van opvoedingsondersteuning en ontwikkelingsstimulering voor kinderen en ouders in risicosituaties. Utrecht: NIZW.
- Bakker-Camu, G.J.W. & Lijs-Spek, W.J.G. (2010).. Notitie: ‘ Gebruik vragenlijsten binnen de Jeugdgezondheidszorg’. Bilthoven: RIVM, .
- Barendrecht, J.M. , de Winter, M., Beek, K.W.H. van & Wijk, B.J. van (2008). Versterken van de village. Preadvies over gezinnen en hun sociale omgeving. Den Haag: Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling.
- Barlow, J., Johnston, I., Kendrick, D., Polnay, L., & Stewart-Brown, S. (2006). Individual and groupbased parenting programmes for the treatment of physical child abuse and neglect (Cochrane Review). The Cochrane Library.
- Barlow, J., Parsons, J., & Stewart-Brown, S. (2002). Systematic review of the effectiveness of parenting programmes in the primary and secondary prevention of mental health problems. Oxford: Health Services Research Unit, University of Oxford.
- Barlow, J., Shaw, R., & Stewart-Brown, S. (2004). The effectiveness of parenting programmes for ethnic minority parents. York: Rowntree Foundation.
- Barret, P.M. & Ollendick, T.H. (2004). Handbook of Interventions that Work With Children and Adolescents: From Prevention to Treatment. London: Vivian Ward Psychology Publishing,
- Barrett, H. (2007). Evaluating recent evaluations of Sure Start, Home Start and Primary Age Learning Study. London: Family & Parenting Institute.
- Bartelink, C. (2010a). Motiverende gespreksvoering. Utrecht: NJi.
- Bartelink, C. (2010b). Oplossingsgerichte therapie. Utrecht: NJi.
- Bartelink, C., Berge, I. ten & Yperen, T. van (2010). Beslissen over effectieve hulp. Wat werkt in indicatiestelling? Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Bellaart, H. (2010). De effectiviteit van Triple P voor migrantengezinnen. Adviesrapport over de doorontwikkeling van Triple P ten behoeve van doelgroepen met diverse migratieachtergronden. Utrecht: FORUM
- Bartels, K. (2011). Kleurrijk Spiegelen in de eerste lijn. Utrecht: Pharos.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55, 83-96.
- Belsky, J., Melhuish E., Barnes, J., Leyland, A.H., Romaniuk H., (2006). Effects of Sure Start local programmes on children and families: early finding from a quasi-experimental, cross-sectional study. *British Medical Journal*.
- Berens, S. (2004). Behoefte aan opvoedingsondersteuning?: een onderzoek naar de achtergronden van behoefte aan opvoedingsondersteuning bij ouders van jonge kinderen. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

- Berg K.C. (2008). Kwantitatief onderzoek burgers naar de perceptie van de Centra voor Jeugd en Gezin. Den Haag: Programmaministerie Jeugd en Gezin.
- Berg Kleyn Communicatie. (2008). Kwantitatief onderzoek burgers naar de perceptie van de Centra voor Jeugd en Gezin. Den Haag: Ministerie voor Jeugd en Gezin.
- Berg, R. van den, Gun, T. van den & Kierczak, M. (2006). Handboek Opvoedingsondersteuning aan specifieke groepen ouders. Gouda: Expertisecentrum voor Jeugd, Samenleving en Opvoeding.
- Berg, R. van den, Gun, T. van der, Kierczak, M., Kooij, A. van de & Wulp, I. (2005). Alle ouders hebben vragen! Onderzoek naar bereik en behoefte aan opvoedingsondersteuning van specifieke groepen ouders. Gouda: JSO
- Berger, M.A., Ten Berge, I.J., & Geurts, E. (2004). Samenhangende hulp: Interventies voor mishandelde kinderen en hun ouders. Utrecht: NIZW Jeugd.
- Bertrand, R., Hermanns, J., & Leseman, P. (1998). Behoefte aan opvoedingsondersteuning in Nederlandse, Marokkaanse en Turkse gezinnen met kinderen van 0-6 jaar. *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs*, 14(1/2), 50-71.
- Blokland, G. (2010). Over opvoeden gesproken. Methodiekboek pedagogisch adviseren. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Blokland, G., Prinsen, B., & Ter Riet, K. (2004). Goed in je vel zitten: Een overzicht van interventies vanuit de GGD voor de preventie van psychosociale problematiek bij jeugdigen. Utrecht: NIZW.
- Blom-Schakel, S.J. van Ede, M. Dekovic. (2007) Horen, zien en screenen in Jeugdzorg: Professionaliteit, integrale aanpak, overdracht van waarden en normen. In: J.R.M. Gerris (Red.), *Jeugdzorg: Professionaliteit, integrale aanpak, overdracht van waarden en normen*, Assen, Van Gorcum.
- Bloomfield L, Kendall S, Applin L, Attarzadeh V, Dearnley K, Edwards L, Hinshelwood L, Lloyd P, Newcombe T. (2005). A qualitative study exploring the experiences and views of mothers, health visitors and family support centre workers on the challenges and difficulties of parenting. *Health Social Care Community*;13(1):46-55.
- Bloomfield, L. (2005). A qualitative study exploring the experiences and views of mothers, health visitors and family support centre workers on the challenges and difficulties of parenting. *Health and social care in the community*, jrg. 13, nr. 1, p. 46-55. Blackwell Publishing Ltd.
- BMC/ VNG en Ministerie voor Jeugd en Gezin (2009). *Handreiking organisatie Integrale Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar*. Den Haag: BMC Onderzoek.
- Boendermaker, L., Pijll, M. van der & Simons, J. (2007). *Matching needs and services in de regio Sittard-Geleen*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Boendermaker, L., Van der Veldt, M.-C., & Booy, Y. (2003). *Nederlandse studies naar de effecten van jeugdzorg*. Utrecht: NIZW jeugd.
- Bolier, L., & Cuijpers, P. (2000). *Effectieve verslavingspreventie: Op school, in het gezin en in de wijk*. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Bolk-Bennink, L.F. & Hirasing R.A. (1995). Onderzoek naar het effect van Droog Bed Training in de jeugdgezondheidszorg. Leiden: TNO.
- Bon, I. & Sanders, T. (2004). Handleiding Boekenpret 0-2 jaar. Alkmaar: Buro Extern.
- Bond LA, Burns CE. (2006). Mothers' beliefs about knowledge, child development, and parenting strategies: expanding the goals of parenting programs. *Journal on Primary Prevention*;27(6):555-71.
- Booijnk, M. (2007). Handreiking. Terug naar de basis. Mogelijkheden voor het verbeteren van de communicatie tussen leerkrachten en allochtone ouders in het primaire onderwijs. Leiden: Universiteit Leiden
- Boom, D. van den (1999). Ouders op de voorgrond: een educatieve lijn voor 0-18 jaar. Utrecht : Sardes.
- Bouwmeester-Landweer, M.B.R. (2006) Early Home Visitation in Families at Risk for Child Maltreatment. Universitair Proefschrift. Rotterdam: Optima
- Brand, A. (2006). Beroepscompetenties voor het werken met ouders: een Brits model vertaald . Utrecht: NIZW Jeugd.
- Braun, D., Davis, H. & Mansfield, P. (2006). How helping works. Towards a shared model of process. Londen: Parentline Plus.
- Breitenstein SM, Fogg L, Garvey C, Hill C, Resnick B, Gross D. (2010). Measuring implementation fidelity in a community-based parenting intervention. *Nursing Resources*;59(3):158-65.
- Brezinka, V. (2002). Effectonderzoek naar preventieprogramma's voor kinderen met gedragsproblemen. *Kind en Adolescent*, 23, 4-23.
- Broek, A. van den, Kleijnen, E. & Keuzenkamp, S. (2010). Naar Hollands gebruik? Verschillen in gebruik van hulp bij opvoeding, onderwijs en gezondheid tussen autochtonen en migranten. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Broer, N.A. & Gouwe-Dingemans, P.M. van der, (2009). Opvoedingsondersteuning: de behoefte van christelijke ouders. Gouda: Driestar educatief.
- Brouwers, D. (2005). Notitie: Positieve communicatie op het CB. Eindhoven: ZuidZorg.
- Brugman, E., Reijneveld, S.A., Den Hollander-Gijsman, M.E., Burgmeijer, R.J.F. & Radder, J.J. (1999). Peilingen in de jeugdgezondheidszorg PGO-Peiling 1997/1998 TNO-rapport PG/JGD/99.35.
- Bunting, L. (2004). Parenting programmes: The best available evidence. *Child care in practice*, 10, 327-343.
- Burggraaf-Huiskes, M. (2005). Opvoedingsondersteuning. Als bijzondere vorm van preventie. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Butt, J. & Box, L. (1998). Family Centred: A study of the use of a family centre by black families. London: Race Equality Unit.
- Butt, J. (2009). Reaching parents. Improving take up of parenting programmes. London: Social Care Institute for Excellence.

Can, M (2010). Wel thuis! De beleving van migrant zijn, psychische gezondheid en kwaliteit van leven bij Turken in Nederland. Poefschrift. Tilburg: Universiteit van Tilburg.

Caris, G.J. (1997). Laten praten: een onderzoek naar opvoedingsondersteuning op het consultatiebureau. Utrecht: SWP.

Carneiro, P. & Heckman, J.J. (2003). Human capital policy (No. IZA DP No. 821). Bonn: Institute for the study of labor.

CBS (2008). Jaarrapport 2008. Landelijke jeugdmonitor. Den Haag/ Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.

CJG Rijnmond (2011). Pedagogische visie Centrum voor Jeugd en Gezin Rijnmond. Rotterdam.

College Specialismen Verpleegkunde (2008). Besluit verpleegkundig specialisme preventieve zorg bij somatische aandoeningen.

College Specialismen Verpleegkunde (2008). Besluit verpleegkundig specialisme preventieve zorg bij somatische aandoeningen.

Cox, K. & Buskop-Kobussen, M.P.M.H. (2003). Jeugdgezondheidszorg, effectiviteit van de verpleegkundige voorlichting. In: Heijnen-Kaales, Y. State of the art study van Verzorging en Verpleging, p. 382-425. Maarssen / Utrecht: Elsevier / LEVV.

Crombrugge, H. van (2009). Ouders in soorten. Antwerpen/ Apeldoorn: Garant.

Cuijpers, P. (2001). De effectiviteit van preventie van psychische problemen bij kinderen en jeugdigen: Een overzicht van groepsinterventies. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 79, 486-494.

Dam, C. van, & Vlaar, P. (2007). Quickscan beroepsverenigingen sociaalagogisch werk. Utrecht: Movisie / NVMW / Phorza.

Databank Effectieve Jeugdinterventies (2009). Classificatie effectiviteit. Geraadpleegd op 25 juli 2010 op <http://www.jeugdinterventies.nl>.

Databank Richtlijnen en Instrumenten (2010), Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

De Vries, W. (2005) Databank Effectieve Jeugdinterventies: 'Triple P'. Utrecht: Nederlands

Dekovic, M., & Janssens, J.M.A.M. (1991). Opvoeding, prosociaal gedrag en populariteit van kinderen. Kind en Adolescent, 12, 65-77.

Diekstra, R.F.W., Wubs, J. M. e.a. (2010). Naar een canon van de opvoeding. Den Haag: Haagse Hogeschool.

Dijk, M. van & Ligtermoet, I. (2009). Wie is de opvoedingsondersteuner? Quick scan opvoedingsondersteuners in Nederland. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Dijk, M. van & Prinsen, B. (2009). Opvoedingsondersteuning in het Centrum voor Jeugd en Gezin: Handreiking. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

- Distelbrink, M., Lucassen, N., & Hooghiemstra, E. (2005). Gezin anno nu. Werkdocument 9. Den Haag: Nederlandse Gezinsraad . Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling.
- Doesum, K. van & Weikamp, P.A. (2003). Kinderen van ouders met psychiatrische problemen. *Handboek Jeugdzorg*, 13, 1-20.
- Doesum, K. van, Riksen-Walraven, J.M., Hosman, C.M.H. & Hoefnagels, C. (2008). A randomized controlled trial of a home-visiting intervention aimed at preventing relationship problems in depressed mothers and their infants. *Child Development*,
- Doesum, K.T.M. van (2005). Versterking van de kwaliteit van de moeder-kind interactie: Een preventieve interventie voor depressieve moeders en hun baby's. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, kinderpsychiatrie en klinische kinderpsychologie*, 30, 187-198.
- Doesum, K. van, Hosman, C. & Riksen-Walraven, J.M. (2005). A model-based intervention for depressed mothers and their infants. *Infant Mental Health Journal*, 26, 157-176.
- Doorten, I. en Rouw, R. (2006). Opbrengsten van sociale investeringen. Amsterdam / Den Haag: SWP / Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling.
- Dorp, M. van (2010). Sociale media: potentiële goudmijn voor jeugdzorg. *Jeugd en Co*, jrg. 4, nr. 8. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Dumas J.E., Begle A.M., French B., Pearl A. (2010). Effects of monetary incentives on engagement in the PACE parenting program. *Journal of Clinical Child Adolescent Psychology*. 39(3):302-13.
- Dunnink G & Lijs-Spek (2008). Activiteiten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar per Contactmoment (ABC rapport). RIVM: Bilthoven.
- Egten, C. van, E. Zeijl, S. de Hoog, C. Nankoe en E. Petronia (2008), 'Gezinnen van de toekomst. Opvoeding en opvoedingsondersteuning'. Den Haag, E-Quality.
- Eijk-Hustings, Y.J.L. van, Daemen, L., Schaper, N.C. & Vrijhoef H.J.M. (2010). Implementation of Motivational Interviewing in a diabetes care management initiative in the Netherlands. In press.
- Eliens, M. & Prinsen, B. (2008). Handleiding kortdurende video-hometraining in gezinnen met jonge kinderen. Santpoort-Noord: AIT.
- Eronen, R., Pincombe, J. & Calabretto, H. (2010). The role of child health nurses in supporting parents of young infants. *Collegian*, 17, 131-141.
- Eronen, R., Pincombe, J. & Calabretto, H. (2010). The role of child health nurses in supporting parents of young infants. *Collegian*, 17, 131-141.
- Foster, E.M., Prinz, R., Sanders, M. & Shapiro, C.J. (2007). The costs of a public health structure for delivering parenting and family support. *Children and Youth Services Review*. Chapel Hill: University of South Carolina.
- Foster, E.M., Prinz, R., Sanders, M. & Shapiro, C.J. (2008). The costs of a public health structure for delivering parenting and family support. *Children and Youth Services Review*. Chapel Hill: University of South Carolina.
- FPI. (2007). Listening to parents: a short guide. London: Family and Parenting Institute.

- Gemmeke, M. (2011). De rol van de centra voor jeugd en gezin bij versterken van de pedagogische civil society. Handreiking voor gemeenten. Den Haag / Utrecht: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport / Nederlands Jeugdinstituut.
- Gemeente Utrecht (2009). Het Opvoedbureau Utrecht: de werkwijze van de professional in het Opvoedbureau. Utrecht: Gemeente Utrecht.
- Glazener, C.M.A., Evans J.H.C., & Peto R.E. (2004). Complex behavioural and educational interventions for nocturnal enuresis in children. Cochrane Database of Systematic Reviews, 1; Art. No.: CD004668
- Goedhart, A., Treffers, F. & Widenfelt, B., (2003). Vragen naar psychische problemen bij kinderen en adolescenten: de Strengths and Difficulties Questionnaire. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid. 58,. 1018-1035.
- Gordon, T. (1976). Luisteren naar kinderen. De nieuwe methode voor overleg in het gezin. Amsterdam: Elsevier.
- Graaf, I. de & Speetjens, P. (2010). Stepping Stones Triple-P. Opvoedhulp voor ouders van kinderen met een beperking. Utrecht: Trimbos Insituut.
- Graaf, I. de (2010). Amsterdamse ouders en opvoedingsondersteuning. Utrecht: Trimbos instituut.
- Graas, D, Liefwaard, T, Schuengel, C, Slot, W & Stegge, H. (2009) De wet op de jeugdzorg in de dagelijkse praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.,
- Gravesteyn, J.C. & Diekstra, R.F.W. (2004). Waardig en vaardig in het leven. Hoe jongeren sociaal en emotioneel uit te rusten voor de volwassenheid. Lisse: Harcourt.
- Griner, D. & Smith, T.B. (2006). Culturally adapted mental health intervention: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43,531-548.
- Grisnich, F. & Jaarsma R. (2008). Onderzoek naar licht pedagogische hulpverlening in de gemeente Haren 2007. Stichting Provinciaal Centrum voor Maatschappelijke Ontwikkeling Groningen, CMO Groningen.
- Groenendaal, J.H.A., & Dekovic, M. (2000). Risicofactoren voor kwaliteit van de opvoeding. *Pedagogiek*, 20, 3-22.
- Groenendaal, J.H.A., & Van Yperen, T.A. (1994). Beschermende en bedreigende factoren. In J. Rispen, P.P.Gouden, & J.J.M. Groenendaal (Red.), *Preventie van psychosociale problemen bij kinderen en jeugdigen* (pp. 90-117). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Haterd, J. van de, Zwikker, N. Hens, H. & Uyttenboogaart, B. (2009). *Gedragwetenschapper in de jeugdzorg*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Haterd, J., Kluit, M., Baan, D., Zwikker, N. & Hens, H. (2010). *Vragen, taken, competenties en beroepen in het Centrum voor Jeugd en Gezin*. Utrecht: Movisie / Nederlands Jeugdinstituut.
- Hellinckx W., et al (2001). *Risico op kindermishandeling? Een preventieve aanpak*. Leuven, Acco.

- Hensbergen, H. van (1985). Opvoedingsondersteuning in perspectief, een literatuuronderzoek naar de behoeften van ouders aan opvoedingsondersteuning en de rol die voorzieningen kunnen vervullen. Amsterdam: universiteit van Amsterdam.
- Hermanns, J. (1992). Het sociale kapitaal van jonge kinderen. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Hermanns, J. (1992). Het sociale kapitaal van jonge kinderen: Jonge kinderen, opvoeders en opvoedingsondersteuning. Utrecht: SWP.
- Hermanns, J. (2006). Opvoedingsondersteuning: Wat hebben we in 15 jaar bereikt. Paper gepresenteerd tijdens het eerste Nationaal Congres Opvoedingsondersteuning "Ouders helpen opvoeden", 16 juni 2006, Ede.
- Hermanns, J. (2007). De toekomst van de jeugdgezondheidszorg. Inleiding studiedag 19 september 2007 'De toekomst van de (preventieve) gezondheidszorg'. Rotterdam,
- Hermanns, J. (2007). Wrap around care . Tijdschrift Jeugdbeleid, (september).
- Hermanns, J. (2008). Het bestrijden van kindermishandeling. Een aanpak die werkt. Woerden / Utrecht: Co Act Consult / Nederlands Jeugdinstituut.
- Hermanns, J. (2009). Het opvoeden verlerd. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam
- Hermanns, J., Schrijvers, G., Ory, F. (2005). Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen. Utrecht: Julius Centrum van de Universiteit Utrecht.
- Hermanns, J., H. Mordang & L. Mulders (2002). Jeugdhulp Thuis. Een alternatief voor uithuisplaatsing. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Heuvel, S. van den & Heideveld-Gerritsen, M. (2010). Gespreksvoering bij de GGD regio Nijmegen volgens de gespreksmethodiek van Luud Muller. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN).
- HiraSing, R.A. & Bolk - Bennink L.F. (1996). Dry bed training by parents: results of a group instruction program. The Journal of Urology, 156, 2044-2046.
- HiraSing, R.A. & Reus H. (1991). Droog-bedtraining bij enuresis nocturna. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde ,135 , 1750-1753. ment, 79, 547-561.
- HiraSing, R.A., Leerdam, F.J.M. van, Bolk - Bennink L.F. & Koot H.M. (2002). Effect of Dry Bed Training on behavioural problems in enuretic children. Acta Paediatr, 91, 960-964.
- Hirasing, R.A., Talma, H. & Kobussen, M. (2010). Zakwoordenboek Jeugd. Amsterdam: Reed Business.
- Hoek, M. (2008), 'Ontheemd ouderschap. Betekenissen van zorg en verantwoordelijkheid in beleidsteksten opvoedingsondersteuning 1979-2002'. Proefschrift. Utrecht, SWP.
- Hoogenboezem G, Meer van der J. (2009). CJG en de wensen en verwachtingen van ouders en jongeren: samenvatting van bestaand onderzoek. Gouda: JSO.

- Horowitz, J.L., & Garber, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 401-415
- Hosman, C.M.H., Jane-Llopis, E., & Saxena, S. (Eds.) (2004). *Prevention of Mental Disorders: Effective interventions and policy options. Summary report*. Geneva: World Health Organization.
- Houkes, A. & Kok, L. *Effectiviteit van informele netwerken*. Amsterdam: SEO / Raad voor de Volksgezondheid en Zorg en de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling.
- Huey, S. J. J., & Polo, A. J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for ethnic minority youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(1), 262-301.
- Ince, D., Berg, G. van den (2010). *Overzichtsstudie interventies voor migrantenjeugd. Ontwikkelingsstimulering, preventie en vroeghulp*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Ince, D. (2008). *Cijfers over opvoedingsvragen en –problemen*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2010). *Indicatoren Thematisch Toezicht JGZ 2011*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Integraal Toezicht Jeugdzaken (2009). *Werkende ketens. Metarapportage Integraal Toezicht Jeugdzaken 2009 over zes onderzoeken naar ketensamenwerking*. Utrecht: Integraal Toezicht Jeugdzaken (Inspectie Jeugdzorg).
- Janssens, J.M.A.M. (1998). *Opvoedingshulp: doel, methoden en effecten*. Tijdschrift voor Orthopedagogiek, jrg. 37, nr. 4, p. 133-147.
- Janssens, J.M.A.M. (2008). *Opvoedingsondersteuning: een vak! JGZ*. Tijdschrift voor jeugdgezondheidszorg, 3, 46-48
- Johnson, W. (2011). *Validity and Utility of the California Family Risk Assessment Under Practice Conditions in the Field: A Prospective Study*. *Child Abuse & Neglect*. 35, 18- 28.
- Jongh, J. de & Vlek, M. (2009). *Opvoeden kun je leren*. Amsterdam: Ruigrok/Netpanel.
- Joyce, B., & Showers, B. (1988). *Student achievement through staff development*. New York: Longman.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M.J., & Van IJzendoorn, M.H. (2008). *Promoting Positive Parenting: An attachment-based intervention*. Mahwah/New Jersey/London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers .
- Junger-Tas, J. (2001). *Preventie van antisociaal gedrag in de praktijk*. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 79, 500-505.
- Kaplan, S.J.M.D., Plecovitz, D., & Labruna, C. (1999). *Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1214-1222.
- Karoly, L., Kilburn, M., & Cannon, J. (2005). *Early childhood interventions. Proven results, future promise*. Santa Monica, RAND Corporation.

