

JGZ- richtlijn

Opvoedings- ondersteuning

voor hulp bij opvoedingsvragen
en lichte opvoedproblemen



Nederlands
Centrum
Jeugdgezondheid

Auteurs

M. Oudhof, MSc, orthopedagoog-jeugdverpleegkundige, Nederlands Jeugdinstituut, Utrecht
dr. M. S. de Wolff, pedagoog, TNO, Leiden

M. de Ruiter, stafverpleegkundige JGZ, GGD Regio Nijmegen (lid V&VN)

dr. M. Kamphuis, jeugdarts KNMG, Stichting JGZ Zuid-Holland West en TNO, Leiden (lid AJN)

dr. M. P. L'Hoir, pedagoog-psychotherapeut, TNO, Leiden

drs. B. Prinsen, pedagoog, Nederlands Jeugdinstituut, Utrecht

November 2013

Een publicatie van

Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ)

Churchillaan 11

3527 GV Utrecht

Auteursrechten voorbehouden

© Nederlands Centrum jeugdgezondheid, Utrecht, 2013

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen aanvaarden redactie, auteurs en het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Alle rechten voorbehouden. Behoudens de of krachtens de in de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets van deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere wijze, zonder schriftelijke toestemming van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. Alleen organisaties die jeugdgezondheidszorg uitvoeren in opdracht van de gemeente mogen deze uitgave ongewijzigd verspreiden onder hun eigen medewerkers, hetzij in geprinte vorm, hetzij digitaal.

Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijke verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht (www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van gedeelten van deze uitgave in lezingen, readers en andere werken dient men zich tot het NCJ te wenden.

Financiering

Deze richtlijn is tot stand gekomen met financiële steun van ZonMw in het kader van het programma 'Richtlijnen Jeugdgezondheid'.



INHOUDSOPGAVE

Inleiding	8
Doel van de richtlijn	8
Doelgroep van de richtlijn	9
De richtlijnontwikkelingsgroep	10
De werkwijze	11
Uitgangsvragen	11
Knelpuntenanalyse en focusgroepen	12
Search naar bestaande richtlijnen en protocollen	13
Gericht literatuuronderzoek	14
Ontwerp van het beslisschema bij opvoedproblematiek	14
Opbouw van de richtlijn	15
Leeswijzer	15
1. WAT IS OPVOEDINGSONDERSTEUNING?	17
1.1 Wat is opvoeden?	17
1.2 Wat is opvoedingsondersteuning?	21
Definitie	22
Functies	23
Geschiedenis	26
Conclusies	27
2. WENSEN, BEHOEFTE EN OPVATTINGEN VAN OUDERS	28
2.1 Welke opvoedproblemen en opvoedvragen hebben ouders?	28
2.2 Welke ouders hebben vragen en problemen?	32
2.3 Hoeveel ouders hebben vragen en problemen?	34
2.4 Welke wensen, behoeften en opvattingen hebben ouders over opvoedingsondersteuning?	35
2.5 Raadpleging ouders	37
2.6 Overige overwegingen	37
2.7 Conclusies	38
2.8 Aanbevelingen	39

3.	TAKEN VAN JGZ-PROFESSIONALS EN CJG-KERNPARTNERS	41
3.1	Taken JGZ-professionals in de opvoedingsondersteuning	41
3.2	Taken opvoedingsondersteuning van de kernpartners in het CJG	44
3.3	Taken opvoedingsondersteuners buiten de JGZ	45
3.4	Afstemming met ketenpartners	48
3.5	Juridische kaders voor uitwisseling informatie	52
3.6	Overige overwegingen	54
3.7	Conclusies	56
3.8	Aanbevelingen	57
4.	BEROEPSHOUDING, COMMUNICATIEVAARDIGHEDEN EN COMPETENTIES VAN JGZ-PROFESSIONALS	58
4.1	Vaardigheden voor en houding bij het werken met ouders	58
4.2	Beroepscompetenties voor het werken met ouders (buitenland)	62
4.3	Competenties van professionals in de JGZ	63
4.4	Interculturele competenties	66
4.5	Competenties gericht op samenwerken	68
4.6	Scholing	70
4.7	Professionalisering en kwaliteitsbewaking	75
4.8	Overige overwegingen	77
4.9	Conclusies	79
4.10	Aanbevelingen	80
5.	OPTIMALE COMMUNICATIE EN EMPOWERMENT VAN OUDERS	81
5.1	Inleiding	81
5.2	Wat is empowerment?	81
5.3	De houding en communicatie van de professional	82
5.4	Vormen van communicatie	83
5.5	Optimale communicatie vanuit het perspectief van ouders	84
5.6	Empowerment in interventies	85

5.7	Versterken van de eigen kracht van ouders	85
5.8	Conclusie	88
5.9	Aanbevelingen	89
6.	INSTRUMENTEN, METHODEN EN PROGRAMMA'S BIJ HET VOORKOMEN, SIGNALEREN EN INTERVENIËREN VAN OPVOEDINGSPROBLEMEN	90
6.1	Signalering	90
6.1.1	Het overzicht van signaleringsinstrumenten van opvoedingsproblemen	90
6.1.2	Ernsttaxatie	95
6.1.3	Samenvatting signaleringsinstrumenten	96
6.2	Methoden, programma's en interventies voor opvoedingsondersteuning	98
6.2.1	Methoden voor opvoedingsondersteuning	98
6.2.2	Programma's en interventies voor opvoedingsondersteuning	102
6.2.3	Bewezen effectieve buitenlandse interventies	102
6.2.4	Wat werkt in preventie?	112
6.2.5	Overige overwegingen met betrekking tot buitenlandse programma's	113
6.2.6	Effectiviteit van interventies voor opvoedingsondersteuning in Nederland	115
6.2.7	Bewezen effectieve interventies voor opvoedingsondersteuning	117
6.2.8	Waarschijnlijk effectieve interventies in Nederland	118
6.2.9	Interventies voor opvoedingsondersteuning die theoretisch goed zijn onderbouwd	120
6.3	Overige overwegingen	128
6.4	Conclusies en aanbevelingen	129
6.4.1	Conclusies over de signaleringsinstrumenten	129
6.4.2	Conclusies over interventies voor opvoedingsondersteuning	129
6.4.3	Aanbevelingen over signaleringsinstrumenten en interventies	130
7.	DIVERSITEIT	134
7.1	Preventie en signalering	134
7.1.1	Inleiding	134
7.1.2	Etnische achtergrond	134
7.1.3	Bruikbaarheid van instrumenten bij andere risicogroepen	136

7.1.4	Overige overwegingen	138
7.1.5	Conclusies	139
7.1.6	Aanbevelingen	139
7.2	Interventies	140
7.2.1	Inleiding	140
7.2.2	Ouders met een niet-westerse achtergrond	141
7.2.3	Ouders en kinderen met een lage SES	145
7.2.4	Ouders van kinderen met een beperking	146
7.2.5	Alleenstaande ouders	148
7.2.6	Orthodox gereformeerde ouders	148
7.2.7	Overige overwegingen	148
7.2.8	Conclusies	150
7.2.9	Aanbevelingen	150
8.	BESLISSEN OVER ONDERSTEUNING EN HULP BIJ HET OPVOEDEN	152
9.	KOSTENEFFECTIVITEIT OPVOEDINGS- ONDERSTEUNING	160
9.1	Inleiding	160
9.2	Uitkomsten van Nederlandse kosteneffectiviteitsstudies	160
9.3	Uitkomsten van buitenlandse kosteneffectiviteitsstudies	161
9.4	Conclusies	163
9.5	Aanbevelingen	164
10.	WETTELIJKE KADERS, ZORGSTRUCTUREN EN TRENDS	165
10.1	Wettelijke kaders	165
10.2	Landelijke ontwikkelingen	167
10.3	Trends	176
10.4	Conclusies	185
10.5	Aanbevelingen	186

LITERATUUR	188
BIJLAGEN	203
Bijlage 1: Levensloop en contactmomenten	203
Bijlage 2: Nog niet beoordeelde interventies	205
Bijlage 3: Ernsttaxatie bij CJG Rijnmond	208
Bijlage 4: Competenties jeugdverpleegkundigen	210
Bijlage 5: Profiel verpleegkundig specialist preventie werkzaam in de JGZ ..	212
Bijlage 6: Britse beroepscompetenties voor het werken met ouders: enkele voorbeelden	215
Bijlage 7: Empowerment schematisch samengevat	220
Bijlage 8: Interventies gericht op opvoedingsondersteuning	221
Bijlage 9: Zelfreflectie-instrument individuele opvoedings- ondersteuning	223

INLEIDING

De richtlijn Opvoedingsondersteuning is bedoeld om de preventie, signalering en aanpak van opvoedingsvragen en lichte opvoedproblemen in de jeugdgezondheidszorg (JGZ) te onderbouwen en te stroomlijnen en de kwaliteit van de opvoedingsondersteuning aan ouders en jeugdigen in de JGZ te verbeteren. Zij wil professionals in de JGZ aanwijzingen verschaffen voor de keuze van signaleringsinstrumenten, de wijze van communicatie en besluitvorming met ouders in geval van zorgen of problemen over de opvoeding, de in te zetten interventieprogramma's en de te verwerven competenties. Deze richtlijn is specifiek gericht op:

- vragen die ouders hebben over het opvoeden aan medewerkers in de JGZ;
- de (anticiperende) voorlichting over de opvoeding die de JGZ verstrekt vanuit haar collectieve preventieve opdracht;
- signalen die JGZ-professionals opvangen over eventuele opvoedingsproblemen;
- de voorlichting, advisering en (lichte) hulp aan ouders en jeugdigen;
- de inschakeling van gespecialiseerde expertise (gedragswetenschappers en andere specialistische zorgverleners) binnen of buiten het CJG.

De richtlijn is zeker geen handboek voor de toepassing van signaleringsinstrumenten of afzonderlijke (interventie)programma's voor opvoedingsondersteuning. Daartoe dienen specifieke handleidingen. Ook vindt u geen concrete informatie over de antwoorden op specifieke opvoedvragen. Wel worden daartoe de bronnen aangereikt.

Bij de beroepsgroepen die zich in de JGZ bezighouden met het opvoeden van jeugdigen bestaat behoefte om te komen tot een eenduidige en gezamenlijke ketenaanpak rond opvoedingsondersteuning. De nadruk in deze richtlijn ligt op de professionals in de jeugdgezondheidszorg, maar er is ook aandacht voor professionals die soms binnen de JGZ werkzaam zijn en soms daarbuiten (onder meer in het CJG), zoals pedagogen, gedragswetenschappers en maatschappelijk werkers. Deze richtlijn is daarom geplaatst in het licht van de CJG-ontwikkeling en de transitie van de jeugdzorg. Uniforme anticiperende voorlichting en eventueel advisering, zoveel mogelijk gebaseerd op evidence based informatie maar in ieder geval practicebased, 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 niveaus van scholing, 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 gezondheidkundig 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/of CJG-professionals geboden, die zoveel mogelijk gebaseerd zijn op wetenschappelijk bewijs. De richtlijn is geen handboek voor de toepassing van afzonderlijke interventieprogramma's.

De JGZ is om drie redenen specifiek in de positie om ouders opvoedingsondersteuning te bieden. Allereerst is er de vertrouwensrelatie die met ouders opgebouwd wordt in de geregelde contacten volgens het Basistakenpakket JGZ en al eerder vanuit de prenatale huisbezoeken. In de tweede plaats brengt de taak van collectieve monitoring en het op individueel niveau inschatten van zorgbehoeften van kind en ouder(s) de JGZ in die positie. En in de derde plaats ligt het voor de hand dat de JGZ opvoedingsondersteuning kan bieden door de lage drempel die veel ouders ervaren om de JGZ te raadplegen bij beginnende problemen. In die situaties zou het vreemd zijn om een kortdurende interventie aan een andere professional of organisatie over te dragen.

De richtlijn maakt het voor de professionals in de JGZ die met ouders en jeugdigen werken mogelijk om binnen hun preventieve taakstelling en met een realistische inschatting van de eigen grenzen en beperkingen volgens de huidige stand van de wetenschap optimale opvoedingsondersteuning te bieden en bij ernstige problemen deze tijdig te signaleren, te behandelen/begeleiden en zo nodig voor de jeugdige en zijn ouders gespecialiseerde expertise in te schakelen. Het eindproduct omvat een gezamenlijk onderschreven manier van werken in de jeugdgezondheidszorg in het perspectief van 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 of opvoeders. De perioden van de conceptie (- 9 maanden) tot de geboorte en van 19 tot en met 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 die werkzaam zijn in de jeugdgezondheidszorg. Daarbij gaan wij ervan uit dat zij samen met andere professionals werkzaam zijn in de Centra voor Jeugd en Gezin en de zorg- en adviesteams. Dat vloeit voort uit de opdracht die gemeenten sinds 2008 hebben om de JGZ in samenhang met het aanbod van 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. 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, het IPO, de MOgroep, ActiZ en GGD Nederland samen een basismodel afgesproken, dat met zijn diverse uitwerkingen de basis vormt voor de CJG-context van deze richtlijn (ministerie voor Jeugd en Gezin, 2010/2007; BMC, 2009). De nieuwe Jeugdwet verbindt deze lokale zorgstructuur per 2015 met de transitie van de jeugdzorg.

Alle betreffende beroepsverenigingen in de jeugdgezondheidszorg (AJN, V&VN en NVDA) zijn nauw betrokken geweest bij de ontwikkeling van deze richtlijn. Zij maken alle ook deel uit van de Richtlijnadviescommissie, die deze conceptrichtlijn heeft geaccordeerd. Daarnaast hebben de professionals waar zij nauw mee samenwerken (NVO, NIP en NVMW) de richtlijn van commentaar voorzien. Omdat opvoedingsondersteuning 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 op drie manieren betrokken bij de ontwikkeling van de richtlijn.

Tijdens het ontwikkelingstraject is gewerkt met een beperkte multidisciplinaire kerngroep die het uitvoerende werk deed. 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 de richtlijn hebben geschreven. Dat zijn:

- drs. B. Prinsen, pedagoog-andragoog Nederlands Jeugdinstituut
- dr. M. l'Hoir, pedagoog-psychotherapeut, TNO
- M. de Ruiter, stafverpleegkundige JGZ, GGD Regio Nijmegen (lid V&VN)
- M. Oudhof, MSc, 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 leeftijdsperiode en bij voorkeur uit een klein en een groot pedagogisch team.
- Een expert opvoedingsondersteuning van een van de universiteiten.
- Een expert etnisch en sociaal-cultureel bepaalde pedagogische vraagstukken.

Om de aansluiting met de CJG-kernpartners (gedragswetenschappers, pedagogen, maatschappelijk werkers) en de huisartsen en kinderartsen te waarborgen zijn deze partners – Actiz en de MO groep en overige brancheorganisaties en beroepsverenigingen ook uitgenodigd voor de werkgroep.

De werkwijze

De richtlijn is ontwikkeld volgens de methode van evidencebased 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 en drie kaarten. Na de voorbereiding heeft een inventarisatie van de knelpunten in de uitvoering van opvoedingsondersteuning en een analyse van de huidige werkwijze in de JGZ- praktijk (zie bijlage 1) en in de tweede lijn (jeugdzorg, jeugdhulpverlening) plaatsgevonden. De kerngroep heeft de knelpunten en uitgangsvragen vastgesteld en voorgelegd aan de deelnemers van twee focusgroepen en aan de verschillende vertegenwoordigde beroeps-groepen. Daarna zijn bestaande protocollen van de jeugdgezondheidszorg, maatschappelijk werk, de opvoedsteunpunten en Bureaus Jeugdzorg en richtlijnen van aanpalende beroeps-verenigingen en bestaande buitenlandse protocollen bestudeerd. Vervolgens zijn uitgangs-vragen opgesteld en heeft gericht literatuuronderzoek plaatsgevonden. Er is een ontwerp van een beslisschema bij opvoedproblematiek gemaakt, een kaart met een overzicht van signaleringsinstrumenten en beschikbare, evidence-based interventies, waarna de concept-richtlijn is geschreven, die is voorgelegd aan de brede werkgroep, de beroepsverenigingen, de brancheorganisaties en een groep van JGZ-managers. Vervolgens heeft de Richtlijn-adviescommissie in twee vergaderingen haar oordeel uitgesproken, volgde een landelijke commentaarronde en is na de praktijktest op voorspraak van de beroepsverenigingen in overleg met ZonMw de richtlijn gefocust op de JGZ-medewerkers met behoud van de bruikbaarheid in de context van het CJG. Nadat de indicatoren van de proefimplementatie zijn vastgesteld, een determinantenanalyse is gemaakt en de praktijktest heeft plaatsgevonden, is de definitieve versie van de ‘richtlijn Opvoedingsondersteuning’ geschreven gevolgd door de eindrapportages.

Uitgangsvragen

Met als vertrekpunt de collectieve en individuele zorglijnen gebaseerd op de kerntaken preventie, signalering en interventie van het basistakenpakket, de contactmomenten en de levensloop van kinderen (zie bijlage 1) zijn in de richtlijn de volgende inhoudelijke en organisatorische uitgangsvragen opgesteld:

A	Welke definitie, doelen en functies van opvoedingsondersteuning en welke definitie van opvoedingsproblemen bij kinderen van 0 tot 19 jaar worden 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 (evidencebased) 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 op basis van etnische achtergrond, sociaal-economische status, scholingsachtergrond, beheersing van het Nederlands, (alleenstaand) ouderschap en 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, zorg- en adviesteams 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) is/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, het 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 versterken (empowerment)?

De aanpak bij de ontwikkeling van de conceptteksten telt een aantal 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 vier

focusgroepen georganiseerd (zie bijlage 1). De eerste focusgroep was gericht op de huidige werkwijze in het voorlichtings- en preventietraject. Een tweede focusgroep was vooral gericht op samenwerking met de ketenpartners en dus signalering, verwijzing en opvoedhulp. Een derde en vierde focusgroep bestond uit 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 focusgroepen hadden diverse doelen:

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 zij belangrijk vinden bij het krijgen van ondersteuning in de opvoeding. Met leden van ouderverenigingen, cliëntenorganisaties, patiënten- en consumentenorganisaties en belangenverenigingen is het gebruikersperspectief goed in beeld gekomen.

Search naar bestaande richtlijnen en protocollen

Om zicht te krijgen op bestaande protocollen is een gerichte zoekactie gestart naar gebruikte protocollen in de jeugdgezondheidszorg, bij maatschappelijk werk, de opvoedsteunpunten en Bureau Jeugdzorg. Hiervoor zijn alle acht beroepsverenigingen (AJN, NVK, NHG, NVMW, Phorza, NIP, V&VN, NVDA), 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. Programmarichtlijnen 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 tachtig. 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 met betrekking tot 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/bij opvoedingsproblemen in relevante databases: MEDLINE (PubMed), de Cochrane Library, EMBASE, PsycINFO (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 Effectieve jeugdinterventies, Databank Nederlands Onderzoek Jeugd en Opvoeding, Databank Instrumenten, Richtlijnen en Kwaliteitsstandaarden, op het GGD Kennisnet en bij het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging, National Children's 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 studiebevolking. 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 standaardbeoordelingsformulieren (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 Inventgroep (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 een 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 evidencebased 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 losse bijlage met Evidence tabellen. 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 (collectieve en individuele voorlichting, preventie, vroeg-

signalering, 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 1). Het individuele vervolgtraject na een verwijzing is globaal geformuleerd, gebaseerd op afspraken over toeleiding, overdracht en informatie-uitwisseling met andere betrokken beroepsgroepen, zoals de huisartsen, pedagogen, gedragswetenschappers, maatschappelijk werkers, de zorg- en adviesteams en de professionals uit de jeugdzorg. Dit heeft geleid tot het basisontwerp voor het beslischema bij opvoedproblematiek, waarin zijn opgenomen: signalering, zorgbehoeftebepaling, ernsttaxatie, conclusie, interventiekeuze, hulpaanbod, toeleiding, verwijzing, communicatie, rapportage en monitoring. Daarnaast is een kaart gemaakt van de beschikbare signaleringsinstrumenten en interventies voor opvoedingsondersteuning in de JGZ, een kaart met de gewenste competenties voor opvoedingsondersteuning in de JGZ 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 de 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-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 werkproces 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 (hoofdstuk 10) besluiten deze richtlijn. Aanbevelingen voor nader onderzoek zijn opgenomen in de verschillende hoofdstukken.

Deze richtlijn is bewust uitgebreid en gedetailleerd geschreven en gedocumenteerd. Het document is te uitvoerig om praktisch bruikbaar te zijn. De bijbehorende samenvatting met de drie kaarten over respectievelijk signaleringsinstrumenten en interventieprogramma's, het beslisschema en de competenties voor opvoedingsondersteuning zijn bedoeld als de praktisch bruikbare richtlijn in de dagelijkse praktijk van de JGZ.

1. WAT IS OPVOEDINGSONDERSTEUNING?

Voor het beantwoorden van deze eerste uitgangsvraag is gebruikgemaakt 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 eerste betreft de dagelijkse omgang tussen ouders en kinderen, de huis-tuin-en-keukendingen, 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, met als uiteindelijk resultaat een jeugdige 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 socialisatietheorieën 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 die zij bieden 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 het 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	
		Laag	Hoog
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 van sociale verantwoordelijkheid. Daarmee krijgen kinderen de meeste kansen om goede 'levensvaardigheden' te ontwikkelen (Blokland, 2010).

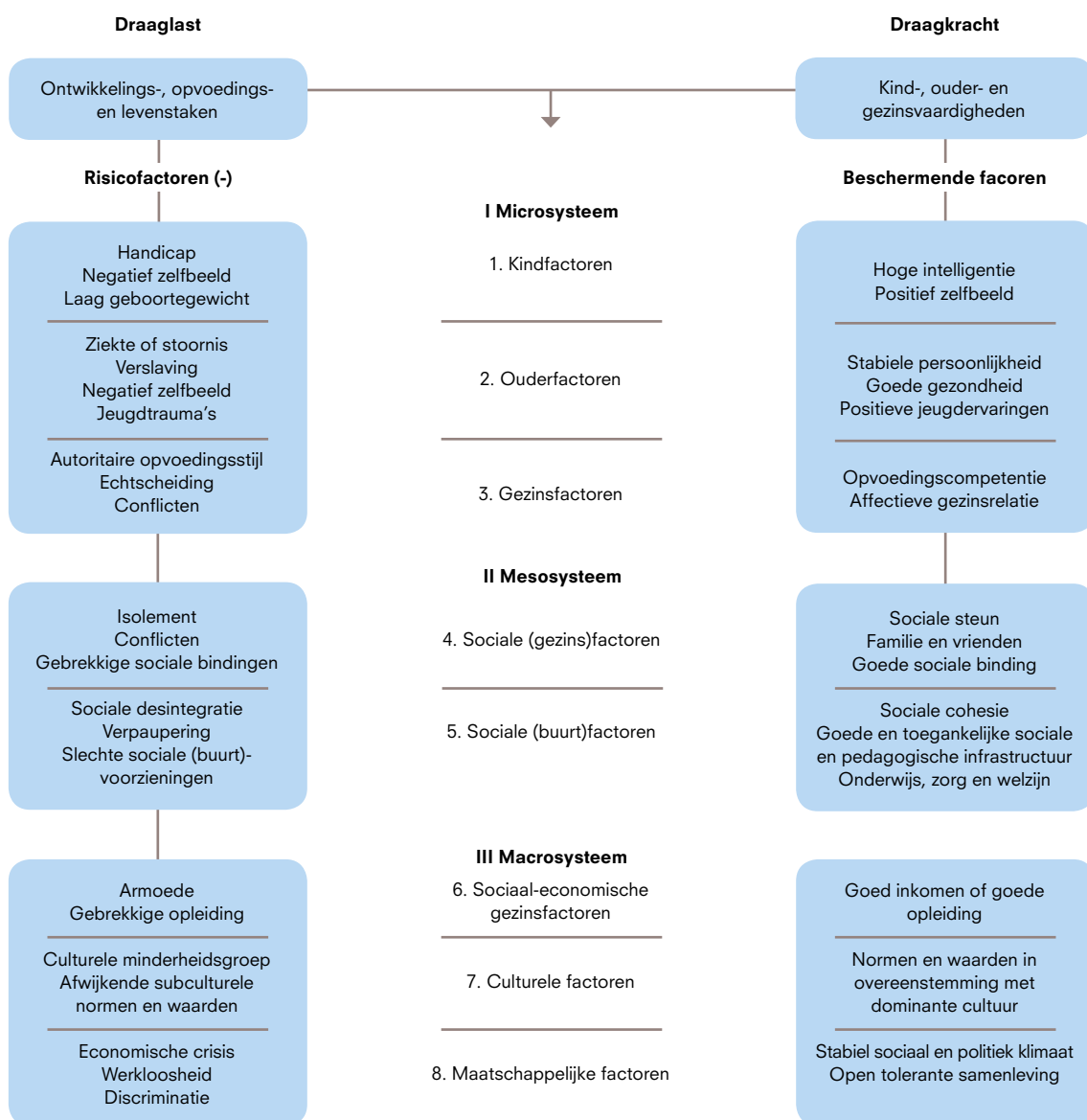
Opvoedingsproces

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 als 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 ten slotte 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 de niveaus weer (Bakker e.a., 1998).



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

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 zonder meer: 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 (Bakker, 1998; Hermanns c.s., 2005). 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. Er zijn daarbij verschillende ontwikkelingsfasen te onderscheiden. Kinderen 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 Autonomieontwikkeling Uitdrukken door taal Grenzen accepteren	Veiligheid in huis bewaken Emotionele basis bieden Regels introduceren Praten/benoemen Taal- en spelstimulering
Schoolkind	Sociale vaardigheden Omgang met leeftijdgenoten Positief zelfbeeld Actieve leerhouding Schoolse vaardigheden Moreel besef Zelfredzaamheid	Positieve stimulans Omgang met leeftijdgenoten bevorderen Sociaal gedrag stimuleren Onderwijsondersteunend gedrag Uitleg en instructie Eigen taken geven
Puber	Emotionele zelfstandigheid Omgang met andere sekse Seksuele identiteit Eigen waardensysteem School- en beroepskeuze Probleem oplossen	Enige tolerantie voor experimenten Toezicht houden Emotionele steun bieden Leeftijdsadequate grenzen stellen

De meeste ouders – als de eerst verantwoordelijken voor het opvoeden van hun kind of kinderen – leren het opvoeden met vallen en 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 (McGillcuddy-De Lisi en Sigel, 2002). Ouders zijn daar meer onzeker over bij hun eerste kind.

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 weleens 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 bezighoudt 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 pedagogische 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 en 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 gebruikmakend 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 videohometraining, 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 opvoedings-situaties (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 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.

Functies

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):

- het geven van informatie en voorlichting over de ontwikkeling en opvoeding van kinderen;
- het bieden van pedagogische advisering en lichte pedagogische hulp;
- het signaleren van opvoedproblemen, het vroegtijdig onderkennen hiervan en het verwijzen;
- het bieden van praktische en instrumentele steun aan ouders bij de opvoeding;
- het versterken van mogelijkheid tot zelfhulp;
- het versterken van het sociale netwerk van kinderen en ouders;
- het 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 opvoedingsondersteuning gekarakteriseerd als het ondersteunen van ouders en het verbeteren van de opvoedingssituatie, het helpen bij het vervullen van opvoedingstaken en het ondersteunen van ouders 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;
- lichte pedagogische hulp;
- coördinatie van zorg op lokaal niveau.

De verantwoordelijkheid voor het lokale preventieve jeugdbeleid en voor maatschappelijke ondersteuning is bij de gemeenten gelegd. Dat geldt ook voor de uitvoering van het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg² 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);
- het beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen (M5.1.1.)

¹ Hier worden de primaire verzorgers mee bedoeld

² De commissie-De Winter heeft in maart 2013 advies uitgebracht over het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg. Hierin worden ook enkele inhoudelijke wijzigingen voorgesteld. In deze richtlijn wordt de huidige situatie beschreven.

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 en 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, ouder-kindhechting, 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 maatschappelijk werkers, 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 zijn:

- het geven van informatie en voorlichting over de ontwikkeling en opvoeding van kinderen;
- het bieden van pedagogische advisering en lichte pedagogische hulp;
- het signaleren van opvoedproblemen, het vroegtijdig onderkennen hiervan en het inschakelen van hulp;
- het organiseren van informele, sociale, praktische en instrumentele steun van ouders bij de opvoeding;
- het 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 het coördineren 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. In CJG-kader is daarvoor de handreiking 1 gezin, 1 plan opgesteld (VWS, 2010).

Geschiedenis

De JGZ heeft zich de afgelopen eeuw sterk ingezet voor kind en ouder. Door haar 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-Geisweit 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 eerste Consultatiebureau voor Moeilijke Kinderen opgericht in Amsterdam door de juriste Eugenia Lekkerkerker, naar het Amerikaanse voorbeeld 'Child Guidance Clinic'. Vanuit het Consultatiebureau voor Moeilijke Kinderen ontstonden 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 Opvoedwinkelproject 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 de 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 20e 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 geven, het versterken van de informele en sociale steun, signaleren, het bieden van lichte hulp, toeleiden en verwijzen. De jeugdgezondheidszorg heeft zich, zoals Hermanns (2007) dat betitelt, ontwikkeld tot de *'expert van het gewone leven', die als de spin in het web van het CJG kan functioneren*. Zij is nu een van de kernpartners van het CJG, samen met de gedragswetenschappers en de maatschappelijk werkers. Vooruitlopend op de transitie van de jeugdzorg komt deze richtlijn in dat perspectief 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 heeft de volgende functies:
 - het geven van informatie en voorlichting over de ontwikkeling en opvoeding van kinderen;
 - het bieden van pedagogische advisering en lichte pedagogische hulp;
 - het signaleren van opvoedproblemen, het vroegtijdig onderkennen hiervan, het verwijzen en toeleiden;
 - het bieden van informele, sociale, praktische en instrumentele steun aan ouders bij de opvoeding;
 - het bevorderen van een stimulerende pedagogische en fysieke omgeving.

2. WENSEN, BEHOEFTE 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 gebruikt van twee raadplegingen van ouders 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 laat een aantal onderwerpen zien, waarover ouders de meeste vragen hebben of waarmee zij 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 en 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 onderwerpen, waarover vragen van ouders kwamen, 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 diens gevolge

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 over 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. (Integraal Toezicht 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 gedragmogelijkheden (en beperkingen) die voortkomen uit biologische veranderingen, sociale verwachtingen en persoonlijk gedrag of persoonlijke 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 opvoedingsondersteuning 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 opvoedingsituatie 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 per ontwikkelingsfase aan (Van Yperen, 2010), dat sterke parallellen vertoont met het overzicht van 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, veelvoorkomende 'normale' problemen en ernstigere problemen (Van Yperen, 2010).

Globale leeftijd	± 0-2 jaar	± 2-4 jaar	± 5-12 jaar	± 12-19 jaar
Belangrijke milieus	Gezin Opvang	Gezin Opvang (Voor)school	Gezin School Peergroup Verenigingen	Gezin School Peergroup Internetgemeenschappen Verenigingen Werkkring Diverse sociaal-culturele velden
Ontwikkelingsopgave	Fysiologische zelfregulatie Veilige hechting Exploratie Autonomie en individuatie	Representationale vaardigheden (o.a. taal) Constructieve omgang met leeftijdgenoten Internaliseren van eisen (w.o. zindelijkheid) Sekserol-identificatie	Decentralie schoolvaardigheden IJver ('industry') Acceptatie door leeftijdgenoten	Emotionele (en praktische) zelfstandigheid Omgaan met eigen en andere sekse Ontwikkeling van waarde-systeem: persoonlijke identiteit, school, beroep en samenleving
Opvoedingsopgave	Soepele verzorging Sensitieve en responsieve interactie bieden Beschikbaarheid Ruimte en steun geven	Sensitiviteit voor cognitief niveau Positieve en bevestigende omgang Omgaan met ambiguïteit kind Disciplineren Seksespecifieke benadering	Gelegenheid geven voor omgang met leeftijdgenoten Schools onderricht Waardering voor schoolwerk Democratische en warme opvoedingsstijl	Emotionele steun bieden Tolerantie voor experimenten Leeftijds-adequate grenzen stellen Voorbeeldfunctie vervullen Meer symmetrische relatie met kind aangaan

Globale leeftijd	± 0-2 jaar	± 2-4 jaar	± 5-12 jaar	± 12-19 jaar
'Normaal' probleem	Voedingsproblemen Slaapproblemen Scheidingsangst Angst voor vreemden, donkerte en geluiden	Angst voor vreemden, donkerte en geluiden Koppigheid Driftbuien Agressie Ongehoorzaamheid Druk gedrag/overactiviteit Angst in samenhang met sekserol en identiteit Niet zindelijk	Ruzies Concentratieproblemen Laag prestatieniveau Schoolweigering Stelen of vandalisme als incident Ritualistisch gedrag	Gebruik psychoactieve stoffen (alcohol, drugs) Twijfels over identiteit en/of toekomst Problemen met uiterlijk Problemen met autoriteiten Incidenteel Spijbelen
Voorbeelden van qua moment, duur of intensiteit ernstig probleem bij kind	Eet-/slaapproblemen Reactieve hechtingsstoornis Excessief huilen	Scheidingsangst Fobische/sociale angststoornis Stoornis in taal, spraak, motoriek Encopresis ADHD Gedragsstoornis beperkt tot gezin Oppositionele gedragsstoornis jonge kind	Enuresis Stoornissen in schoolvaardigheden Sociale terugtrekking Persistente schoolweigering Stoornissen in geslachtsidentiteit Gedragsstoornis of vroege delinquentie Neurosen en somatoforme stoornissen	Problemen door alcohol, drugs Stoornis in de identiteit Anorexia en boulimia (nervosa) Problemen bij seksuele oriëntatie Suicide 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 top 6 van onderwerpen 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 oorzaak van uitlokkend en interactie verstorend probleemgedrag.

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 zelfreflectie 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 en de belangrijkste normale opvoedproblemen'. Daarbij bestaat 'de goede ouder' niet. Er zijn vele soorten goede ouders (Van Crombrugge, 2009): verantwoordelijke ouders, beïnvloedende ouders, competente ouders, elk met een specifieke opvoedingsstijl die vorm geeft aan het complexe proces van ouderschap. En veel ouders hebben vragen of maken zich weleens zorgen. Onderzoek leert:

- Ouders met de meeste problemen en vragen zijn ouders van 45 tot 54 jaar, ouders van kinderen in de leeftijd van 12 tot 18 jaar, laagopgeleide ouders, alleenstaande ouders en stiefouders (Van Bergen c.s., 2005; Snijders, 2006; Van Egten, 2008).
- Hoe ouder de kinderen zijn, hoe minder vaak ouders expliciet vragen hebben over de opvoeding. Ook ouders van meisjes, ouders in tweeoudergezinnen en laagopgeleide ouders hebben relatief weinig vragen over de opvoeding (Mathijssen en Bus, 2006).
- Hoe ouder de kinderen zijn, hoe vaker ouders problemen ervaren met de opvoeding. Alleenstaande ouders, ouders in nieuw gevormde gezinnen, ouders van jongens en ouders van allochtone kinderen hebben relatief vaak problemen (Mathijssen en Bus, 2006; Snijders, 2006). Surinaamse/Antilliaanse en Nederlandse ouders in 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).
- Lager opgeleide ouders hebben (ook na controle voor inkomen) een minder positieve beleving van de opvoeding dan hogeropgeleide ouders. Ook zijn ouders met een lager inkomen zijn minder positief over de opvoeding dan ouders met een hoger inkomen en ze 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 et al., 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 et al., 2010).

- Vaders zijn in Nederlandse en buitenlandse onderzoeken weinig specifiek onderzocht, ook al hebben zij een andere opvoedkundige rol dan de moeders (Distelbrink et al., 2005). In het buitenland rapporteren Sanders et al. (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 weleens 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 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, zoals over:
 - de ontwikkeling van nieuwe gezagsverhoudingen;
 - de – meer open – communicatie met kinderen;
 - de omgang met cultuurverschillen en discriminatie/stigmatisering;
 - de omgang met pubers;
 - de religieuze opvoeding en de omgang met toenemende religieuze orthodoxie onder jongeren (bij moslimgezinnen);
 - hoe de ouder competenties kan bevorderen bij hun dochters en zonen met het oog op hun autonoom maatschappelijk functioneren;
 - de toenemende taakoverlap tussen moeders en vaders, en hoe vaders meer betrokken kunnen zijn (Pels c.s., 2009).

Veel allochtone gezinnen maken een ontwikkeling door van een bevels- naar een onderhandelingshuishouding. Maar vooral voelen ze zich vaker dan autochtone gezinnen 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 zozeer andere of specifieke opvoedproblemen.

- Onder de bevindelijk gereformeerde ouders in Zeeland is sprake van zorgmijding met betrekking tot opvoedingsondersteuning, met name bij opvoedingsproblemen die binnen deze groep 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 en Post, 2010). Beeldvorming – het subjectieve beeld dat ouders van professionele zorgverleners en instanties hebben – is een krachtige factor in het hulpzoekgedrag van ouders. De uitspraak ‘vertrouwen komt te voet en gaat te paard’ is zeker van toepassing hier. Bevindelijk gereformeerde ouders ervaren in sterkere mate een ‘wij-zij verhouding’ ten opzichte van de wereld buiten de eigen groepering. De verwachting dat professional een andere levensbeschouwing heeft dan de ouders, maakt dat ouders weinig vertrouwen hebben in die professionele hulpverlening (De Muynck en Post, 2010; Broer en 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 tot 6% van de kinderen heeft psychosociale problemen (Zeijl c.s., 2005). De Raad voor 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:

- 6% van de 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 heeft soms (25%) of vaak (3%) problemen ervaren met de opvoeding in het laatste jaar (GGD Zuid-HollandWest, 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 ernstigere 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: taboeonderwerpen 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. Daarnaast 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 waarbij 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 aan communicatie die meer gericht is op wederzijdse uitwisseling (Vandemeulebroecke, Van Crombrugge, Janssens en 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 staan 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.
- De professional te kunnen treffen op een voor hen bekende locatie (Consultatiebureau, 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 plaatsvindt.
- 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 het beeld van de 'top vier van aanbieders':

1. Consultatiebureauarts (tegenwoordig jeugdarts) of -verpleegkundige of huisarts.
2. Het informele netwerk, zoals partner, familie, vrienden, kennissen en burens.
3. Leerkracht op school, leidsters van kinderdagverblijf of peuterspeelzaal.
4. Professionele opvoedkundige, psycholoog.

Zij laten evenals Diekstra c.s. (2010) ook zien dat de voorkeur voor een bepaalde vorm van steun samenhangt met de vraag zelf. Eenvoudige opvoedingsvragen (rond eten, slapen, huilen) worden voornamelijk binnen het informele netwerk van ouders gesteld. Alleen bij bepaalde taboeonderwerpen (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 Muynck en Post, 2010). Behalve in 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 naartoe moeten (Grisnich en Jaarsma, 2008; De Muynck en 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. De geregelde contacten vanuit het Basistakenpakket JGZ leggen de basis voor die vertrouwensrelatie. 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 en 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.

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 is er een aantal groepen ouders dat aangeeft niet voldoende steun te ontvangen. Dan gaat het met name om gezinnen met een laag inkomen, eenoudergezinnen en gezinnen met jonge kinderen (SCP, 2011).

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 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 hen in hun rol positief bekrachtigen. Die adviezen moet dan bij voorkeur adviezen op maat zijn: adviezen die passen bij hun kind, aansluiten op de opvoedvisie van de ouders en toepasbaar zijn 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 over 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 over en problemen met de opvoeding van 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. In ons land hebben 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' (kleine veranderingen, bv. voldoende opvoedkennis bij alle ouders, die grote verschillen bewerkstelligen, bv. 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 dit begrip moet onderscheid gemaakt worden tussen ouders met verschillende opleidingsniveaus. Iedere groep heeft een passende educatie en passend voorlichtingsmateriaal nodig.
4. Er is een groep ouders die geen vragen stellen en soms geen of weinig contact met de jeugdgezondheidszorg hebben of zorgmijndend zijn (Van der Star en Ten Cate, 2010; Zeijl c.s., 2005). Tot die ouders heeft ook opvoedingsondersteuning geen directe toegang. Dit kunnen risicogezinnen zijn waarbij de gezondheid en het welzijn van het kind in het gedrang komen. Dan is bemoeizorg 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 zijn outreachend werken nodig en gebruikmaken van informele netwerken als lokale (migranten-/bewoners)organisaties, religieuze organisaties en sleutelpersonen in de wijk.

2.7 Conclusies

De werkgroep concludeert:

- 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.
- Ouders hebben vooral en eerst behoefte gehoord te worden, hun vragen te kunnen voorleggen aan en hun zorgen te kunnen delen met een professional in de JGZ. Ze verwachten daarbij een professionele, luisterende houding in een gelijkwaardige

samenwerking met heldere en eenduidige adviezen op maat, die hen in hun rol positief bekrachtigen en niet tot problematisering en registratie leiden. Ouders willen niet alleen informatie en advies krijgen, maar ook praktische en emotionele steun.

- 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 langs allerlei kanalen op zoek naar informatie, onder andere via de digitale snelweg. Vaak hebben ouders dezelfde vragen of zorgen over de opvoeding. De top 20 van meestgestelde 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, behalve op het terrein van de religieuze opvoeding.