- Kasander, R. (2005). Effectiviteit van GGZ-preventie: Een beknopt overzicht. Amersfoort: RIAGG Amersfoort & Omstreken - Preventie.
- Kenniskring Jeugdgezondheidszorg (2010). Pedagogische visie van de jeugdgezondheidszorg. Notitie van de kenniskring jeugdgezondheidszorg. Utrecht.
- Keulen, M. van. (2010). Jeugdgezondheidszorg: 'een gigantisch effect voor een prikkie'. Factsheet Jeugdgezondheidszorg. Lisse: AJN.
- Ministerie van Justitie & (2010). Jeugdketens sluitend verbinden. Den Haag:
- Ministerie van Justitie en Ministerie voor Jeugd en Gezin (2010a). Eén gezin één plan: coördinatie van zorg. Ministerie voor Jeugd en Gezin.
- Kijlstra, M., Prinsen, B. & Schulpen, T. (2005). Kwetsbaar jong! : een quickscan van de kansen op achterstand van kinderen van 0 tot 4 jaar in risicosituaties. Amsterdam: SWP.
- Klein Poelhuis, C.W. (2000). Ouderprogramma's nader beschouwd. Een beschrijving en meta-analytisch onderzoek naar de effecten. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden.
- Klein Velderman, M. Hosman, C.M.H. & Paulussen, T.G.W.M. (2007). Onderzoeksprogrammering Opvoed- en Opgroeiondersteuning. Leiden: TNO.
- Knipscheer, J.W. & Kleber, R.J. (2004). A need for ethnic similarity in the therapist-patient interaction? Mediterranean migrants in Dutch mental health care. *Journal of Clinical Psychology*, 60 (6), 543-554.
- Kobussen, M. (2005). Notitie opvoedingsondersteuning. Nijmegen: GGD Regio Nijmegen.
- Kooijman, K., & Prinsen, B. (2003). Signaleren = meten + delen: Zorgwekkende opvoedings-situaties in de jeugdgezondheidszorg. *Tijdschrift over Kindermishandeling*, 18(2), 7-11.
- Kook, H. (1996). Overstap. Effecten op mondelinge taalvaardigheid en lezen. Amsterdam/Rijswijk: Vakgroep Algemene Taalwetenschap, Universiteit van Amsterdam/Ministerie van VWS.
- Kousemaker, N. P.J. (1996). Zoeken, vinden, zorgen delen. De ontwikkeling van een praktijkparadigma voor onderkenning en preventie van psychosociale problematiek in de jeugdgezondheidszorg. Universiteit van Amsterdam, 1996.
- Kreuger, F.A.F. (2007). Bereik van ouders met lage SES voor opvoedingsondersteuning. GGD-Rotterdam-Rijnmond.
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R., Smith, P. & Bellamy, N. (2002). Cultural sensitivity in universal family-based prevention interventions. *Prevention Science*, 3 (3), 241-244.
- Kwakman, K. (2003). 'Anders leren, beter werken'. Lectorale rede Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.
- Leeuwen, M. van. (2010) Kleurrijk spiegelen, spiegelbijeenkomsten met allochtone zorggebruikers. Utrecht: Pharos
- Leeuwen, M. van. (2011) "Heb ik het goed uitgelegd?" Communicatie met laagopgeleide migranten'. Utrecht: PHAXX kwartaalblad Pharos.

- Leeuwen, M. van. (2010) CJG consulent in Utrechtse wijken' (2010). Utrecht: Pharos
- Leseman, P., & Hermanns, J. (2002). Vragen van ouders over de opvoeding en ontwikkeling van hun kinderen in drie etnisch-culturele gemeenschappen. *Pedagogisch Tijdschrift*, 27(4), 253-226.
- Ligtermoet, I., Vergeer, M. & Zwikker, N. (2011). Competenties en randvoorwaarden van online opvoedingsondersteuning. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Lilley, S. (2007). Cost benefit analysis of interventions with parents: literature review. DCSF-RW008, Te downloaden van <http://www.dfes.gov.uk/research>. London: Department for Children, Schools and Families.
- Lim, J. en Prinsen, B. (1999). Partners in opvoeden en verzorgen. Bunnik / Utrecht: Landelijk centrum Ouder & Kind Zorg / NIZW.
- Maccoby, E.E. (1994). De rol van ouders in de socialisatie van kinderen. In: *Bijblijven, literatuurselectie van Kinderen en Adolescenten*, 1, pp. 218-248. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Mast, J. & Pool, A. (2005). In ontwikkeling. Competentieprofiel voor jeugdverpleegkundigen in de jeugdgezondheidszorg. Utrecht: NIZW.
- McGillicuddy-De Lisi, A.V. & Sigel, J.E. (2003). Parental beliefs are cognitions. In: M.H. Bornstein (Ed.), *Handboek of parenting, Vol. 3: Being and becoming a parent*. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates.
- Mejdoubi, J., Coeverden, S.C.C.M. van, Struijf, E, Crijnen, A., Leerdam, F.J.M. van & Hirasig RA. (2011). De VoorZorginterventie vermindert het roken bij hoogrisico zwangeren. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 89;3:48
- Melhuish E, Belsky J, Leyland AH, Barnes J, (2008). The National Evaluation of Sure Start Research Team. Effects of fully-established Sure Start Local Programmes on 3-year-old children and their families living in England: a quasi-experimental observational study. *Lancet* 2008; 372: 1641-47.
- Melhuish, E., Belsky, J. & Barnes, J. (2010). Evaluation and value of Sure Start. *Archives of Disease in Childhood*, 95, 159-161.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people to change*. New York/London: The Guilford Press.
- Ministerie van Jeugd & Gezin. (2007). *Alle kansen voor alle kinderen : programma voor jeugd en gezin 2007-2011*. Den Haag: Programmaministerie voor Jeugd en Gezin.
- Ministerie van Jeugd & Gezin. (2010). *Professionals in het Centrum voor Jeugd en Gezin*. Den Haag: Programmaministerie voor Jeugd en Gezin.
- Ministerie van VWS (2008). *Handreiking samenwerking huisarts en jeugdgezondheidszorg*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Ministerie van VWS. (2003). *Omgang met cliëntgegevens in de jeugdzorg*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

- Monteagudo, J.L. & Moreno Gil, O. (2007) E-health for patient empowerment in Europe. Available at http://ec.europa.eu/information_society/activities/health/docs/publications/eh_era-patient-empower.pdf.
- Mul, L., Witman, Y., (2009). Spiegelbijeekkomsten, methode voor feedback van patienten. Academisch Medisch Centrum. Universiteit van Amsterdam.
- Muller, L. (2001). Scholing: opvoedingsondersteuning vanuit het consultatiebureau. Centrum voor Advies en Training Luud Muller & Co.
- Mutsaers, K. (2009). Wat werkt bij jeugdigen uit etnische minderheidsgroepen. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Muynck, A. de & Post, S.D. (2010). Drempels slechten. Middelburg: Provincie Zeeland.
- Nation, M., Crusto, J., Wandersman, N., Kumpfer, M. & Seybolt, F. et al. (2003) What works in prevention. Principles of effective prevention programs. American Psychologist, jrg. 58, nr. 6/7, p. 449-456.
- Nederlands Jeugdinstituut (2010). Het versterken van de eigen kracht en het sociale netwerk van jeugdigen, ouders en gezinnen. 38 interventies uit de databank Effectieve Interventies. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Nederlands Jeugdinstituut (2011). Pijlers voor nieuw jeugdbeleid. Utrecht: NJi.
- Nelissen / Universiteit van Amsterdam (2011). Nationaal Wetenschappelijk Monitor Onderzoek. Sociale media.
- NIGZ (2003). Verschillen: conclusies communiceren met lage SES groepen. Steunpunt Lokale Aanpak Gezondheid. Woerden: NIGZ.
- Nikken, P. & Addink, A. (2011). Opvoedingsondersteuning bij media-opvoeding. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- NIZW (2004). Beroepsprofiel doktersassistent. Utrecht: NIZW.
- NIZW (2004). Opvoedingsondersteuning in de JGZ. Factsheet. Utrecht: NIZW
- NIZW Jeugd (2006). Beroepscompetenties voor het werken met ouders: een Brits model vertaald. Utrecht: NIZW Jeugd.
- NJi / RIVM (2008). Reader kerncompetenties in de jeugdgezondheidszorg behorende bij Kenniskring Jeugdgezondheidszorg. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut / RIVM.
- NVDA (2010). Taakherschikking binnen de jeugdgezondheidszorg. Utrecht: NVDA.
- NVMW (2011). Beknopt beroepsprofiel van de maatschappelijk werker. Utrecht: NVMW.
- NVO (2009). Beroepscode van de NVO. Utrecht: NVO.
- Nys, K. (2008). Ouders in perspectief : theoretische onderbouwing en evaluatie van vraag- en perspectiefgericht opvoedingsondersteunend groepswork met maatschappelijk kwetsbare gezinnen. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven.

- Oenema-Mostert, C.E. (2006) Orthopedagogische thuisbegeleiding voor gezinnen met een chronisch ziek kind. Groningen: Stichting Kinderstudies.
- Olds, D., Hill, P.L, Mihalic, S.F.& O'Brien, R. (2001). Nurse-Family Partnership. Institute of Behavioral Science, Regents of University of Colorado.
- Onderwijsraad. (2008). Een rijk programma voor ieder kind. Den Haag: Onderwijsraad.
- Ooms, H., Wilschut, M., & Loon, S. van (2011). Wegwijs in implementeren. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Ouders Online (2011). Code Oranje (wees alert). Het kwetsbare vertrouwen van ouders in de jeugdgezondheidszorg. Amsterdam: Ouders Online.
- Pels, T. , Distelbrink, M. & Postma, L. (2009). Opvoeding in de migratiecontext. Review van onderzoek naar de opvoeding in gezinnen van nieuwe Nederlanders. Utrecht: Verwey Jonker instituut.
- Pels, T., Distelbrink, M., Tan, S. (2009). Meetladder diversiteit interventies. Verhoging van bereik en effectiviteit van interventies voor verschillende (etnische) doelgroepen. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Pijnenburg, H., Hermanns, J., Yperen, T. van, Hutschemaekers, G. & Montfoort, A. van (2010) Zorgen dat het werkt. Werkzame factoren in de zorg voor jeugd
- Pijpers, F. et al. (2010). Standpunt versterken samenwerking JGZ en Bureau Jeugdzorg. Bilthoven: RIVM.
- Poppes, P., & Vlaskamp, C. (2001). Gedeeld en opgeteld. Ouders over kinderen met ernstige meervoudige beperkingen. Rotterdam: Lemniscaat.
- Posthumus, J.A. (2009). Preventive effects and cost-effectiveness of the Incredible Years program for parents of pre-schoolers with aggressive behavior. Utrecht: UMC Utrecht.
- Postma, S. (2008). JGZ-Richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen. Bilthoven: RIVM
- Prinsen, B. & Beckers, M. (2011). Samenwerken aan kwaliteit van het Centrum voor Jeugd en Gezin. Advies over de toekomstige professionalisering van het CJG. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut / RIVM Centrum Jeugdgezondheid.
- Prinsen, B. & De Vries, W. (2005). Ouders ondersteunen in de jeugdgezondheidszorg. De stand van zaken van opvoedingsondersteuning in de jeugdgezondheidszorg anno 2005. NIZW Jeugd, Expertisecentrum Opvoedingsondersteuning
- Prinsen, B. & Eijgenraam, K. (2008). Opvoeden doet er toe. Amsterdam/Utrecht: Stadsdeel Amsterdam Zuidoost gemeente Amsterdam / Nederlands Jeugdinstituut.
- Prinsen, B. & Ligtermoet, I. (2008). Handleiding Coördinatie van zorg. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Prinsen, B. (2006). Dat gaat werken: Van veelbelovende praktijken op weg naar effectieve opvoedingsondersteuning in de jeugdgezondheidszorg. Utrecht: NIZW Jeugd.

Prinsen, B., Roelofse, E., Schuimer, I. & Mes, W. (2006). De kracht van verbinden. Coördineren van zorg op lokaal niveau. NIZW Jeugd, Spectrum, K2 en JSO

Prinsen, B. en Junger, M. (2007). Opvoedingsondersteuning in de JGZ kan effectiever. Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg, jrg. 39, nr 3, p. 42-46.

Prinsen, B., Verhegge, K. en Thije, I. ten. (2002). Met ouders samen. Opvoedingsondersteuning in de preventieve zorg in Nederland en Vlaanderen. Utrecht / Brussel: NIZW / Kind en Gezin, 2002.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (2005.). The transtheoretical approach. In: Norcross, J.C.; Goldfried, M.R. (eds.) Handbook of psychotherapy integration, 2nd ed., p. 147-171. New York: Oxford University Press.

Pye Tait (2006). Research into qualification needs for work with parents. Edinburgh: Pye Tait.

Rappaport, J. & Seidman, E. (2000). Handbook of community psychology. New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.

Registratiecommissie Specialismen Verpleegkundige (2008). Accreditatiereglement verpleegkundig specialismen.

Reijneveld, S.A., & Vogels, A.G.C. (2005). Vragenlijsten voor psychosociale problemen in de praktijk van de jeugdgezondheidszorg. In A.J.M. Bonnet-Beusers, R.A. Hira Sing, K. Hoppenbrouwers, H.B.M. Rensen, & M.M. Wagenaar-Fisher (Red.), Praktijkboek Jeugdgezondheidszorg (I 2.5: 1-15). Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Reijneveld, S.A., Stiggelbout, M., Swagerman-Van Hees, M.B., & Brugman, E. (2000). Verbetering van de uitvoering van preventieprogramma's door GGD'en: Aanbeveling over signalering en preventie van psychosociale problemen bij kinderen en jeugdigen. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid.

Reijneveld, S.A., Vogels, A.G.C., Hoekstra, F., & Crone, M.R. (2006). Use of the Pediatric Symptom Checklist for the detection of psychosocial problems in preventive child healthcare. British Medical Journal Public Health, 6(197).

Riksen-Walraven, J.M.A. (1988). Sociale ondersteuning en competentie: Een vicieuze spiraal? In P.P. Goudena, J.H.A. Groenendaal, & F.A. Swets-Gronert (Red.), Kind in geding: Bedreigende en beschermende factoren in de psychosociale ontwikkeling van kinderen (pp. 47-61). Amersfoort: Acco.

Rispens, J., Hermanns J.M.A., en Meeus, W. (1996). Opvoeden in Nederland. Assen: Van Gorcum.

RMO en RVZ (2008). Versterking voor gezinnen. Den Haag: Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling en Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Rodrigo MJ, Maiquez ML, Correa AD, Martin JC, Rodriguez G. (2006). Outcome Evaluation of a Community Center-Based Program for Mothers at High Psychosocial Risk. Child Abuse & Neglect: The International Journal; 30(9):1049-64.

Roelofse, E. & Anthonijsz, I. (2008). Informele sociale steun. Achtergrondinformatie bij de workshop 'Welke positie krijgt informele opvoedingsondersteuning?' op het tweede Nationaal Congres opvoedingsondersteuning 6 juni 2008.

Romijn, A., Nienhuis, T., & Buysse, W.H. (2005). Raadpleging van ouders over opvoedingsondersteuning (en jeugdzorg) in Maassluis. Den Haag: Tympan Instituut.

- Rooijen, K. van (2010). *Wat werkt bij online hulpverlening*. Utrecht: NJi.
- Ros, R. (2006). *Opvoedingsondersteuning. Een onderzoek naar de on vervulde behoefte aan opvoedingsondersteuning van ouders en de mening van leerkrachten over opvoedingsondersteuning aan ouders*. Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.
- Rots-De Vries, C., Kroesbergen, I. & Goor, I. van de (2009). *Armoede en gezondheid van kinderen. Praktische handleiding voor interventie*. GGD West-Brabant.
- S&O.(1989). *Opvoedingsondersteuning. Een visie voor de negentiger jaren op de ondersteuning aan opvoeders*. Haarlem: Stichting Spel- en Opvoedingsvoorlichting.
- Sanders MR, Dittman CK, Keown LJ, Farruggia S, Rose D. (2010). What are the Parenting Experiences of Fathers? The Use of Household Survey Data to Inform Decisions About the Delivery of Evidence-Based Parenting Interventions to Fathers. *Child Psychiatry & Human Development*.
- Sanders MR. (2008). Triple P-Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting. *Journal of Family Psychology*; 22(4):506-17.
- Sanders, M., Calam, R., Durand, M., Liversidge, T. & Carmont, S. A. (2008). Does self-directed and web-based support for parents enhance the effects of viewing a reality television series based on the triple P--Positive Parenting programme? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; Vol.49; 9:924-932.
- Sanders, M., Ralph, A., Thompson, R. (eds). (2005) *Every Family: a public health approach to promoting children's wellbeing*. Brisbane: University of Queensland.
- Sanders, M.R., Dadds, C.M. & Turner, K.M.T. (2003). *Theoretical, Scientific and Clinical Foundations of the Triple P Positive Parenting Program: A Population Approach to the Promotion of Parenting Competence*. Brisbane: Parenting and Family Support Centre, The University of Queensland.
- Sanders, M.R., Dittman, C.K., Keown, L.J., Farruggia, S. & Rose, D. (2010). What are the parenting experiences of fathers? The use of household survey data to inform decisions about the delivery of evidence based parenting interventions to fathers. *Child Psychiatry Human Development*, nr. 41, p. 562-581.
- Sarkadi A, Bremberg S. (2005). Socially unbiased parenting support on the Internet: A cross-sectional study of users of a large Swedish parenting website. *Child Care Health and Development*; 31(1):43-52.
- Schalken, F., W. Wolters, W. Tilanus, M. van Gemert, C. van Hoogenhuyze, E. Meijer, E. Kraefft, M. Brenninkmeijer en M. Postel (2010), *Handboek online hulpverlening: hoe onpersoonlijk contact heel persoonlijk wordt*. Houten, Bohn Stafleu van Loghum.
- Schneewind, K.A. & Berkic, J. (2007). Stärkung von Elternkompetenzen durch primäre Prävention: eine Unze Prävention wiegt mehr als eind Pfund Therapie. *Praxis Kinderpsychologie*, jrg. 56, p. 643-659.
- Schoorl, P.M. (1993). *Opvoeding en opvoedingsproblemen in het gezinsleven*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.

- Shapiro, C.J., Prinz, R.J. & Sanders, M. (2010). Population based provider engagement in delivery of evidence based parenting interventions: challenges and solutions. *Journal of Primary Prevention*, vol. 31, p. 223-234.
- Siraj-Blatchford, I. & Siraj-Blatchford, J. (2010). Improving children's attainment through a better quality of family based support for early learning. London: University of London, Institute of Education.
- Snijders, J. (2006). Ouders en hun behoeften aan opvoedingsondersteuning: factsheet. Utrecht: NIZW Jeugd.
- Spanjaard, H. & Haspels, M. (2005). Families First. Handleiding voor gezinsmedewerkers. Amsterdam, SWP.
- Speetjens, P. (2010). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'KopOpOuders Online'. Utrecht: N.Ji.
- Speetjens, P., Linden, D. van der, & Goossens, F. (2009). Kennis over opvoeden : de vragen van ouders, het aanbod van de overheid en de mogelijkheden van de markt . Utrecht: Trimbos-instituut.
- Sproet, M. en Smulders, E. (2010). Handreiking. De interculturalisatie van het Centrum voor Jeugd en Gezin. Inspiratie door een voor gemeenten. Utrecht: Pharos
- Spruijt, E. en Kormos, H. (2010). Handboek scheiden en de kinderen. Voor de beroepskracht die met scheidingskinderen te maken heeft. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Staal, I. I. E., Van den Brink, H. A. G., Hermanns, J. M. A. , Schrijvers, A. J. P. & Van Stel H. F. (2011). Assessment of parenting and developmental problems in toddlers: development and feasibility of a structured interview. *Child: Care, Health, and Development*, 1-9.
- Star, M. van der & Cate, A. ten (2010). Opvoeding en opvoedingsondersteuning bij ouders van basisschoolkinderen in de regio Nijmegen. Nijmegen: GGD regio Nijmegen.
- Steenhof, L. (2007). Schatting van het aantal stiefgezinnen. *Bevolkingstrends*, 4e kwartaal 2007. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Center for Mental Health Services (2007). Promotion and prevention in mental health: strengthening parenting and enhancing child resilience. DHHS Publication No. CMHS-SVP-0175. Rockville (MD), USA.
- Tan N. (2006). Protocol DMO. Draaiboek Training Samen Starten. Amsterdam.
- Tan, N (2006). Handleiding Samen Starten. Amsterdam.
- Tan, N., Boom, D. van den & Hermanns, J. (2005). Protocol ter ondersteuning van de sociaal-emotionele ontwikkeling; een volgsysteem voor consultatiebureau's (0-4 jarigen). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Tan, N., Bekkema, N., & Ory, F. (2008). Toepasbaarheid van opvoedingsondersteuning voor Marokkaanse en Turkse gezinnen in Nederland, in het bijzonder van het programma Samen Starten/ DMO-P. TNO rapport Kwaliteit van Leven.

- Tandon, S.D., Parillo, K., Mercer, C., Keefer, M. & Duggan, A.K. (2008). Engagement in paraprofessional home visitation: families' reasons for enrollment and program response to identified reasons. *Womens Health Issues*.18(2):118-29.
- Taylor T.K., Webster-Stratton, C., Feil, E.G., Broadbent, B., Widdop, C.S. & Severson, H.H. (2008). Computer-based intervention with coaching: an example using the Incredible Years program. *Cogn Behav Ther*, 37, 233-246
- Tenhaeff, C., Dijkstra, N., Havinga, M., Janssen L, Kaaij, I. v. d., van Laar, L., Nelissen, S., Schrijver, A., Simons, M., Woltering, M., & Öry, F. (2004). Vroegsignalering van zorgwekkende opvoedingsituaties in Samen Starten: wijkverpleegkundigen onderzoeken hun eigen dossiers. *Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg*
- Trimbos-instituut (2005). Factsheet Gezonde School en genotmiddelen. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Tuijl, C. van (1998). Uitvoering van Opstap Opnieuw: opzet, inhoud en effecten volgens coördinatoren deelnemend aan het landelijk evaluatie-onderzoek Opstap Opnieuw.Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Tuk, B.(2010). Je wilt je kind niet kwijtraken. Training opvoedingsondersteuning Somalische ouders in een asielzoekerscentrum. Utrecht: Pharos.
- Uittenbogaard, B.P. (2007). Stap-voor-stap. Een stappenplan om ouders te begeleiden bij opvoedingsvragen. Utrecht: SWP.
- Utting, D. (2007). Parenting and the different ways it can affect children's lives: research evidence. Joseph Rowntree Foundation.]
- V&VN (2009). Verpleegkundig specialist. Genezing en zorg afgestemd. Utrecht: Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland.
- Vandemeulebroecke, L., Crombrugge, H. van, Janssens, J. & Colpin, H. (2002). *Gezinspedagogiek, deel II: Opvoedingsondersteuning*. Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Vandemeulebroecke, L. & Munter, A. de (red.). (2004). *Opvoedingsondersteuning. Visie en kwaliteit*. Leuven: Universitaire Pers Leuven.
- Veen, M. van der & Prinsen, B. (2010). *Handleiding videohometraing in gezinnen met kinderen in de basisschoolleeftijd*. Amsterdam: SWP / AIT.
- Verdurmen, J., Van Oort, M., Meeuwissen, J., Ketelaars, T., De Graaf, I., Cuijpers, P., De Ruitter, C., & Vollebergh, W. (2003). Effectiviteit van preventieve interventies gericht op jeugdigen: De stand van zaken. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Vermeij, A., Van der Wel, J., & Krooneman, P.J. (2005). *Inventarisatie hulpaanbod bij (echt)scheiding en omgang: Eindrapport*. Amsterdam: Regioplan Beleidsonderzoek.
- Vogels, A.G.C. (2008). *The Identification by Dutch Preventive Child Health Care of Children with Psychosocial Problems: Do Short Questionnaires Help?* Proefschrift. Leiden: TNO.
- Vogels, A.G.C., Crone, M.R., Hoekstra, F., & Reijneveld, S.A. (2005). *Drie vragenlijsten voor het opsporen van psychosociale problemen bij kinderen van zeven tot twaalf jaar: Samenvatting*. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven.

Vries de - Lentsch, P. (2006). Wat verwachten ouders van een ouder-kindcentrum : rapportage vraag analyse Oké-punt. Almere: Zorggroep Almere.

Whittaker K.A. & Cowley, S. (2006). Evaluating health visitor parenting support: validating outcome measures for parental self-efficacy. *Journal of Child Health Care*.10(4):296-308.

Wilson, S. J., Lipsey, M. W., & Soydan, H. (2003). Are mainstream programs for juvenile delinquency less effective with minority youth than majority youth? A meta-analysis of outcomes research. *Research on Social Work Practice*, 13(1), 3-26.

Wise, S., Silva, L. da, Webster, E. and Sansen, A. (2005). The efficacy of early childhood interventions. Melbourne: Australian Institute of Family Studies.

Yperen, T. van(2010). 55 Vragen over effectiviteit. Antwoorden voor de Jeugdzorg. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Van Yperen, T.A. (1994). Problemen in de ontwikkeling van kinderen. In J. Rispen, P.P. Gouden, & J.J.M. Groenendaal (Red.), *Preventie van psychosociale problemen bij kinderen en jeugdigen* (pp. 71-89). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Yperen, T. van (2003). Resultaten in de jeugdzorg: begrippen, maatstaven en methoden. Utrecht: NIZW.

Yperen, T. van & Hellema, M. (2010). Naar een nieuw jeugdzorgstelsel: vergelijking van standpunten. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Yperen, T.A. van & Bommel, M. van (2009). *Erkenning interventies: criteria 2009 - 2010*. Erkenningscommissie (Jeugd)Interventies. Utrecht / Bilthoven: Nederlands Jeugdinstituut / RIVM.

Yperen, T. van, Steege, M. van der, Addink, A. & Boendermaker, L. (2010). Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg. Stand van de discussie. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Yperen, T. van. (2009). Evaluatie van de wet op de jeugdzorg. Themabericht Jeugd & Samenleving, nr. 3. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Yperen, T. van. (2010). Betere ketens. In: Graas, D., Liefwaard, T., Schuengel, C., Slot, W. & Stegge, H. (Red.; in druk). *De Wet Jeugdzorg in de dagelijkse praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Yperen, T.A. van & Stam, P.T. (2010). *Opvoeden versterken*. Den Haag: VNG.

Zeeman, M., Hermanns, J., Hoffenaar, P., Grootens-Tecla, M., & Alberts, J. (2007). De behoefte aan opvoedingsondersteuning op Curaçao. Een onderzoek onder opvoeders met kinderen in de leeftijd van 0-4 jaar. *Pedagogiek*, 27(2), 119-134.

Zeijl, E., Crone, M., Wiefferink, K., Keuzenkamp, S., & Reijneveld, M. (2005). *Kinderen in Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Zeijl, J. van, Mesman, J., Van IJzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J., Juffer, F., Stolk, M., Alink, A., & Koot, H. (2006). Attachment-based intervention for enhancing sensitive discipline in mothers 1- to 3-year old children at risk for externalizing behavior problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 994-1005

Zijden, Q. van der (2010). Samenwerking JGZ en Jeugdzorg. Praktijkonderzoek. Biltthoven: RIVM

Zikkenheimer, L. (1986). Beeldmateriaal en buitenlandse vrouwen. Een handreiking voor het ontwerpen en selecteren van visueel voorlichtings- en les materiaal voor buitenlandse vrouwen. Den Haag: Nederlandse Bibliotheek en Lektuur Centrum.

Zorggroep-Almere (2011). Functiebeschrijving Verpleegkundig specialist preventieve zorg, Sector Cure. Almere: Zorggroep-Almere.

Zwirs, B. (2006). Gedragsproblemen bij allochtone kinderen. Proefschrift. Universiteit Utrecht. Utrecht: Universiteit Utrecht.

Zwirs, B., Burger, H., Schulp, T. & Buitelaar, J. (2008). Kinderen in achterstand. De prevalentie van psychiatrische stoornissen onder autochtone en allochtone kinderen. Cultuur, migratie en gezondheid 5 (1), 2-9.

Websites:

www.gezinswijzer.nl

www.handreikingmelden.nl

www.nji.nl

www.rijksoverheid.nl

www.samenwerkenvoordejeugd.nl

www.tamam.nl

www.zat.nl

www.nip.nl

www.nvo.nl

www.nvmw.nl

Bijlage 1

Samenstelling en verslaglegging focusgroepen en knelpunteninventarisatie

Verslag Focusgroep 1 'JGZ richtlijn opvoedingsondersteuning' NJi, Utrecht, 9 februari 2010

Aanwezigen

- Margreet de Ruiter, V&VN (fractie jeugd), stafverpleegkundige GGD Regio Nijmegen
- Betty Bakker, V&VN, jeugdverpleegkundige en beleidsmedewerker JGZ
- Jacqueline de Vries, ActiZ, afdeling jeugd
- Gea Vrieze, AJN, jeugdarts 0-4
- Marianne de Wolf (projectteam), TNO, orthopedagoog/onderzoeker, betrokken bij het thema opvoedingsondersteuning
- Klaas Kooijman, NJi, psycholoog, thema preventie kindermishandeling/ opvoedingsondersteuning. Betrokken bij richtlijn secundaire preventie kindermishandeling.
- Monique L'Hoir (projectteam), TNO; klinisch pedagoog, GZ-psycholoog, psychotherapeut, onderzoeker. Betrokken bij diverse richtlijnen.
- Esther Coenen (projectteam), TNO, jeugdarts (0-4), betrokken bij richtlijnen
- Marjolein Oudhof (projectteam), NJi, orthopedagoog, jeugdverpleegkundige
- Bert Prinsen (projectteam), voorzitter, NJi, pedagoog.

Na het welkom van de voorzitter, een toelichting op doel en werkwijze van de focusgroep volgt een korte voorstelronde. Daarna volgt de eerste inventarisatieronde van knelpunten.

Knelpunten bij opvoedingsondersteuning in de JGZ (praktijk)

Alle verschillende deelnemers hebben knelpunten ingebracht, die zij zien bij de uitvoering van opvoedingsondersteuning in de praktijk van de JGZ. Hieronder worden ze weer gegeven zonder vermelding van de naam van de inbrenger.

Knelpunten die zijn benoemd vanuit de praktijk:

- Er is een verschil in JGZ 0-4 en 4-19 (qua budget en takenpakket). Met name bij 4-19 is er weinig budget; er zijn te weinig uren voor hulp op indicatie. Er is geen uniforme taakopvatting over opvoedingsondersteuning en deze is verschillend voor jeugdartsen respectievelijk jeugdverpleegkundigen.
- De toegankelijkheid voor interventies is niet voor alle JGZ organisaties hetzelfde. Ook worden er verschillende (signalerings)instrumenten gebruikt. Anticiperende voorlichting is nu nog maatwerk (nog geen standaardaanbod). Nu is het aanbod opvoedingsondersteuning afhankelijk van: wat beschikbaar is, geen wachtlijst is, waar je contacten hebt etc. Beschikbaarheid interventies voor lichte opvoedproblemen wordt minder wanneer de leeftijd stijgt (voor ouders van pubers is er weinig).
- Er is geen (algemeen geaccepteerde) theoretische basis over opvoedingsondersteuning.
- Opvoedingsondersteuning is met name een taak van jeugdverpleegkundigen. De HBO-V opleiding besteedt nog te weinig aandacht aan opvoedingsondersteuning (wordt wel iets beter).
- Opvoedingsondersteuning moet je opschalen (niveaus van opvoedingsondersteuning). De vraag is wel, waar ligt de grens van je vak (normaal en van minder normaal). Wat doe je zelf en wat zet je weg; dit moet helder worden. Als ouders niet anders willen, houdt de JGZ vinger aan de pols. (BJZ vaak 'hinderpaal' voor ouders)
- Contactmomenten zijn nu weinig flexibel. De gemeente schrapt eerst de verpleegkundige momenten (7½ maand, 2½ jaar). Wat zijn belangrijke momenten voor opvoedingsondersteuning? En hoe zit je die contactmomenten flexibel in? Bv. ouders laten kiezen wanneer ze die opvoedingsondersteuning krijgen (soort strippenkaart)?

- Opvoedingsondersteuning is nog minder 'normaal'. Er is behoefte aan onderlinge uitwisseling tussen ouders. Er zijn nog geen (weinig) groepsbijeenkomsten (terwijl: lagere kosten, ouders kunnen elkaar ontmoeten). Je moet veel organiseren. Bert: het levert nauwelijks tijds winst op. Doet wel veel recht aan culturele diversiteit. Moeilijk meerdere ouders op één plek te krijgen. Ouders achteraf gemotiveerd, tevreden. Ouders motiveren tot deelname aan oudercursussen of trainingen is niet eenvoudig.
- De verbinding met peuterspeelzaal, voorscholen (VVE) etc. kan beter.
- Communicatie en bejegening: men is voor het positief bekrachtigen van ouders. Hoe ga je op opvoedvragen in; verschillen in toepassing. Ouder moet meer gevolgd worden. Er wordt onvoldoende rekening gehouden met culturele diversiteit/ SES. Er zit een 'gat' tussen ouder en professional.
- Dossier: slecht gerapporteerd. Geen eenduidigheid wat er in geregistreerd wordt over opvoedingsondersteuning. Gebruikersgemak registratie: bieden CAP-J/ROOTS, DMO een kans tot verbetering?
- Er is veel aandacht voor vroegsignalering, oa SDQ, en zeker ook prenataal. Maar er is weinig aandacht voor de hulpvraag die daaruit naar voren komt → toeleiding naar en opvolging met hulp is nog steeds problematisch. Vroegsignalering en hulp moeten samen aandacht krijgen.
- Het moet helder zijn aan wie je overdraagt? Tussen JGZ en jeugdzorg zit een grote groep aanbieders/zorgverleners (grijs gebied). Is het een alternatief om pedagogen/ maatschappelijk werkers in huis te nemen (laagdrempeliger en minder weerstand ouders).
- JGZ is voor veel ouders niet eerste aanspreekpunt voor opvoedondersteuning.

Knelpunten/ belemmeringen voor JGZ medewerkers in het werken met de toekomstige richtlijn.

Wat maakt de richtlijn werkbaar, bruikbaar

- De richtlijn moet duidelijk geschreven zijn, niet te lang, niet te gedetailleerd. Aanbevelingen moeten praktisch zijn: wat moet ik wel doen/ wat niet. Daarnaast moet hij zeker een goede taakafbakening bevatten. Er is nu vaak sprake van 'willekeur' / persoonsafhankelijkheid (eigen professionele opvatting). Hier moet de richtlijn ondersteunend in zijn.
- Diversiteit (richting alle ouders) vanaf begin veel aandacht geven. Steeds met bril van diversiteit (in brede zin) bekijken en afstemmen op ouders.
- Vanuit de inhoud beschrijven: ideaal plaatje. Niet te stug vasthouden aan contactmomenten (mogelijk zijn andere contactmomenten vanuit de inhoud geschikter).
- Voor goede implementatie is budget nodig en kost tijd (Fleuren). Er moet tijd beschikbaar zijn. Hoe zorg je dat de richtlijn als een verlichting voelt? .
- De richtlijn bevat aanwijzingen over hoe je dit verkoopt bij de gemeente.
- Meer JGZ professionals bij betrekken (actief): carrousel/ communiceren. Met het eerste concept: het land ingaan en het gesprek aangaan.

Knelpunten in samenwerken in de keten

- Er is nog weinig eenheid. Om te zorgen dat er meer eenheid komt kan bv. Triple P ingevoerd worden als basismethodiek voor alle professionals op verschillende niveau's, ook buiten de JGZ. Dit moet dan ook in basisopleidingen meegenomen worden.
- Gemeente moet je betrekken/ bewerken. Vroeginterventie is nodig: gemeenten moeten hier in investeren. Veel gemeenten hebben al ingekocht. Theoretisch kader is nodig om verder richting te geven.
- Huisartsen zijn belangrijk voor ouders voor opvoedondersteuning. JGZ krijgt nu nog weinig doorverwijzingen. Je moet goed afstemmen met richtlijnen van huisartsen (lesa) en andere richtlijnen (ZAT, verloskundigen, kraamzorg, thuisbegeleiders etc.)
- Ook moet goed rekening gehouden worden met kinderdagverblijven etc. (MO groep)
- Hoe zorg je voor een zorgcontinuüm: doorgaande zorglijn 0-19? Warme overdracht is erg belangrijk. De rolverdeling t.o.v. ketenpartners nog onduidelijk.

- Voor draagvlak is het belangrijk dat de feedback op eerste richtlijn van andere beroepsgroepen wordt meegenomen.

Aanvullende uitgangsvragen

Onze uitgangsvragen

- a) definitie opvoedingsondersteuning
- b) wensen, behoeften en opvattingen ouders t.a.v. preventie, signalering en interventie bij opvoedproblemen
- c) op welke wijze kan rekening gehouden worden met diversiteit in opvoedingsgewoonten?
- d) welke instrumenten en methoden kunnen worden gebruikt voor het voorkomen, signaleren en interveniëren bij opvoedingsproblemen?
- e) wat zijn de meest effectieve en bruikbare manier om ouders opvoedingsondersteuning te bieden?
- f) welke evidence-based interventies zijn er voor opvoedingsondersteuning?
- g) taken JGZ professional m.b.t. opvoedingsondersteuning vs. taken ketenpartners?
- h) Wat is een werkzaam beslisschema voor toeleiding naar hulp?
- i) Welke competenties en scholingsmodules in de opleiding zijn nodig?
- j) Welke samenwerkingsafspraken met ketenpartners zijn nodig?

Aanvullingen/opmerkingen

- h: het gaat om hulp die je zelf biedt en hulp van een ander (bij verwijzen). Een beslisschema kan ook zijn: KIPPPI, balansmodel.
- d, e en f: deze zijn zo goed als hetzelfde. Laat e en f weg en splits d in drieën: voorkomen, signaleren en interveniëren.
- i: moet je breder trekken 1. Welke houdingen, communicatievaardigheden en competenties zijn nodig. Vervolgens 2. Wat is er dan nodig in opleidingen en borging?
- toevoegen bij j: samenwerkingsafspraken/randvoorwaarden gemeenten, beleidsmaker en financiers.
- toevoeging b: hoe bereik je deze ouders?

Toevoegen

- Wat zijn de maatschappelijke verwachtingen en vraagstukken bij opvoeden en opgroeien (normatief)?
- Hoe handhaaf (borging) je de juiste de principes van uitvoering? Up-to-date houden van kennis en competenties, houding etc.

Prioritering: alle uitgangsvragen ziet men als relevant en belangrijk!

Uitgangsvragen met genoemde opmerkingen

- a. Welke definitie van opvoedingsondersteuning en opvoedingsproblemen bij 0 tot 19 jarige kinderen wordt in de richtlijn gehanteerd?
- b. Welke wensen, behoeften en opvattingen hebben ouders ten aanzien van preventie en signalering van en interventie bij opvoedproblemen?
 - Empowerment van ouder/kind en professional staat centraal. Het versterken van eigen krachten en 'samen doen' moeten uitgangspunt zijn.
 - Gedrag normaliseren en niet problematiseren.
 - De JGZ kan aansluiting zoeken bij kinderdagverblijven en peuterspeelzalen. Daar zijn de kinderen frequent, wat signaleren vergemakkelijkt.
- c. Op welke wijze kan in de preventie, signalering en interventie rekening worden gehouden met diversiteit in opvoedingsgewoonten naar etnische achtergrond, sociaal economische status, (alleenstaand) ouderschap, lichamelijke en verstandelijke beperkingen) en op welke wijze kunnen deze (risico)groepen het meest profiteren van opvoedingsondersteuning?

- Bereikbaarheid en toegankelijkheid van opvoedingsondersteuning voor al deze groepen (diversiteit in brede zin) moet onderdeel zijn van de richtlijn.
 - Er moet sprake zijn van een inclusieve aanpak; diversiteit zit in het systeem/organisatie (meetlat diversiteit interventies).
 - Methodische vaardigheden om moeilijk bereikbare groepen te betrekken, staan beschreven in de richtlijn.
- d. Welke (evidence based) instrumenten en methoden kunnen worden gebruikt voor het voorkomen, signaleren en interveniëren bij opvoedingsproblemen en wat is de evidentie voor de kwaliteit, bruikbaarheid en toepasbaarheid van die instrumenten?
- Eén ‘uniform’ te gebruiken signaleringsinstrument, evidence based, is wenselijk
 - Welke interventies zijn het meest wenselijk bij wat je signaleert?
 - Uniformiteit: één basismethodiek (bv. triple-p) → ook buiten de JGZ.
 - Nagaan wat vanuit pedagogisch oogpunt belangrijke contactmomenten zijn voor opvoedingsondersteuning.
 - Vroegsignalering en hulp moeten samen aandacht krijgen.
 - Signaleren moet niet persoonsafhankelijk zijn (zowel voor de gever als de ontvanger).
- e. Wat zijn de meest effectieve en binnen de JGZ (en het Centrum voor Jeugd en Gezin) bruikbare manieren om ouders (collectief en individueel) over opvoedingsvragen voor te lichten, opvoedingsproblemen te signaleren, en (lichte) opvoedhulp te bieden?
- f. Welke evidence-based interventies zijn er voor opvoedingsproblemen?
- g. Wat zijn de taken van de jeugdverpleegkundige en de jeugdarts met betrekking tot opvoedingsondersteuning in vergelijking met de taken van de JGZ-pedagoog en van de ketenpartners in het Centrum voor Jeugd en Gezin, zoals (school)maatschappelijk werk, medewerkers van opvoedsteunpunten, zorgadviesteams en de jeugdzorg en hoe kunnen zij optimaal aansluiten op elkaar (Bosdriesz, 2005; MOgroep 2007)?
- Opvoedingsondersteuning moet opgeschaald worden: goed afbakenen waar de grens van de JGZ professionals liggen.
 - Naast de taken, moeten ook de houding (attitude, bejegening) van professionals beschreven worden.
 - Acties rondom opvoedingsondersteuning moeten goed geregistreerd worden.
- h. Wat is een werkzaam beslisschema voor de JGZ voor de toeleiding naar hulp?
- Wanneer verwijst je door? En naar wie?
- i. Welke competenties en scholingsmodule(s) in de (vervolg)opleidingen zijn nodig voor JGZ medewerkers om de doelstellingen rond opvoedingsondersteuning (in het CJG) vorm te geven?
- Opvoedingsondersteuning kan beter in de opleiding ingebed worden (HBO-V & MWD)
 - Beschikken over goede gespreksvaardigheden
- j. Welke samenwerkingsafspraken met de ketenpartners moeten gemaakt worden?
- Wie heeft de zorgcoördinatie?
 - Het moet helder zijn aan wie je overdraagt.
 - Taakafbakening: Wat doen de jeugdverpleegkundige en/of de jeugdarts en wat de gedragswetenschapper? (bijv. bij multi-problem gezinnen).
 - Goede afspraken met huisartsen, zij krijgen vaak vragen van ouders over opvoedingsondersteuning.
 - Het zorgcontinuüm beschrijven.

Onder dankzegging aan de deelnemers, de afspraak dat een declaratieformulier wordt nagezonden tegelijk met het verslag besluit de voorzitter deze eerste focusgroep. Bij het verslag meesturen:

- Handleiding opvoedingsondersteuning
- Steven P.M. de Waal , JGZ als publieke zorg voor jeugd (GGD Nederland)

Aanwezigen

- Mw. Van der Laan, KNOV, verloskundige.
- Mw. L. Alpay, TNO, kwaliteit van leven; empowerment ouders (patiëntenparticipatie)
- Mw. D. Griffioen, NIP, psycholoog
- Mw. S. Blom-Schakel, NVO, jeugdverpleegkundige, orthopedagoog CJG
- Mw. M. Van Leeuwen, Pharos, programma jeugd. Onderzoek naar opvoedingsondersteuning (preventief) en migrantenouders-jongeren.
- Mw. M. De Ruiter, V&VN, stafverpleegkundige (GGD Regio Nijmegen)
- Mw. T. Boogaard, Beroepsvereniging voor kraamverzorgenden, kraamverzorgenden (Amsterdam)
- Dhr. F. Bongaerts, MO groep, Directeur maatschappelijke dienstverlening / Landelijk overleg maatschappelijk werk
- Mw. M. Distelbrink, Verweij Jonker Instituut; onderzoek naar opvoeding en opvoedingsondersteuning (in relatie tot etnische diversiteit)
- Mw. M. L'Hoir (projectteam), TNO Kwaliteit van leven, klinisch pedagoog / GZ-psycholoog, psychotherapeut
- Mw. M. Kamphuis (projectteam), jeugdarts, TNO (onderzoeker, ontwikkeling richtlijnen)
- Mw. M. Oudhof (projectteam), Nederlands Jeugdinstituut, jeugdverpleegkundige en orthopedagoge
- Dhr. B. Prinsen (voorzitter, projectteam), Nederlands Jeugdinstituut, senior Jeugdzorg en Opvoedhulp

Na het welkom van de voorzitter, een toelichting op het doel en de werkwijze van de focusgroep volgt een voorstelronde. Daarna start de focusgroep met de eerste inventarisatieronde van knelpunten.

Eerste ronde knelpunten richtlijn

In de eerste ronde worden door de verschillende deelnemers de knelpunten ingebracht, die zij zien bij de uitvoering van opvoedingsondersteuning door de JGZ. Hieronder worden ze weer gegeven zonder vermelding van de inbrenger, omdat bij menig punt ook andere deelnemers aansloten met aanvullende opmerkingen en suggesties. Soms ontstond discussie over een punt en is de uitkomst daarvan weergegeven.

Knelpunten die zijn benoemd:

- Momenteel is er nog geen protocol voor de overdracht van wat verloskundigen signaleren, waardoor signalen soms niet worden opgepakt. Momenteel is het signaleren teveel persoonsafhankelijk, zowel voor de gever als de ontvanger. Normalerwijs vinden er twee prenatale huisbezoeken plaats; bij het eerste kind en/of migrantenouders door de kraamverzorgende en bij 34 weken door de verloskundige. Op indicatie kan de JGZ prenatale huisbezoeken brengen, maar dat is niet overal in het land hetzelfde geregeld. De overdracht van de kraam- en verloskundige zorg naar de JGZ is belangrijk. Er is op dit moment geen feedbacktool en verloskundigen zijn (nog niet) verwijzende organisatie voor de verwijfsindex.
- De persoonsafhankelijkheid in de uitvoering van opvoedingsondersteuning wordt herkend. Het ontbreekt aan uniformiteit in de aanpak van signaleren. Een 'uniform' te gebruiken instrument, evidence based, is wenselijk.
- Wanneer verloskundigen (en kraamverzorgenden) → de overdracht doen naar de JGZ en er zijn zorgen, dan moeten die eerst met de ouders zijn gedeeld. Gespreksvaardigheden van kraamverzorgenden moet aandacht krijgen, evenals bejegening.
- Er is een RIVM richtlijn in ontwikkeling mbt de overdracht van de kraamverzorgende/verloskundige naar JGZ. Daarbij moeten deze richtlijn bij aansluiten, zoals ook bij andere richtlijnen (vroegsignalering, secundaire preventie kindermishandeling).