2.8 Aanbevelingen

In dat licht beveelt de werkgroep het volgende aan:

1. Opvoedingsondersteuning vanuit de JGZ is er vooral op gericht 'normale opvoedvragen en opvoedproblemen normaal te houden'. Vertrouwen en een open dialoog zijn daarbij de sleutelwoorden. Daartoe stelt de JGZ alle ouders – van aanstaande ouders tot 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 en zichtbaarheid van de JGZ in het CJG, op de scholen voor basis- en voortgezet onderwijs en de kinderopvang.
2. Omdat elke vraag, elke opmerking in elk contact met ouders het begin van een vraag naar opvoedingsondersteuning kan inhouden, opvoedvragen van alle tijden zijn, (bijna) alle ouders opvoedvragen hebben, de JGZ veel ouders bereikt en omdat bij het opgroeien en opvoeden lichamelijke, geestelijke en psychosociale aspecten te allen tijde aan elkaar verbonden zijn, beveelt de werkgroep aan opvoedingsondersteuning op te nemen in het uniforme deel van het Basistakenpakket JGZ.
3. Opvoedingsondersteuning vanuit de jeugdgezondheidszorg is gericht op alle ouders, met een dialooggerichte werkwijze die recht doet aan alle opvoedculturen, opvoedings-overtuigingen en opvoedgewoonten en veronderstelt en checkt of ouders de veiligheid van het kind en andere volwassenen daarbij niet in gevaar brengen.
4. Voor de beantwoording van de meest gestelde opvoedingsvragen en de advisering ter preventie van de meest voorkomende ('normale') opvoedproblemen in elke ontwikkelingsfase, stellen we voor dat professionals gebruikmaken van betrouwbare en valide informatie. Via landelijke websites en de databank van Stichting Opvoeden.nl

kunnen organisaties toegang krijgen tot deze betrouwbare en valide informatie en deze onder andere verspreiden via hun eigen website.

5. Inhoudelijk gezien is het niet nodig specifiek aanbod te doen voor sterk identiteitsgebonden ouders, zoals 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 grootbrengen: cultuursensitieve opvoedingsondersteuning. Ook is het van belang in de communicatie en het voorlichtingsmateriaal rekening te houden met het opleidingsniveau en de mate van beheersing van de Nederlandse taal.
6. Om goed aan te kunnen blijven sluiten op wensen, behoeften en opvattingen van ouders is het wenselijk een vorm van structurele cliëntenraadpleging en klanten-evaluatie in te voeren. Dit betekent dat deze een plek moeten krijgen in de reguliere contactmomenten met ouders door een open dialoog aan te gaan met ouders en evaluatie standaard in te bouwen (bv.: 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.
7. Om alle ouders met opvoedingsondersteuning te kunnen bereiken, is outreachend werken vanuit de JGZ van groot belang. Daartoe zijn onder meer effectieve huisbezoekprogramma's en contactversterkende 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 en de gedragswetenschapper, 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 gebruikgemaakt 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 belangrijke taak, voor jeugdartsen is het een neventaak (Van Dijk en Ligtermoet, 2009). Ook (ortho)pedagogen, verpleegkundig specialisten preventie en voorlichters eigen taal en cultuur (vetc'ers) 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 opvoedingsproblemen (of erger) te voorkomen kan tijdens alle contactmomenten plaatsvinden.

Informatie en advies is het eerste punt van de vijf functies van opvoedingsondersteuning, opgenomen in prestatieveld 2 van de Wmo. Typerend voor de JGZ is dat in principe elk consult collectieve pedagogische preventie bevat; alle kinderen worden gezien. Hierin staat anticiperende voorlichting centraal: zonder dat een ouder een specifieke vraag of individuele behoefte heeft, wordt informatie over de ontwikkeling gegeven van het kind per fase/leeftijd, het bijbehorende gedrag en hoe ouders daarmee om kunnen gaan en worden de basisopvoedvaardigheden van ouders gestimuleerd en wordt positief gedrag tussen ouder en kind bekrachtigd. Hierbinnen vallen ook het versterken van de eigen kracht, het vergroten van zelfvertrouwen, de zelfredzaamheid en bij alle ouders het stimuleren en faciliteren van de pedagogische civil society (zie verder: Gemmeke, 2011). Onderling contact tussen ouders wordt eveneens gefaciliteerd, bijvoorbeeld door groepsbijeenkomsten, waarmee ook weer de eigen kracht van ouders wordt versterkt.

Het geven van informatie over de 'gewone' ontwikkeling van ieder kind, is een onderdeel is van elk consult. De eerste behoefte van ouders is vooral om gehoord te worden, vragen te kunnen voorleggen en zorgen te kunnen delen als die er zijn in het contact met een JGZ professional. Kennis en inzicht van ouders worden vergroot, zodat ze zelf een afweging

kunnen maken hoe zij met bepaalde behoeften en het daarbij horende gedrag van het kind om willen gaan. Wanneer de professional met de anticiperende voorlichting aansluit bij deze adviezen, zal er zelden sprake zijn van 'betutteling'. Onder anticiperende voorlichting verstaat men het informeren van ouders over de normale ontwikkeling van kind, voordat er sprake is van 'probleemgedrag'.

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.

Taken jeugdverpleegkundigen in de JGZ

Het praten over de dagelijkse verzorging, opvoeding en ontwikkeling van kinderen, het systematisch signaleren van de balans tussen draagkracht en draaglast en het aansluitend ondersteunen van ouders zijn belangrijke taken van jeugdverpleegkundigen in de JGZ. Die taken maken onderdeel uit van de producten Inschatten zorgbehoefte en Voorlichting, advies, instructie en begeleiding van het Basistakenpakket JGZ (NIZW, 2004). Jeugdverpleegkundigen bieden ouders ondersteuning in de vorm van anticiperende voorlichting en empowerment, tijdens individuele contacten op spreekuren en tijdens huisbezoeken, in groepen op het consultatiebureau en door het geven van oudercursussen en aanbieden van andere programma's (zie hoofdstuk 6). Daarnaast doen jeugdverpleegkundigen preventieve gezondheidsonderzoeken (PGO's) op het gebied van opgroeien en de opvoedingssituatie, verzorgen zij opvoedcursussen, doen opvoedspreekuren 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, 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. Na de beoordeling van de situatie 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 (de draagkracht). Bij ernstige problemen schakelen ze gespecialiseerde expertise in, waartoe jeugdverpleegkundigen nauw samenwerken met pedagogen, (school)maatschappelijk werkers of gedragswetenschappers (Van Dijk en Ligtermoet, 2009). Jeugdverpleegkundigen werken vraaggericht, outreachend en ook in de vorm van 'bemoeizorg' voor zorgwekkende zorgmijders.

Taken hbo-pedagogen

Hbo-pedagogen of pedagogisch adviseurs⁴ in de JGZ, anno 2011 circa 60 in getal, 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 en Ligtermoet, 2009).

Taken doktersassistenten

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

1. Zorg dragen voor intake, voorlichting en advies.
2. Bijdragen aan medische zorg.
3. Uitvoeren van organisatie- en professiegebonden taken.

Een nieuwe ontwikkeling in de JGZ is gebruikmaken van triage. Dit betekent dat doktersassistenten volledige periodieke gezondheidsonderzoeken uitvoeren bij 'niet-risicokinderen 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 specialisten 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 voor een omschreven groep patiënten/cliënten die hij/zij zelfstandig begeleidt of 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 de verpleegkundig specialisten 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. De verpleegkundig specialist maakt deel uit van een team met de jeugdarts, consultatiebureauassistente en jeugdverpleegkundige (Almere, 2011).

Deze verpleegkundige 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 de implementatie van onderzoeksresultaten.

⁴ Pedagogen of pedagogisch adviseurs zijn op hbo- of universitair niveau geschoold.

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 en 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. Maatschappelijk werkers maken (vaak) deel uit van het CJG-kernteam. Het geven van opvoedingsondersteuning is een 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, bijvoorbeeld in een opvoedspreekuur. Soms verzorgt een maatschappelijk werker ook cursussen voor ouders (Van Dijk en 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 (Van der Veen en Prinsen, 2010).

Taken van de gedragswetenschapper

De gedragswetenschapper heeft een wetenschappelijk onderbouwde vakbekwaamheid op postuniversitair niveau. De taken zijn uitvoerend, zowel individueel als groepsgericht, naar ouders en jeugdigen zelf. De taken zijn consultatief/adviserend naar andere beroepsgroepen (w.o. kinderopvang, jeugd- en jongerenwerk, kinderwerk, JGZ, onderwijs) die te maken hebben met kinderen en jongeren (en hun opvoeders/ouders). De taken zijn coördinerend en eindverantwoordelijkheid dragend ten aanzien van diagnostiek, interventies en doorverwijzing naar zwaardere circuits (LVG, jeugdzorg etc.)

De gedragswetenschapper is – in samenwerking met de jeugdarts – de linking pin tussen de verschillende domeinen, waaronder onderwijs: door te denken vanuit een integraal kader is de gedragswetenschapper in staat een sleutelrol te vervullen en dwarsverbanden te leggen tussen enerzijds de verschillende leefgebieden van het kind (school, thuis, buurt, maatschappij) en anderzijds de werkvelden waarin professionals rondom het kind opereren (onderwijs, ZAT, jeugdzorg).

Taken van alle professionals binnen de 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

In verschillende organisaties werken uitvoerende en coördinerende opvoedingsondersteuners die opvoedingsondersteuning als (één van de) kernta(a)k(en) of als neventaak hebben. Dat doen ze steeds vaker samen met de JGZ en andere ketenpartners in het CJG of in het ZAT (Van Dijk en Ligtermoet, 2009). Andere professionals en organisaties 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 de hierboven 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 inzicht te krijgen in de achtergronden van de gesignaleerde problemen, ervaringen uit te wisselen over hoe het kind zich op school en thuis gedraagt en afspraken te maken over de aanpak van het probleem. Bij meer complexe situaties kunnen de problemen van 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 onder-

steuningsaanbod (Blokland, 2010). Pedagogen werkzaam bij grote kinderopvangcentra voeren kindobservaties uit, nemen deel aan signaleringsnetwerken en bieden opvoedingsondersteuning aan ouders (Van Dijk en Ligtermoet, 2009).

- **Opvoedbureau, opvoedwinkel of steunpunt opvoeding**

Deze instellingen kenmerken 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 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). Deze instellingen gaat steeds vaker 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, medewerkers van Bureau Jeugdzorg en (school)maatschappelijk werkers nemen als opvoedingsondersteuners deel aan ZAT's. Zij hebben de taak problemen bij het kind of het gezin te taxeren en te beoordelen en (handelingsgerichte) adviezen te geven aan de schoolpraktijk en waar nodig door te schakelen naar lokaal aanbod (www.zat.nl).

- **MEE-organisaties**

De professionals werkzaam bij MEE (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). Deze professionals 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 en Ligtermoet, 2009; Blokland, 2010).

- **(Grote) welzijnsorganisaties**

Pedagogen of pedagogische adviseurs bij deze organisaties houden zich bezig met de uitvoering van oudercursussen en themabijeenkomsten, opvoedsprekken 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 en 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 op mbo- of hbo-niveau opgeleide thuisbegeleiders aan gezinnen met ernstige opvoed- 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 een ouder en een 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 puberleeftijd. 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.vcjc.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 websites 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 tot intensieve ondersteuning, zoals oudertrainingen, als de problemen groter en ingewikkelder worden.

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

- ontmoetingen en persoonlijke contacten (elkaar kennen);
- concrete afspraken maken met elkaar (en daarin elkaar (leren) 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 met afstemming tussen ketenpartners 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 laten en een beroep doen op ieders expertise en inzet. Verantwoordelijkheden en afspraken tussen ketenpartners zijn globaal vastgelegd en werkende weg verder ontwikkeld.

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 en 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 ontwikkelingsstadien. 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-pluisgevoel' 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, het consultatiebureauteam, het dossier en de kinderopvang (en de school voor de oudere kinderen)

(Brugman, Reijneveld, Den Hollander-Gijsman, Burgmeijer en 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 risicojongeren

Afstemming tussen verschillende professionals en instellingen vereist dat professionals informatie uitwisselen. Het Digitaal Dossier Jeugdgezondheidszorg, waarin registratie plaatsvindt van algemene kind-, ouder- en gezinsgegevens, van de lichamelijke en psychosociale ontwikkeling van de jeugdige, als ook van de (actuele) risicofactoren ten behoeve van de longitudinale begeleiding, en de verwijsindex risicojongeren, 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 te zijn 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 en Prinsen, 2008). De JGZ is veelal de spil in het CJG. Daarnaast moet in ieder CJG een schakel zijn met het Bureau Jeugdzorg (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 eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg 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, biedt de JGZ preventieve openbare gezondheidszorg. De samenwerking en afstemming tussen huisartsen en de JGZ staan 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 houdt in het afstemmen van de hulp en zorg die vanuit verschillende voorzieningen geboden worden 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 op 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 in staat zijn zelf de afstemming en uitvoering van alle hulp en zorg te sturen, dan heeft dat de voorkeur en hoeft er geen zorgcoördinator aangewezen te worden. Zijn ouders niet in staat zelf de hulp en zorg te sturen, dan moet er een zorgcoördinator 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 gemeente in de jeugdketen* benadrukt deze verplichting (ministerie voor Jeugd en Gezin, 2010a).

Zorgcoördinatie

Zorgcoördinatie vanuit de JGZ – al dan niet 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. De zorgcoördinator houdt in de gaten of de diverse instellingen voldoende dan wel te veel of te weinig hulp inzetten. De zorgcoördinator 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 jeugdbeschermingsmaatregel 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 de zorgcoördinator weer aan zet om de veilige ontwikkeling van het kind te bewaken. Het moet altijd duidelijk zijn welke instantie de functie van zorgcoördinator vervult.

Uit het praktijkonderzoek van Partners in Jeugdbeleid (Van der Zijden, 2010) naar de samenwerking tussen de JGZ (vaak dus ook het CJG) en de jeugdzorg uiten 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 Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) wordt uitgevoerd en bij afsluiting van dat onderzoek.

De wens om elkaar beter standaard te informeren kwam ook naar voren uit het praktijkonderzoek van het RIVM over de samenwerking tussen de JGZ en Bureau Jeugdzorg (Pijpers, Beckers en Lijs-Spek, 2010). De standaardinformatie hoeft niet uitgebreid te zijn: feitelijke informatie over start en einde van de zorg en de gegevens van contactpersonen volstaan (Van der Zijden, 2010). De gemeente is er als regisseur van het jeugdbeleid verantwoordelijk voor dat helder is vastgelegd in welke gevallen welke instantie de uitvoeringsverantwoordelijkheid voor de coördinatie van zorg heeft. Vanaf de inwerkingtreding van het wetsvoorstel *Centra voor Jeugd en Gezin en regierol gemeente 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 vordert 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 samenwerken, wat het domein en het doel van de samenwerking zijn 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 acties worden uitgevoerd:

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 en Ministerie van Binnenlandse Zaken, 2010.)

Wraparound care

Wraparound care (WAC) is een vraaggestuurde en cliëntgerichte benadering waarin de begeleiding en hulp dicht bij en rondom het gezin worden georganiseerd. In het kort: één gezin, één hulpverlener, één plan. Het is een specifieke vorm van professionele bejegening waarbij de werker op maat methodieken, interventies of hulpverlening kan inzetten en waarbij veel gebruikgemaakt 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 zelfoplossende 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 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

Sociale media zijn dé tools om te netwerken en daaruit effectieve samenwerking te realiseren. Ook bieden sociale media kans om laagdrempelig kennis te delen (Pons, Kroon en Durand, 2012). Door 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 snelgroeïende 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. Ook in de JGZ zijn er steeds meer initiatieven en goede voorbeelden beschikbaar. Meer informatie is te vinden in de handreiking 'Social media en de JGZ - een wereld vol kansen' van het NCJ (Pons, Kroon en Durand, 2012).

3.5 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/het 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 informatie-uitwisseling 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 privacyaspecten, 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 medische 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, 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 kennisneemt. 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 op dat moment alleen door te spreken (levens)gevaar voor de cliënt kan tegengaan. De medische hulpverlener doet dan 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 overmachtssituatie 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 ernstige 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 ernstige 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 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 op overmacht moeten doen dan een beroepskracht die werkt met volwassen cliënten. Het internationale Verdrag inzake de rechten van het kind, waarbij ook ons land zich heeft aangesloten, verplicht eenieder 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 verplichte 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 de gezondheidszorg, jeugdzorg, het welzijn, onderwijs en justitie. Het ministerie voor Jeugd en Gezin en de ministeries van VWS, 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).

3.6 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 werden 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 gerustgesteld. Door goed te beschrijven welke taken de doktersassistente heeft en dit kenbaar te maken aan ouders kan dit probleem deels ondervangen worden.
- Praktische overwegingen leiden tot een 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 ten behoeve van opvoedingsondersteuning verschilt aanzienlijk tussen de JGZ 0-4 en 4-19. Er zijn voorbereidingen gestart om een extra contactmoment in te voeren voor adolescenten vanaf 14 jaar per schooljaar 2013-2014.
 - Er is nog te vaak geen goed doorlopende lijn van de JGZ 0-4 naar de 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 de JGZ van 0-12 jaar werkt of er een warme overdracht plaatsvindt van ouders en kind van de JGZ 0-4 naar de JGZ 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. Door middel van het invoeren van het extra contactmoment voor adolescenten wil men er ook voor zorgen dat de jeugdgezondheidszorg meer aanwezig is op de scholen en daar een bekend gezicht wordt.

- Het bereik van jeugdigen in de JGZ 4-19 is goed, maar het contact met ouders is minimaal (vaak alleen tijdens het Preventieve gezondheidsonderzoek 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.
 - De JGZ moet de ogen en oren van de leerkrachten (basisonderwijs) en docenten (vervolgonderwijs) 'gebruiken'. De JGZ steunt in deze levensfase de kinderen en ouders in samenwerking met leerkrachten.
 - Ouders blijken in deze periode ook veel behoefte aan contact met elkaar te hebben; ze wisselen ervaringen uit en vragen en geven elkaar advies.
 - Scholen en het CJG (en schoolmaatschappelijk werk) werken (nog) niet goed samen als het gaat om vroegtijdige herkenning van 'signalen van het kind' en/of opvoedingsvragen van ouders.
- In het rapport van het RIVM 'Standpunt versterken samenwerking JGZ en Bureau Jeugdzorg' (Pijpers et al., 2010) wordt aangegeven dat er 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 aandachtspunten zijn:
 - Elkaar beter leren kennen.
 - Regionale afspraken over zorgcoördinatie en verwijscriteria.
 - Ontwikkeling en implementatie van 'één gezin, één plan'.
 - Daarbij wordt aangegeven dat bij één gezin, één plan alleen als de lijn voor iedereen duidelijk is, interventies elkaar kunnen versterken. Ook wordt aangegeven 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 zorgcoördinatie te maken, zeker omdat deze in het kader van de verwijzindex risicojongeren verplicht zijn: wat wordt verstaan onder zorgcoördinatie, wie is wanneer verantwoordelijk voor de zorgcoördinatie, 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 krijgen voor zorgcoördinatie bij vroeghulp (lichte ondersteuning).

3.7 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 de verwijzindex 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 moet geoptimaliseerd worden. Het gaat om weten wie je nodig hebt en daarbij 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 en stappen in de richting van een betere en effectievere ketensamenwerking nemen.
- In het kader van zorgcoördinatie duidelijke regionale afspraken gemaakt moeten worden: wat wordt verstaan onder zorgcoördinatie, wie is wanneer verantwoordelijk voor de zorgcoördinatie, hoe werken we samen, hoe dragen we over en wie neemt het initiatief?
- Er duidelijke lokale/regionale afspraken gemaakt moeten worden over de terugkoppeling van informatie naar de JGZ, die te allen tijde plaats moet vinden. Alle CJG-partners, waaronder de JGZ, dienen 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 kindbeschermingsmaatregelen;
 - op het moment dat er een onderzoek door het AMK wordt uitgevoerd en bij afsluiting van dat onderzoek.

De JGZ en andere CJG-partners informeren ook standaard diegenen die naar hen verwijzen en naar wie zij zelf verwijzen.

- De communicatiemethoden gemoderniseerd moeten worden: er moet bijvoorbeeld gebruikgemaakt worden van videoconferenties en sociale media zoals bijvoorbeeld twitter. Ook kan de JGZ ouders wijzen op het bestaan van handige apps, zoals bijvoorbeeld iGrow ontwikkeld door TNO.
- 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 het 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 uitbreiding van hun werkzaamheden/aanbod.
- Dat ketensamenwerking ook bij richtlijnontwikkeling verder gestalte moet krijgen door alle (zes) beroepsverenigingen die zijn betrokken bij de CJG-ontwikkeling, van meet af aan te betrekken bij de herziening van deze richtlijn over vijf jaar, opdat een breed gedragen multidisciplinaire richtlijn voor opvoedingsondersteuning in het CJG kan worden opgesteld.

Dit heeft mogelijk gevolgen voor de samenstelling van de Richtlijn Advies Commissie (RAC) en de werkwijze bij richtlijnontwikkeling in de JGZ, het CJG en de jeugdzorg.

- 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 eventueel betrokken zijn/moeten worden bij de hulpverlening. Ook hierbij moet meer gebruik worden gemaakt van sociale media, aangepast aan de vaardigheden en interesses van de verschillende doelgroepen.