Vervolgens worden drie items meer in het bijzonder besproken, te weten:

1. Moet in de richtlijn informatie over de prenatale periode worden opgenomen?

- Risicogroepen moeten vroegtijdig gesignaleerd worden; dat kan al in de prenatale periode plaatsvinden en dat moet in de richtlijn worden opgenomen;
- Er zouden niet te veel tools/instrumenten in de prenatale periode standaard moeten worden gebruikt. Een is voldoende anders ontstaat er onduidelijkheid.
- De vraag hoe grote groepen ouders kunnen worden voorbereid (voorlichting) op het ouderschap zou beantwoord moeten worden in de richtlijn.
- Ouders voor de bevalling bewustmaken over wat ze verwachten van het ouderschap etc.

2. Postnatale periode

- Ouders hebben in de eerste periode na de geboorte (en vooral bij hun eerste kind) last van onzekerheid en moeten daar ondersteuning in krijgen (positieve bekrachtiging).
- Consultatiebureau moet meer een vraagbaak worden (nog toegankelijker worden voor opvoedingsondersteuning).
- Opvoedingsondersteuning heeft nog een negatieve bijklank, het imago moet verbeteren.

3. Ouders met een niet-westerse achtergrond en/of lage SES

- De afstand naar de voorzieningen is soms groot voor deze groepen. Dit is zorgelijk want deze ouders zouden ook/juist moeten kunnen profiteren van opvoedingsondersteuning.
- Veel samenwerkingsverbanden binnen de gemeente is nog ad-hoc. *Bereik en toegankelijkheid* moet terugkomen in de richtlijn. Wat is momenteel het bereik van opvoedingsondersteuning en hoe moet deze er in de nabije toekomst uitzien?
- Er is veel kennis aanwezig bij migrantenorganisaties. Zij geven eenvoudige tips. De vraag is alleen hoe iedereen (professionals) dit kan gaan toepassen. Er zijn speciale (eenvoudige) manieren om migrantenouders voor opvoedingsondersteuning open te stellen en erachter te komen wat hun wensen en noden zijn (Pharos). Methoden voor doorvragen is hiervan een voorbeeld. Opvoedingsondersteuning mag informeler en laagdrempeliger worden (niet problematiseren). Dit is belangrijk voor alle ouders (ook die geen problemen hebben).
- Er zit een knip tussen kennis en het toepassen ervan. De kennis van de migrantenorganisaties is nog niet goed ingebed in de algemene hulpverleningsorganisaties; die laatste denken nog vaak aanbodgericht. Er is meestal weinig tijd om anders te werken, maar consulten op indicatie bieden meer tijd en ruimte. Anticiperende voorlichting sluit niet altijd aan bij migrantenouders. Veel ouders kennen het begrip preventie niet. Ouders moeten eerst openstaan voor kennis. Het uitgangspunt is dat ouderschap universeel is. Er moet sprake zijn van een inclusieve aanpak; diversiteit zit in het systeem (meetlat diversiteit interventies).
- Informatie en folders geven ouders houvast. Migrantenouders willen graag meer weten/informatie. Ouders weten vaak niet dat er meer te halen valt op het consultatiebureau. Dat opvoedingsondersteuning bij het aanbod hoort.
- Groepsgesprekken worden door ouders met een niet-westerse achtergrond gewaardeerd. Dit vindt al plaats, bijvoorbeeld in Enschede. Soms is de vraag hoe je ouders bereikt en kunt motiveren om te komen.
- Informaliseren helpt. Vanuit de verloskunde wordt het baby café, oudercafé georganiseerd. Ouders komen veelal omdat er al een vertrouwensrelatie is.
- Op alle niveaus: beleid, professionals, organisaties, ketenzorg, instrumenten en ouders moet opvoedingsondersteuning een onderdeel zijn. Naast de inhoud over opvoedingsondersteuning moet in de richtlijn ook beschreven zijn hoe ouders kunnen weten dat ze terecht kunnen op het consultatiebureau voor opvoedingsondersteuning (mogelijk als onderdeel van het CJG) en op welke manier ze het beste bereikt kunnen worden.

Overige knelpunten

- Gedrag kunnen we veel beter normaliseren in plaats van problematiseren. Zo'n houding begint bij de verloskundigen en gaat zo geleidelijk verder → voortgaande samenwerking. In gesprekken met ouders altijd bekrachtigen wat goed gaat. Ouders gaan zich hierdoor competentier voelen.
- De JGZ kan aansluiting zoeken bij kinderdagverblijven. Daar zijn de kinderen frequent, wat signaleren vergemakkelijkt. De JGZ zou bijvoorbeeld een uur 's morgens aanwezig kunnen zijn om eventuele vragen van ouders te beantwoorden en ouders te kunnen spreken. De JGZ moet ouders opzoeken en meer outreachend werken.
- Signaleringsinstrument bij de verloskundigen is in ontwikkeling (TNO; instrument signaleren van zorgwekkende opvoedomstandigheden). Na het signaleren moet bekend zijn waar de ouders naartoe kunnen. Soms is niet bekend wat de mogelijkheden zijn en soms wordt er geen gebruik gemaakt van bestaande kanalen. Bijvoorbeeld een extra consult op indicatie vanuit de JGZ, of verwijzing naar maatschappelijk werk of naar een pedagoog. Verwijzingen vanuit de kraamzorg/verloskunde zijn nog minimaal, met name bij psychosociale problematiek. Belangrijk is dat naast een gesignaleerde probleem, ook altijd te vermelden wat goed gaat en wat de sterke kanten (de krachten) zijn van een gezin. Ook bij risicogezinnen standaard als onderdeel van de rapportage, vermelden wat goed gaat (krachten).

Samenvatting deel 1

Samengevat zijn de kernwoorden van de gesignaleerde knelpunten in dit eerste deel: signaleren, communicatie, ketenzorg/wrap around, verbinding, kwaliteit, eigen kracht

Pauze

Het eerste knelpunt dat na de pauze op tafel komt, heeft te maken met de ernst van de problematiek, met name bij het schoolkind en de periode daarna. Daarbij wordt opgemerkt, dat de stelselwijziging van de jeugdzorg, CJG en ZAT in ontwikkeling is. Opvoedingsondersteuning heeft ook te maken met gedragsproblemen van kinderen en met de ontwikkeling van kinderen. Opvoedingsondersteuning betekent een aanbod op maat (van licht tot zwaar). De HBO-psycholoog en -pedagoog worden opgeleid en zullen zich ook gaan richten op opvoeding. Uit een inventarisatie onder gedragswetenschappers komen dan de volgende knelpunten naar voren:

- Het handelen van de jeugdverpleegkundige is wisselend: hoe snel wordt het gezin verwezen of blijft het in de JGZ? Dit lijkt af te hangen van de mogelijkheden van de organisatie, wachtlijst, competentie vpk etc. Dit geeft willekeur.
- Zorgcoördinatie (inhoudelijk/opvoedingsondersteuning) valt binnen de JGZ. Multi-problem gezinnen gaan niet altijd naar jeugdzorg maar kunnen ook binnen CJG's worden geholpen. Wat doet dan de jeugdverpleegkundige en wat de gedragswetenschapper? Wie is eindverantwoordelijk? Gedragswetenschapper of jeugdverpleegkundige of jeugdarts? (Voorkeur van gedragswetenschappers is dat de verantwoordelijkheid ligt bij de gedragswetenschapper.) Binnen het ZAT wordt de gedragswetenschapper niet betrokken bij de verslaglegging naar ouders (doet de JGZ). Het moet duidelijk zijn wat de structuur is: wie is het aanspreekpunt, de coördinator? In de richtlijn moet duidelijkheid komen over zorgcoördinatie.
- In de richtlijn moet duidelijkheid bestaan over de gehanteerde begrippen.
- Bureau jeugdzorg: gedragswetenschapper in de jeugdzorg zet problematiek vaak zwaar aan. Soms bemoeilijkt dit de samenwerking met de psycholoog/pedagoog (vanuit CJG).

De focusgroep verlegt de aandacht vervolgens naar andere knelpunten. Nu worden genoemd:

- CJG: orthopedagoog wordt niet alleen ingezet in multi-problem situaties (kan, hoeft niet). Ook bij enkelvoudige problematiek kan deze ingezet worden of meekijken. Maatschappelijk werker, gedragswetenschapper in de JGZ/CJG, jeugdverpleegkundige jeugdarts kunnen verwijzen naar de GGZ en hebben elkaars expertise nodig.
- Hoe ervaren ouders de problemen? Dit moet opgenomen worden bij de definitie van opvoedingsproblemen. (een objectieve definitie en de perceptie van de ouders hoe ouders de

problemen ervaren, moet altijd onderdeel zijn van de beschrijving.) Definitie opvoedingsondersteuning goed operationaliseren, met perceptie van ouders hierin opgenomen.

- Pleidooi voor eenheid van taal.
- Jeugdverpleegkundigen hebben veelal laagdrempelig contact met ouders en hebben mogelijkheden om problemen met ouders te bespreken (naast dat wat goed gaat!).
- Triple P is verhelderend voor de hulpverlening door de geleidelijke schaal van lichte naar zwaardere problemen en de eenheid van taal die ontstaat.
- Soms is het belangrijker wat er moet gebeuren dan wie precies met de ouders het probleem gaat oplossen. Dit kan verschillen.
- Maatschappelijk werkers zijn generalisten. Ze kunnen zich specialiseren: bv. smw, jeugd. Zij zijn niet specifiek opgeleid in opvoedingsondersteuning.
- Knelpunt: communicatie, overdracht van gegevens gebeurt te weinig, bijvoorbeeld binnen het ZAT.
- Er komt een opleiding jeugdzorgpsycholoog.
- JGZ pedagogen: Er staan 60-65 JGZ pedagogen op de lijst bij de NVO, maar er zijn er meer.

Overige knelpunten

- Wel/ niet doorverwijzen: doorverwijzen naar een pedagoog vereist soms bepaald niveau van taal (en abstractieniveau). Gebruik van tolken kan helpen. Op andere plekken werken pedagogen wel heel laagdrempelig. Je moet voortdurend afstemmen. Het eigen bewustzijn kan beter in de opleiding ingebed worden.
- Hoe zorg je dat je ouders bereikt en toegankelijk bent, ook voor ouders van kinderen ouder dan 4 jaar.
- Kunnen we momenten aangeven wanneer vanuit opvoedkundig perspectief op bepaalde momenten een contactmoment zou moeten plaatsvinden? Dit kan uniform worden gemaakt en invulling krijgen.
- Bij laatste consult consultatiebureau: kijken wat nodig is voor het vervolg. Zorg voor een doorgaande lijn. Ook verbinding met CJG en SMW. SMW blijft school gerelateerd maar legt de verbinding met het CJG. Doorgaande lijnen tussen hulpverleners en ook: hoe neem je de ouders mee; hoe is de overdracht geregeld?
- Elke gemeente geeft een andere invulling aan opvoedingsondersteuning. Overal gebeurt opvoedingsondersteuning anders. Bijvoorbeeld, soms worden orthopedagogen door scholen ingezet voor ouders die vragen hebben over hun kind en daarnaast voor het coachen van leerkrachten. Elke gemeente kiest voor zorg op maat, afhankelijk van het aanbod.
- Hoe kan gerealiseerd worden dat opvoedingsondersteuning op de vindplaatsen(school) plaatsvindt. School is een natuurlijke ingang voor alle ouders.
- Knelpunt: budget, met name bij 4-19. Daarom wordt met name naar risicogezinnen gekeken. Richtlijn: kansen/ aanbevelingen formuleren (het meest wenselijke).
- Beperking richtlijn: tot 19 jaar en 'beperkt' zich tot opvoedingsondersteuning. Lichte opgroei-ondersteuning zit daar dicht tegen aan. Wel iets over zeggen in de richtlijn. Ook van verzorgen naar opvoeden.
- Mogelijke verschuiving verantwoording van de JGZ 0-4, JGZ naar school 4-19 (SMW) met CJG als overkoepelend orgaan. JGZ zit in ZAT teams.
- Belangrijk om de doorgaande lijn van de JGZ te beschrijven in de richtlijn. JGZ is de ruggengraat.
- Goede anamnese is erg belangrijk. Die info kan dan makkelijk over naar bv bureau jeugdzorg. Ouders hoeven dan niet opnieuw hun verhaal te doen. Zorgvuldigheid (privacy) is erg belangrijk.

Aanvulling op uitgangsvragen

Tenslotte is gekeken naar de consequenties van deze aanvulling van knelpunten voor de uitgangsvragen. Daartoe zijn de volgende suggesties gedaan:

- Empowerment van ouder/kind en professional (als rode draad door alle vragen). Eigen krachten versterken en het 'samen doen' moeten uitgangspunt zijn.
- Hoe laat je ouders weten dat de JGZ opvoedingsondersteuning geeft. Bereik en toeleiding! Ook na 4 jaar.

- Wat kun je doen aan bewustwording van het begrip ‘preventie’ (zeker voor migrantengroepen).
- Wat zijn de methodische vaardigheden om moeilijk bereikbare groepen te dienen.
- Vragen die niet in het reguliere aanbod zitten (met name bij migrantenouders): wens tot ontmoeting en uitwisseling met andere ouders, vragen over opvoeden in 2 culturen of hoe om te gaan met generatiekloof, gebruik van geweld of inzichtverschil met je partner. Hoe verwijst je in dergelijke situaties? Breed kijken naar de opvoedvragen.
- Hoe weet je of je bepaalde groepen wel/ niet bereikt? Is die groep een afspiegeling van de populatie. Bereik je wat jij wilt bereiken?
- Wat zijn indicaties en contra-indicaties voor een interventie? Welke interventies horen bij wat je signaleert. Weten we hier voldoende van? Het moet geen handboek worden (Monique)!
- Levensloop → leeftijd/ontwikkeling
- b → wat vloeit hieruit voort, waar moet de JGZ op aansluiten (contactmomenten). Relatie opvoedingsknelpunten en leeftijd/ontwikkeling.
- g. naast inhoudelijke taken ook de houding van professionals, de bejegening, de communicatie, gespreksvaardigheden
- Afgrenzen van de richtlijn voor 0 en na 19 jaar. Een vraag daarbij is: hoe lang blijven gegevens bewaard?
- De uitgangsvragen d, e, f, g gelden voor diverse groepen (niet alleen voor bepaalde groepen).
- Bij de richtlijn: verklarende woordenlijst (ook bij het verslag).

Samenvatting van aantal belangrijke uitkomsten van de focusgroep

- De definitie van opvoedingsondersteuning moet helder zijn en de perceptie van de ouder(s) hoe zij de problemen ervaren moet hier altijd een onderdeel van zijn.
- Empowerment van ouder/kind en professional staat centraal. Het versterken van eigen krachten en ‘samen doen’ moeten uitgangspunt zijn.
- Gedrag normaliseren en niet problematiseren. Die houding begint bij de verloskundigen en gaat zo geleidelijk verder → samenwerking. Tijdens gesprekken met ouders versterken of bekrachtigen wat goed gaat. Ouders gaan zich hierdoor competent voelen.
- Hoe kunnen grote groepen ouders worden voorbereid op het ouderschap?
- Er is een richtlijn in ontwikkeling: vroegsignalering kraamzorg, verloskundige zorg en JGZ. Deze richtlijn sluit hierbij aan en hierin staat duidelijk beschreven wat kan volgen op signalering.
- De JGZ kan aansluiting zoeken bij kinderdagverblijven. Daar zijn de kinderen frequent, wat signaleren vergemakkelijkt. De JGZ zou bijvoorbeeld een uur ‘s morgens aanwezig kunnen zijn om eventuele vragen van ouders te beantwoorden en ouders te kunnen spreken. De JGZ moet ouders opzoeken en meer outreachend werken. De JGZ maakt deel uit van ZAT team.
- Gemeentes geven andere invulling aan opvoedingsondersteuning; zorg op maat is het doel.
- Bereik en toegankelijkheid van opvoedingsondersteuning voor al deze groepen moet onderdeel zijn van de richtlijn.
- De JGZ moet zichtbaar zijn als plaats waar opvoedingsondersteuning kan worden verkregen.
- Hoe laat je ouders weten dat de JGZ opvoedingsondersteuning biedt en hoe bereik je ouders het beste? Ook nadat het kind de leeftijd van 4 jaar is gepasseerd.
- Er moet sprake zijn van een inclusieve aanpak; diversiteit zit in het systeem/organisatie (meetlat diversiteit interventies).
- Methodische vaardigheden om moeilijk bereikbare groepen te betrekken.
- Advies om gebruik te maken van de kennis bij migrantengroepen en wat deze kennis concreet inhoudt, wordt opgenomen in de richtlijn.
- Wat gedaan kan worden aan bewustwording van het begrip ‘preventie’ (zeker voor migrantengroepen) staat beschreven in de richtlijn.
- Wat zijn indicaties en contra-indicaties voor een interventie?
- Welke interventies passen bij wat je signaleert.
- Signaleren moet niet persoonsafhankelijk zijn (zowel voor de gever als de ontvanger).
- Eén ‘uniform’ te gebruiken signaleringsinstrument, evidence based, is wenselijk.

- Eenduidigheid in het handelen van de JGZ. Moment van verwijzen en voorwaarden voor verwijzen van een gezin naar andere hulpverleners zijn duidelijk.
- Naast de taken, moeten ook de houding, bejegening, gespreksvaardigheden van professionals beschreven worden.
- In de richtlijn worden momenten aangegeven worden wanneer vanuit opvoedkundig perspectief op bepaalde momenten een contactmoment moet plaatsvinden. Die zouden uniform gemaakt kunnen worden en invulling kunnen krijgen.
- JGZ medewerkers moeten op de hoogte zijn van de doorverwijsmogelijkheden.
- Het eigen bewustzijn kan beter in de opleiding ingebed worden (laagdrempelige hulp of hoog abstractieniveau/taalgebruik van betreffende pedagoog).
- Goede anamnese op het gebied van opvoeding kunnen afnemen. Die info kan dan makkelijk over naar bv bureau jeugdzorg. Ouders hoeven dan niet opnieuw hun verhaal te doen. Zorgvuldigheid (privacy) is erg belangrijk.
- Wie heeft de zorgcoördinatie?
- Taakafbakening: Wat doet dan de jeugdverpleegkundige respectievelijk de jeugdarts en wat de gedragswetenschapper? (bijv. bij multi-problem gezinnen).
- Wie doet in de ZAT teams de verslaglegging naar de ouders?

Onder dankzegging aan de deelnemers, de afspraak dat een declaratieformulier wordt nagezonden tegelijk met het verslag besluit de voorzitter deze tweede focusgroep.

Per mail werd achteraf door Phorza nog de volgende bijdrage geleverd.

1. Het is belangrijk vast te stellen welke definitie van opvoedondersteuning en opvoedingsproblemen gehanteerd wordt in de richtlijnen (zie a.) maar ook om vast te stellen welke de visie op risicofacten/risicoprocessen de richtlijn gehanteerd wordt. Op welke manier wordt bijv. rekening gehouden met het feit dat sommige kinderen ondanks de risicovolle situatie waarin zij op groeien, uiteindelijk geen problemen hebben. (Zie Werner, E.E.& R.S.Smith, 2001. Longitudinaal onderzoek op Kauai). M.a.w. hoe wordt met kennis van 'risicogroepen' omgaan (zie d).
2. Behalve om definities gaat het ook om een zekere mate van terreinafbakening. Waar ligt het terrein van de JGZ op basis van competenties/wettelijk kader etc. Is het verstandig om dan bijv. vraag 9 naar voren te halen, omdat met deze vraag ook een domeinverkenning plaatsvindt; wat is specifiek het domein van de JGZ en wat van de pedagogisch adviseur, schoolmaatschappelijk werker enz. Daarna kan dan beantwoord worden wat "de meest effectieve en binnen de JGZ bruikbare manieren zijn om(zie onder e.)" vervolgens die van de andere CJG-partners enz. Op basis van een domeinafbakening kunnen dan ook adequate uitspraken gedaan worden over scholingsmodules (zie i.) Een aandachtspunt bij de domeinafbakening is ook het geven van de beschikbare tijd voor consulten binnen de JGZ.
3. Ter aanvulling op het onderwerp van de bijeenkomst, waar het specifiek lijkt te gaan om signalering, verwijzing en opvoedhulp, in veel gevallen wordt er ook op andere manieren samengewerkt met ketenpartners en gaat het niet alleen om verwijzing naar opvoedhulp.
4. In meer algemene zin: gaat het hier om opvoedhulp vanuit de JGZ ?

**Verslag Focusgroep 3 'JGZ richtlijn opvoedingsondersteuning' NJi, Utrecht
1 november 2010**

Deelnemende ouders aan '*de Argumentenfabriek*'

Naam	Adres	E-mailadres
Willem Peddemors	Amsterdam	w.peddemors@wxs.nl
Jessica Oudhof	Utrecht	jessicaoudhof@hotmail.com
Annemieke Zwijsen	Enschede	azwijsen@hotmail.com
Mariska de Graaf	Naarden	Mariska.de.graaf@casema.nl
Lisette Smid	Amersfoort	Degroot.smid@planet.nl
Malika Luster	Utrecht	Luster_6@hotmail.com
Louis de Wolff	Gouda	Louis.de.wolff@xs4all.nl

Onder leiding van medewerkers van de Argumentenfabriek hebben zeven ouders gericht met elkaar gesproken over drie vragen, die zijn afgeleid van de uitgangsvragen. Het resultaat van deze focusgroep is door de Argumentenfabriek samengevat in bijgaand begrippendiagram.

Verslag Focusgroep 4 ‘JGZ richtlijn opvoedingsondersteuning’ Jong Florence, Den Haag, 11 april 2011

Deelnemers: Sue, Mahnaz, Joke, Zahra, Rhimou, Sylwia, Marjolein, Izabella, Sevine, Dhella, Nyrsel, Jasmina, Ruziye. De deelnemers zijn afkomstig uit Polen, Bosnië, Turkije, Somalië, Indonesië, Marokko, Iran, Letland en Afghanistan.

Gespreksleiders: Marjolein Oudhof, Bert Prinsen en Joke Mol (jeugdverpleegkundige)

Marjolein Oudhof introduceert zichzelf en Bert Prinsen en dankt bij voorbaat Joke Mol voor de inspanningen, die zij zich heeft getroost om de groep moeders bij elkaar te brengen in het gebouw van Jong Florence aan de van der Neerstraat in Den Haag. Zij legt de bedoeling van het gesprek uit.

Daarna stellen de deelnemers zichzelf voor. De twee Poolse moeders vertellen daarbij, dat zij de **“Vrolijke moedergroep”** hebben georganiseerd, een ontmoetingsgroep van circa 20 Poolse moeders.

De openingsvraag van het groepsgesprek is: **“Wat is leuk aan opvoeden?”**. Daarop komen allerlei verschillende antwoorden. Zo worden onder meer genoemd:

- ☺ samen spelen met je baby
- ☺ informatie zoeken op websites: b.v. babycenter.com en in boeken
- ☺ borstvoeding: de band met je kind die je opbouwt en het geeft rust
- ☺ vormen van het karakter van je kind tot aan het 9^e jaar
- ☺ het gegeven dat elke leeftijd weer anders is (nu bijv. zelf eten, uitproberen, smeren) en ook als ze puber zijn
- ☺ zien hoe een mensje zich ontwikkelt tot een persoonlijkheid
- ☺ de verschillen tussen je kinderen en tussen jongens en meisjes
- ☺ dat je het anders wilt doen dan je ouders, maar dat dat lang niet altijd gebeurt

Vervolgens komt de vraag aan de orde **“Wat is lastig aan het opvoeden en hoe helpt de JGZ daar bij?”** Ook nu komt er een grote variatie aan antwoorden.

- ☹ Als ze klein zijn ben je er voor je kind, later gaan ze hun eigen weg.
- ☹ Eerst krijg je veel aanwijzingen, b.v. op het CB, later is dat er eigenlijk niet meer.
- ☹ De neiging om (te) bezorgd te zijn voor je kinderen; je wilt alle narigheid voor ze wegnemen.
- ☹ Tijdstip van slapen gaan: om ze in bed te krijgen is vaak een strijd. De tips van de JGZ kunnen wel helpen, maar ook niet altijd.
- ☹ Iets heel anders is: als vrouw zelf niet meer vrij zijn: je kan niet ziek zijn, je hebt geen eigen vrije tijd meer.
- ☹ Combineren van werken en ouderschap.
- ☹ Invloed van eten (voeding) op puberteit / hormonen. Daar hoor je dan heel verschillende verhalen over en krijg je soms tegenstrijdige adviezen.
- ☹ Culturele verschillen, bijvoorbeeld: voorkeursligging, wel of niet slaan. Dat is voor de JGZ ook moeilijk, zeker als slaan – zoals in mijn cultuur – er gewoon bij hoort.
- ☹ Cultuurverschillen spelen zeker een rol als men niet zelf kan lezen of geen opleiding heeft. Dan heeft het CB het maar moeilijk. Analfabeten hebben het hier heel moeilijk.
- ☹ Voor buitenlandse vrouwen is ook een punt: als je niet weet wat je moet vragen, dan krijg je ook geen antwoord. Nadien blijkt dan soms dat je de noodzakelijke informatie niet gekregen hebt.
- ☹ Sommige ouders zoeken heel vaak en veel informatie via internet en dan bij voorkeur in de eigen taal. Dan komt de JGZ er niet meer aan te pas.
- ☹ Lastig of in elk geval een opgave is ook verantwoordelijkheid voor je kind te dragen.

- ⊗ Veel deelnemers vinden dat ze zelf achter de informatie en goede adviezen aan moeten. Maar dat is lastig als je niet geëmancipeerd bent. Daar moet de JGZ ook aan werken. Want het is een kunst ervoor te zorgen, dat je goed gehoord wordt.
- ⊗ Er passeren talloze voorbeelden de revue hoe ‘problemen’ niet serieus genomen worden, er niet goed geluisterd wordt door de JGZ, op school of op het CB.

Daarna licht Marjolein toe, dat de JGZ de taak heeft van opvoedingsondersteuning. Aan de deelnemers de vraag wat daaraan beter kan. Daarop zeggen ze het volgende:

1. Het zou goed zijn wat vaker en gemakkelijker een extra afspraak te maken om adviezen en informatie nog eens door te nemen.
2. Het is wenselijk alle informatie goed en duidelijk uit te leggen. Dat is nu zeker niet altijd het geval. En ook nagaan of de ouders het begrepen hebben.
3. Meer tijd nemen in consulten voor informatie en advies. Dit geldt met name voor ouders die de Nederlandse taal niet zo goed spreken; door de taalbarrière is de tijd vaak te kort.
4. Ouders de tip geven om vooraf voor zichzelf alle vragen op te schrijven. Daarbij helpt het groeiboekje: dat verzoekt je als ouder de vragen op te schrijven.
5. Om opvoedingsondersteuning goed te kunnen volgen is altijd nodig: taal en opleiding. Dat moet je dus wel weten of ouders die spreken.
6. Het helpt als de zorgverlener de taal van de ouders spreekt, maar het is geen noodzakelijke voorwaarde.
7. Wel vragen de deelnemers nadrukkelijk rekening te houden met cultureel-erfelijke achtergronden van hen als ouder. De JGZ-er moet zich goed afstemmen op de ouder(s).

Alle deelnemers kennen het programma Moeders Informeren Moeders, hetzij als deelnemer hetzij als vrijwilliger. Een deelnemer is na een vrijwilligersrol nu parttime-medewerker aan het programma. De vraag is wat zij het belang vinden van zo'n vorm van opvoedingsondersteuning. Dan noemen ze letterlijk:

- ⊗ vertrouwen op jezelf stimuleren
- ⊗ proberen er iets van te maken
- ⊗ dialoog aangaan: jezelf openen naar de ander
- ⊗ vertrouwen kweken
- ⊗ altijd alles ‘geheim houden’ (privacy)
- ⊗ laten merken dat je het goed doet
- ⊗ vrijwilliger = steunende schouder
- ⊗ onder Poolse moeders: eenzaamheid doorbreken
- ⊗ naast contact ook info/advies kunnen geven en stimuleren contacten
- ⊗ je verhaal kwijt kunnen
- ⊗ vertrouwen is het sleutelwoord
- ⊗ vooral luisteren
- ⊗ het is belangrijk dat er iemand is die “voor jou komt”
- ⊗ onzekerheid kunnen delen
- ⊗ eigen achterban: van moeder / vriendinnen / nichten / opvoederspunt
- ⊗ deelnemen aan oudercursus (Opvoeden Zo/ Peuter in Zicht / Praten met kinderen) stimuleren
- ⊗ richtlijnen kunnen snel veranderen, het is goed dat je er eens met iemand over kan praten
- ⊗ rekening houden met ‘je wilt het zo graag goed doen’
- ⊗ het doorbreekt de beeldvorming: “als ze bij je thuis komen, dan is het voor controle” (Antillianen / Surinamers)

Daarbij pleiten de deelnemers dat Jong Florence met MIM actief de boer op gaat (alle potentiële cliënten bellen/bezoeken). Ook zeggen ze dat het nodig is te investeren in meerdere programma's (onder meer Opvoeden & Zo en de ouder-puber cursus worden genoemd). Tenslotte bedankt Marjolein alle deelnemers voor hun openhartige en actieve bijdrage en heeft een klein presentje voor hen.

Bijlage 2 Levensloop en contactmomenten

Centrum Jeugd en Gezin																			
OVERZICHT OPVOEDINGS ONDERSTEUNING JGZ																			
ONTWIKKELING SNIVEAU KIND																			
Periode	Peri- & postnataal	Baby										Peuter/Kleuter			Kinderen	Adolescent			
Leeftijd kind	0 tot 1 week	0 tot 1 jaar										1 - 4 jaar			4 - 12 jaar	12 - 19 jaar			
UNIFORM DEEL																			
PREVENTIE																			
contactmoment	0-1 week	2 weken	4 weken	8 weken	3 maand	4 maand	6 maand	7,5 maand	9 maand	11 maand	14 maand	18 maand	2 jaar	3 jaar	3,9 jaar	5 jaar	9 jaar	13 jaar	16 jaar
Betrokkenen	JGZ-arts, verpleegkundige, nurse practitioner, (dokter)assistente																		
	JGZ - leterpartners (maatschappelijk werker, pedagoog, video-home trainer, huisarts, GGZ, psycholoog, psychotherapeut, kinderarts, e.a.)																		
Instrumenten	DatabankNji																		
SIGNALERING: Opgroei- en opvoedproblemen																			
Betrokkenen	JGZ-arts, verpleegkundige, nurse practitioner, (dokter)assistente																		
	JGZ - leterpartners (maatschappelijk werker, pedagoog, video-home trainer, huisarts, GGZ, kraamzorg, verloskundige, psycholoog, psychotherapeut, kinderarts)																		
Instrumenten	DatabankNji																		
INTERVENTIE: Binnen of buiten de JGZ, wie, wanneer, hoe																			
Betrokkenen	JGZ-arts, verpleegkundige, nurse practitioner, (dokter)assistente																		
	JGZ - leterpartners (maatschappelijk werker, pedagoog, video-home trainer, huisarts, GGZ, psycholoog, psychotherapeut, kinderarts e.a.)																		
Instrumenten	DatabankNji																		
OVERDRACHT/ VERWIJZING: naar andere hulpverleners																			
Betrokkenen	JGZ-arts, verpleegkundige, nurse practitioner, (dokter)assistente																		
	JGZ - leterpartners (maatschappelijk werker, pedagoog, video-home trainer, huisarts, GGZ, psycholoog, psychotherapeut, kinderarts e.a.)																		
Instrumenten	Overdrachtsformulieren																		

Bijlage 3

Nog niet beoordeelde interventies voor universele opvoedingsondersteuning

1. Video-hometraining (VHT) in gezinnen met kinderen in de basisschoolleeftijd VHT is voor gezinnen die problemen ervaren in de opvoeding. Doel is verbetering van de interactie tussen ouders en kinderen waardoor sociaal-emotionele ontwikkelingsproblemen bij kinderen (van 4 tot 12 jaar) worden voorkomen dan wel verminderd. Er zijn elf of twaalf contactmomenten, waaronder vijf thuis gemaakte video-opnames van de interactie tussen ouder(s) en kind(eren) die met de ouders worden nabesproken.
2. Doorstart Doorstart is een preventieprogramma voor gezinnen met minimaal één kind tussen de zes en veertien jaar die behoefte hebben aan ondersteuning. Ervaren vrijwilligers ondersteunen ouders in de thuissituaties om te voorkomen dat alledaagse problemen uitgroeien tot ernstige problemen.
3. Kortdurende Pedagogische Gezinsbegeleiding Kortdurende Pedagogische Gezinsbegeleiding is een lichte vorm van opvoedingsondersteuning voor gezinnen met enkelvoudige opvoedingsproblematiek. Het primaire doel van de interventie is om in een vroeg stadium samen met ouders en kind(eren) een oplossing te vinden voor opvoedingsproblemen en zo te voorkomen dat problemen verergeren. De interventie richt zich op gezinnen met kinderen van 0 tot 19 jaar en wordt uitgevoerd door HBO opgeleide hulpverleners onder supervisie van een orthopedagoog. Een begeleidingstraject bestaat uit maximaal 10 huisbezoeken per gezin.
4. Samen Starten; Samen Starten richt zich op versterking van de lokale samenwerking om de gezondheid en het welzijn van kinderen 0-3 jaar te bevorderen. Een belangrijk doel is vroegsignalering van zorgwekkende opvoedingssituaties. De signalering vindt plaats op het consultatiebureau. Bij problemen bezoekt de jeugdverpleegkundige het gezin thuis en maakt samen met de ouders een plan om de problemen aan te pakken. Het uiteindelijke doel is het voorkomen van psychische en sociale problemen, antisociaal gedrag en criminaliteit.
5. Themabijeenkomsten over opvoeding en ontwikkeling In een themabijeenkomst wordt opvoedingsvoorlichting gegeven aan ouders/opvoeders van kinderen van 0 -18 jaar over verschillende thema's van "ontwikkeling en opvoeding van kinderen". Voor elke themabijeenkomst is een bijbehorend themapakket beschikbaar. Het doel is om ouders/opvoeders te informeren over een bepaald onderwerp, onderling ervaringen uit te laten wisselen en contact tussen ouders en voorzieningen te bevorderen.

Nog niet beoordeelde interventies voor selectieve opvoedingsondersteuning bij problemen van de ouders of het gezin

1. Gezin in Balans Gezin in Balans is een aanbod voor (ex)gedetineerde moeders met een kind in de leeftijd van nul tot achttien jaar. Het betreft een integrale aanpak waarbij problemen op verschillende leefgebieden (opvoeding, wonen en werk) tegelijk worden aangepakt om zodoende de moeder-kind relatie te verbeteren en het zelfstandig functioneren van de moeder in de samenleving te bevorderen. Gezin in Balans bestaat uit een aantal onderdelen. Gebaseerd op de vragen en behoeftes van de moeder wordt een traject op maat samengesteld. Het programma wordt grotendeels uitgevoerd door vrijwilligers.
2. Zandkastelen Zandkastelen is een interventie voor kinderen van zes tot achttien jaar waarvan de ouders gescheiden zijn of gaan scheiden. Het is gericht op het voorkomen of verminderen van problemen als gevolg van de echtscheiding en bestaat uit een workshop van een dagdeel waarin kinderen de gelegenheid krijgen hun ervaringen met de scheiding van hun

ouders met lotgenoten te delen.

3. Baby Extra Baby Extra is gericht op het voorkomen van hechtingsproblemen bij baby's van ouders met psychiatrische problemen, verslavingsproblemen, of een historie van misbruik, incest, mishandeling of verwaarlozing. De interventie bestaat uit 2-gesprekken modules, één tijdens zwangerschap en één in het eerste jaar na de geboorte.

4. Kopstoring Kopstoring is een preventieve cursus via internet voor jongeren van 16–25 jaar waarvan één of beide ouders een psychisch of verslavingsprobleem heeft. Doel is een bijdrage te leveren aan het voorkomen van psychische problemen bij de jongeren die kunnen ontstaan als gevolg van de situatie waarin zij opgroeien.

5. Pleegouder - Pleegkind Interventie De Pleegouder-Pleegkind Interventie is bedoeld om de relatie van pleegouders met hun jonge pleegkind (0-4 jaar) te verbeteren door ze te ondersteunen in het opbouwen van een relatie met dat kind. In zes tweewekelijkse sessies leren de pleegouders met behulp van psycho-educatie en video-opnamen hoe zij het beste met hun pleegkind kunnen omgaan, zodat de kans op voortijdig afbreken van de pleegzorgplaatsing afneemt.

6. Vaders en opvoeding Het programma Vaders en opvoeding wil professionals die opvoedingsondersteuning aan (migranten)vaders bieden, met een 7-stappenplan ondersteunen in hun kennis en vaardigheden om meer opvoedingsondersteuning te realiseren voor vaders. Het uiteindelijke doel is dat kinderen in de dagelijkse opvoeding meer positieve aandacht en betrokkenheid van hun vaders gaan ervaren en dat hun relatie een buffer wordt gedurende de ontwikkeling tot volwassenheid.

Nog niet beoordeelde interventies voor selectieve opvoedingsondersteuning bij problemen in het kind (12 interventies)

1. Shantala Babymassage; Het algemene doel van de cursus Shantala babymassage is het aanleren van vaardigheden aan ouders/verzorgers om met volledige aandacht het masseren van baby's te kunnen uitvoeren. Het accent ligt daarbij op het plezierig samenzijn. Iedere verzorger van een gezonde baby van ongeveer 2 tot 9 maanden kan aan de cursus deelnemen. De cursus bestaat uit vijf bijeenkomsten van twee uur en vindt wekelijks plaats. Momenteel wordt door de ontwikkelaars gewerkt aan een versie van Shantala Babymassage voor kinderen met een verhoogd risico op hechtingsproblemen en voor kinderen met slaapproblemen.

2. Spelend leren, leren spelen Spelend leren, leren spelen is een groepstraining voor sociaal incompetent en/of sociaal angstige kinderen van acht tot en met twaalf jaar. De training voor de kinderen bestaat uit zestien bijeenkomsten. Daarnaast worden ouders en leerkrachten geïnstrueerd in het aanbieden van oefensituaties thuis en op school. De training richt zich zowel op sociale cognities als op sociale vaardigheden.

3. Het Blauwe Boek Het blauwe boek is een programma dat kinderen wil leren zich te verplaatsen in het perspectief van anderen. De interventie bestaat uit 28 rollenspellen (inclusief twee reservespellen) voor kleuters, gericht op het leren herkennen van en leren omgaan met gevoelens, gedachten en wensen van anderen. De doelgroep bestaat uit kinderen van 4 tot 8 jaar, die problemen hebben met hun sociaal functioneren

4. Competentietraining BJAA Competentietraining BJAA is een groepstraining voor jongens en meisjes in de leeftijden van 5 tot 19 jaar met sociale problemen en of externaliserende gedragsproblemen. Het doel van de training is dat kinderen en jongeren sociaal vaardiger worden, hun identiteit en zelfvertrouwen versterken en hun impulscontrole en

zelfredzaamheid vergroten. De training omvat 5 tot 8 bijeenkomsten met een duur van 1,5 tot 2 uur, een ouderbijeenkomst en een terugkombijeenkomst.(BJZ)

5. Denken + Doen = Durven 'Denken + Doen = Durven' is een individuele cognitieve gedragstherapie voor kinderen van 8-18 jaar met een angststoornis. Doel is angststoornissen te verhelpen. In 12 wekelijkse bijeenkomsten wordt het kind in toenemende mate aan de beangstigende situatie blootgesteld. Tussen de bijeenkomsten door oefent het kind middels huiswerkopdrachten met nieuw gedrag om met zijn angst om te gaan. Er zijn ook 3 bijeenkomsten voor de ouders

6. Incredible Years (Basic & Advance); Incredible Years Basic en Advance zijn groepstrainingen voor ouders van kinderen van 2 tot 8 jaar die een oppositioneel-opstandige of antisociale gedragsstoornis hebben, of het risico lopen een van deze stoornissen te ontwikkelen. De training wil een afname van gedragsproblemen bij de kinderen en een verbetering van hun sociale vaardigheden realiseren door de ouders opvoedingsvaardigheden te leren

7. Alles Kidzzz De individuele sociaal cognitieve training Alles Kidzzz wil bij kinderen (9 tot 12 jaar) met externaliserend probleemgedrag, gedragsstoornissen helpen voorkomen. Kinderen verbeteren hun sociale cognities, zelfbeeld en woederegulatievermogen en ontwikkelen alternatief prosociaal gedrag. De training bestaat uit acht wekelijkse bijeenkomsten van 45 minuten met het kind op school. Daarnaast houdt de preventiewerker gesprekken met ouders en leerkracht.

8. Basic Trustmethode De Basic Trustmethode is een kortdurende interventie voor kinderen van 0-18 jaar met hechtingsproblemen ofwel een tekort aan basisvertrouwen, en hun opvoeders. Doel is veilige gehechtheid bij het kind te bewerkstelligen door het versterken van de sensitiviteit van de opvoeders. De interventie bestaat uit gemiddeld 8 sessies

9. Let op de kleintjes Let op de Kleintjes is een psycho-educatief programma voor kinderen van 7-11 jaar die getuige zijn (geweest) van geweld tussen hun ouders. De doelen zijn kinderen te helpen hun ervaringen met het geweld te verwerken, de gevolgen ervan te verminderen en ze te helpen zichzelf te beschermen wanneer er nog steeds geweld in het gezin plaatsvindt. 'Let op de Kleintjes' bestaat uit negen bijeenkomsten.

10. Bewust actief leren (BAL) BAL is een groepsinterventie voor jongeren van 12 tot 18 jaar met uiteenlopende problemen van psychosociaal functioneren en sociale vaardigheden. BAL wil via ervaringsgerichte sport en spel oefeningen het zelfbeeld, zelfvertrouwen en sociale competenties verbeteren. In tien wekelijkse bijeenkomsten van drie tot vier uur begeleiden twee trainers zes jongeren in hun buurt of leefomgeving bij het aangaan van uitdagingen

11. Big Brothers, Big Sisters (BBBS) Big Brothers, Big Sisters (BBBS) koppelt individuele kinderen en jongeren van 4 tot 24 jaar die in een risicosituaties verkeren, aan volwassen vrijwilligers die activiteiten met hen ondernemen. Doel is de jeugdigen beter te laten functioneren in het dagelijks leven en hun zelfredzaamheid te vergroten.

12. Signalering en PReventieve INTerventie bij antisociaal gedrag (SPRINT) SPRINT staat voor Signalering en PReventieve INTerventie bij antisociaal gedrag, en richt zich op kinderen in groep 4 t/m 8 van de basisschool en hun ouders. Het hoofddoel is het verminderen van antisociaal gedrag van de kinderen. Kinderen met gesignaleerd probleemgedrag krijgen een 'training vaardigheden competent gedrag' van 12 sessies. De ouders krijgen een aparte training in opvoed- en monitoringsvaardigheden.

Nog niet beoordeelde interventies voor ontwikkelingsstimulering en VVE, waarbij ouders actief ingezet worden (4 interventies)

1. **Bij de Hand** Bij de Hand is een programma voor ouders van kinderen van 2 tot 4 jaar in achterstandssituaties. Het programma beoogt onderwijsachterstand aan het begin van de basisschool te voorkomen door ouders (moeders) meer te betrekken bij de ontwikkeling van hun jonge kind. Het programma wordt uitgevoerd door een intermediair die veelal dezelfde etnisch-culturele achtergrond heeft als de doelgroep en die werkzaam is bij een welzijnsinstelling waar veel moeders met jonge kinderen komen. De duur van het programma is wisselend, afhankelijk van de behoefte van de ouders.
2. **Rugzak 1, 2, 3** Rugzak is een programma voor laagopgeleide allochtone en autochtone ouders van kinderen in groep 1, 2 en 3 van de basisschool (in de leeftijd van 4-7 jaar). Doel van Rugzak is bestrijding van onderwijsachterstand, te realiseren door ontwikkelingsstimulering via bevordering van onderwijsondersteunend gedrag van ouders. Rugzak is een thuisgericht programma: de ouders krijgen wekelijks op school instructie over educatieve activiteiten, die zij thuis (en in de eigen taal) met het kind kunnen uitvoeren.
3. **Samba** Samba is de basisschoolvariant van Samenspel. Binnen Samba ontmoeten leerkrachten, ouders en kinderen elkaar in kleine groepen binnen de setting van een school. Doel is het vertrouwd raken met onderwijs, ouderondersteuning en vergroten van de ouderbetrokkenheid met de leerkracht en de school.
4. **Samenspel** Samenspel bestaat uit spelmiddagen op een peuterspeelzaal voor peuters die nog geen gebruikmaken van de peuterspeelzaal en hun ouders. Ouders kunnen opvoedingsvragen bespreken met leidsters en andere moeders. Daarnaast spelen ze met hun kinderen, waarbij ze door de leidsters ondersteund worden. Doelen van Samenspel zijn het bevorderen van deelname aan peuterspeelzalen, ontwikkelingsstimulering en ouderondersteuning.

Bijlage 4

Competenties jeugdverpleegkundigen

Competenties bij 'Inschatten zorgbehoefte'

Bij preventieve zorg van de jeugdverpleegkundige gaat het om:

- het aangaan van een zorgrelatie met jeugdige en ouders c.q. opvoeders;
- het verrichten van gestandaardiseerde preventieve onderzoeken op individueel niveau;
- het professioneel analyseren van de signalen;
- inschatten, c.q. ramen van de zorgbehoefte van de jeugdige en zijn/haar ouders;
- risicokinderen indiceren en opstellen van een zorgplan;
- risicogroepen selecteren op basis van het inschatten van de zorgbehoefte van een populatie in het werkgebied en een gezondheidsprofiel op groepsniveau opstellen;
- reflecteren op eigen verpleegkundig handelen;
- het werken vanuit verschillende perspectieven.

Hierdoor ontstaat een inschatting, plan of raming voor een optimale balans tussen de invloed van risicofactoren en beschermende factoren op het gezond opgroeien van jeugdigen.

Rol: zorgverlener (Mast & Pool, 2005).

Competenties bij 'Voorlichting, advies, instructie en begeleiding'

Bij het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding aan individuele en groepen jeugdigen en ouders c.q. opvoeders gaat het om:

- uitvoeren van universele preventieve activiteiten voor hele populatie;
- uitvoeren van selectieve preventieve activiteiten voor risicogroepen;
- uitvoeren van geïndiceerde preventie activiteiten voor risicokinderen;
- uitvoeren van vroege interventies;
- informatie verstrekken over dossiervorming, klachtenprocedures en privacy elementen;
- informatie verstrekken over het uitvoeren van (medische) handelingen;
- kennis gebruiken over motiveren en stimuleren van gedragsverandering;
- kiezen voor een methodiek of werkwijze die aansluit bij individu of hele doelgroep;
- weten voor welke groep aanvullende groepsvoorlichting wenselijk is;
- outreachend kunnen werken, doelgroepen kunnen opzoeken in de wijk
- bewust zijn van de aard en de soort informatieoverdracht die nodig is: voorlichting, advies, instructie of begeleiding;
- gebruik maken van ondersteunend schriftelijk materiaal;
- zorg dragen voor een goede organisatie van de voorlichting;
- een programma effectief uitvoeren;
- de voorlichting evalueren op resultaat en proces;

Hierdoor wordt een gezonde verzorging, opvoeding, gezonde leefstijl en ontwikkeling bij een zo groot mogelijk aantal jeugdigen bereikt.