3.8 Aanbevelingen

De werkgroep beveelt aan dat:

1. Er gewerkt wordt aan de continuïteit, bekendheid en vertrouwensband van de JGZ wanneer het kind naar school gaat. Voor ouders van schoolgaande kinderen gaat de JGZ desgewenst op school ondersteuning bieden of direct vanuit school hulp en zorg inschakelen. Hiermee wordt ook gewaarborgd dat gezinnen en kinderen – indien nodig – een passend en op elkaar afgestemd zorg- en onderwijsaanbod krijgen en ondersteund worden door voor hen al betrouwbare professionals. Een eerste stap is het invoeren van een extra contactmoment voor adolescenten vanaf 14 jaar, wat nu in voorbereiding is.
2. De jeugdarts, schoolmaatschappelijk werker, jeugdverpleegkundige en gedragwetenschapper standaard participeren in de zorg- en adviesteams op iedere school.
3. De continuïteit van zorg geregeld wordt, met continue beschikbaarheid en bekendheid van JGZ- respectievelijk CJG-professionals voor gezinnen in de periode van kinderen van 0-12 jaar, waarbij de doorgaande lijn wordt versterkt.
4. De JGZ met alle andere partners van het CJG voor de coördinatie van zorg werkt volgens de aanpak van één gezin, één plan en dat deze aanpak verder methodisch doorontwikkeld wordt.
5. De JGZ 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.

De JGZ informeert ook standaard diegenen die naar haar verwijzen over het resultaat van de hulp, uiteraard altijd met toestemming van de ouders.

6. 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.
7. Bij de doorontwikkeling van deze richtlijn Opvoedingsondersteuning alle bij het CJG betrokken beroepsverenigingen van meet af betrokken worden.

4. BEROEPSHOUDING, COMMUNICATIE VAARDIGHEDEN EN COMPETENTIES VAN JGZ-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) is/zijn daarvoor nodig en op welke wijze moet borging van houdingen, vaardigheden en competenties plaatsvinden?

Voor het beantwoorden van deze vraag is gebruikgemaakt van 'grijze' literatuur. Hier hebben we vooral landelijke (Nederlandse) rapporten van overheden en kennisinstituten 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 voor en houding bij het werken met ouders

De vaardigheden en houding van JGZ-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 (Speetjens, Van der Linden en Goossens, 2009). Daarnaast blijken vertrouwen en een sensitieve, respectvolle en positief belangstellende bejegening voor ouders belangrijke voorwaarden om hulp te accepteren (RIVM, 2008; Ouders Online, 2011).

De cliënt-hulpverlenerrelatie

Uit verschillende bronnen komt naar voren dat persoonlijke kenmerken van de professional alsook zijn 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-hulpverlenerrelatie 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 en Boendermaker (2010) is benoemd dat er overall veel betekenis wordt gegeven aan de factor cliënt-hulpverlenerrelatie. 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, het hebben van ervaring, respectvol handelend,*

betrouwbaarheid, zelfverzekerdheid, geïnteresseerd zijn, alert zijn, vriendelijkheid en openheid.

Technieken zijn:

- exploratief te werk gaan;
- verdiepende vragen stellen;
- reflecteren 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 van CJG-professionals die opvoedingsondersteuning als taak hebben, kent drie basiselementen (Burggraaf-Huiskes, 2005):

- Een sensitieve/responsieve houding van de professional: het zich 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 deze houding zijn vier specifieke vaardigheden/attitudes 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 van zijn/haar eigen lichaamstaal bewust en stemt deze af op de ouder.

De hierboven omschreven basishouding komt overeen met de gewenste houding van jeugdverpleegkundigen 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 beschreven. Uit onderzoek van Ouders Online (2011) naar wat ouders van de JGZ vinden, blijkt dat ook ouders bovengenoemde 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. 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
- 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 de eigen opvoedingservaring en opvattingen.
- Een empathische, positieve benadering met geloof in het eigen probleemoplossende 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

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 en 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 een gesprek gevoerd wordt, moet zodanig zijn dat de aanwezige competenties bij de ouders versterkt worden. De JGZ-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 JGZ-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 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 en Hermanns, 2005).

In 2011 heeft CJG Rijnmond zijn 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 erbij betrek-kend, desnoods eropaf gaand, aansprekend en aanspreekbaar, waar nodig adviserend of (lichte) 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 de 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-gespreks-partnerschap is. Partnerschap houdt dan in: actieve betrokkenheid, shared decision making (gezamenlijk beslissingen nemen), complementaire expertise, overeenstemming over doelen en processen, wederzijds vertrouwen en respect, openheid en eerlijkheid, duidelijke communi-catie en onderhandeling. Dit partnerschap komt overeen met de door Muller beschreven dialooggerichte consultvoering (zie paragraaf 4.6). Hoe de relatie tot stand komt, hangt voor een groot deel af van kwaliteiten van de professional: toont hij respect en empathie, is hij 'echt', bescheiden, bedaard (gelijkmoedig), enthousiast, beschikt hij over persoonlijke

integriteit en technische expertise (kennis)? Deze kwaliteiten worden zichtbaar in de communicatie met ouders: de professional kan actief luisteren, stimuleren en exploreren, empathisch reageren en samenvatten, en beschikt over veranderingsgerichte vaardigheden, onderhandelingsvaardigheden en probleemoplossende vaardigheden (Braun, Davis en Mansfield, 2006).

Eronen, Pincombe en 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 bij 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. Ouders zijn beter geholpen wanneer zij informatie, bronnen en ondersteuning krijgen om zo hun eigen keuze te kunnen maken in plaats van professioneel advies. De jeugdverpleegkundige moet de ouders ondersteunen om zelf een keuze te maken uit verschillende opties. Deze manier van informatieverschaffing verhoogt de kans dat ouders daadwerkelijk iets met het advies doen.

Anticiperende voorlichting

De eerste behoeften van ouders zijn gehoord te worden, hun vragen te kunnen voorleggen aan en hun zorgen te kunnen delen met een professional in de JGZ. Ze verwachten daarbij een professionele, luisterende houding in een gelijkwaardige samenwerking tussen JGZ en ouders met heldere en eenduidige adviezen op maat, die hen in hun rol positief bekrachtigen en niet tot problematisering, stigmatisering en registratie leiden. Wanneer de professional met de anticiperende voorlichting aansluit bij deze adviezen, zal er zelden sprake zijn van 'betutteling'. Onder anticiperende voorlichting verstaat men het informeren van ouders over de normale ontwikkeling van kind, voordat er sprake is van 'probleemgedrag'. Het doel is de kennis en het inzicht van ouders te vergroten, zodat ouders zelf een afweging kunnen maken hoe zij met bepaalde behoeften en het daarbij horende gedrag van het kind om willen gaan.

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 competenties, vaardigheden, kennis en het begrip die het werken met ouders vereist. 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 Verdrag inzake de rechten van het kind (1989) van de VN 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 én 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 iedereen die een opvoedende rol vervult.
- Respecteer verschillen op het gebied van sekse, culturele achtergrond en behoeftes van ouders.
- 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 beroepsvaardigheden (voor een volledig overzicht: zie bijlage 5), die kunnen dienen als inspiratiebron 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 hun eigen behoeftes te begrijpen en te vervullen.
 - Stel ouders in staat hun behoeftes 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.

Het verdient aanbeveling om in navolging van de Britten ook voor alle Nederlandse professionals die met ouders werken – in het onderwijs, in de kinderopvang, in de jeugdgezondheidszorg, het CJG, de sport, de jeugdzorg, et cetera – landelijke standaarden te ontwikkelen.

4.3 Competenties van professionals in de JGZ

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 voor 'opvoedingsondersteuner' (www.nji.nl). Wel bestaat er een profiel voor de verschillende disciplines werkzaam in de JGZ 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 taken binnen het Basistakenpakket JGZ op professionele wijze in te vullen. De twee taken van het Basistakenpakket die gerelateerd zijn aan opvoedingsondersteuning zijn 'inschatten zorgbehoeften' en 'voorlichting, advies, instructie en begeleiding'.

Voor de taak 'inschatten zorgbehoefte' is het belangrijk dat de jeugdverpleegkundige de zorgbehoefte (preventief) kan signaleren en analyseren. Hierbij is het van belang dat de jeugdverpleegkundige bij opvoedvragen en/of -problemen symptomen kan onderscheiden van een 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.

Voor de taak 'voorlichting, advies, instructie en begeleiding' moet de jeugdverpleegkundige universele, selectieve en geïndiceerde preventieve activiteiten uit kunnen voeren. Ook moet zij vroeger 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, leefstijl en ontwikkeling bij een zo groot mogelijk aantal jeugdigen bereikt (Mast en Pool, 2005). Voor de uitgebreide beschrijving van de competenties van jeugdverpleegkundigen zie bijlage 3.

Competentieprofiel verpleegkundig specialist preventie werkzaam in de JGZ

Voor verpleegkundig specialisten preventie werkzaam in de JGZ 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 en overredingskracht noodzakelijk en de verpleegkundig specialist moet kunnen luisteren. Kunnen motiveren, stimuleren en corrigeren zijn van belang bij het geven van coaching, supervisie, scholing en instructie aan jeugdverpleegkundigen, jeugdartsen en andere 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 4. In grove lijnen wordt dit profiel ook in andere organisaties gehanteerd.

Competentieprofiel doktersassistenten

Voor doktersassistenten werkzaam in de JGZ zijn competenties geformuleerd voor de drie kerntaken die zij hebben. Opvoedingsondersteuning valt onder kerntaak 1, zorg dragen 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 jeugdigen en opvoeders op een hulpvaardige manier te benaderen zodat de jeugdigen 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 jeugdigen, de opvoeders en het opvoedingsklimaat.
- Helder en zorgvuldig te communiceren met de jeugdigen en opvoeders.
- Verschillende gesprekstechnieken te hanteren, zoals motiverende en activerende gesprekstechnieken.
- Om in contact met de jeugdigen en opvoeders verbaal en non-verbaal te signaleren welke behoefte de jeugdigen 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.

Vereiste competenties van CJG-professionals

Voor CJG-professionals in het algemeen is 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, behalve om 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 probleemoplossende 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 hij/zij in die verbanden draagt. Zie paragraaf 4.4 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](http://www.nji.nl/dossier_online_hulpverlening)).

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

Zelfreflectie

Naar aanleiding van vragen vanuit de praktijktest van de richtlijn Opvoedingsondersteuning is een eerste aanzet gemaakt voor een 'zelfreflectie-instrument individuele opvoedingsondersteuning' voor JGZ-professionals. Hierin zijn diverse competenties beschreven waarbij professionals kunnen aangeven in hoeverre zij over bepaalde competenties beschikken. Het is een eerste aanzet en dus een ontwikkelingsmodel. Dit zal afgestemd moeten worden op andere competentieprofielen van de JGZ (die in ontwikkeling zijn). Dit zelfreflectie-instrument staat in bijlage 8.

4.4 Interculturele competenties

Ince en Van de Berg (2010) beschrijven in de 'Overzichtsstudie interventies voor migranten-jeugd' (2010) over 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, het tonen van belangstelling, een positieve

benadering en daadkrachtig optreden. Sensitiviteit van de professional en respect voor de culturele achtergrond van het gezin zijn volgens hen zelfs cruciaal om een vertrouwensband te ontwikkelen met gezinnen. Sensitiviteit houdt in: culturele vooroordelen vermijden, maar ook vooroordelen op basis van sociaal-economische 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 en 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 en Van de Berg, 2010). Naast de hierboven beschreven basishouding ten aanzien van minderheden is kennis over culturele opvattingen en religieuze achtergronden van belang bij het geven van opvoedingsondersteuning aan allochtone ouders. Veel niet-westerse migranten komen bijvoorbeeld uit een collectivistische samenleving, waarin mensen sterker op de eigen familie zijn gericht, meer tijd met de familie doorbrengen en waarbinnen de relaties hiërarchischer zijn en een grotere afhankelijkheid wordt ervaren tussen generaties. Terwijl in een individualistische samenleving mensen vooral voor zichzelf en hun gezin zorgen en de relaties gelijkwaardiger zijn en waarbinnen de autonomie gehandhaafd blijft.

In de opvoeding kan daardoor meer nadruk op conformisme – aanpassing aan de groep – dan op autonomie, zelfontplooiing en zelfbepaling liggen (Kalthoff, 2009). Dat geldt overigens meer voor ouders van de eerste generatie, met een lage opleiding, een islamitische achtergrond en een plattelandsachtergrond (Pels en Vollebergh, 2006).

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 en vraagt daardoor extra aandacht. 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 door iets voor de gemeenschap te doen. Randvoorwaarden zijn voldoende veiligheid bieden, begrip tonen voor de situatie en zorgen en twijfels serieus nemen. Een open en onbevengende benadering vraagt van professionals inzicht in de veronderstellingen, waarden en normen die hun eigen leven domineren en vraagt wat 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 en Van de Berg, 2010). Ook moet de professional in staat zijn zich aan te passen aan het opleidingsniveau, de basisvaardigheden, kennis, het abstractievermogen en de beheersing van het Nederlands van ouders (Van Leeuwen, 2011).

Empowerment bij migrantengezinnen

Empowerment, het stimuleren van denken vanuit eigen kracht en kwaliteit, is belangrijk ten aanzien van 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 en 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 en 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, Kluit, Baan, Zwikker en Hens, 2010). Deze competenties – als uitwerking van de eerder genoemde basiscompetenties – worden hieronder beschreven aangezien JGZ-professionals in toenemende mate onderdeel zijn van en samenwerken met andere disciplines.

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, zijn/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 evidencebased interventies.

Samenwerken tussen disciplines

- De professional in het CJG is in staat informatie over de opvoeding van jeugdigen te vertalen en te bespreken met professionele medeopvoeders in het onderwijs en andere organisaties die betrokken zijn bij de zorg voor jeugdigen.
- De professional in het CJG weet 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 professional is 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 professional in het CJG is in staat om inhoudelijke verantwoordelijkheid op zich te nemen ten opzichte van professionals van andere disciplines en ketenpartners door op overtuigende en transparante wijze hun expertise uit te dragen. Zij kunnen 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. Zo nodig 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 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 zorgcoördinatie 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 de JGZ hebben de opleiding tot jeugdarts gevolgd. Jeugdartsen hebben de opleiding jeugdgezondheidszorg gevolgd, dit is een profielopleiding van de opleiding arts maatschappij en gezondheid. Deze opleiding bevat modules gericht op signaleren en (vroegtijdige) effectieve interventies en opvoedingsondersteuning (www.tno.nl; www.nspoh.nl). Jeugdverpleegkundigen hebben de hbo-opleiding 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. Hier kunnen 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 verpleegkundig specialist preventie doen. Zie voor meer informatie www.verpleegkundigspecialismen.nl. Eronen, Pincombe en 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.

Bij- en nascholing

In de databank Na- en bijscholing van het Nederlands Jeugdinstituut zijn scholingen opgenomen voor opvoedingsondersteuning geschikt voor alle 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 & 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 ontwikkeling in Gouda.

ZonMw biedt in het kader van het duurzaam bevorderen van intercultureel vakmanschap laagdrempelige trainingen en workshops aan. Het doel is de migrantenjeugd 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 wordt deze methodiek gebruikt, onder andere bij 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 professional lukt bij de ouder de motivatie om te veranderen uit in plaats van deze 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 acceptierend 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-professionals al langer toegepast in vormen van outreachende zorg, bij de methodiek 'Bemoeizorg' (Rots-de Vries, Kroesbergen en Van de Goor, 2009) en in de zorg- en adviesteams 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 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 en Van de Goor, 2009).

Naar oplossingsgericht werken in de JGZ 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 – in verband met de 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. Sams 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 die van 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 professional is hier uitgesproken benieuwd naar.
- In de verhouding tussen de professional en de ouders is eerder sprake van een gelijkwaardig partnerschap dan van een rolverdeling 'deskundige professional' en 'onwetende cliënt'.
- Er wordt aangesloten op de sterke kanten van het gezin, zonder de beperkingen uit het oog te verliezen.
- Er worden handvatten geboden om met weerstand om te gaan (Rots-de Vries, Kroesbergen en 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 oplossingsgericht werken het meest effectief is, is volop gaande, maar nog wel in ontwikkeling (Bartelink, 2010).

Dialoggerichte consultvoering

Een taak van jeugdverpleegkundigen rondom opvoedingsondersteuning betreft het verhelderen van signalen en vragen van ouders, het vinden van eigen oplossingen van ouders en het verhogen van de competentie van ouders door te luisteren, emotionele ondersteuning te geven, hen te bevestigen in hun 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 op verschillende manieren plaatsvinden. 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 als 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 kwesties waar men zich bij het begin van het consult nog te onzeker over voelde, alsnog aan de orde 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, hij/zij kent zijn/haar kind het beste. De jeugdverpleegkundige beschikt 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 het stellen van 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 de 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 dialooggerichte consultvoering (Muller, 2001) te implementeren in de praktijk wordt gebruik gemaakt 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 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 en Vlaar, 2007). Een onderdeel hiervan is het faciliteren van bij- en nascholing en de implementatie en borging van een kwaliteitssysteem (Fleuren, 2007).

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.
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.
- Ethische normen en protocollen: opvattingen, houding, waarnemingen, normen en waarden van ethische aard en ervaringen met de werksoort, in dit geval de jongeren, hun ouders en hun problemen.

Kwaliteitsbewaking

Een voortdurend leerproces in de praktijk om de kennis en vaardigheden actueel te houden kan, behalve door bij- en nascholing, plaatsvinden door (Nji/RIVM, 2008):

- Vermelding in een kwaliteitsregister: het bijhouden van een portfolio van alle activiteiten die ertoe bijdragen dat je competenties op peil blijven.
- Lidmaatschap van een 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 aannemen: hbo-opgeleide verpleegkundigen met voldoende jeugdgezondheidszorg in hun uitstroomprofiel.
- Inwerkprogramma opzetten.
- Inzet personeel wijzigen: inzet van junior of senior verpleegkundigen, afhankelijk van de eenvoud of complexiteit van het werk.
- Inschrijven bij kwaliteitsregister: inschrijving collectief regelen en financieel faciliteren.
- Stimuleren tot lidmaatschap V&VN: actieve deelname faciliteren.
- Jeugdverpleegkundigen aanmoedigen zich te 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: dat kan door het V&VN-activiteitenplan 'implementeren en methodisch werken' uit te voeren, eventueel met extra bijscholing.
- Professionele visitaties faciliteren.

- Bij- en nascholingsmogelijkheden benutten op het gebied van ketenzorg, gespreksvoering, outreachend werken, opvoedingsondersteuning, leertheorie, gestructureerde besluitvorming, zorgcoördinatie, intercultureel werken en kennis over lage sociaal-economische status (SES).
- Vervolgopleiding faciliteren.

Braun, Davis en Mansfield (2006) geven aan dat supervisie en intervisie voor professionals een essentieel onderdeel zijn van de effectieve ondersteuning van 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 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 fasen van inrichting, uitvoeren, monitoren en borgen (ook wel Plan-Do-Check-Act-cyclus (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 een nieuwe werkwijze het vraagstuk ook wat oplevert (Check-fase) en hoe ervoor gezorgd wordt dat het blijft werken (Act-fase) (Fleuren, 2010). 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 Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) bekijkt – zo nodig samen met het Integraal 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 thematische onderzoek '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 thematische onderzoek in 2011 en legt zo nodig sancties op wanneer de zorg dan nog niet op orde is. De door de IGZ 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. Deze keuzes worden bepaald door epidemiologische of beleidsmatige prioriteiten, de afstemming op de behoeften van de ouders en beschikbare budgetten. 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 zijn noodzakelijk maar kosten tijd, geld en energie; in de praktijk is hier vaak minder aandacht voor (Fleuren, 2007; 2010). 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. Beleid op papier is niet voldoende om te komen tot essentiële gedragsverandering van professionals (Fleuren, 2010; Van Eijk-Hustings, Daemen, Schaper en Vrijhoef, 2010; Van den Heuvel en Heideveld-Gerritsen, 2010). Ooms, Wilschut en 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 eruitziet die dat proces faciliteren. Bestuurders moeten dit proces mandateren.
 2. De kern van de verdere professionalisering van het CJG moet zich richten op de processen van en tussen professionals (het 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.
 3. De verdere professionalisering moet zich afspelen 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 leiden 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 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 hebben van en inzicht 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 een professionaliseringslag nodig heeft, zowel op het gebied van de professionele uitvoering als op het gebied van de organisatie zelf. Dit door de kern van de verdere professionalisering te richten op de processen *van en tussen professionals* (het primaire werkproces, vraaggericht werken, samenwerking op alle niveaus, ketenzorg, informatie delen, cultuurverandering, verandermanagement, etc.) Hierdoor kan de JGZ 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 – gewerkt moet worden, uitgaande van de eigen kracht, ervaring en deskundigheid van ouders (empowerment).
- Er een scholingsbudget gereserveerd moet worden voor (bij-/na)scholing gerelateerd aan opvoedingsondersteuning: gespreksvaardigheden en technieken, oplossingsgericht werken, intercultureel werken, leertheorie etc.
- De equipering en kwaliteitsverbetering van de beroepsuitoefening van jeugdartsen en verpleegkundigen verder versterkt en gefaciliteerd moeten worden, met inbegrip van de realisering van de voorwaarden daartoe: beroepsregistratie en accreditatie.
- Er een samenhangend pakket opvoedingsondersteuning ontwikkeld en geborgd moet worden.
- Het gebruik van gezamenlijke standaarden, richtlijnen, protocollen en codes voor alle professionals die opvoedingsondersteuning geven gestimuleerd moet worden.
- De samenhang in ondersteuning binnen de JGZ maar ook in het kader van het CJG en breder versterkt moet worden door adequaat samen te werken om de professional 'in zijn eigen kracht en autonomie' aan te spreken.
- De cultuur van samenwerking, de missie en de visie van de JGZ werkzaam gemaakt moeten worden en moeten worden geïmplementeerd.
- De laagdrempeligheid en het preventieve karakter van de JGZ geborgd moeten worden; er moet een positief imago neergezet worden, het preventieve karakter van de JGZ moet expliciet op de voorgrond worden gezet en empowerment in de uitvoeringspraktijk moet 'handen en voeten' krijgen.