Rol: zorgverlener (Mast & Pool, 2005).

Bij het waarborgen van de jeugdverpleegkundige deskundigheid in preventieve zorgprogramma's gaat het om:

- analyseren van een lokaal, regionaal of landelijk preventief zorgaanbod
- analyseren van de noodzaak van inbreng van specifieke verpleegkundige expertise;
- de eigen vakdeskundigheid beknopt en concreet verwoorden en beschrijven;
- kunnen samenwerken met andere disciplines;
- grenzen van eigen competenties kennen en daarmee om kunnen gaan;
- openstaan voor de deskundigheid van andere disciplines;
- feedback geven en feedback ontvangen;
- evalueren van de effectiviteit en efficiency van preventieve zorgarrangementen;
- het nemen van initiatief tot kwaliteitsverbetering;
- bondig mondeling en schriftelijk formuleren;

- projectmatig en programmatisch werken;
- verpleegkundig onderdeel toetsen aan wetgeving;
- gebruik maken van expertise van de doelgroep;

Hierdoor wordt de te verlenen preventieve zorg efficiënter en effectiever uitgevoerd, en is afgestemd op de actuele behoefte van de doelgroep.

Rol: ontwerper (Mast & Pool, 2005).

Bijlage 5
Ernsttaxatie bij CJG Rijnmond

CJG RIJNMOND ERNSTTAXATIE ONTWIKKELING- EN OPVOEDINGSPROBLEMATIEK CJG						
<i>Rijnmond, januari 2011. Schema gebaseerd op Hermanns 2006, Kouwenaker 1996, Belsky 1994, Burns 1958</i>						
ERNSTTAXATIE (aandachtsstatus)		Enkelvoudige problematiek (80% casussen)		Meer-voudige problematiek (20% casussen)		
		1 Vragen	2 Spanning	3 Verhoogde spanning	4 Nood	5 Crisis (5%)
(1) Hoe gaathet met het functioneren van kind/jongere getet op zijn mogelijkheden?	Lichamelijk	Lichamelijke ontwikkeling normaal	Vragen over lichamelijke ontwikkeling	Vragen over lichamelijke ontwikkeling	Zorgen over lichamelijke ontwikkeling	Zorgen over lichamelijke ontwikkeling
	Cognitief	Kind gaat goed om met cognitieve uitdagingen	Vragen over cognitieve ontwikkeling	Kind presteert onder zijn cognitief niveau	Kind presteert onder zijn cognitief niveau	Kind presteert onder zijn cognitief niveau
	Psychosociaal (gedrag)	Kind gedraagt zich overal normaal	Er zijn regelmatig gedragsproblemen in een ontwikkeldomein	Altijd gedragsproblemen in tenminste een ontwikkeldomein	Aaneenschakeling van problemen in alle ontwikkeldomeinen	Acute problemen in alle ontwikkeldomeinen
	Psychosociaal (emotioneel)	Kind gaat goed om met eigen emoties	Afen tot vragen over de emotionele ontwikkeling	Duidelijke problemen in emotionele ontwikkeling	Merkwwaardig sociaal gedrag of ongepaste emoties	Emotionele problemen kbenigt kind en/of anderen in gevaar
(2) Hoe zit het met de basiszorg en de veiligheid van kind/jongere?	Kwaliteit basiszorg	Goede basiszorg	Adequate basiszorg	Meestal adequate basiszorg	Gebrekkige basiszorg brengt kind in gevaar	Gebrek aan basiszorg brengt kind in gevaar
	Pedagogisch besef opvoeders	Opvoeders spelen goed in op ontwikkelbehoeften kind	Opvoeders spelen meestal goed in op ontwikkelbehoeften kind	Opvoeders spelen onvoldoende in op ontwikkelbehoeften kind	Opvoeders hebben weinig pedagogisch besef en ouder-kind relatie is ernstig verstoord	Opvoeders hebben weinig/geen pedagogisch besef en ouder-kind relatie is ernstig verstoord
	Relatie primaire opvoeders	Voldoende saamhorigheid tussen partners	Bepaalde steun tussen partners	Opvoeders hebben niet veel aan elkaar	Opvoeders hebben elkaar niets te bieden	Opvoeders hebben een destructieve relatie
(3) Hoe ervaren opvoeders de opvoeding?	Opvoeders beleving van de opvoeding	Opvoeders voelen zich competent en lossen opvoedingsvragen naar tevredenheid op	Opvoeders vinden de opvoeding vaak moeilijk en voelen zich onzeker	Opvoeders voelen zich telort schieten en ervaren chronische opvoedingsstress	Opvoeders voelen zich machteloos en situatie lijkt onoplosbaar	Opvoeders hebben geen controle meer en geven het opvoeden op
(4) Wat zijn de opvoedings-	Omstandigheden	Omstandigheden vormen geen belemmeren voor de	Hoogstens een belemmerende omstandigheid	Enkele belemmerende omstandigheden	Opvoeders tegeling van belemmerende	Escalerende aantal belemmerende

¹ Oude ontwikkeldoelstelling wordt verstaan de omvang van de ontwikkeling van het kind op een te zich ontwikkelen, namelijk de ontwikkeling van de lichamelijke, de basale en de sociale ontwikkeling

² Oude basiszorg wordt verstaan emotionele zorg, veiligheid, binding, huiszorg, sociaal contact, scholing en consumptie van de samenleving op voor de veiligheid en gezonde ontwikkeling

Dit ernsttaxatie schema is een hulpmiddel bij de professionele beoordeling van een eventuele ontwikkeling- en/of opvoedingsproblematiek, nadat de aanwezige risico- en beschermende factoren in kaart zijn gebracht. Het schema helpt bij het 'wegen' van de cumulatief effect van de geïnventariseerde risico- en beschermende factoren, respectievelijk de 'draaglast' en de 'draagkracht' in het opvoedingsmilieu. Er is sprake van ontwikkeling- en/of opvoedingsproblematiek wanneer de draaglast zwaarder weegt dan de draagkracht, waardoor de opvoeders onvoldoende in staat zijn adequaat in te spelen op de ontwikkelbehoeften van het betreffende kind.

Stappen in de ernsttaxatie

- 1) **Taxeer het functioneren van het kind** op lichamelijk, cognitief, emotioneel, gedrags en sociaal gebied. Zet een kruis door de uitspraak die van toepassing is in elke van de vier rijen die horen bij deze sectie. In iedere rij zou er altijd een kruis moeten staan. (Hetzelfde geldt voor secties 2 t/m 4).
- 2) **Taxeer de kwaliteit van de basiszorg** die het kind krijgt in deze opvoedingssituatie. Onder basiszorg wordt verstaan de zorg die nodig is om de rechten van het kind¹⁰ te garanderen. Dat wil zeggen, de medische zorg, voeding, kleding, huisvesting, sociaal contact, scholing en emotionele steun die samen zorgen voor een veilige opvoedingssituatie. Het **pedagogisch besef van de opvoeders** en de **kwaliteit van de partnerrelatie** zijn hierbij cruciaal elementen. Zet een kruis door de uitspraak die van toepassing is in elke van de drie rijen die horen bij deze sectie.
- 3) **Taxeer de beleving van de opvoeding van de opvoeders.** Als er twee opvoeders zijn die dagelijks met de opvoeding (zouden moeten) bemoeien, maar die daarbij een geheel andere beleving hebben, neem het gemiddelde van die twee.
- 4) **Taxeer de gezinsomstandigheden en de kwaliteit van het sociaal netwerk.** Onder gezinsomstandigheden wordt bedoeld de inkomen, huisvesting, verblijfsstatus, schulden, ziekte en/of verslaving van de primaire opvoeders, en de ingrijpende gebeurtenissen die het opvoeden kunnen bemoeilijken. Het netwerk bestaat uit alle personen die zich in de sociale omgeving van het gezin bevinden en die in principe steun zouden (of hadden) kunnen geven.
- 5) **Taxeer de ernst van de ontwikkelings/opvoedingsproblematiek als geheel** door te kijken in welke kolom de meeste kruizen staan. *Deze kolom geeft de ernst van de ontwikkelings/opvoedingsproblematiek, de aandachtsstatus van het kind en de zorgbehoefte van de opvoeders aan.* Bij een gelijk aantal kruizen maakt u zelf een keuze tussen de kolommen. Na de ernsttaxatie meld het kind eventueel aan bij de betreffende persoon/organisatie volgens onderstaand schema.

MELDINGEN

In het preventieve kader waarin CJG Rijnmond opereert moeten alle meldingen besproken worden met de betreffende opvoeders. Opvoeders moeten toestemming geven voordat een melding gedaan kan worden, tenzij de professional vindt dat de veiligheid van het kind in het geding is.

- 1) Bij ernstcategorie 2: overweeg in SISA te melden
- 2) Bij ernstcategorie 3: altijd melden bij CJG regisseur/coördinator; altijd melden in SISA; altijd melden bij AMK als u zorgen heeft over de veiligheid van het kind

¹⁰ Zoals vastgesteld in het VN Verdrag van de Rechten van het kind.

3) Bij risicocategorie 4: altijd melden bij CJG regisseur/coördinator; altijd melden in SISA;
altijd melden bij AMK als u zorgen heeft over de veiligheid van het kind

Bij risicocategorie 5: altijd melden bij CJG regisseur/coördinator; altijd melden in SISA; altijd
melden bij AMK als u zorgen heeft over de veiligheid van het kind

Bijlage 6

Profiel verpleegkundig specialist preventie werkzaam in de JGZ

Kennis

- Kennis van verpleegkunde op hbo-niveau aangevuld met de Masteropleiding Advanced Nursing Practice is vereist. Is BIG-geregistreerd als verpleegkundig specialist preventieve zorg
- Naast ruime praktijkervaring zijn kennis van de organisatie van de JGZ en relevante vakgebieden vereist.
- Analytisch vermogen is vereist voor het (h-)erkennen van (soms zelden) voorkomende problemen.
- Ontwikkelingen binnen het vakgebied worden bijgehouden door middel van literatuurstudie en nascholing.
- Initieert en ontwikkelt kwaliteitsprojecten en doet beleidsaanbevelingen voor structurele verbetering van zorg op verpleegkundige en/of medische zorg of op organisatorisch gebied
- Levert een bijdrage aan epidemiologisch -, verpleegkundig -, en medisch wetenschappelijk onderzoek
- Vertaalt onderzoeksresultaten in beleidsvoorstellen, protocollen en richtlijnen

Zelfstandigheid

- Er wordt gewerkt vanuit een eigen medisch beroepsverantwoordelijkheid. Verzamelt gegevens, stelt diagnose en vervolgens een behandelplan op. Neemt vanuit de eigen professie zelfstandig beslissingen waarbij prioriteiten worden gesteld en initiatieven worden genomen. Kan indien nodig gemotiveerd afwijken van bestaande protocollen.
- Op het vlak van de medische zorg is consultatie van een jeugdarts of huisarts mogelijk. Bij organisatorische problemen is terugval op de teammanager JGZ mogelijk.

Sociale vaardigheden

- Om gedragsverandering bij cliënten en hun naasten te verwezenlijken en weerstanden te overbruggen zijn tact, geduld, inlevingsvermogen, het kunnen luisteren en overredingskracht noodzakelijk. Kunnen motiveren, stimuleren en corrigeren zijn van belang bij het geven van coaching, supervisie, scholing en instructie aan jeugdverpleegkundigen, jeugdarts en andere bij cliënten of betrokken hulpverleners. In de multidisciplinaire overlegvormen, bij het onderhouden van diverse in- en externe contacten en bij implementatie van kwaliteitsbeleid zijn overtuigingskracht en conflicthantering van belang.

Risico's, verantwoordelijkheden en invloed

- Er is kans op het veroorzaken van letsel bij personen door fouten bij verpleegtechnische handelingen.
- Er is kans op schade bij kind en/of gezinsleden bij het onjuist of niet tijdig interpreteren van signalen die kunnen duiden op ontwikkelings -, medische - en/of opvoedproblemen.
- Beschadiging van het imago van de instelling in contact met ouders/verzorgers, hun relaties en andere instellingen.
- Invloed wordt uitgeoefend op het verpleegkundig en/of medisch beleid en op verbetertrajecten.

Uitdrukkingsvaardigheid

- Mondelinge uitdrukkingsvaardigheid is vereist in de omgang met kinderen, cliënten, ouders/verzorgers en andere professionals en/of instellingen waarbij geschakeld moet worden op verschillende niveaus en tussen verschillende culturen. Gesprekstechnieken om problematische situaties bespreekbaar te maken zijn vereist.

- Schriftelijke uitdrukingsvaardigheid is vereist voor het opstellen van rapportages en verwijzingen, protocollen, beleidsvoorstellen, activiteitenplan, projectplannen en jaarverslag.
- Non-verbale communicatie is aan de orde bij de contacten met kinderen. Het contact met anderstaligen vraagt om creatieve oplossingen en kennis van de diverse culturen.

Bewegingsvaardigheden

- Bewegingsvaardigheid is nodig bij het verrichten van verpleegtechnische handelingen zoals het geven van injecties subcutaan en intramusculair, waarbij extra eisen worden gesteld in verband met de reactiesnelheid.
- Bij het werken met een PC/laptop

Oplettendheid

- Grote oplettendheid is vereist voor het signaleren en interpreteren van fysieke en gedragsuitingen, bij lichamelijk en psychosociaal onderzoek en verwerking van gegevens, waarbij in korte contacttijd consequenties overwogen moeten worden. Dit wordt bemoeilijkt door de veelheid en diversiteit van de contacten.
- Aandacht en oplettendheid is een vereiste met betrekking tot het signaleren van ontwikkelmogelijkheden en verbeterpunten

Overige functie-eisen

- Geduld, volharding en doorzettingsvermogen zijn kwaliteiten die vereist zijn in meerdere situaties;
- bij het verrichten van het lichamelijk onderzoek bij jonge kinderen, omgang met zorgmijders;
- in de contacten met medewerkers en bij het implementeren en bevorderen van kwaliteitsbeleid.
- Orde, systematiek zijn van belang bij het verwerken van administratieve gegevens.
- Eisen worden gesteld aan hygiënisch werken bij meerdere contacten op een dag.
- Hoge eisen worden gesteld aan de integriteit bij het omgaan met vertrouwelijke cliëntgegevens.
- Eisen worden gesteld aan voorkomen en gedrag bij de vertegenwoordiging van de organisatie in diverse in- en externe contacten.
- Respect voor het menselijk lichaam is vereist bij het verrichten van lichamelijk onderzoek en verpleegtechnische handelingen.
- Vindingrijkheid en creativiteit is van belang om vanuit een (door de organisatie gewenste) cliëntgerichte visie te werken.
- De aandacht die van belang is bij het coördineren en afstemmen van zorgprocessen, het bewaken van werkafspraken, het volgen en toetsen van protocollen wordt regelmatig verstoord door acute zorgvragen; Dit vraagt om een flexibele en alerte werkhouding.

Inconveniënten:

- Psychische belasting treedt op door de verantwoordelijkheid voor tijdige signalering van medische, psychische en sociale problematiek.
- Fysieke belasting treedt op bij het veelvuldig tillen van impulsief bewegende kinderen en bij het vanuit een onnatuurlijke houding verrichten van onderzoek in kleine ruimtes.
- Psychische belasting treedt op bij confrontatie met leed van cliënten en hun naasten, door dreiging van agressief gedrag en door piekbelasting.
- Bezwarende werkomstandigheden komen voor in thuissituaties waar sprake is van vervuiling of intensief roken.
- Er is kans op persoonlijk letsel vanwege agressie, het verrichten van injecties en het in aanraking komen met sputum, urine, ontlasting en mogelijk besmet materiaal en impulsief gedrag van kinderen.

Bijlage 7

Britse beroepscompetenties voor het werken met ouders

Titels van de eenheden en elementen van de Britse beroepscompetenties voor het werken met ouders (toelichting bij de nummering door Marian van Beek)

De afkorting WWP staat voor 'work with parents' en duidt aan bij welk profiel de onderstaande nummering hoort. De nummers 200, 300 en 400 verwijzen naar de verschillende niveaus van beroepsuitoefening.

In Nederland geniet de indeling naar niveaus voor beroepsopleidingen een grotere bekendheid in het werkveld dan de indeling naar beroepsniveaus, vandaar de volgende vergelijking.

De reeks beroepscompetenties in tweehonderd ligt op het niveau van een beroepsbeoefenaar die over een opleiding beschikt op Mbo twee niveau, een soort helpende welzijn. De reeks in driehonderd vergelijken we met het niveau van een professional die beschikt over een opleiding op Mbo niveau drie of vier, zoals Sociaal pedagogisch werk en Sociaal Cultureel Werk. De reeks competenties in vierhonderd vergelijken we met het niveau van een beroepskracht die over een opleiding op Mbo vier of Hbo niveau beschikt.

Nota bene: onderstaande competenties hebben geen formele betekenis voor de Nederlandse situatie.

WWP*201 Draag bij aan het opbouwen van een relatie bij het werken met ouders

WWP 201.1 Luister naar ouders en reageer op ze

WWP 201.2 Help ouders bij het gebruik van voorzieningen voor opvoedingsondersteuning

WWP 202 Biedt toegang tot kennis en informatie

WWP 202.1 Vraag om en geef informatie op de juiste toon en niveau

WWP 202.2 Geef rechtstreeks kennis en informatie aan ouders

WWP 202.3 Geef ouders de mogelijkheid om zelf kennis en informatie te verwerven

WWP 203 Draag bij aan een veilige omgeving voor iedereen

WWP 203.1 Zorg ervoor dat ouders zich prettig en zich vertrouwd weten

WWP 203.2 Waardeer en respecteer de diversiteit in de cultuur en achtergrond van de ouders

WWP 204 Help ouders veilig te houden (bescherm ouders)

WWP 204.1 Volg de procedures wat betreft veiligheid

WWP 204.2 Herken bedreigingen van de veiligheid

WWP 204.3 Volg de procedures in nood- en crisissituaties.

WWP 301 Relaties opbouwen en onderhouden bij het werken met ouders

WWP 301.1 Onderhandel over en erken de basis voor relaties met ouders

WWP 301.2 Stel de grenzen van de relatie vast

WWP 301.3 Onderhoud de relatie met de ouders

WWP 302 Communiceer op effectieve wijze met de ouders

WWP 302.1 Maak communicatie met ouders mogelijk en moedig die aan

WWP 302.2 Erken en reageer op communicatiebehoefte

WWP 302.3 Erken en reageer op barrières voor de communicatie

WWP 303 Bewaak de vertrouwelijkheid maar bescherm ook het kind

WWP 303.1 Houd je aan de vertrouwelijkheid/privacy

WWP 303.2 Houd gegevens bij en ga zorgvuldig om met vertrouwelijke informatie

WWP 303.3 Reageer op zorgen over de veiligheid van het kind

WWP 304 Relaties opbouwen en onderhouden met collega's die werken met ouders

WWP 304.1 Leg contact met collega's en communiceer met hen op een effectieve manier

WWP 304.2 Erken en waardeer het werk van collega's

WWP305 Relaties opbouwen en onderhouden met de gemeenschap in bredere zin

WWP 305.1 Identificeer en leg contact met sleutelfiguren in de gemeenschap

WWP 305.2 Leg contact met belanghebbende figuren in de gemeenschap

WWP 305.3 Deel informatie en moedig de gemeenschap aan ouders te steunen

WWP 306 Ouders de mogelijkheid tot reflectie bieden over de invloeden op de opvoeding en de ouder-kind relatie

WWP 306.1 Help ouders te kijken naar factoren die de opvoeding beïnvloeden en de effecten daarvan te onderkennen.

WWP 306.2 Werk samen met ouders in het gebruiken van kennis over en bewustzijn van de verschillende factoren die de opvoeding beïnvloeden

WWP 307 Werk samen met ouders om aan de behoeftes van hun kinderen te voldoen

WWP 307.1 Werk samen met ouders om hen de onderlinge afhankelijkheid en doorgaande ontwikkeling in de relatie tussen ouders en kinderen te leren begrijpen

WWP 307.2 Werk met ouders om kinderen te ondersteunen op een manier die aansluit bij de leeftijd van de kinderen (nadere details in de eenheid)

WWP 308 Help ouders relaties en gedrag te ontwikkelen die bijdragen aan hun dagelijkse leven met de kinderen

WWP 308.1 Help ouders de gevoelens en het gedrag van kinderen te begrijpen en erop te reageren

WWP 308.2 Help ouders een positieve interactie met hun kinderen te ontwikkelen

WWP 308.3 Ontwikkel de kennis van de ouders om het spel, leervermogen en de creativiteit van kinderen te stimuleren

WWP 308.4 Zoek met ouders naar positieve manieren om aan de fysieke behoeftes van hun kinderen te voldoen

WWP 309 Werk samen met ouders om hen te helpen hun eigen behoeftes te begrijpen en te vervullen

WWP 309.1 Stel ouders in staat hun behoeften te onderzoeken

WWP 309.2 Helpen ouders te voldoen aan de behoeftes die ze hebben vastgesteld

WWP 310 Denk na over en vernieuw je eigen kennis en manier van handelen

WWP 310.1 Denk na over en evalueer de effectiviteit van je eigen handelen

WWP 310.2 Identificeer en maak gebruik van kansen om je eigen manier van handelen te ontwikkelen en te vernieuwen en leer van de ervaring van anderen

WWP 310.3 Integreer nieuwe kennis, de ervaringen van anderen en huidige ideeën in je eigen manier van handelen

WWP 311 Draag bij aan het werk van het team

WWP 311.1 Werk als een deel van het team

WWP 311.2 Ondersteun de anderen bij het ontwikkelen van hun rol

WWP 312 Biedt die dienstverlening aan ouders waaruit respect en waardering blijkt

WWP 312.1 Luister naar de ouders en erken hun gevoelens en ervaringen

WWP 312.2 Herken de sterke punten van de ouders en help ze deze te ontwikkelen

WWP 312.3 Vergroot de waarde en erkenning van diversiteit in de opvoeding en samenleving

WWP 312.4 Herken de barrières die individuele families ervaren en bepaal de steun die ze nodig hebben

WWP 313 Stem de dienstverlening af op de behoeften van ouders

WWP 313.1 Kom met ouders tot overeenstemming over hun behoeftes

WWP 313.2 Onderzoek met ouders het effect van uitdagingen en verandering

WWP 313.3 Ontwikkel met ouders strategieën voor het omgaan met veranderingen en uitdagingen

WWP 314 Werk met ouders met complexe vragen die moeilijk toegang krijgen tot dienstverlening

WWP 314.1 Draag zorg voor een dienstverlening die tegemoet komt aan de behoefte van ouders

WWP 314.2 Geef ouders toegang tot diensten en ondersteuning

WWP 314.3 Biedt ouders in complexe situaties de gelegenheid te leren over de opvoeding

WWP 315. Tref voorzieningen voor de bescherming en veiligheid van ouders

WWP 315.1 Help ouders om zich te beschermen tegen mishandeling

WWP 315.2 Draag zorg voor een gezonde en veilige leefsituatie overeenkomstig bestaande regels

WWP 315.3 Volg de regels in geval van nood of crisis

WWP 316 Biedt een omgeving aan waarin rekening wordt gehouden met de cultuur, religie, geslacht of handicaps van de ouders

WWP 316.1 Draag er zorg voor dat ouders zich op hun gemak voelen en vertrouwd weten

WWP 316.2 Draag zorg voor materialen, hulpbronnen en een omgeving die aansluit bij de behoeften van de ouders

WWP 317 Maak publiciteit over de dienstverlening aan ouders en werf ouders

WWP 317.1 Publiceer en verspreid informatie over opvoedingsondersteuning

WWP 317.2 Werf ouders voor activiteiten op het gebied van opvoedingsondersteuning

WWP 318 Ontwikkel trainingen

WWP 318.1 Bepaal mogelijkheden voor trainingssessies

WWP 318.2 Train mensen die willen leren

WWP 319 Werken met groepen Ouders

WWP 319.1 Bepaal het bereik en de basis voor het werk

WWP 319.2 Kies methoden en materialen die aansluiten op de behoeften van de groep

WWP 319.3 Maak een effectief groepsproces mogelijk

WWP 401 Werk samen en werk aan samenwerking met verschillende instellingen en sectoren

WWP 401.1 Propageer integratie en strategieën om met verschillende sectoren samen te werken

WWP 401.2 Communiceer en onderhoud contact op effectieve wijze met andere instellingen/sectoren

WWP 401.3 Stel grenzen vast en definieer de verschillende rollen van de instellingen

WWP 402 Steun anderen bij het ontwikkelen van hun werkzaamheden

WWP 402.1 Steun anderen en deel problemen en moeilijke zaken met ze

WWP 402.2 Deel je eigen ervaringen om anderen te helpen

WWP 403 Geef leiding aan je team

WWP 404 Leid of coördineer laagdrempelige, toegankelijke voorzieningen voor opvoedingsondersteuning

WWP 404.1 Propageer een cultuur waarin diversiteit en verschillen worden gewaardeerd

WWP 404.2 Help uitvoerders te reageren op de behoefte van de ouders aan een laagdrempelige, toegankelijke ondersteuning

WWP 404.3 Volg en evalueer het effect van laagdrempelige en toegankelijke ondersteuning

WWP 405 Draag verantwoordelijkheid voor de veiligheid van de ouders, het personeel en de omgeving

WWP 405.1 Houd je aan de wettelijke gezondheids- en veiligheidsvoorschriften

WWP 405.2 Train professionals regelmatig over actuele ontwikkelingen in de gezondheid(szorg), veiligheid en bescherming van kinderen.