- Er een scholingsaanbod met programma's voor opvoedingsondersteuning moet komen.
- Elke organisatie een kwaliteitssysteem moet hebben dat goed geïmplementeerd en geborgd wordt. Voor de implementatie van een kwaliteitssysteem kan gebruikgemaakt worden van 'implementatiewijzers' (Fleuren, 2010; Ooms c.s., 2011).

4.10 Aanbevelingen

De werkgroep beveelt aan:

1. In de JGZ de kwaliteit van primaire werkprocessen gezamenlijk te verbeteren door:
 - Leren informatie te delen, binnen de JGZ maar ook in het CJG, het zorg- en adviesteam en zeker ook met ouders, jeugdigen en eerste- en tweedelijnszorg.
 - Leren om te gaan met privacyvragen.
 - 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. Alle JGZ-medewerkers te trainen in Triple P, jeugdartsen op niveau 2 en jeugdverpleegkundigen en pedagogen (soms in dienst van de JGZ, soms als ketenpartner) op niveau 3. Voor doktersassistenten wordt een training op niveau 2 van Triple P aanbevolen indien zij frequent zelfstandig contact hebben met ouders.
3. Dat professionals in de JGZ die nog niet de benodigde competenties bezitten om opvoedingsondersteuning te bieden, een aanvullende opleiding volgen, waarin ten minste een op deze richtlijn gebaseerde module opvoedingsondersteuning opgenomen is. Om de benodigde competenties in kaart te brengen kan het zelfreflectie-instrument gebruikt worden (zie bijlage 8).
4. De persoonlijke effectiviteit van professionals te versterken door (bij)scholing in: motiverende gespreksvoering, vraaggericht werken, oplossingsgericht werken, video-interactiebegeleiding, dialooggerichte consultvoering en/of intercultureel werken en communicatie met laaggeschoolde ouders (met een lage beheersing van het Nederlands). Dit vereist dan uiteraard scholingsbudget.
5. Binnen de JGZ of vanuit het CJG intervisie en supervisie door pedagogen en gedragswetenschappers wordt gefaciliteerd.
6. Er niet alleen op specifieke programma's voor opvoedingsondersteuning wordt geschoold, maar vooral op programma-overstijgende werkzame principes (bv. gesprekstechniek als motiverende gespreksvoering of werken volgens één gezin, één plan)
7. De JGZ 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.
8. Landelijke standaarden te ontwikkelen voor alle professionals die werken met ouders en jeugdigen.

5. OPTIMALE COMMUNICATIE EN EMPOWERMENT VAN OUDERS

5.1 Inleiding

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

Deze vraag bestaat eigenlijk uit twee vragen:

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

De beantwoording van deze vragen 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 verpleegkundige beroep en een relevant werkprincipe voor andere CJG-professionals. Thema's die aan de orde komen in dit hoofdstuk zijn: wat is empowerment, de houding en communicatie van de professional, vormen van communicatie, de optimale communicatie vanuit het perspectief van ouders en 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 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, het abstractievermogen en de beheersing van het Nederlands van diverse ouders, het ontwikkelen van (opvoedings)vaardigheden, het kunnen nemen van besluiten, het gevoel 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-educatieprogramma'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 6 – 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 JGZ-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 JGZ'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.

Ten slotte 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 een gelijkwaardige samenwerking tussen professionals en ouders en met heldere en eenduidige adviezen, die hen 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 meestgebruikte manier om met ouders te communiceren (Dumas, Begle c.s., 2010; Tandon, Parillo c.s. 2008; Whittaker en Cowley, 2006; Cox en Kobussen, 2003). Deze vindt plaats tijdens consulten, periodieke gezondheidsonderzoeken, spreekuren en bij de ouders thuis.

Groepscommunicatie kan plaatsvinden met betrekking tot universele opvoedings-ondersteuning, maar ook met bepaalde risicogroepen (Breitenstein c.s., 2010; Rodrigo c.s., 2006). Binnen de JGZ gebeurt dit onder andere 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 JGZ-richtlijn Contactmomenten. De focus is bijna altijd gericht op de moeder (Sanders en 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 het gebruik van internet middels websites en de toepassing van e-hulp of het gebruik van meer traditionele media, zoals radio en tv (Sarkadi en 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 en 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 Bloomfield (2005), Kobussen (2005) en Sniijders (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. Dat wil zeggen 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 ouders van tweeoudergezinnen.
- 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(s).
- Kennis over gezondheid.
- De mate van zelfredzaamheid.

Ouders die met hun kinderen 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 interventieprogramma'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 Jeugdinstuut, 2010) zijn 38 interventies voor opvoedings- en opgroeiondersteuning beschreven die tot doel hebben om de eigen kracht van jeugdigen, ouders, gezinnen en hun omgeving te versterken (zie bijlage 7). 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 hun 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

De mate van empowerment wordt bepaald door de volgende factoren:

1. toegang tot begrijpelijke en passende informatie en middelen;
2. competenties;
3. 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 in tijdschriften, brochures, op tv en internet (Snijders, 2006). De mate waarin informatie wordt gezocht, hangt samen met de sociaal-economische achtergrond van ouders. De reden voor het zoeken van informatie is het hebben van gezonde twijfels en interesse. Een nadeel van gevonden informatie is dat het niet altijd precies aansluit bij de behoeften en 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 door de ouders gevraagde hulp of het gesignaleerde probleem. 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 en Van der Meer, 2009) en tot opvoedbureaus, wijkcentra en gezondheidscentra (gemeente Utrecht, 2009). Centra voor Jeugd en Gezin moeten outreachend werken ten behoeve van 'moeilijk bereikbare' ouders.

Ad 2 Vaardigheden van ouders en 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 voor positief ouderschap zijn het kunnen oplossen

van problemen en het kunnen nemen van de juiste beslissingen. Dit vraagt van professionals dat zij relevante competenties hebben om ouders te ondersteunen met opvoeding (Brand, 2006).

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, zorgen 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.

Keuzehulpmiddelen

De nieuwe vormen van keuzehulpmiddelen (via internet) kunnen ouders helpen bij de voorbereiding op het nemen van besluiten. Bijvoorbeeld, ouders en jongeren kunnen oefenen met het formuleren van doelen, die zij willen realiseren middels de verleende hulp door op internet op www.mijndoelenstellen.nl zelf aan de hand van gerichte vragen tot het opschrijven van hun doelen te komen. Door het gebruik van keuzehulpmiddelen kan gericht informatie uitgewisseld worden tussen hulpverlener en 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 motivatieverhogend zijn. Empowerment wordt bevorderd als ouders inzicht hebben in hun eigen situatie, hun gewoontes en hun 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 JGZ-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 aanpakken. 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..

Zelfmanagement

Veel van de pedagogische activiteiten of gezondheidsactiviteiten voeren de ouders zelf uit. Veel ouders willen zelf besluiten nemen in de zorg om hun kind, maar staan wel open voor deskundig advies.

Contact met andere ouders

Jezelf scholen en het nemen van de eigen verantwoordelijkheid worden in onze samenleving bevorderd. Eigen initiatief van ouders wordt gewaardeerd. Internetfora 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 aan 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 zelfmanagementadviezen.

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 ligt hier op het stimuleren en ondersteunen van de verandering bij de ouders, maar ook op 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 ten aanzien van het ontwikkelen van positief ouderschap. In kaart 2 'Beslisschema opvoedingsondersteuning' is in beeld gebracht hoe die communicatie met ouders zo optimaal mogelijk uitgevoerd kan worden.

Verandering van de werkwijze van professionals kan bijdragen aan een optimale communicatie. 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 spelen ten slotte 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-kindcommunicatie.
- 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 doorverwijzingen naar de gespecialiseerde (jeugd)zorg.
- Het verstrekken van informatie via (betrouwbare) websites is ook binnen de JGZ 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 de 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 de JGZ en andere voorzieningen. Hierin kunnen sociale media een rol spelen, bijvoorbeeld: afspraken maken via internet, hulp op afstand, online platform faciliteren etc.
- Dat er ook tools en sociale media, bijvoorbeeld Skype of Google Translate, gebruikt worden die bruikbaar zijn voor ouders met een lage scholingsachtergrond of een matige tot slechte beheersing van het Nederlands.

5.9 Aanbevelingen

De werkgroep beveelt aan dat:

- Vaders meer betrokken 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 wordt besteed en aan een tekort aan kennis, waarna pas indien wenselijk informatie of voorlichting gegeven wordt.
- Professionals regelmatig 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 (evidencebased) instrumenten, methoden en programma's kunnen binnen de JGZ (en het Centrum voor Jeugd en Gezin) gebruikt worden voor het voorkomen, signaleren en interveniëren bij opvoedingsproblemen en wat is de evidentie voor de kwaliteit, bruikbaarheid en toepasbaarheid van die instrumenten?*

Het hoofdstuk is in twee delen opgesplitst:

- Signalering (6.1).
- Methoden, programma's en interventies voor opvoedingsondersteuning (6.2).

Bij signalering is gebruikgemaakt van eerder verschenen overzichtsstudies en de databank van het Nederlands Jeugdinstituut. Er is aangesloten bij de JGZ-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 Inventgroep in 2005 en de programmeringsstudie van Klein Velderman c.s. (2007) in opdracht van ZonMw. De resultaten zijn neergelegd in drie evidence-tabellen voor respectievelijk universele ouderprogramma's, risicogroepen en positief opvoeden (losse bijlage met Evidence tabellen).

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; De Baat, 2010; Kooijman en 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 van 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 over de doelgroep verzamelt en ordent (De Baat, 2010). 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 ze zijn niet zaligmakend. De dialoog met de ouder levert onmisbare informatie op. Een integrale blik op het gezin is van groot belang. Daarbij wordt gekeken naar zowel risico- als 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 worden. 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-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. Hier komt ook de rol van de gedragswetenschapper in beeld. 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. Deze vallen 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-medewerkers ingezet kunnen worden (stap 1 en 2).

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

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)	Jeugdarts of jeugdverpleegkundige
DMO-protocol van Samen Starten +	Vroegsignalering van problemen in psychosociale ontwikkeling en opvoeding bij jonge kinderen.	0-18 mnd. (ouders)	Jeugdarts of jeugdverpleegkundige
<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)	Jeugdarts of jeugdverpleegkundige
Child Abuse Risk Evaluation-Nederland (CARE-NL) *	Schat het risico op kindermishandeling in.	0-18 jaar (beroepskracht)	Jeugdarts of jeugdverpleegkundige Jeugdhulpverlener Maatschappelijk werker Ontwikkelingspsycholoog Orthopedagoog

Instrument	Doel	Doelgroep (informant)	Professional
Lijst Hellinckx *	Brengt risico's van fysieke kindermishandeling in gezinnen in kaart. Bevat 32 items met 3 subschalen: verstoorde ouder-kindrelatie; verstoorde communicatie tussen ouder en jeugdverpleegkundige; psychologische problemen van de ouder.	Ouders van kinderen van 0-3 jaar	Jeugdarts of jeugdverpleegkundige
<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)	Jeugdarts of jeugdverpleegkundige
Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) ** voor < 7 jaar ** voor 7-12 jaar ** voor 13 jaar	Screent psychosociale problematiek en vaardigheden.	3-16 jaar (ouders, leerkrachten, jongeren)	Jeugdarts of jeugdverpleegkundige
Brief Infant Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA) ** voor 2 jaar	Screent psychosociale problematiek en vaardigheden.	1-3 jaar (ouders)	Jeugdarts of jeugdverpleegkundige
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)	Jeugdarts of jeugdverpleegkundige Groepsleiding kinderopvang Leerkracht

Instrument	Doel	Doelgroep (informant)	Professional
SPARK (voorheen VOBO-Z) **	Vroegsignalering van manifeste problemen in psychosociale ontwikkeling en in de opvoeding bij jonge kinderen.	18 mnd. (ouders)	Jeugdarts of jeugdverpleegkundige
DMO-protocol van Samen Starten +	Vroegsignalering van problemen in psychosociale ontwikkeling en opvoeding bij jonge kinderen.	0- 18 mnd. (ouders)	Jeugdarts of jeugdverpleegkundige
Developmental and Well-Being Assessment (DAWBA) *	Meet veelvoorkomende emotionele, gedrags- en hyperactiviteitsstoornissen	5-17 jaar (ouders, jongere, leerkracht)	Jeugdarts of jeugdverpleegkundige Jeugdhulpverlener Maatsch. werker
Korte Indicatieve Vragenlijst voor Psychosociale problematiek bij Adolescenten (KIVPA) **	Signaleert vroegtijdig psychosociale problemen.	13-18 jaar (jongere)	Jeugdarts of jeugdverpleegkundige
<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)	Jeugdarts of jeugdverpleegkundige Ontwikkelingspsycholoog Orthopedagoog
Amsterdamse Schaal voor Opstandigheid (ASO) *	Geeft inzicht in de mate waarin een kind geneigd is tot opstandigheid.	9-12 jaar (ouders)	Jeugdarts of jeugdverpleegkundige Jeugdhulpverlener Maatsch. werker Groepsleiding kinderopvang Leerkracht

Instrument	Doel	Doelgroep (informant)	Professional
Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C) *	Stelt vast in welke mate jeugdigen sociale angsten ervaren.	8-14 jaar (jeugdige)	Jeugdarts of jeugdverpleegkundige Groepsleiding kinderopvang Leerkracht Ontwikkelingspsycholoog Orthopedagoog
AUTI-R-schaal, checklist autisme voor jonge kinderen *	Onderscheidt autistische kinderen van niet- autistische kinderen.	1-12 jaar (professional)	Jeugdarts of jeugdverpleegkundige Ontwikkelingspsycholoog Orthopedagoog
Toddlers (CHAT) **	Stelt een vermoeden van een autistische stoornis bij jonge kinderen vast.	vanaf 18 mnd. (ouders, professional)	Jeugdarts of jeugdverpleegkundige
<i>Categorie: instrumenten voor universele screening psychomotorische ontwikkeling</i>			
Van Wiechen Onderzoek (VWO) +	Vroegtijdig opsporen van ontwikkelingsstoornissen.	0-4 jaar (ouders)	Jeugdarts of jeugdverpleegkundige
Baecke-Fassaert Motoriektest (BFMT) -	Beoordelen van de motorische ontwikkeling van kleuters.	4-6 jaar (kind)	Jeugdarts of jeugdverpleegkundige
<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)	Jeugdarts of jeugdverpleegkundige
VTO Taal 2-jarigen *	Brengt taalontwikkelingsproblemen bij peuters in beeld.	2-3 jaar (ouders)	Jeugdarts of jeugdverpleegkundige

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 bepalen wat er wel of 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. Een voorbeeld hiervan is het model van Kousemaker, waarin onderscheid wordt gemaakt in opvoedingsvragen, -spanning, -crisis en -nood (Hermanns, 2006; Kousemaker, 1996; Belsky, 1994; Buma, 1958). Op basis van dit model heeft bijvoorbeeld CJG Rijnmond een ernsttaxatieschema ontwikkeld (zie cjpgrijnmond.nl).

6.1.3 Samenvatting signaleringsinstrumenten

Slechts twee 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.

SPARK staat voor: Signaleren van Problemen en Analyse van Risico bij opvoeden en ontwikkeling van Kinderen (Structured Problem Analysis of Raising Kids) (Staal et al., 2011a en 2011b; www.juliuscentrum.nl/SPARK). Met behulp van het instrument voert de jeugdverpleegkundige tijdens een huisbezoek een gestructureerd vraaggesprek met de ouder(s) om (het 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. De SPARK bestaat uit 16 domeinen en omvat alle fasen van het signaleringsproces: detecteren, zorgen delen en analyse/besluitvorming, in samenspraak met de ouder(s) (Kooijman en Prinsen, 2003). Het afnemen van de SPARK kost 20 tot 40 minuten, gemiddeld 30 minuten.

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 significant meer kinderen met een verhoogd of hoog risico opgespoord dan wanneer geen gebruikgemaakt wordt van een instrument. Het onderscheidend vermogen, de inter-raterbetrouwbaarheid en de predictieve validiteit (voorspelt de risico-inschatting van de SPARK en een latere melding bij AMK/BJZ/VTO) zijn goed tot uitstekend (Van Stel et al., 2012; Staal et al., 2013). De overeenstemming met zelfrapportagevragenlijsten over gerelateerde onderwerpen is zeer matig, wat mogelijk verklaard wordt doordat inhoud en vraagwijze te veel verschillen. Het oordeel van gebruikers (ouders en jeugdverpleegkundigen) was positief. Voor training in het gebruik van de SPARK zijn een e-learning en handleiding beschikbaar. De SPARK is in nauwe samenwerking met jeugdverpleegkundigen ontwikkeld op basis 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 en Leseman, 1998; Leseman en Hermanns, 2002; Zeeman et al., 2007; 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 SPARK 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 vervolgconsult 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 signaleringsinstrumenten 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, Hildebrand, Van der Hoorn, 2012).

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 de CARE-NL en de Lijst Hellinckx erg uitgebreid en vragen ze aardig wat kennis van psychopathologie van de professional. De lijst Hellinckx maakt goed onderscheid tussen potentieel wel en niet mishandelende ouders en heeft een Cronbach's alpha van 0,94.

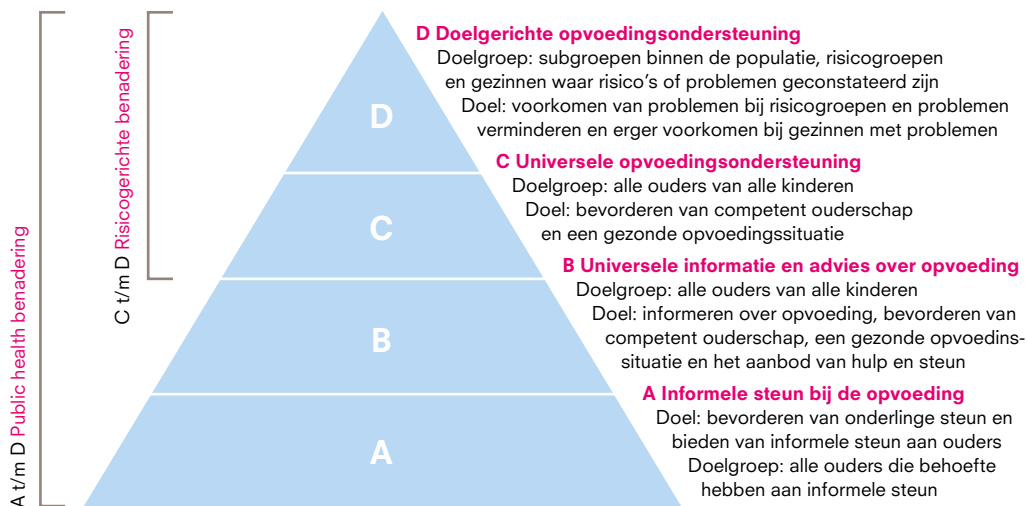
Wat betreft psychosociale problemen, de volgende instrumenten zijn getoetst op validiteit en betrouwbaarheid: voor tweejarigen wordt de BITSEA aanbevolen (De Wolff et al., 2013) en de SDQ (ouderversie) verdient de voorkeur voor de leeftijd van 3 tot en met 12 jaar (Theunissen et al., 2012; Vogels, 2008). Voor 13- en 14-jarigen is de SDQ (zelfrapportage) of de KIVPA een goede keuze. Onderzoek heeft verder laten zien dat signaleringsinstrumenten voor psychosociale problemen pas vanaf de leeftijd van twee jaar zinvol zijn (Theunissen et al., 2012). Zie ook de Handreiking 'Verantwoord gebruik van vragenlijsten in de JGZ' (NCJ).

De Inventagroep (2005) adviseert om enerzijds het proces van probleemontwikkeling 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 Methoden, programma's en interventies voor opvoedingsondersteuning

6.2.1 Methoden voor opvoedingsondersteuning

Alvorens we de talrijke programma's en interventies voor opvoedingsondersteuning beschrijven, geven we eerst een beknopt overzicht van de verschillende methoden die gehanteerd worden bij het aanbieden van opvoedingsondersteuning. De term 'methode' 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 'methode' 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 opvoedingsondersteuning' 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 en Anthonijsz, 2008).



Figuur 2. Piramide van opvoedingsondersteuning (Van Dijk en 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' (Speetjens et al., 2009, 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. Ook heeft de JGZ vanuit haar collectief preventieve opdracht een rol in het stimuleren en faciliteren van de pedagogische civil society en het versterken van de vermogens van ouders en kinderen. Wanneer 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 ten slotte 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 in het CJG (Van Dijk en 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 en de speelgoeduitleen vallen hieronder.

Televisieprogramma's (niveau A)

Televisieprogramma'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 van baby's tot en met pubers en toekomstige ouders. Maar er zijn ook andere websites 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 meestgelezen blad. Naast de informele tijdschriften biedt ook de JGZ schriftelijke informatie aan. 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 kinderwens 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 pedagogische 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 tijdens inloopsprekuren of telefonische spreekuren. Kenmerkend voor pedagogische advisering zijn 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 Video-Hometraining 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 gebruikmaken. 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 spelothek. 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)

Enmalige 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 het onderwijs;
- het bevorderen van contact tussen ouder en de instelling, vormgeven aan 'samen opvoeden';
- het 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 zijn als individueel gericht. Video-hometraining is een voorbeeld van een veelgebruikte individuele oudertraining: een videohometrainer maakt drie keer een opname van de ouder-kind interactie bij de ouders thuis en komt dan drie keer nabespreken. Video-hometrainingen worden toegepast bij overmatig huilen en 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 voorbeeldgedrag tonen bij het aanleren van nieuw gedrag door financiën te ordenen, huishouden op te ruimen, het gezinsmanagement op orde te brengen en de zelfredzaamheid wat betreft pedagogische taken te vergroten. Thuisbegeleiding wordt in de regel ingezet voor multiprobleemgezinnen of gezinnen waar de ouders ongemotiveerd zijn voor andere hulp.

Intensieve opvoedingsondersteuning (niveau D)

Er is een veelheid aan programma's en interventies voor gezinnen met ernstigere opvoedings-

problemen. 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 trainingsmethoden 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 'methode');
- 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 met name om de programma's die in de JGZ 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 achterstandsgezinnen. 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, verbeteren de 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 in 50 vergelijkbare gebieden waar Sure Start nog niet aangeboden werd. In de Sure Start-groep werden 16.502 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 werd ook een test bij de kinderen afgenomen. 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 in het algemeen weinig doelgericht wordt gewerkt (in geen van de 'gebieden' hoeft men aan te geven wat men doet). Hierdoor ontstaat ook weinig zicht op de mogelijk werkzame bestanddelen. Ten slotte blijft het samenstellen van een vergelijkbare controlegroep een moeilijk punt. In 2008 heeft ook een grootschalige evaluatie van Sure Start plaatsgevonden (Melhuish e. a., 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 de 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, er was minder negatief opvoedgedrag bij de ouders en ouders schakelden sneller en meer hulp in dan de vergelijkingsgezinnen. Zowel uit zelfrapportagevragenlijsten als uit 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. Ten slotte beoogt het programma Samen Starten de samenwerking tussen lokale ketenpartners rondom gezinnen te verbeteren en te versterken.

De studies van Tenhaeff et al. (2004) en Tan et al. (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 van 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 Universitair Medisch Centrum Groningen (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:

1. De vraaggerichte werkwijze, waarbij de ouders aangeven op welke terreinen ze ondersteuning willen en hoe lang zij er gebruik van willen maken.
2. Empowerment en deproblematiseren: 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 aan de ouder, het gezin en 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 en 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 een derde 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 en Leseman (1997) hebben een evaluatieonderzoek gedaan naar Home-Start met 56 gezinnen waarbij een voor- en een nameting werden 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 ze 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 en Dekovic, 2006; 2008). Uitkomsten lieten zien dat Home-Start leidde tot een verhoogd ouderlijk welzijn. De 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, Dekovic, Prinzie en 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 bij de moeders die bij de 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 controlegroep van eveneens 75 gezinnen 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). Het algemene doel van het programma zijn 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 tot 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 Triple P*), gezinnen met een risico op kindermishandeling (*Pathways Triple P*), alleenstaande ouders (*Triple P StartingWell*), ouders van kinderen met overgewicht (*Lifestyle Triple P*), ouders die uit elkaar gaan en nieuw samengestelde gezinnen (*Transitions Triple P*). 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 veelvoorkomende opvoedingsvragen en ontwikkelingsaspecten. Bedoeld voor ouders met kinderen van 0 tot 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 veelvoorkomende 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: 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, bestaande uit 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.

Inmiddels zijn vier meta-analyses verschenen naar de effecten van Triple P voor zowel de ouders als de kinderen (Thomas, Zihmer en Gembeck, 2007; Nowak en Heinrich's, 2008; De Graaf et al., 2008a; De Graaf et al., 2008b). In de meta-analyse van Thomas et al. (2007) werden 28 effectiviteitsstudies naar alle niveaus van Triple P samengevoegd. In de studie van Nowak ging het om een set van 55 studies die eveneens betrekking hadden op alle vijf de niveaus van Triple P, waarin in totaal bijna 12.000 gezinnen geparticipeerd hebben. In beide metastudies bleek dat meer intensieve varianten van Triple P (niveaus 4 en 5) effectiever waren dan varianten op niveau 1. Binnen niveau 4 bleek bovendien de individuele variant weer effectiever te zijn dan de groepsvariant. Ouders rapporteren na het afronden van de Triple P-interventies dat ze vooruit zijn gegaan wat betreft hun opvoedvaardigheden ($d = 0,38$) (Nowak et al., 2008). Ook het probleemgedrag van de kinderen was in de ogen van de ouders gedaald op de nameting ($d = 0,45$). Ook Thomas et al. (2007) rapporteren gematigde effecten wanneer ouders voor en na de Triple P-interventie het probleemgedrag van hun kind beoordeelden. Wanneer leerkrachten het gedrag van de kinderen beoordeelden, verdween het effect.

De Graaf en collega's hebben de uitkomsten van 48 internationale studies naar niveau 4 van Triple P samengevoegd in twee meta-analyses (De Graaf et al., 2008a, 2008b). In de eerste meta-analyse was de uitkomstmaat probleemgedrag van de kinderen.

De verandering van problematisch kindgedrag is in de verschillende onderzoeken op twee manieren gemeten.

Ouders kregen een vragenlijst over het gedrag van hun kind en in sommige studies is de moeder-kindinteractie 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-interventie (niveau 4) vonden ouders dat ze een meer positieve opvoedingsstijl hanteerden 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 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. 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 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 de ouder-kindrelatie te verbeteren. Ouders met kinderen tussen de 2 en 7 jaar die externaliserend (oppositieel opstandig) probleemgedrag vertonen, ouders met opvoedingsverlegenheid en gezinnen met 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 onewayscreen 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-aandachtsvaardigheden te gebruiken, zoals het sensitief reageren en het prijzen van goed gedrag. In de derde fase leren de ouders op het gedrag gerichte managementstrategieën, zoals het effectief afgeven van directieven en opdrachten, het gepast reageren op medewerking of verzet van het kind en het gebruiken van time-outprocedures. 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 en 0,40).

Inmiddels is PCIT in het Nederlands vertaald.

Het programma is door de Databank Effectieve Jeugdinterventies beoordeeld als theoretisch goed onderbouwd. Momenteel wordt bij De Bascule in Amsterdam in samenwerking met de Universiteit Utrecht een effectiviteitsonderzoek uitgevoerd naar PCIT in Nederland. Naar verwachting zullen de eerste resultaten in 2013 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 groeps-training 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 ouderprogramma's (parenting interventions) zijn meegenomen. Een opvallende uitkomst van de meta-analyse uit 2005 was het feit dat de dat 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 parenting interventions 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 gematcht 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;
- het oefenen van leeftijds-adequate 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 gebruikgemaakt 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 externaliserende 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 metastudies 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 de inhoud en vorm van het 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 interventiemethodiek (bijvoorbeeld zowel informatie en advies geven als vaardigheids-training) 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': informatieoverdracht om bewustwording te stimuleren, rollenspelen, het versterken van positief gedrag met beloningen.

Wat betreft de juiste 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 langetermijneffecten 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 blijkbaar gevoelig voor uitval en motivatieverlies 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 kunnen 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 worden 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 het specifieke programma. Van Yperen et al. (2010) betogen dat 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 evidencebased 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 niveau van selectieve preventie: beide programma's richten

zich op een selecte groep van ouders die in een kansarme omgeving wonen of tot een risicogroep behoren, hoewel Home-Start in principe voor alle ouders ingezet kan worden. 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 indicatieniveau: 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 de 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 uitgebreid 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 5 niveaus en vele varianten waarbij het programma aangepast wordt aan diverse groepen, voldoet aan alle 9 kenmerken. Sure Start ontbeert in ieder geval duidelijke metingen van de uitkomst van de interventie en ook lijkt de theoretische basis erg breed omschreven. Home-Start doet wel structurele (evaluatie)metingen van de uitkomsten. 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. Daarnaast zijn er veel positieve punten van Triple P te benoemen:

- Triple P combineert een public-healthbenadering 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 veelvoorkomende 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, onderwijsgerelateerde interventies en interventies ten behoeve van het jeugdwelzijn. 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') naar 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 Jeugdinterventies hebben we een actueel overzicht samengesteld van de programma's en interventies voor opvoedingsondersteuning die momenteel uitgevoerd worden binnen de jeugdgezondheidszorg. 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 voor groepen met risicofactoren en ten slotte ook het aanbod voor ouders en kinderen op indicatie. Bij die laatste groep interventies en programma's hebben we als selectiecriteria 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 Jeugdinterventies (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 verrat.
- 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.

In de volgende paragrafen beschrijven we de verschillende interventies, gerangschikt naar het niveau van effectiviteit. Hierbij moet opgemerkt worden dat in maart 2009 de criteria voor niveau 2 (waarschijnlijk effectief) en 3 (bewezen effectief) opnieuw geformuleerd zijn. Dit maakt een herbeoordeling noodzakelijk van alle interventies die reeds in de databank zijn opgenomen en dus minstens aan niveau 1 (theoretisch goed onderbouwd) voldoen. 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 jeugdwelzijn 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 bij 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 een 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 en Koot, 2006). De interventie is zowel in Nederlandse als in 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 3 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 aangeboden die als 'waarschijnlijk' effectief te boek staan: *De Ouder-Baby-interventie* (Van Doesum, 2005) en de *DroogBedTraining*.

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 video-hometraining is de basismethode van de interventie. Naast video-interactiebegeleiding wordt gebruikgemaakt van cognitieve herstructurering: depressieve moeders denken vaak negatief over zichzelf als moeder maar ook over hun kind. Er wordt uitgelegd 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' die veel huilen en 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 en 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 Ouder-Baby-interventie bij depressieve moeders en baby's tot en met 12 maanden een positief effect heeft op de moeder-kindinteractie, de mate van gehechtheid en het sociaal-emotioneel functioneren van het kind. In de groep moeders ($n = 35$) verbeterde de sensitiviteit, betrokkenheid en responsiviteit. De baby's waren 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 's nachts op te wc te plassen. 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 zijn. 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 2e 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 gebruikgemaakt 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 verschonen 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 2 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 en Koot, 2002). De kinderen hadden bij het begin van de DroogBedTraining 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 was dan geen behandeling, maar ze vonden onvoldoende

bewijs van de effectiviteit van de interventies zonder alarm. DroogBedTraining 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's 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 theoretisch goed onderbouwd. Hieronder bespreken we in het kort de interventies per categorie.

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 tot 16 jaar. Niveau 1 van Triple P heeft betrekking op massamediale voorlichting over veelvoorkomende opvoedingsvragen en ontwikkelingsaspecten. Bedoeld voor ouders met kinderen van 0 tot 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 veelvoorkomende 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. Volgens Blom e.a. (1995) zijn ouders na deze interventie consistent in het opvoeden, geven ze meer positieve aandacht, schelden ze minder en slaan ze 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 en 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 lichte 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 effectonderzoek uitgevoerd.

- 4. Pedagogisch Adviseren.** Pedagogisch Adviseren biedt adviesgesprekken aan ouders met kinderen in de leeftijd van 0 tot 19 jaar met vragen over en milde problemen in de opvoeding. Pedagogisch Adviseren heeft een preventief doel. Het wil voorkomen dat opvoedingsvragen en spanning uitgroeien tot problematische gezinssituaties. Het aanbod bestaat uit maximaal 5 gesprekken van een uur, gedurende ongeveer 10 weken.
- 5. Rookvrij Opgroeien (Roken? Niet waar de kleine bij is!).** Het doel van deze interventie is het verminderen van het percentage kinderen in de leeftijd van 0 tot 4 jaar dat wordt blootgesteld aan tabaksrook in de thuissituatie. De interventie is primair gericht op de ouders, bestaat uit gefaseerde individuele voorlichting op maat en wordt uitgevoerd door professionals uit de jeugdgezondheidszorg en de kraamzorg.
- 6. 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.
- 7. 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.
- 8. 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 het 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 het NIZW, het NJi is momenteel eigenaar. Er zijn geen Nederlandse 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.
- 9. Gordon-cursus 'Effectief omgaan met kinderen'.** De Gordon-cursus 'Effectief omgaan met kinderen' is een preventieve oudercursus voor ouders en opvoeders van kinderen tussen de 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 controlegroepen zonder randomisatie (Klein Poelhuis, Van IJendoorn en 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.
- 10. 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-kindrelatie te verbeteren. Dit gebeurt in maximaal 8 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). In 2011 is de effectiviteit van K-VHT in de JGZ onderzocht in kleinschalige studie bij gezinnen die zich veel zorgen maken over het huilen.

De studie biedt een bescheiden indicatie voor de effectiviteit van K-VHT (Klein Velderman et al., 2011). Er werden indicaties gevonden voor een afname in ouderlijke stress, een verhoogd gevoel van opvoedcompetenties en een toename in sensitieve responsiviteit van moeders als gevolg van de interventie. Geconcludeerd werd dat K-VHT een nuttige aanvulling kan zijn op de reguliere begeleiding van ouders die zich zorgen maken over huilen. De interventie kent ook toepassingen voor onder meer gezinnen met kinderen in de basisschoolleeftijd (Van der Veen en Prinsen, 2010).

- 11. Moeders Informeren Moeders (MIM).** MIM is een programma voor voorlichting en opvoedingsondersteuning van moeders met een eerste kind tussen de 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 te versterken tijdens huisbezoeken. Uit evaluatieonderzoek (Molloy, 2002) blijkt dat het zelfvertrouwen van moeders toeneemt, alsook hun ervaren opvoedingscompetentie.
- 12. 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 tot 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, Van Beeck, Dekker, Juttman, Brug en 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 tot 18 maanden. Omdat er geen voormeting is gedaan, blijven er twijfels waaraan de effecten moeten worden toegeschreven.

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 3 varianten wat betreft de uitvoering: in de standaardversie worden 8 à 10 individuele sessies aangeboden, er is een groepsvariant met 8 sessies en een zelfhulpprogramma. 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 tevoren vastgesteld risicoprofiel, komen ze in aanmerking voor de huisbezoeken en worden ze gemotiveerd om deel te nemen.

De effectiviteit van de interventie is onderzocht in een RCT (Bouwmeester-Landweer, 2006) Ouders die aan het vastgestelde risicoprofiel voldeden, werden benaderd voor een baseline-meting met behulp van een vragenlijst. Nadat ouders deze vragenlijst ingevuld retourneerden, met een consentformulier, vond randomisatie plaats van de interventie- en controlegroep. De controlegroep ontving alleen de reguliere zorg vanuit het consultatiebureau. Ouders in de interventiegroep bleken significant minder gebruik te maken van diverse medische en psychische zorg in vergelijking met de controlegroep. De onderzoeker concludeert dat de interventie bescheiden effecten sorteert die passend zijn bij het onderzoeksformat. In 2012 is onderzocht in hoeverre Stevig Ouderschap tegelijk met Samen Starten geïmplementeerd kan worden. Uitkomsten laten zien dat beide methodieken goed samengevoegd kunnen worden: beide instrumenten stemmen in grote mate overeen wat betreft het aanwijzen van gezinnen die extra steun behoeven in het eerste levensjaar. Beide instrumenten hebben ook ieder een unieke bijdrage aan de signalering van gezinnen die extra aandacht nodig hebben. Aanbevolen wordt om Samen Starten en Stevig Ouderschap in te zetten als methodiek voor signalering en als interventie voor extra ondersteuning. Met de combinatie van Samen Starten en Stevig Ouderschap beschikt een JGZ organisatie zowel over een goede screening van psychosociale problemen en risicovolle opvoedingssituaties en een volwaardige JGZ-interventie (de Wolff, Pannebakker, & Bouwmeester, 2012).

- 3. Home-Start.** Home-Start is een preventieprogramma waarbij getrainde vrijwilligers ouders met ten minste één kind van zes jaar of jonger ondersteuning bieden 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 een team van ondersteunende professionals, 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 tot 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 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.** 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 een 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 opvoedings-situatie 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 echtscheidingssituaties.** Kinderen in echtscheidingssituatie (KIES) is een spel- praatgroep voor kinderen van gescheiden ouders. Onder leiding van een KIES-coach wordt in acht bijeenkomsten gewerkt aan de verwerking van de echtscheiding van de ouders. Voor ouders is er een informatiebijeenkomst en voor leerkrachten de mogelijkheid van deskundigheidsbevordering. Een beperkt onderzoek naar de effecten van KIES (geen veranderings- 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 Utrecht.
11. **Bemoeizorg in de jeugdgezondheidszorg.** Bemoeizorg in de jeugdgezondheidszorg is een methodiek waarbij ongevraagde zorg aan (ouders van) kinderen/jongeren van

0 tot 19 jaar wordt aangeboden. Deze wordt ingezet op grond van een gesignaleerde bedreiging van de gezondheid van de jeugdige en wanneer 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 gecontroleerde effectstudies voorhanden, maar er is wel ongecontroleerd effectonderzoek gedaan met follow-upmeting. In dit onderzoek werden middelgrote tot grote effecten gevonden van de methodiek Bemoeizorg op de ernst van de problematiek en de ervaren kwaliteit van leven (Roeg, Voogt, Van Assen en Garretsen, 2012). Ook zijn enkele studies uitgevoerd ter evaluatie van de uitvoering van de interventie Bemoeizorg in de JGZ 0-19. Deze evaluaties geven inzicht in wijze van waarop Bemoeizorg is uitgevoerd, wat de problematiek van en het bereik onder cliënten is, en welke hulp en verwijzingen bij hen in gang zijn gezet.

12. VoorZorg. VoorZorg is een preventieve interventie, gericht op hoogrisicomoeders, 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 (NFP). 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). Van NFP zijn significante effecten aangetoond in drie gerandomiseerde studies. Het belangrijkste effect met betrekking tot kindermishandeling is een afname van kindermishandeling en verwaarlozing tijdens de eerste 2 levensjaren (van 19% naar 4%). Verder zijn er positieve langetermijneffecten 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 World Health Organization (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 een of meer kinderen te voorkomen. De veiligheid van de kinderen staat voorop. De hulp duurt 4 tot 6 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 na 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 evaluatieonderzoek. 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. Beter met Thuis 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 een 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.

Goed onderbouwde interventies voor selectieve opvoedingsondersteuning bij problemen van 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 zestien interventies gesplitst in twee groepen. Eerst volgen de vijf programma's die zich primair op de ouders richten: via de ouders wordt het problematische gedrag aangepakt. Vervolgens komen de elf programma's aan bod 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 die zich primair richten 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, themabijeenkomsten, oudercursus, en oudertraining.
5. Groepsmediatietherapie voor ouders met kinderen met ADHD.

b. Elf 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.

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

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 dat 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 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, 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 ten slotte hebben

we 5 meer intensieve programma gevonden die middels intensieve begeleiding in de thuis-situatie 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.

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 om verder te ontwikkelen. 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 2.