WWP 405.3 Ontwikkel systemen en procedures voor het delen van informatie met het oog op de bescherming van het kind

WWP 406 Draag zorg voor financiële middelen

WWP 406.1 Verwerf extra financiële middelen en zet die in

WWP 406.2 Controleer en evalueer de effectiviteit van de ingezette financiële middelen

WWP 407 Volg en bepaal de invloed van trends op en ontwikkelingen in de opvoeding

WWP 407.1 Houdt informatie over ontwikkelingen in de opvoeding bij en analyseer die

WWP 407.2 Onderzoek en bepaal de invloed van trends op en ontwikkelingen in de opvoeding

WWP 408 Draag bij aan kwalitatief hoogwaardige dienstverlening op het terrein van opvoedingsondersteuning en ontwikkelingsstimulering

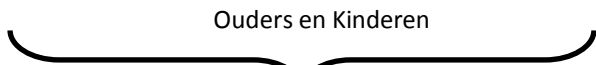
WWP 408.1 Verhoog de kwaliteit van het werken met ouders

WWP 408.2 Kies systemen en procedures die de kwaliteit bewaken, onderhoud deze en stel ze indien nodig bij.

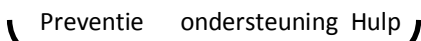
WWP 409 Houd je aan wetten, voorschriften en respecteer ethische en sociale codes

Bijlage 8

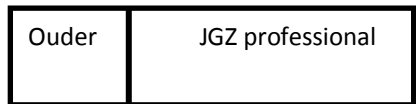
Doelgroepen



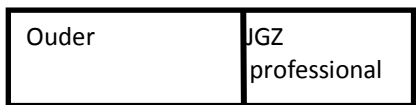
Zorg voor jeugd



Huidige situatie:
Onbalans in ouder participatie



Toekomstige situatie:
Meer ouder participatie



Uitkomstmaat

Kwaliteit op opvoeden

Sociale omgeving en gemeenschap



- Factoren empowerment:**
- Toegang en hulpmiddelen
 - Competenties
 - Motivatie en ondersteuning



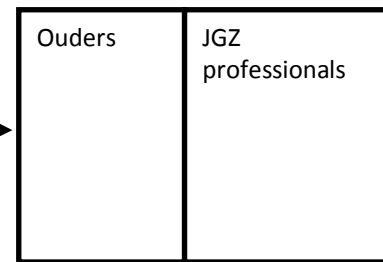
JGZ
Keten partners
Gemeenten

Voorwaarden empowerment :

Mechanisme voor empowerment

1. Communicatie
2. Educatie
3. Informatie
4. Zelfzorg
5. Besluitvorming
6. Contact met andere ouders

Vaardigheden voor



Tools

- Communicatie middelen
- Bejegening
- Interventies
- eHealth toepassingen

Mechanisme voor empowerment

- 7 cliëntenraadpleging

Bijlage 9

Interventies gericht op opvoedingsondersteuning

In de brochure "*Het versterken van de eigen kracht en het sociale netwerk van jeugdigen, ouders en gezinnen*" (NJI 2010) worden 38 interventies beschreven die tot doel hebben om de eigen kracht van jeugdigen, ouders, gezinnen en hun omgeving te versterken. In deze bijlage staan de interventies uit deze brochure, die gericht zijn op opvoedingsondersteuning.

Preventie

- Video-feedback positief opvoeden
- Opvoedingsondersteuning Home-Start
- VoorZorg
- Marokkaanse buurtvaders
- Drukke kinderen (4 tot 12 jaar)
- KopOpOuders Online
- Moeders Informeren Moeders
- Ouders van tegendraadse jeugd (workshop en -thema-bijeenkomsten)
- Triple P (niveau 1 en 2)
- Stevig ouderschap
- Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP

Lichte hulp

- Oudercursus "beter omgaan met pubers"
- Oudercursus "Drukke kinderen"
- Kortdurende Video-Hometraining in gezinnen met jonge kinderen
- Ouders van tegendraadse jeugd (cursus)
- Triple P ((niveau 3)
- Parent-Child Interaction Therapy
- Psycho-educatie gezinsinterventie KOPP

Zwaardere hulp

- Gezin Centraal
- Jeugdhulp thuis
- Praktische pedagogische gezinsbegeleiding
- Wijkgerichte intensieve gezinsbegeleiding
- Groepsmediatietherapie ouders van kinderen met ADHD
- Opstandige kinderen: een compleet oudertrainingsprogramma
- Ouders van tegendraadse jeugd
- Parent management training Oregon
- Triple P (niveau 4 en 5)
- Beter met thuis
- Directieve thuisbegeleiding
- De Versterking
- Families First
- Intensieve Orthopedagogische gezinsbehandeling
- Psych-educatieve gezinsbehandeling KOPP
- Multidimensionele Familietherapie
- Multisysteem Therapie
- Orthopedagogische Video Gezinsbehandeling
- Parent-Child Interaction Therapy
- Eigenkracht-conferentie
- Naar een veilig thuis: Signs of safety

Meer informatie: www.jeugdinterventies.nl

Bijlage 10
Evidence-tabellen

Evidencetabel Bewijsklassetabel Deelvraag C.

Welke Instrumenten, methoden en programma's kunnen binnen de JGZ gebruikt worden: universele programma's opvoedingsondersteuning

Naam beoordelaar: M. de Wolff

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie (5)	Meetmethode (6)	Analyse (7)	Uitkomst (8)	Locatie onderzoek (7)	Opmerkingen (10)
Thomas & Zimmer Gembeck 2007	A1	Meta-analyse	Pcit 32 studies Zeer variabel welke populatie	Effectiviteit PCIT en Triple P (PCIT voor ouders van 4-7 jarigen met ext gedrag)	PCIT 32 studies Triple P 28 studies	Meta-analyse	PCIT heeft grote uitkomsten (parent reports)	AUS	Effecten van PCIT zijn sterker dan van Triple P PCIT: zowel voor ouder als kind grote effecten Triple P: moderate to large Ouderrapportages PCIT bewezen effectief, Triple P waarschijnlijk effectief

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie (5)	Meetmethode (6)	Analyse (7)	Uitkomst (8)	Locatie onderzoek (7)	Opmerkingen (10)
Bunting 2004	A1	Beschrijven d literatuurov erzicht van eerdere meta's	Meta's naar ouderprogram ma's waarbij effect onderzocht wed op ouderlijk welbevinden en gedrag kind	Overzicht bieden van revuiews die eerder gedaan zijn naar effectiviteit ouderprograma's	beschrijvend	narratief	Group-based ouderprogrammas en ind. ouderprogramma's: small to medium improvements in depression, and psychosocial health; Verder ook pos uitkomsten op gedrag kind en oudergedrag gedrag (voor de korte termijn)	Ierland	Een overzicht van eerdere meta's
McLennan & Lavis	A1	Beschrijven d literatuurov erzicht	12 ouder interventies die in een Canadese stad worden aangeboden	Effectiviteit beschrijven van aantal interventies	beschrijvend	Narratief	Van de 12 interventies zijn er 3 in een RCT onderzocht, maar die zijn niet goed geëvalueerd	Canada	Kloof tussen de praktijk en onderzoek

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie (5)	Meetmethode (6)	Analyse (7)	Uitkomst (8)	Locatie onderzoek (7)	Opmerkingen (10)
Bayer Hiscock ea 2009	A2	RCT	733 moeders van 7 mnd oude infants	Long-term effect van korte universele ouder programms	733 moeders doen mee aan de interventie tussen 8 en 15 mnd 589 nameting op 2 jaar		Externaliseren (CBCL) Mental health moeder Geen verschil. Wel in de interventie groep meer reële verwachtingen van de ontwikkeling vh kind.	AUS	Een kort, universeel ouder programma is onvoldoende om externaliseren de problemen op preschool leeftijd te voorkomen. Effecten doven uit.
Duncan Bardacke 2010	C	Beschrijven de studie	27 zwangere vrouwen	Effect van Mindfulness training als ouder educatie (Training van 9 keer, 3 uur)	Voor - en nameting		In de kleine groep worden pos effecten gevonden van de ouder-educatie	USA	Vaag Zelf rapportages

Evidencetabel Bewijsklassetabel Deelvraag C: Welke Instrumenten, methoden en programma's kunnen binnen de JGZ gebruikt worden: Programma Triple P
 Naam beoordelaar: M. de Wolff

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie (5)	Meetmethode (6)	Analyse (7)	Uitkomst (8)	Locatie onderzoek (7)	Opmerkingen (10)
Thomas & Zimer Gembeck 2007	A1	Meta-analyse		Effectiviteit PCIT en Triple P alle levels (PCIT voor ouders van 4-7 jarigen met ext gedrag)	PCIT 32 studies Triple P 28 studies	Meta-analyse	PCIT heeft grote uitkomsten (parent reports) Triple P: moderate to large voor kind en ouder Triple P level 1 heeft kleine effecten	AUS	Effecten van PCIT zijn sterker dan van Triple P PCIT: zowel voor ouder als kind grote effecten Triple P: moderate to large Ouderrapportages PCIT bewezen effectief, Triple P waarschijnlijk effectief
Nowak & Heinrichs 2008	A1	Meta-analyse met 55 studies	11.797 gezinnen	Effectiviteit van Triple P (alle niveau's; alle formats) op parenting skills; parenting wellbeing en child problem behavior	Samenvoegen van eerdere studie uitkomsten mbv meta-analyse Zowel RCT's als non-RCT's	Idem	Overall uitkomsten: Parenting skills d= 0.38, Child problem beh. d = 0.45 Wellbeing: d= 0.17	Australie	Level 4/ 5 effectiever dan lagere levels. Individuele format effectiever dan groepsformat RCT effectiever dan non-RCT

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie (5)	Meetmethode (6)	Analyse (7)	Uitkomst (8)	Locatie onderzoek (7)	Opmerkingen (10)
Prinz Sanders Shapiro, Whitaker Lutzker (2009)	A2	RCT	18 regio's in de VS worden verdeeld over Triple P regio of 'gebruikelijke hulp' regio	Effectiviteit van level 1 Triple P vaststellen op het niveau van de gemeenten (Regio) waarbij indicatoren van kindermishandeling als uitkomstmaat worden meegenomen	3 indicatoren worden vooraf en achteraf gemeten: 1) aantal gevallen kindermishandeling 2) aantal uit huisplaatsingen 3) Aantal verwondingen tgv mishandeling	Percentages in beide type regio's worden vergeleken met t toetsen	Op alle 3 indicatoren worden grote effecten gevonden van Triple P level 1	VS	Niet vaststaat dat de gevonden verschillen ook daadwerkelijk toe te schrijven zijn aan Triple P
Sanders Calam Durand 2008	A2	RCT	Community based Steekproef met kinderen tussen 2 -9 jaar	Triple P level 1/2	454 gezinnen Interventie: TV programma + zelfhulpboek Controlegroep alleen TV programma		In beide groepen vooruitgang op oudergedrag en probleemgedrag. Verschillen tussen groepen zijn klein	UK	TV programma is al effectief om effecten te bereiken. Zelfhulp boek voegt weinig toe/
De Graaf Speetjens ea. 2008	A1	Meta-analyse 25 studies	2537 gezinnen	Effectiviteit van Triple P level 4 Probleemgedrag K	Samenvoegen van eerdere studieuitkomsten mbv meta-analyse Zowel RCT's als non-RCT's	Idem	Problem behavior d = 0.88 na 6 mnd na 12 mnd effect sterker	NL	Grote effecten obv ouderrapportages; Effect werd sterker na langere tijd. Wel heterogene set studies

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie (5)	Meetmethode (6)	Analyse (7)	Uitkomst (8)	Locatie onderzoek (7)	Opmerkingen (10)
Bodenmann Cina, Ledermann, Sanders 2008	A2/ B	RCT met twee vergelijkingsgroepen (niet behandelde groep, groep die relatie therapie krijgt)	50 paren in de Triple P groep 50 paren in de controlegroep 50 paren in de relatietherapie groep (kinderen tussen 2 en 12 jaar oud, gemiddeld 6 jaar)	Effectiviteit van Triple P (level 4, groepsformat) toetsen ivm andere condities over periode van 1 jaar; en nagaan of het Australische programma ook effectief is in Zwitserland	Op 4 meetmomenten, (1 voor- en 3 na de interventie) worden vragenlijsten door de ouders ingevuld: Parenting Scale Parent Problem Checklist ECBI Dyadic Adjustment Scale	Mixed model analyses en Anova	Met name moeders profiteren van triple P: ze rapporteren minder overreactief gedrag, minder probleemgedrag bij K, en minder opvoedingsconflicten. Bij vaders slechts weinig sign. Effecten. Triple P wel effectiever dan de relatief therapie.	Zwitserland	Triplex P (level 4, groepsformat) vooral effectief voor de moeders, veel minder sign. Effecten bij de vaders

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie (5)	Meetmethode (6)	Analyse (7)	Uitkomst (8)	Locatie onderzoek (7)	Opmerkingen (10)
Whittingham , Sofronoff Sheffield, Sanders (2009)	A2	RCT met een controlegroep (wachtrijst)	59 gezinnen met diagnose autisme in behandel (n=29) en controlegroep (n=30)	Effectiviteit van Triple P Stepping Stones voor ouders van kinderen met autisme	Op 3 momenten (vooraf, achteraf, na 6 mnd) ouder vragenlijsten ECBI (probleemgedrag kind) Parenting Scale (opvoedgedrag)	MANOVA	Ouders rapporteren minder probleemgedrag bij Kind, ouders rapporteren minder negatief opvoedgedrag (laksheid, overreactiviteit en breedsprakigheid), en ouders rapporteren meer welbevinden met ouderschap	Australie	Het feit dat enkel ouder rapportages zijn gebruikt is een beperking.

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie (5)	Meetmethode (6)	Analyse (7)	Uitkomst (8)	Locatie onderzoek (7)	Opmerkingen (10)
Whittingham Sofronoff & Sheffield (2004)	C	Pilotstudie waarin eerste ervaringen van ouders worden geëvalueerd	42 ouders wiens kinderen autisme hebben	Evaluatie van de eerste ervaringen met Triple P stepping stones bij ouders met autistische kinderen	Ouders bekijken DVD over Triple P Stepping stones en beoordelen dan op vragenlijsten acceptatie, bruikbaarheid, en hun intentie om deze strategie te gebruiken. Verder vragenlijsten over attributies en ouderlijke controle en een Focusinterview met 2 ouders	Regressie	Ouders reageerden positief op het programma; ouder achten dit bruikbaar	Australie	Pilot studie

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie (5)	Meetmethode (6)	Analyse (7)	Uitkomst (8)	Locatie onderzoek (7)	Opmerkingen (10)
De Graaf, Onrust, Haverman, Janssens	B	Triple P groep (n =136) en een vergelijkkin g groep (n=53); geen aselecte toewijzing	Gezinnen waarbij kind gemiddeld 5/6 jaar oud is, in Triple P regio en vergelijkbare regio	Evaluatie van Triple P opvoedsteun in vergelijking met de gangbare opvoedingsondersteuning in de JGZ	Ouders vullen vooraf en achteraf vragenlijsten in SDQ Parenting Scale (opvoedgedrag) Being a parent (welbevinden als ouder)	Anova	Bij beide groepen wordt over de tijd positieve vooruitgang geboekt: probleemgedrag van K neemt af, parenting styles verbeteren. Maar bij de Triple P groep is de vooruitgang groter! Grotere afname in laksheid, en total parenting dysfunction; grotere toename in parental competence	Nederland	Alleen vragenlijsten Het aantal ouders in de vergelijkingsgroep was bij de nameting van 3 mnd erg klein geworden (n = 26, ipv de oorspronkelijke n = 53)
Turner, Sanders (2005)	C?	Discussie stuk		Hoe moet Triple P geïmplementeerd worden?	literatuuroverzicht		Enkele aanbevelingen voor de implementatie	Australië	

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie (5)	Meetmethode (6)	Analyse (7)	Uitkomst (8)	Locatie onderzoek (7)	Opmerkingen (10)
Spijkers Janssen. De Meer, Reijneveld (2010)	-	Opzet van een RCT	Ouders van kinderen (9-11 jaar) met een verhoogde score voor psychosociale problemen (op e SDQ)	Effectiviteit van Triple P level 3	Controle groep en Triple P groep die voor, direct na en na 6 en 12 mnd vragenlijsten invult		Nog geen uitkomsten	Nederland	Enkel de opzet
Sanders Prinz Shapiro 2010	C	Evaluatie van het gebruik van Triple P nadat mensen getraind zijn	650 hulpverleners die Triple P training hebben ondergaan hebben vragenlijst ingevuld	Evalueren van de training en gebruik van Triple P	650 dienstverleners hebben vragenlijst over gebruik van Triple p ingevuld	Beschrijvend en chi kwadraat	Mensen die positieve feedback krijgen na de training, en die weinig moeilijkheden ervaren met Triple P worden enthousiaste gebruikers. Mensen die meer onzeker zijn en meer moeite hebben op Triple P te integreren in hun werk, minder enthousiaste gebruikers.	USA	Nogal evident

Evidencetabel Bewijsklassetabel Deelvraag C: Welke Instrumenten, methoden en programma's kunnen binnen de JGZ gebruikt worden: Programma's opvoedingsondersteuning voor risicogroepen
 Naam beoordelaar: M. de Wolff

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie (5)	Meetmethode (6)	Analyse (7)	Uitkomst (8)	Locatie onderzoek (7)	Opmerkingen (10)
Kane Wood Barlow	A1	Beschrijvend, kwalitatief literatuur overzicht	4 kwalitatieve papers naar effectiviteit ouderprogramma's (geen RCT's)	Inventariseren van de ervaringen en percepties die ouders hebben van ouderprogramma's	kwalitatief	kwalitatief	Er worden een aantal key factors benoemd die cruciaal zijn voor een goede ouderinterventie	UK	geen harde uitkomsten Pleidooi voor het serieus nemen van het ouder-perspectief
Barlow, Coren, Steward Brown, 2001	A1	Meta-analyse	Ouders in risicogroepen (kind problemen: ADHD, CD, Down, ontw. Achterstand, Kinderen 3-8 jaar 1 studie met adolescenten	Effectiviteit van group-based ouderprogramma gericht op psychosoc gezondheid moeder 3 typen programma's: - gedragstherapie - multimodaal - cognitieve gedragstherapie	Meta met 17 RCT's naar groupbased programma's Voor ouders gericht op psychosoc gezondheid moeder Meta-analyse	Meta-analyse	Depressie d = 0.30, anxiety /distress d = - 0.50, self esteem d = -0.40 partnerrelatie d = -0.40	UK	Ouderprogramma's kunnen sign bijdrage hebben aan de korte termijn psychosoc gezondheid van moeders Geen conclusies mbt typen programma's ??