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-facescreenings (zoals het DMO-protocol) wordt ruim boven de 90% respons gescoord en bij huisbezoek nog hoger. Veel interventies gericht op opvoedingsondersteuning bevatten huisbezoeken (zoals de SPARK). Interventies waarvan groepsgewijze bijeenkomsten een onderdeel uitmaken (zoals bij Triple P het geval kan zijn) hebben een selectief bereik en een notoir 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-verschijnenbeleid');
 - het opsporen en contact herstellen en zo nodig toeleiden naar zorg (o.a. 'outreaching werken', 'vangnet jeugd' en de methodiek '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 cultureelsensitief moeten zijn. Afhankelijk van de resultaten van de analyse zal gekeken moeten worden óf er een interventie moet plaatsvinden en, zo ja, 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. Twee instrumenten zijn in het bijzonder geschikt voor universele signalering van *opvoedingsproblemen*: de SPARK (voorheen aangeduid als de VOBO-Z) en het DMO-protocol dat deel uitmaakt van Samen Starten.
2. Voor signalering van opvoedproblemen in gezinnen in risicosituaties is de NOSIK een bruikbaar instrument, maar dat is al een meer selectief te gebruiken instrument onder supervisie van een gedragswetenschapper.
3. Voor ouders met kinderen boven de 13 jaar zijn er geen signaleringsinstrumenten voor opvoedingsproblemen beschikbaar. Aanbevolen wordt een instrument te ontwikkelen of een bestaand instrument door te ontwikkelen voor deze leeftijd.
4. Voor signalering van *psychosociale problemen* verdienen de BITSEA (voor de 2-jarigen) en de SDQ (ouderversie) voor de leeftijd van 3 tot 12 jaar de voorkeur. Voor de leeftijd vanaf 13 jaar zijn de SDQ (zelfrapportage) en de KIVPA een goede keuze.
5. Signaleringsinstrumenten zijn belangrijke hulpmiddelen in de zin dat zij de signalering verbeteren (Vogels, 2008). Signaleringsinstrumenten zorgen ervoor dat de professional systematisch gegevens verzamelt over het kind, waardoor de professional zijn/haar beslissingen beter kan onderbouwen.
6. Signaleren mag nooit gebeuren zonder het 'delen van de signalen met de ouders'. De crux is de acceptatie van het signaal door de ouder, waarbij wederzijds vertrouwen, openheid en empowerment de bepalende kenmerken van de communicatie zijn. De ouder blijft de regie over het signaal voeren, tenzij de veiligheid van het kind in het geding is of komt. In die zin zijn signaleringsinstrumenten niet meer dan een hulpmiddel.

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 settings waarbinnen opvoedingsondersteuning aangeboden wordt, is een breed en gevarieerd aanbod gerechtvaardigd.
2. De effectiviteit van een interventie wordt naast allerlei programmaspecifieke 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 in de praktijk gebeurt.
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, Stap voor Stap en Pedagogisch Adviseren 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, Rookvrij Opgroeien, Beter Omgaan met Pubers, Drukke kinderen, Veiligheidsinformatiekaarten, MIM, Kortdurende Video-Hometraining en Peuter in Zicht! Deze programma's hebben als voordeel boven Triple P 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 DroogBedTraining. Alle drie de interventies zijn in Nederland ontwikkeld.
 6. Naast de drie hierboven genoemde effectieve interventies op selectief niveau zijn 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.

Signaleringsinstrumenten:

1. Het advies is om één instrument te gebruiken voor de signalering van opvoedingsproblemen en één instrument te gebruiken voor de signalering van psychosociale problemen (voor 0-4 én 4-19). De keuze voor deze instrumenten dient op managementniveau gemaakt te worden.
 - Voor het signaleren van opvoedingsproblemen is er keuze uit de SPARK (voorheen aangeduid als de VOBO-Z) en het DMO-protocol dat deel uitmaakt van Samen Starten (beide universele signalering) of de NOSIK (signalering in risicosituaties). De NOSIK is een meer selectief te gebruiken instrument onder supervisie van een gedragswetenschapper.
 - Voor het signaleren van psychosociale problemen is er keuze uit de BITSEA (voor 2-jarigen) en de SDQ (ouderversie) voor de leeftijd van 0 tot 4. Voor de leeftijd 4 tot 19 is er keuze uit de ouderversie van de SDQ (4-16) en de SDQ zelfrapportage en vanaf 13 jaar de KIVPA.

- Voor ouders met kinderen boven de 13 jaar zijn er geen signaleringsinstrumenten voor opvoedingsproblemen beschikbaar. Aanbevolen wordt een instrument te ontwikkelen of een bestaand instrument door te ontwikkelen voor deze leeftijd.
2. Het gebruik van een instrument voor psychosociale problemen weegt zwaarder dan een instrument voor opvoedproblemen. Dus bij zeer beperkte middelen heeft het gebruik van een instrument voor psychosociale problemen de voorkeur.
 3. Signaleren mag nooit zonder het 'delen van de signalen met de ouders'. De crux is de acceptatie van het signaal door de ouder, waarbij wederzijds vertrouwen, openheid en empowerment de bepalende kenmerken van de communicatie zijn. De ouder blijft de regie over het signaal voeren, tenzij de veiligheid van het kind in het geding is of komt. In die zin zijn signaleringsinstrumenten dan ook niet meer dan een hulpmiddel. Gebruik alleen een signaleringsinstrument voor het bieden van opvoedingsondersteuning als er behoefte is aan het nader onderkennen van het opvoedingsprobleem. De professionele inschatting (of blik) blijft een startpunt voor alle signalering. Signaleringsinstrumenten zijn uitsluitend een hulpmiddel bij het signaleren van problemen. Vervolgens zullen de professionals de uitkomsten van het onderzoek met het kind en/of diens ouders moeten bespreken en het probleem moeten verhelderen.
 4. Meer korte, universele signaleringsinstrumenten dienen ontwikkeld te worden, met name voor kinderen ouder dan 2 jaar. De SPARK en het DMO-protocol betreffen allebei een gespreksleidraad en worden ingezet bij ouders van kleine kinderen. Er moet verder onderzoek gedaan worden naar de validiteit van de SPARK voor verschillende leeftijdscategorieën.

Interventies:

1. Bij het inzetten van programma's voor opvoedingsondersteuning dient veel aandacht besteed te worden aan de implementatie van het programma in de praktijk.
 2. Iedere organisatie dient minimaal één interventie voor universele opvoedingsondersteuning aan te bieden, aangevuld met interventies die nodig zijn om je doelgroep goed te kunnen bedienen. Dat zijn dus vaak meerdere fasegebonden interventies of interventies voor specifieke doelgroepen. Zowel voor instrumenten als voor interventies geldt dat zij de kwaliteit van het werk/de ondersteuning moeten verbeteren.
 3. Maak bij het aanbieden van opvoedingsondersteuning op universeel niveau gebruik van Triple P niveau 1, 2 en 3. De JGZ-professionals die frequent contact met ouders hebben, moeten hierin geschoold worden.
 4. Gebruik voor andere universele (al dan niet fasegebonden) en specifieke opvoedvragen en -problemen een interventie voor opvoedingsondersteuning die ten minste theoretisch onderbouwd is. Deze zijn opgenomen in onderstaand overzicht (tabel 7 annex kaart 1).
 5. Zet de programma's VIPP-SD, Ouder-Baby-interventie en DroogBedTraining in onder die voorwaarden waar de programma's specifiek voor zijn bedoeld.
 6. Zet Triple P niveau 3, 4 en 5 in voor situaties waarin de drie effectieve interventies (VIPP-SD, Ouder-Baby-interventie en DroogBedTraining) niet geschikt zijn.
- Er dient meer onderzoek gedaan te worden naar de effectiviteit van kindgerichte programma's voor selectieve opvoedingsondersteuning.

Tabel 7. Overzicht van aanbevolen signaleringsinstrumenten en interventieprogramma's van opvoedingsondersteuning (kaart 1).

Opvoedingsondersteuning JGZ				
Overzicht van aanbevolen instrumenten en interventieprogramma's per leeftijdsgroep				
	Baby 0 - 1 jaar	Peuter/kleuter 1 - 4 jaar	Kinderen 4 - 12 jaar	Adolescent 12 - 19 jaar
Contact- momenten	2 w., 4 w., 8 w., 3 m., 4 m., 6 m., 7,5 m., 9 m., 11 m.	14 m., 18 m., 2 jr., 3 jr., 3,5 jr.	groep 2, groep 7	2 ^e klas VO, even- tueel 16 jr.
Signalering: psychosociale problemen				
Aanbevolen instrumenten		BITSEA (24 mnd), SDQ ouderversie (3 jr. 3,9 jr.)	SDQ ouderversie	SDQ zelf- rapportage- versie, KIVPA
Signalering: opvoed- en opgroei problemen				
Aanbevolen instrumenten	DMO-p Samen Starten	DMO-p (t/m 18 mnd.), SPARK (18 mnd.), NOSIK (vanaf 2 jr.)	NOSIK	NOSIK (t/m 14 jr.)
INTERVENTIES¹ door JGZ				
Aanbevolen universele interventies	Triple P (0-16 jr.), Gordon-cursus (1-18 jr.), Stap voor Stap (0-12 jr.), Pedagogisch Adviseren (0-19 jr.)			
Aanbevolen universele fasegebonden interventies²	MIM (0-1,5 jr.), VIK (0-4 jr.), K-VHT (0-4 jr.), Home- Start (0-6 jr.), Rookvrij opgroeien (0-4 jr.)	MIM (0-1,5 jr.), VIK (0-4 jr.), K-VHT (0-4 jr.), Home- Start (0-6 jr.), Peuter in Zicht! (2-3 jr.), STAP (2-4 jr.), Rookvrij opgroeien (0-4 jr.)	Home-Start (0-6 jr.), Opvoeden & Zo (4-12 jr.)	Beter Omgaan Met Pubers (12-18 jr.)

Aanbevolen interventies voor specifieke doelgroepen	Ouder-Baby-interventie (0-1 jr.), Armoede en gezondheid (0-12 jr.), Bemoeizorg (0-19 jr.), Stevig Ouderschap (1-1,5 jr.), Triple P (0-16 jr.), Voorzorg (-0,5-2 jr.)	Armoede en gezondheid (0-12 jr.), Bemoeizorg (0-19 jr.), Triple P (0-16 jr.), Stevig Ouderschap (3-18mnd.), Voorzorg (-0,5-2 jr.), VIPP-SD (1-3 jr.)	Drukke kinderen (4-12 jr.), DroogBedTraining (> 7 jr.), Armoede en gezondheid (0-12 jr.), Bemoeizorg (0-19 jr.), Triple P (0-16 jr.)	Bemoeizorg (0-19 jr.), Triple P (0-16 jr.)
Overdracht of verwijzing naar andere hulpverleners				
Middelen/instrumenten	O.a. Digitaal Dossier JGZ, verwijzindex, standpunt samenwerking			

¹ Dit overzicht bevat interventieprogramma's die door een onafhankelijke erkenningscommissie erkend en beoordeeld zijn als 'theoretisch goed onderbouwd', 'waarschijnlijk effectief' of 'bewezen effectief' (Databank Effectieve Jeugdinterventies).

² De interventieprogramma's hebben een eigen doelgroep met specifieke indicatiecriteria.

7. DIVERSITEIT

Het onderwerp van dit hoofdstuk is uitgangsvraag d: *op welke wijze kan in de preventie, signalering en interventie rekening worden gehouden met diversiteit in opvoedingsgewoonten op basis van etnische achtergrond, sociaal-economische status, scholingsachtergrond, beheersing van het Nederlands, (alleenstaand) ouderschap en 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 lichamelijke en verstandelijke beperkingen.

7.1.1 Inleiding

Voor het beantwoorden van deze vraag is onder andere gebruikgemaakt van de Overzichtsstudie interventies voor migrantenjeugd: ontwikkelingsstimulering, preventie en vroeghulp (Ince en Van den Berg, 2010), de Programmeringsstudie Jeugd van Klein Velderman, Hosman en Paulussen (2007) en verschillende overzichtsstudies (Hermanns et al., 2005; Kooijman en 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 de JGZ als goed of veelbelovend zijn beoordeeld op grond van onderzoek, maar ook vanwege veelvuldig gebruik of vanwege beschikbaarheid van normering en/of validering. Hier wordt beschreven in hoeverre deze instrumenten bruikbaar zijn voor signalering bij specifieke risicogroepen. Instrumenten om risico's en problemen op het gebied van de opvoeding van kinderen te signaleren die gebruikt worden binnen de jeugdgezondheidszorg voor zover het opvoedingsondersteuning betreft en worden toegepast binnen de opvoeden opgroeihulp, worden hier eveneens beschreven. Het gaat om meetinstrumenten die gebruikt kunnen worden door jeugdverpleegkundigen, pedagogen en jeugdpsychologen, jeugdmaatschappelijk werkers, opvoedingsondersteuners en jeugdartsen.

7.1.2 Etnische achtergrond

Het lijkt van belang het 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 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 in een isolement omdat ze thuis blijven 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 tegenover ruim 70% 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 zijn, ook in het thuisland, 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).

Instrumenten

Ince en Van den Berg hebben 29 instrumenten geselecteerd gericht 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 (Ince en 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 (A) Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) en het (B) DMO-protocol (Samen Starten).

Een aanvullende search in DIRK, 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 en 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 prosociaal 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 ouerversie van de SDQ (contactmoment groep 6/7) gevalideerd (Vogels e.a., 2005). Het bestuur van GGD Nederland heeft inmiddels besloten de ouerversie van de SDQ landelijk te implementeren als het signaleringsinstrument voor psychosociale problematiek bij 7- tot 12-jarigen binnen de JGZ. Onderzoek naar de psychometrische eigenschappen is gaande en de resultaten worden eind 2012 verwacht (Janssens, Radboud Universiteit Nijmegen). De Inventgroep (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. tweemaal 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 kinderen van 0 tot 2 jaar. Het protocol blijkt bruikbaar mits de ouders de Nederlandse taal goed beheersen. Evengoed kost de afname bij migrantenouders 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' staat 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 aan de 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 lichamelijke en verstandelijke beperkingen.

Het Screeningsinstrument Psychische Stoornissen (SPsy) is te gebruiken bij ouders met een lage sociaal-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

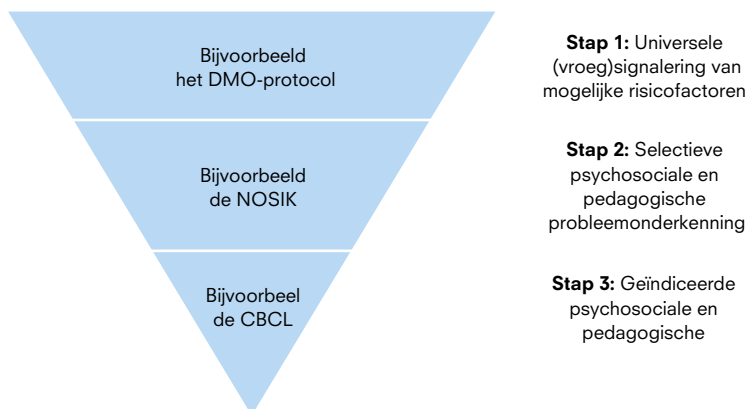
en/of verstandelijke beperking en overige risicogroepen, ontbreken. Ouders met een lage SES zijn vaak laaggeschoold. Bij zowel autochtone als allochtone ouders ontbreken daardoor de basisvaardigheden, -kennis en het abstractievermogen die nodig zijn om bepaalde opvoedingsprogramma's te kunnen volgen. Vaak zijn deze ouders laaggeletterd en hebben zij problemen met lezen en schrijven, vooruitzien, terugkijken, plannen, abstraheren, zelfreflectie, vragen formuleren, adviezen interpreteren en dergelijke.

Andere bruikbare instrumenten of methoden waar nog weinig validatieonderzoek naar is gedaan en weinig onderzoek naar de bruikbaarheid in risicogroepen, zijn (Klein Velderman, 2007):

- Lokale TRV-lijsten: Tijdelijke Regeling Vroegsignalering (TRV)
- Draagkracht/draaglast model van Bakker (1998)
- 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 Jeugd van Klein Velderman et al. (2007). Met betrekking tot 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 van het kind. 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 vanaf 2011 gemeengoed (Bartelink, Ten Berge en Van Yperen, 2010). De eerste stap betreft universele vroegsignalering gericht op alle jeugdigen en ouders. Deze eerste stap van risicotaxatie c.q. 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. Deze facetten zijn: de zorgbehoefte van ouders, dan wel behoefte aan opvoedingsondersteuning; 'risico's' in de opvoedingssituatie of verstoorde draagkracht-draaglastverhouding in het gezin; ouderlijke stress; pedagogische problemen c.q. opvoedingsproblematiek; verstoorde ouder-kindrelatie c.q. ouder-kindconflict; 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 en 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 vier instrumenten voor ouders en jeugdigen met een niet-westerse achtergrond door pedagogen en/of psychologen gebruikt kunnen worden (meestal buiten de JGZ). Dit zijn de Familie Relatie Test (FRT), het Screeningsinstrument Psychische Stoornissen (SPsy), Basis RaadsOnderzoek (BARO) en de Vragenlijst Gezinsfunctioneren (VGF).

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.

Door gebrek aan goed onderzoek beoordelen vooralsnog de professionals zelf of zij deze lijsten bij specifieke risicogroepen gebruiken. Door het ontbreken van validatieonderzoek 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 van 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 en Lijs-Spek, 2010). Uit de Argumentenfabriek kwam naar voren dat ouders met een niet-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 validatieonderzoek naar korte, praktische en werkzame vragenlijsten, signalerings- en screeningsinstrumenten te verrichten die te gebruiken zijn voor specifieke risicogroepen.

7.2 Interventies

7.2.1 Inleiding

Op welke wijze kan bij interventies rekening worden gehouden met gewoonten van risicogroepen en hoe kunnen deze (risico)groepen het meest profiteren van opvoedingsondersteuning, daarbij inspeland 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.

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 – één van de focusgroepen - in 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 twee derde van alle ouders) 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 aan 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, een 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.

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 en 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

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 zijn 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 niet altijd het effect 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 bij het gebruiken van interventies. In de Meetladder Diversiteit Interventies 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). 1 op de 5 ouders met een niet-westerse achtergrond rapporteert dat zij de opvoeding van hun kinderen moeilijk vinden en deze niet goed aankunnen 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. Niet alleen bij de visieontwikkeling, maar ook bij de implementatie en de dagelijkse vormgeving van voorzieningen 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 biculturaliteit om de positie van niet-westerse allochtone te verbeteren. Met biculturaliteit 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 biculturaliteit bij de toepassing van interventies raadzaam zijn. Een cultuursensitieve, in plaats van een cultuurspecifieke, benadering van ouders met een niet-wes-

terse achtergrond, wordt bepleit. Cultuursensitief betekent dat het kind centraal staat en de professional kennis over en sensitiviteit voor etnische verschillen heeft, zodat, binnen de bestaande kaders, zorg op maat wordt geboden.

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 dat de ouders niet kunnen lezen of begrijpen en verwacht voorkennis en een bepaalde zelfreflectie 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 tupperwareparty's zijn mogelijk kansrijker dan verplichting en dwang. Het doorontwikkelen van de beste methoden voor de laatstgenoemde subpopulatie lijkt wenselijk.

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 in termen van: vind je het leuk om moeder te zijn, 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. Randvoorwaarden zijn 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 een 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 paraprofessionals.
- 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 op 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.a., 2009).
- 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 toetsing is geïnspireerd op de Meetladder Diversiteit Interventies (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, 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 gebruikmaken 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 JSO Expertisecentrum voor jeugd, samenleving en ontwikkeling 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; Van den Berg, 2005). Daarnaast is vanuit het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (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 uitmaakt.

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 en 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 middel zal het andere versterken.
- Formuleer de 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 Jeugdinterventies 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, 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 tot 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 dit opvoedingsprogramma (Poppes en Vlaskamp, 2001).

Overige programma's die ook goed te gebruiken zijn voor ouders van kinderen met een beperking, zijn:

- **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 thuissituaties 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 en kinderen met een achterstand in hun motorische ontwikkeling of andere beperkingen in de beweegcontext. 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 een 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 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 een 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 hoogrisicomoeders (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 (Post et al., 2011; De Muynck en Post, 2010; Broer en Gouwe-Dingemans, 2009; Van den Berg e.a., 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 gebruikgemaakt worden van bestaande ontmoetingsplaatsen, 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, op het consultatiebureau/CJG, etc.

- Met inzet van voorlichters eigen taal en cultuur (vetc'ers)
- Met uitvoering door zelforganisaties (een vereniging of stichting die opgericht en bestuurd wordt door niet-westerse gemeenschappen en die functioneert op basis van vrijwilligheid). 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.

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 kunnen bijvoorbeeld de programma's Samen Starten, Stevig Ouderschap, VoorZorg (tot 28e 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 dichtten in opvoedkundige zaken (Berg 2005; Romijn et al., 2005). Via de zorg- en adviesteams, 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 de 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 hun ervaring met het zorg- of opvoedingsaanbod delen en professionals toehoorders 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 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 blijft deelnemen, gaan praktische argumenten boven wetenschappelijke argumenten. De JGZ moet op grond van haar eigen lokale 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, van sleutelfiguren en passende sociale media. Er kan worden gekozen voor een persoonlijke benadering die wordt ondersteund met eenvoudig schriftelijk of beeldmateriaal. Via mond-tot-mondreclame 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 kunnen 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. Opvoedingssprekuren 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 van de groep 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, het 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 bij vragen die er binnen de groep leven en de ouders aanspreken als ervaringsdeskundige zijn 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 (in het CJG) voor signalering, het 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 kaart 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- professionals kunnen worden voorgelegd. Vaak gebeurt dat tijdens een regulier contact met de jeugdverpleegkundige of jeugdarts tijdens of rondom een afspraak op het consultatiebureau, op school of bij het Centrum voor Jeugd en Gezin. Het kan ook de pedagoog of de doktersassistente zijn die de vraag krijgt voorgelegd. Dat kan ook zijn tijdens een spreekuur, een toevallige ontmoeting, 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.