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie (5)	Meetmethode (6)	Analyse (7)	Uitkomst (8)	Locatie onderzoek (7)	Opmerkingen (10)
Barlow, Parsons, Stewart-Brown, 2005	A1	Meta-analyse	Ouders van kinderen jonger dan 3 jaar, die risico lopen op psych soc problemen	Effectiviteit van ouderprogramma onder de 3 jaar (preventie psycho-soc problemen)	Meta met 5 RCT's naar ouderprogramma's die psycho-soc. problemen bij kind Aparte meta op ouderrapportages en op observationele gegevens	meta	De meta op ouderrapportage laat geen sign effect zien van de ouderprogramma 's terwijl de meta op observatie gegevens wel een sign effect laat zien	UK	Rcts' waarbij effect van ouderprogramma's wordt geobserveerd vinden sterkere effecten dat RCT's die de uitkomst meten mbv ouderrapportages! Op korte termijn worden wel effecten gevonden, op de langere termijn niet. Dus de effecten van dit soort programma 's doven uit
Barlow, Kendrick, Polnay Stewart Brown, 2008	A1	Meta-analyse	Ouders met verhoogd risico op mishandeling	Effectiviteit van Group based ouderprogramma's ter voorkoming van mishandeling	Meta-analyse van 7 studies die ouderprogrammas evalueren ter voorkoming van mishandeling	meta	Slechts 3 van de 7 studies hebben objectieve uitkomsten mbt mishandeling gemeten Geen enkel programma bleek effectief op alle uitkomst maten	UK	Kwaliteit van de studies in de meta varieert sterk Vooral focus op fysieke mishandeling, minder op verwaarlozing Positieve effect van PCIT moet toegeschreven worden aan de individuele wijze waarop dit gegeven wordt
Manning, Homel & Smith 2010	A1	Meta-analyse	Ouders van gezinnen in risicogroepen	Effectiviteit van preventieve programma's gericht op de ontwikkeling van het kind in risicogroepen (gemeten in de adolescentie)	Meta-analyse van 17 RCT's waarin 11 verschillende programma;s voor de ontwikkeling van risicogroepen geëvalueerd worden.	meta	zet	USA	Intensieve programma hebben sterkere effecten; programma's die een vervolg hebben zijn meer effectief

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie (5)	Meetmethode (6)	Analyse (7)	Uitkomst (8)	Locatie onderzoek (7)	Opmerkingen (10)
Wallace & Rogers (2010)	A1	Meta-analyse van 32 studies	In deze meta worden RCT's opgenomen naar effectiviteit van interventies voor jonge kinderen (< 3 jaar) die risico hebben op ontwikkelingsachterstand	Effectiviteit van interventies voor kinderen onder de 3 jaar die verhoogd risico hebben op ontwikkel achterstand. (niet alleen ouderprogramma's ook andere interventies)	Studies werden ingedeeld obv kwaliteit (type 1 was RCT en type 2 was een studie met vergelijkingsgroep	Meta-analyse	Meest effectieve interventies gebruiken een combinatie van deze 4 procedures: 1) parental involvement en coachen van ouders; 2) afstemming op ontwikkelingsprofiel van ind. kind; 3) focus op brede range aan doelen; 4) zo vroeg mogelijk in de ontw	USA	Per groep (premature kinderen, kinderen met ontwikkelingsachterstand) worden aanbevelingen gegeven. Vervolgens de 4 key factoren. Tenslotte de implicaties voor kinderen met autisme

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie (5)	Meetmethode (6)	Analyse (7)	Uitkomst (8)	Locatie onderzoek (7)	Opmerkingen (10)
Brotman Keily, Huang, Rosenfelt ea (2008)	A2	RCT	8 mnd oude kinderen met hoog risico op antisociaal gedrag	Lange termijn effectiviteit van Incredible Years	92 kinderen 4 jaar oud 47 interventie 45 controle groep Krijgen interventie over periode van 24 mnd		Significante effecten op geobserveerde agressie bij kind; Responsief oudergedrag, hardhandig oudergedrag , en ontwikkelingsstimulering Geen effecten voor ouderrapportage van agressie		Zowel geobserveerde als zelf reports als uitkomstmaat De rapportages geven zwakkere uitkomsten dan de observatie gegevens.
Dumont Mitchell, Greene, Lee, Lowenfels, Rodriguez (2008)	A2	RCT	1173 gezinnen met verhoogd risico op mishandeling	Effectiviteit van ouder programma Healthy Families New York (HFNY)	Interventie en controlegroep Moeders worden geïnterviewd over opvoedgedrag en probleemgedrag kind	MANOVA	In eerste kwartaal geen verschillen; in tweede half jaar minder agressie bij kind en minder hardhandig ouderlijk gedrag	USA	Huisbezoeken zijn ene belangrijke factor voor de effectiviteit van ouderprogramma's

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie (5)	Meetmethode (6)	Analyse (7)	Uitkomst (8)	Locatie onderzoek (7)	Opmerkingen (10)
Hayes Matthews, Copley Welsh 2007	A2	RCT met wachtlijst groep als controle groep	Moeders van peuters die zich zelf hebben gemeld wegens problemen bij de opvoeding	Effectiviteit van het ouderprogramma bij moeders dat gericht is op het verlagen van ouderlijke stress	65 moeders krijgen de interventie van 1 dag (6 uur intensieve skill-based program) . 59 moeders in controlegroep. Moeders vullen vooraf, na 2 weken en na 6 weken vrglijsten in	Anova	Moeders rapporteren verlaging in depressie, angst en stress, meer teverdenheid met ouderschap en minder probleem gedrag	AUS	Niet helemaal zeker of de veranderingen aan de interventie toegeschreven kunnen worden
Belsky, Melhuish Barnes, Leyland, & Romaniuk (2006).	A2	RCT Quasi exp	150 achterstandsgemeenten waar met Sure Start gewerkt wordt vergeleken met 150 gemeenten zonder Sure Start	Effectiviteit van Sure Start	In de Sure Start groep zijn 16502 moeders van kinderen die 9 en 26 maanden oud waren geïnterviewd. Bij de kinderen is een cognitieve test afgenomen. In de vergelijkingsgroep zijn 2610 moeders geïnterviewd, en ook test bij de kinderen.		De verschillen tussen beide groepen waren beperkt en relatief klein.	UK	Vooraf de meest gedepriveerde gezinnen bleken te profiteren van Sure Start.

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie (5)	Meetmethode (6)	Analyse (7)	Uitkomst (8)	Locatie onderzoek (7)	Opmerkingen (10)
Melhuish, Belsky, Leyland & Barnes J, (2008).	A2	RCT	Gezinnen zijn woonachtig in achterstandsgebieden van Engeland (Sure Start area in de exp groep, geen sure start area in de controlegroep)	Effectiviteit van Sure Start toetsen	<p>In een quasi-experimentele opzet Sure Start gezinnen vergeleken met gezinnen die geen Sure Start ontvangen</p> <p>In de Sure Start groep zaten 5883 gezinnen met een 3jarig kind, in de vergelijkingsgroep 1879 gezinnen</p>	Beide groepen werden vergeleken op 14 uitkomstmaten die betrekking hebben op cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind, oudercompetentie, roken door de ouders, welbevinden en BMI.	De Sure Start gezinnen verschilden in positieve zin van de vergelijkingsgezinnen: kinderen lieten meer sociaal gedrag zien, minder negatief opvoedgedrag bij de ouders, en ouders schakelden sneller en meer hulp in dan de vergelijkingsgezinnen.	UK	<ul style="list-style-type: none"> - Zeer grote steekproef - Naast vragenlijsten ook observaties <p>Dat deze studie sterkere effecten laat zien dan eerdere studies naar Sure Start geeft aan dat toegenomen blootstelling aan dit programma zijn vruchten afwerpt</p>
Hutchings, Bywater ea 2007	A2	RCR quasi	11 Sure Start area's	Effectiviteit van Sure Start					

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie (5)	Meetmethode (6)	Analyse (7)	Uitkomst (8)	Locatie onderzoek (7)	Opmerkingen (10)
Belsky, Melhuish Barnes, Leyland, & Romaniuk (2006).	A2	RCT Quasi exp	150 achterstandsgemeenten waar met Sure Start gewerkt wordt vergeleken met 150 gemeenten zonder Sure Start	Effectiviteit van Sure Start bij kinderen met verhoogd risico op CD	153 kinderen met verhoogd risico op CD 104 Interventiegroep 49 vergelijkingsgroep		Opvoedvaardigheden toegenomen Probleemgedrag afgevoerd	UK	Op de meeste uitkomststaten positieve effecten Zowel vragenlijsten als observaties

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie (5)	Meetmethode (6)	Analyse (7)	Uitkomst (8)	Locatie onderzoek (7)	Opmerkingen (10)
Asscher, Hermanns, Dekovic Reitz 2006	A2	RCT Quasi exp	Moeders die zelf rapporteren dat ze problemen met hun kind ervaren Kind is 2,5 jaar oud	Effectiviteit van Home Start	54 gezinnen die Home-Start kregen zijn vergeleken met 51 gezinnen die ook stress in de opvoeding ervoeren maar geen opvoedingsondersteuning ontvingen (zij kwamen uit een regio waar Home-Start niet aangeboden werd). De gezinnen vulden op 4 verschillende momenten (voorafgaand aan Home-Start, na 1 maand Home-Start, na afloop van Home-Start en een half jaar na beëindiging van Home-Start) een vragenlijst in en werden thuis bezocht, waarbij observatiegegevens verzameld werden.	MANCOVA	Home-Start bleek effect te hebben op het welzijn van de moeder: minder depressief en meer competent in de opvoeding. Qua opvoedingsgedrag werd bij een aantal variabelen geen effect gevonden, maar wel bleken Home-Start moeders consistent en minder negatief op te voeden dan controlegroepmoeders na afloop van Home-Start. Home Start effectief voor alle deelnemers;	NL	Home Start leidt tot positieve veranderingen, geen bewijs dat Home Start leidt tot achteruitgang Hoog risicogezinnen zijn meer gevoelig voor HOME Start dan laag risico gezinnen. In zowel de Home-Start als de vergelijkingsgroep was het probleemgedrag van het kind afgenomen. De veranderingen in kindgedrag kunnen dus niet met zekerheid aan Home-Start worden toegeschreven.

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie (5)	Meetmethode (6)	Analyse (7)	Uitkomst (8)	Locatie onderzoek (7)	Opmerkingen (10)
Asscher, Dekovic Prinzie Hermanns, 2008	A2	RCT quasi exp	Moeders die zelf rapporteren dat ze problemen met hun kind ervaren Kind is 2,5 jaar oud	Effectiviteit van Home Start	66 moeders in de Home start groep, 58 moeders in de controlegroep (ontvangen geen support) En nog een normgroep van 41 moeders Voormeting en na 6 mnd T2, en na weer 6 mnd T3 (vragenlijsten)		Home start groep gaat vooruit op maternal wellbeing. Op gedrag wel een vooruitgang in de zelfrapportage maar niet in de observaties	NL	
Johnson, Whitelaw Glazebook Israel 2009	A2	RCT	Zeer premature kinderen vanaf IC tot 6 weken na ontslag uit ziekenhuis	Effect van Parent Baby Interaction Programms (PBIP) bij prematuren Programma beoogt ontwikkeling van prematuren te verbeteren	333 prematuren; 112 interventie 121 controle Op de leeftijd van 24 mnd verrichte psycholoog metingen bij kind		Geen sign verschil op Mental development Index, psychomotor inde,		Geen effect voor PBIP op kinderlijke ontwikkeling na 2 jaar Daarom beter de interventie starten als K uit het ziekenhuis thuiskomt

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie (5)	Meetmethode (6)	Analyse (7)	Uitkomst (8)	Locatie onderzoek (7)	Opmerkingen (10)
Bagner Sheinkopf 2010	A2	RCT quasi exp	Prematuren	Effectiviteit van Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) in voorkomen van gedragsproblemen bij prematuren	14 prematuren interventie 14 controlegroep 13 therapie sessies waarbij ouders leren hoe ze sensitief moeten reageren en effectief disciplineren		Minder agressie, minder internaliseren, meer gehoorzaam	USA	Alleen moeder rapportages
Brody Kogan 2008	A2	RCT quasi	Afro Amerikaanse gezinnen van het platteland, kinderen van 11	Effectiviteit van programma om alcohol inname te verlagen Strong Afr AM Families (SAAF)	369 interventie 298 controle	MANOVA	Effectief in voorkomen van vroege alc intake Ook ter voorkoming van CD	USA	Ouder rapportages en interviews
Altmaier& Maloney 2007	B	Voor en nameting bij 12 gezinnen	Preschool Kinderen van gescheiden ouders	Effectiviteit van Mindful Parenting program	Thuis observaties om ouder-kind interactie te meten	ANOVA	Geen verschillen	USA	Observatie van ouder-kind interactie Zeer kleine steekproef (12 gezinnen met voor en nameting)

Evidencetabel Bewijsklassetabel Deelvraag I: Kosteneffectiviteit opvoedingsondersteuning

Naam beoordelaar: B.Prinsen

Algemeen deel								
Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie (5)	(Meetmethode) (6)	Bevindingen(7)	Locatie onderzoek (8)	Opmerkingen (9)
Hermanns, Ory, Schrijvers, 2005. Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller, beter. Utrecht: universiteit Utrecht.	A1	Advies op basis van reviews en raadpleging belanghebbers		Advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen	Review, focusgroep, feedbackmeeting, consensusbijeenkomst	Consensus over de noodzaak van vroegtijdig ingrijpen boven interventies op latere leeftijd. Rendement van vroege investeringen in het opvoeden is groter dan latere investeringen	NL	Geen specifieke kosteneffectiviteitsstudie
Lilley, S. (2007). Cost benefit analysis of interventions with parents: literature review. London: Department for Children, Schools and Families.	B	Review	Engelstalige studies	Kosten-baten analyse van interventies voor ouders	Review van 144 studies van interventies voor ouders, die uitkomsten voor ouders vermelden	Huisbezoeken voor risicogezinnen zijn kosteneffectief (VoorZorg; Healthy Families). Enig bewijs van kosteneffectiviteit van oudertrainingen, maar lange termijn-resultaten ontbreken.	UK, OECD-landen	Weinig robuuste studies (data over kosten en baten), veel studies met schattingen van kosten en baten. Nauwelijks zicht op lange termijn uitkomsten.

<p>Karoly, L., Kilburn, M., & Cannon, J. (2005). <i>Early childhood interventions. Proven results, future promise.</i> Santa Monica: RAND Corporation.</p>	<p>A1</p>	<p>Review</p>	<p>Amerikaanse studies</p>	<p>Kosteneffectiviteitsstudie van 20 interventieprogramma's in de vroege kindertijd</p>	<p>Review van effectstudies en kosteneffectiviteitsanalyse van 20 interventies in drie vormen: huisbezoeken, opvoedsteun, combinatieprogramma's.</p>	<p>Negen kosteneffectieve programma's geïdentificeerd: Perry Preschool Program, Chicago CPC, Abecedarian, CCDP, HIPPI, IHDP, NFP, HV, ECE</p>	<p>USA</p>	<p>Beperkte eenheid in criteria voor kosten-baten analyse.</p>
<p>Aos, S., Lieb, R., Mayfield, J., Miller, M. & Pennucci, A. (2004). Benefits and costs of prevention and early intervention programs for youth. Olympia: Washington State Institute for Public Policy.</p>	<p>A1</p>	<p>Review en berekening van kosteneffectiviteitsratio.</p>	<p>Amerikaanse evaluatiestudies</p>	<p>Identificatie van kosteneffectieve interventies op 7 uitkomstgebieden.</p>	<p>Review van 3500 evaluatiestudies in combinatie met kosteneffectiviteits schatting van programma's met 1 of meer van de volgende uitkomstmaten: onderwijs, criminaliteit, verslaving, kindermishandeling, tienerzwangerschap, publieke dienstverlening.</p>	<p>Hoogste kosteneffectiviteit voor interventies voor jongeren met beginnend afwijkend en crimineel gedrag. Huisbezoeken voor risicogezinnen en hoogrisicomoeders zijn kosteneffectief. Ontwikkelingsstimulering voor 3- en 4-jarigen in risicogezinnen is kosteneffectief.</p>	<p>USA</p>	<p>Drie in NL in de JGZ gebruikte interventies kosteneffectief, t.w. Good Behaviour Game (Taakspel) kosten-baten ratio van 1:25; Life Skills Training (Levensvaardigheden: 1:26) en Nurse Family Partnership (VoorZorg, 1:3).</p>

Melhuish, E., Belsky, J. & Barnes, J. (2010). Evaluation and value of Sure Start. <i>Archives of Disease in Childhood</i> , 95, 159-161.	B	Evaluatiestudie van Sure Start met schatting kosteneffectiviteit	Evaluatie onder 3500 Sure Start Centers	Effectiviteit van Sure Start-beleid		Enorme variatie in (kosten-) effectiviteit tussen (beste en slechtst presterende) Centrum. Kwaliteit professional(s) is bepalende werkzame factor. Kosten van £7.8 biljoen in 2010 leveren een geschatte opbrengst over 20 jaar op van £612 biljoen voor universele interventies en over 10 jaar van £269 biljoen voor doelgroepgerichte interventies	UK	Geen specifieke uitkomsten kosteneffectiviteit opvoedingsondersteuning
Doorten en Rouw, (2006). Opbrengsten van sociale investeringen. Amsterdam / Den Haag: SWP / RMO.	B	Review, case studies en kosten-baten analyse	Case study zes beleidsprogramma's	Effecten, kosten en baten (opbrengsten) van sociale investeringen inzichtelijk maken	Kosten-baten analyses van zes beleidsprogramma's, waaronder de preventie van antisociaal gedrag en kindermishandeling	Voorbeelden van meest effectieve programma's in hun soort: VoorZorg onder de huisbezoeken en Kaleidoscoop in de ontwikkelingsstimulering.	NL	Uitkomsten vooral bepaald door buitenlandse en met name Amerikaanse studies

<p>Posthumus, J.A. (2009). Preventive effects and cost-effectiveness of the Incredible Years program for parents of pre-schoolers with aggressive behavior. Utrecht: UMC Utrecht.</p>	<p>A2</p>	<p>Effectiviteitstudie</p>	<p>Case control studie</p>	<p>Kosteneffectiviteitsanalyse van van Incredible Years oudertraining in vergelijking tot 'care as usual' voor kleuters met risico op chronische gedragsproblemen</p>	<p>Promotie-onderzoek met case control design naar de kosteneffectiviteit van oudercursus Incredible Years in NL. Kostendata waren interventiekosten, publieke dienstverlening zoals gezondheidszorg, special onderwijs, eerste hulp, reiskosten, arbeidsproductieverlies. Follow up gedurende twee jaar. Opbrengsten vanuit publieke diensten, gezinnen en maatschappelijk perspectief.</p>	<p>Incredible Years is kosteneffectief vanuit het perspectief van gezin en samenleving.</p>	<p>NL</p>	<p>Vanuit het perspectief van de publieke dienstverlening is de IY niet per se kosteneffectief met een variatie in netto kosten van € 40-€178 voor een punt winst op de schaal voor gedragsproblemen.</p>
---	-----------	----------------------------	----------------------------	---	--	---	-----------	---

Van Keulen c.s., 2010	C	Factsheet	Opsomming van uitkomsten op JGZ-variabelen	Bepaling van beste bewijs voor effectiviteit en resultaten op deelgebieden van de JGZ	Overzichtsstudie	JGZ wordt actief, systematisch en gratis aangeboden aan 3,9 miljoen Nederlandse kinderen van 0-19 jaar. Bij een bereik van 95% kost het totale preventieprogramma JGZ 120 euro per kind per jaar (2007). Dienstenpakket: volgen ontwikkeling kind, informatie, voorlichting en advies aan kind en/of ouders, diverse interventies, waaronder medisch onderzoek, gezondheidsvoorlichting, vaccinaties, screenings en zorg op maat. Een groot deel van deze interventies is bewezen effectief. De gezondheidswinst is groot.	NL	Ondersteuning bij de opvoeding maakt onderdeel uit van het dienstenpakket; wel specifieke data over stand van zaken opvoeding, geen gegevens kosten-effectiviteit.
Foster, E.M., Prinz, R., Sanders, M. & Shapiro, C.J. (2007). The costs of a public health infrastructure for delivering parenting and family support. Children and Youth Services Review.	B	Kostenstudie public health aanpak opvoedingsondersteuning	Data van 9 provincies in South Carolina, USA	Vergelijking kosten en opbrengsten van een public health infrastructuur voor opvoedingsondersteuning in South Carolina (USA)	Kostenstudie implementatie en toepassing Triple P in meerdere sectoren afgezet tegen kostenschattting bij 100%-bereik.	De kosten voor een populatiebrede implementatie van Triple P niveau 1-5 bedragen \$12.74 per kind. Schatting dat kindermishandeling er tot 10% per jaar door daalt.	South Carolina, USA	Uitvoeringskosten zijn niet meegerekend, alleen de implementatie. De opbrengsten van de interventie zijn beperkt tot een schatting op het gebied van kindermishandeling.

Barrett, H. (2007). Evaluating recent evaluations of Sure Start, Home Start and Primary Age Learning Study. London: Family & Parenting Institute.	B	Evaluatiere view	Data van 3 programma's	Vergelijking uitkomsten drie interventie- programma's voor gezinsondersteuning	Evaluatiestudie naar evaluaties van Home Start, Sure Start en Primary Age Learning Study.	Enorme variatie en variantie(£300-4200) in kosten per kind van uitvoeringslocaties van Sure Start. Geen kostenstudie van Home Start en PALS.	UK	Auteur stelt dat het in 2007 te vroeg is voor een kosteneffectiviteitsstudie van deze programma's.
--	---	---------------------	---------------------------	--	--	---	----	--

<p>Klein Velderman, Hosman, Paulussen. Onderzoeksprogramma opvoed- en opgroei-ondersteuning. 2007. Den Haag: ZonMw.</p>	<p>A1</p>	<p>Programmeringsstudie</p>	<p>Instrumenten en interventies gericht op kinderen en doelgroep met een hoog risico voor het ontstaan of het verder ontwikkelen van ernstige opvoed- of opgroeioproblematiek.</p>	<p>Stand van zaken studie naar de kennis over signaleringsinstrumenten voor vroegtijdige signalering en risicotaxatie bij kinderen en jeugdigen en kennis over de effectiviteit van interventies op het terrein van opvoed- en opgroei-ondersteuning</p>	<p>Review, focusgroep, consensusbijeenkomst. Review instrumenten in Picarta, Psychinfo en Cochrane vanaf 1995. Review interventies in Picarta, Psychinfo Medline, ERIC en Cochrane vanaf 1995.</p>	<p>Signalering: SDQ is bruikbaar tot 18 jaar en PSYBOBA en PSC voor 7-12 jr. bij problematische ontwikkeling, DIMS wenselijk maar niet onderzocht. Wenselijk BITSEA met Samen Starten. Voor signalering suicide ROD en voor de;inquentie SIQ-JR. ITR-CAT is veelbelovend. Bij KIPPPI, LSPPK, KIPVA psychometrische twijfels. Voor zorgwekkende opvoedsituaties: NOSI, VGF, CARE-NI, JVQ, PCCTS, VOBO en SPUTAVAMO, maar met psychometrische bemerkingen. Interventies: acht interventies voor zorgwekkende opvoedsituaties, die op basis van de overzichtsstudies met de meeste evidentie zijn gewaardeerd, te weten: VoorZorg, MIM, 12-Ways, VHT, CCPC, Opvoeden & zo, SU Family development Program. Voor gezinsproblemen zijn er 26 interventies, waarvan voor internaliserende problematiek 10: Beeldcommunicatie, CODIP, Big Brother, big sister, Brainpower, Children Support Group, Coping Cat, Family Bereavement Program, CWSP, Stemmingmakerij, Omgaan met depressie en voor externaliserende problematiek 16: SU Family development Program, Triple P, High Scope, Houston PCDCP, Incredible Years, Kaleidoscoop, PCIT, PMTO, Beeldcommunicatie, Big Brother, big sister, Brainpower, Earls court social skills program, FAST Track, Praten met kinderen, ATP, First Step program. Daarnaast</p>	<p>Veel signaleringsinstrumenten zijn te uitvoerig voor bruikbaarheid in de JGZ (CBCL e.d.). Ook zijn er psychometrische bemerkingen bij bijna alle instrumenten.</p> <p>In 2007 in onderzoek zijnde interventies (PMTO, Bemoeizorg .e.d.) en puur NL-programma's (Stevig Ouderschap) met alleen studies op interventieniveau zijn bij de interventies niet meegenomen. Alleen (korte) indicaties van kosteneffectiviteit in buitenland, geen NL-studies.</p>
---	-----------	-----------------------------	--	--	--	---	---

<p>Wise, S., Silva, L. da, Webster, E. and Sansen, A. (2005). <i>The efficacy of early childhood interventions</i>. Melbourne: Australian Institute of Family Studies.</p>	<p>A1</p>	<p>Review</p>	<p>Data van 108 vroegtijdige, publieke interventieprogramma's</p>	<p>Identificatie kosteneffectieve vroegtijdige interventies</p>	<p>Kosten-baten analyse volgens gedefinieerd design.</p>	<p>Er zijn acht effectieve interventieprogramma's met uiteenlopende kosteneffectiviteit geïdentificeerd: Perry Preschool Project, Bolivia Integrated Child Development Program, Chicago Child-Parent Centre, Carolina Abecedarian Project, Starting Early Starting Smart, Florida Family Transition Project, Triple P Positive Parenting Program, Elmira Prenatal and Early Infant Project (VoorZorg)</p>	<p>AUS</p>	<p>Van de 108 onderzochte interventies hebben er 32 effectieve uitkomsten en bieden er 8 inzicht in de kosteneffectiviteit. Twijfel aan generaliseerbaarheid wereldwijd van kosteneffectiviteitsstudies.</p>
--	-----------	---------------	---	---	--	---	------------	--