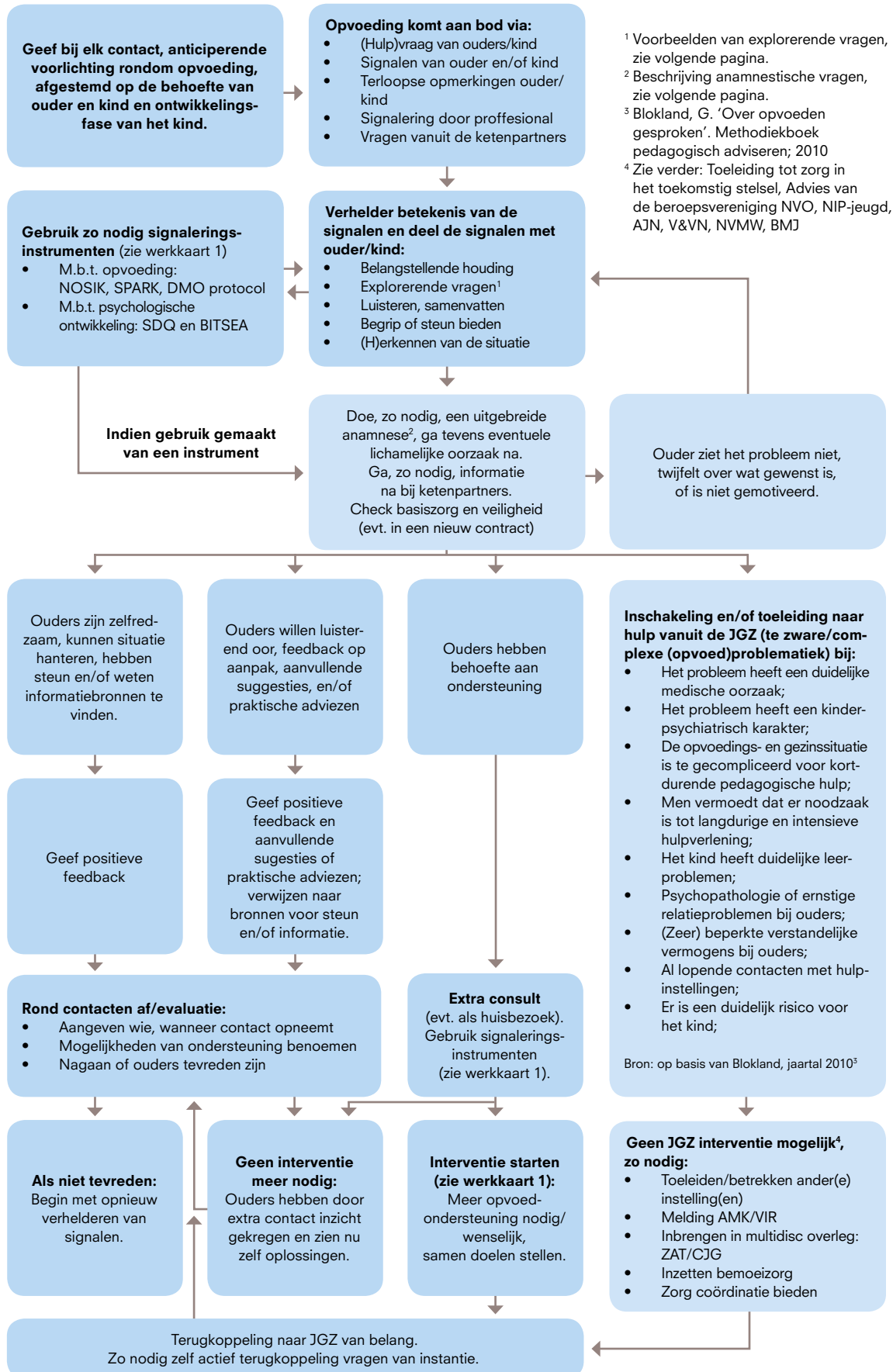
Het beslisschema geeft de stappen in de besluitvorming aan voor de JGZ-professional in het contact met de ouder(s). In aanvulling daarop zijn suggesties aangegeven voor de explorerende vragen, die nodig zijn om tot verheldering van de vraag of het signaal te komen. Training in die vorm van gespreksvoering 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 (kaart 2).

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

Beslisschema opvoedingsondersteuning

Onderstaand schema is te gebruiken bij de preventie, signalering en interventies inzake opvoedproblematiek voor de professionals in de JGZ



¹ Voorbeelden van explorerende vragen, zie volgende pagina.

² Beschrijving anamnestiche vragen, zie volgende pagina.

³ Blokland, G. 'Over opvoeden gesproken'. Methodiekboek pedagogisch adviseren; 2010

⁴ Zie verder: Toeleiding tot zorg in het toekomstig stelsel, Advies van de beroepsvereniging NVO, NIP-jeugd, AJN, V&VN, NVMW, BMJ

* 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?
- Welke factoren zouden volgens de professional mede ten grondslag kunnen liggen aan het probleem? Denk hierbij aan: een medisch probleem, capaciteit of onzekerheid van ouders, factoren in het kind of de omgeving van het kind, etc.
- 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 te 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 hiervoor zijn uitingen van problemen, duur en intensiteit, verstoorde balans tussen draagkracht en draaglast.

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

1. Vraag naar de 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 bv. de vragenlijst

‘vroegsignalering psychosociale problematiek’ van de Stap voor Stap-methode).

Bij meerdere problemen: wat is voor de ouder het grootste probleem op dit moment?

2. Vraag naar de bezorgdheid van de JGZ, kinderopvang en/of school, en/of naar de last die men ervaart en/of het ervaren probleem en de gevolgen ervan.
3. Ga het welbevinden van het kind/de jeugdige na vanuit gezondheid en ontwikkeling(perspectief). Kan geïnventariseerd worden met behulp van een oudervragenlijst (SPARK, DMO-protocol, NOSIK, KIPPPI of bv. de vragenlijst ‘vroegsignalering psychosociale problematiek’ van de Stap voor Stap-methode).
4. Vraag naar de gezinssituatie: gezondheid en welbevinden van de andere kinderen. Vraag naar betrokken andere hulpverleners in het gezin.
5. Competentie primaire opvoeder (aan de hand van de SPARK, het DMO-protocol, de NOSIK, KIPPPI of bv. de vragenlijst ‘vroegsignalering psychosociale problematiek’ van 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 c.q. 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 bovenstaand schema passen vijf opmerkingen:

1. Besluitvorming over ondersteuning en hulp is in de praktijk van de JGZ een relatief onontgonnen terrein. Het proces van beoordelen en beslissen is geen gemakkelijke opgave (Bartelink c.s., 2010). Om goed te kunnen beoordelen en te beslissen 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) 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 gedaan door bij de meest voorkomende opvoedingsvragen per leeftijdsfase passende interventies ter preventie en lichte hulp te benoemen. Tabel 9 biedt een overzicht van mogelijke interventies, organisaties maken hierin zelf een keuze afhankelijk van hun doelgroep.

Tabel 9. Meest voorkomende opvoedingsvragen gekoppeld aan leeftijdsfase en mogelijk in te zetten interventies.¹

Leeftijdsfase	Baby (0-1)	Peuter/kleuter (1-4)	Schoolkind (4-12)	Adolescent (12-19)
Meest voorkomende opvoedingsvragen	Mogelijke in te zetten interventies			
Algemene ontwikkeling kind	Preventie Triple P (niv. 1 en 2) Stap voor Stap Pedagogisch Adviseren MIM Rookvrij Opgroeien	Preventie Triple P (niv. 1 en 2) Gordon-oudercursus Pedagogisch Adviseren Peuter in Zicht! Stap voor Stap Home-Start Rookvrij Opgroeien	Preventie Triple P (niv. 1 en 2) Gordon-oudercursus Pedagogisch Adviseren Opvoeden & Zo Home-Start Stap voor Stap	Preventie Triple P (niv. 1 en 2) Gordon-oudercursus Pedagogisch Adviseren
	Lichte hulp Triple P (niveau 3) Pedagogisch Adviseren K-VHT Armoede en gezondheid	Lichte hulp Triple P (niveau 3) Pedagogisch Adviseren K-VHT Armoede en gezondheid	Lichte hulp Triple P (niveau 3) Pedagogisch Adviseren VHT Armoede en gezondheid	Lichte hulp Triple P (pubers) Pedagogisch Adviseren Beter Omgaan met Pubers
• Zindelijkheid			Lichte hulp DroogBed-Training ²	
• Gedrag		Triple P (niveau 1-3) Pedagogisch Adviseren	Triple P (niveau 1-3) Pedagogisch Adviseren	Triple P (pubers) Pedagogisch Adviseren

• Spraak/taal	Boekenpret	Boekenpret		
<i>Zie daarnaast de richtlijnen voor huilen, voedingsgedrag en eetproblemen en zindelijkheid</i>				
De aanpak van de opvoeding en het ouderschap in het algemeen	Preventie Triple P (niv. 1 en 2) Gordon-oudercursus Stap voor Stap Pedagogisch Adviseren MIM Home-Start	Preventie Triple P (niv. 1 en 2) Gordon-oudercursus Stap voor Stap Pedagogisch Adviseren Peuter in Zicht! Home-Start	Preventie Triple P (niv. 1 en 2) Gordon-oudercursus Stap voor Stap Opvoeden & Zo Pedagogisch Adviseren	Preventie Triple P (niv. 1 en 2) Gordon oudercursus Stap voor Stap Pedagogisch Adviseren
	Lichte hulp Triple P (niveau 3) Pedagogisch Adviseren K-VHT Ouder-Baby-interventie ³ Stevig Ouderschap VoorZorg	Lichte hulp Triple P (niveau 3) Pedagogisch Adviseren K-VHT Stevig Ouderschap VoorZorg	Lichte hulp Triple P (niveau 3) Pedagogisch Adviseren K-VHT Stevig Ouderschap VoorZorg	Lichte hulp Triple P (niveau 3) Pedagogisch Adviseren K-VHT
Omgaan met lastig, moeilijk of ongehoorzaam gedrag of gedragsproblemen	Preventie Triple P (niv. 1 en 2) Gordon-oudercursus Stap voor Stap Pedagogisch Adviseren	Preventie Triple P (niv. 1 en 2) Gordon-oudercursus Pedagogisch Adviseren Peuter in Zicht!	Preventie Triple P (niv. 1 en 2) Gordon-oudercursus Opvoeden & Zo Pedagogisch Adviseren	Preventie Triple P (niv. 1 en 2) Gordon-oudercursus Pedagogisch Adviseren
	Lichte hulp Pedagogisch Adviseren K-VHT Moeder-Baby-interventie ⁴	Lichte hulp Triple P (niveau 3) Pedagogisch Adviseren K-VHT VIPP-SD ⁵	Lichte hulp Triple P (niveau 3) Pedagogisch Adviseren K-VHT VHT	Lichte hulp Triple P (pubers) Pedagogisch Adviseren Beter Omgaan met Pubers

Omgaan met emotionele problemen (zelfvertrouwen, onzekerheid en (faal) angst	Preventie Triple P (niv. 1 en 2) Pedagogisch Adviseren Gordon-oudercursus Stap voor Stap	Preventie Triple P (niv. 1 en 2) Gordon-oudercursus Stap voor Stap Pedagogisch Adviseren	Preventie Triple P (niv. 1 en 2) Gordon-oudercursus Stap voor Stap Pedagogisch Adviseren	Preventie Triple P (niv. 1 en 2) Gordon-oudercursus Pedagogisch Adviseren
	Lichte hulp Pedagogisch Adviseren K-VHT Moeder-Baby-interventie ⁶	Lichte hulp Triple P (niveau 3) Pedagogisch Adviseren K-VHT Peuter in Zicht!	Lichte hulp Triple P (niveau 3) Opvoeden & Zo Pedagogisch Adviseren	Lichte hulp Triple P (pubers) Pedagogisch Adviseren Beter Omgaan met Pubers
Grenzen stellen en corrigeren en straffen	Preventie Triple P (niv. 1 en 2) Gordon-oudercursus Stap voor stap Pedagogisch Adviseren	Preventie Triple P (niv. 1 en 2) Gordon-oudercursus Stap voor Stap Pedagogisch Adviseren	Preventie Triple P (niv. 1 en 2) Gordon-oudercursus Opvoeden & Zo Stap voor Stap Pedagogisch Adviseren	Preventie Triple P (niv. 1 en 2) Gordon-oudercursus Pedagogisch Adviseren
	Lichte hulp Triple P (niveau 3) Pedagogisch Adviseren K-VHT Moeder-Baby-interventie ⁷ Stevig Ouderschap VoorZorg	Lichte hulp Triple P (niveau 3) Pedagogisch Adviseren K-VHT Peuter in Zicht! VIPP-SD	Lichte hulp Triple P (niveau 3) Pedagogisch Adviseren Drukke kinderen	Lichte hulp Triple P (pubers) Pedagogisch Adviseren Beter Omgaan met Pubers

¹ De genoemde interventies zijn opgenomen in de Databank Effectieve Jeugdinterventies.

Alle interventies zonder voetnoot zijn 'in theorie effectief'.

² Waarschijnlijk effectief (niveau 2, mate van evidence).

³ Waarschijnlijk effectief (niveau 2, mate van evidence).

⁴ Waarschijnlijk effectief (niveau 2, mate van evidence).

⁵ Bewezen effectief (niveau 2, mate van evidence).

⁶ Waarschijnlijk effectief (niveau 2, mate van evidence).

⁷ Waarschijnlijk effectief (niveau 2, mate van evidence).

- 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 en 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 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 de zorgen die ze zich maken. In hun advies aan de minister verwoorden de beroepsverenigingen (2011) deze context als volgt: *‘De ambitie voor het inrichten van het primaire proces in het CJG moet erop 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 opvoedproblemen, maar op de 95% waarbij het “versterken van de opvoeding” en het gezond opgroeien centraal staan’* (AJN, BMJ, NVMW, NVDA, NIP, NVO, V&VN, 2011).

3. 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).
4. Dit beslisschema gaat niet over ontwikkelingsproblemen van kinderen, ook al zijn we ons bewust dat ontwikkelingsopgaven van kinderen en opvoedingsopgaven van ouders vaak nauw samenhangen.
5. Ten slotte concludeert 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 worden voortgezet.

9. KOSTENEFFECTIVITEIT OPVOEDINGS ONDERSTEUNING

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 gebruikgemaakt van Engelstalige reviews en wetenschappelijk onderzoek naar de kosteneffectiviteit van opvoedingsondersteuning en de preventie van pedagogische en psychosociale problemen in het buitenland. De evidence-tabel is opgenomen in de losse bijlage. 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). Klein Velderman c.s. zeggen in hun overzichtsstudie naar opvoed- en opgroeiondersteuning 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. (Allen, 2011; Lilley, 2007; K.A. Schneewind en J. Berkic, 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 geciteerd 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.

9.2 Uitkomsten van Nederlandse kosteneffectiviteitsstudies

In Nederland deden Doorten en Rouw (2006) een studie naar de opbrengsten van sociale investeringen, waarin zij onder meer keken naar de kosten-batenverhouding van primaire preventie van kindermishandeling en de preventie van antisociaal gedrag. Deze studie van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) 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 een risico op chronische gedragsproblemen concludeert Posthumus dat Incredible Years kosteneffectief is vanuit het perspectief van gezin en samenleving. Kijkend naar het kostenniveau van de publieke dienstverlening is het programma niet per se kosteneffectief, wat zijn verklaring vindt in de grote variatie in de nettokosten van uitvoering van het programma van € 40 tot € 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 tot 19 jaar. Bij een bereik van 95% kost het totale preventieprogramma van de jeugdgezondheidszorg 120 euro per kind per jaar. Daarvoor wordt het volgende dienstenpakket geleverd: het 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 haar 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.

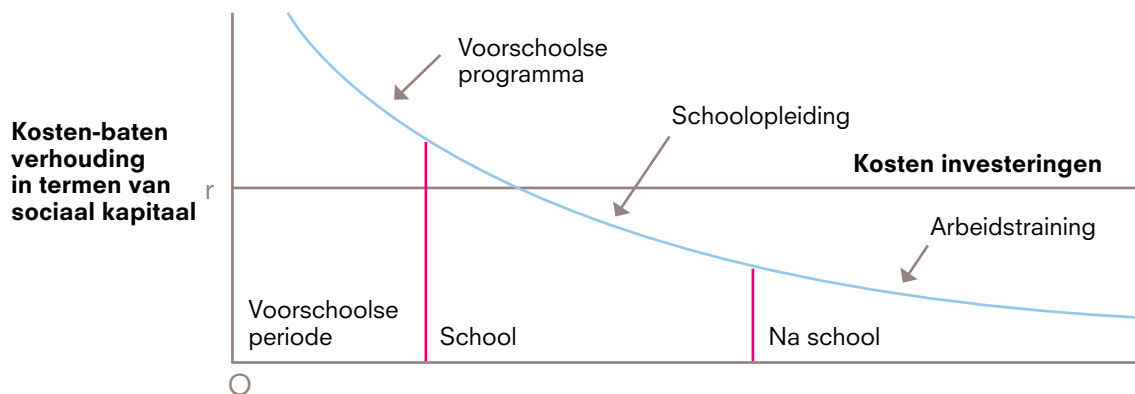
9.3 Uitkomsten van buitenlandse kosteneffectiviteitsstudies

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. Hermans 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 en 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.



2. 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. Als baten en kosten worden onder meer genoemd (Siraj-Blatchford, 2010; SAMHSA, 2007; Hermanns, 2005; Aos c.s., 2004; Hosman, Jané-Llopis en Saxena, 2004):

- Minder kosten in het bijzonder onderwijs en voor 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.

3. Het Amerikaanse kosteneffectiviteitsonderzoek van vroegtijdige interventies (Aos c.s., 2004) identificeerde uit een review van 3500 evaluatiestudies 7 kosteneffectieve programma's voor opvoedingsondersteuning, waarvan er voor zover bekend 5 in Nederland worden toegepast. De Good Behaviour Game (Taakspel), met een kosten-batenratio van 1:25, speelt zich evenals de Life Skills Training (Levensvaardigheden: 1:26) in de school af. Nurse Family Partnership (VoorZorg) met een kosten-batenratio van 1:3 wordt in de JGZ ingezet. Strengthening Families en Multi Systemic Therapy vinden in Nederland in de jeugdzorg toepassing.

4. 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 tot 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 wordt 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.
5. 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 groot nettorendement. 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.
6. 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 (Aos, 2004). 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 is een beperkt aantal kosteneffectiviteitsstudies voorhanden, waarbij er te 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 nettorendement.
 - 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.
4. Er is enig bewijs dat huisbezoeken en oudertrainingen voor de JGZ in Nederland tot de potentieel kosteneffectieve, bruikbare interventies behoren.

9.5 Aanbevelingen

De werkgroep is van mening dat, onder de nodige methodologische beperkingen en met het voorbehoud dat een bevestiging van de kosteneffectiviteit in de Nederlandse situatie (op één uitzondering na) ontbreekt, de volgende interventieprogramma's voor de JGZ 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 onderzoek 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 worden *de huidige wettelijke kaders, zorgstructuren en trends bij opvoeden* in Nederland zijn beschreven. Voor het beantwoorden van deze vraag is gebruikgemaakt van zogenoemde grijze literatuur. Hier zijn vooral landelijke (Nederlandse) rapporten over dit thema gebruikt (onder andere van de overheid en de kennisinstituten). 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 JGZ-professionals (ministerie van VWS, 2008). De volledige wetteksten zijn terug te vinden op: <http://www.st-ab.nl/>.

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 maken 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 kwaliteitbevorderende maatregel wordt ingevoerd. Er is hier geen sprake van een elektronisch kinddossier waar ook anderen dan werkers in de JGZ toegang toe 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. Beperkingen kunnen zijn: ouderdom of een handicap, een chronisch psychisch probleem, een psychosociaal probleem, maar bijvoorbeeld ook 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 een 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 jeugdzorg; 4) integratie van Advies- en Meldpunten Kindermishandeling, de (gezins)voogdij en de jeugdreclassering in het Bureau Jeugdzorg; 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 jeugdigen 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 ernstige 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 opgesteld in verband met het opnemen van een gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de jeugdketen. In 2015 komt een nieuwe jeugdwet in werking.

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)

De Wet op de 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 het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG). 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, 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, privéklinieken, enzovoort) in de zorgsector, dus ook op de JGZ.

Wet passend onderwijs

In 2011 is de Wet passend onderwijs van kracht geworden. 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.

Concept nieuwe Jeugdwet

Er ligt een concept van de nieuwe Jeugdwet. Naar alle waarschijnlijkheid wordt deze wet definitief; het is van belang dat professionals deze ontwikkelingen volgen. De Jeugdwet vervangt niet alleen de huidige 'Wet op de jeugdzorg', maar ook de verschillende andere onderdelen van de jeugdzorg die nu nog onder de Zorgverzekeringswet (geestelijke gezondheidszorg voor jongeren) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (zorg voor licht verstandelijk beperkte jeugd) vallen. Ook de jeugdbescherming en jeugdreclassering maken onderdeel uit van de nieuwe wet.

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,

de MOgroep, 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 opgroeisteun 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 op 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 Basistakenpakket JGZ (BTP JGZ) en de JGZ 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 casuïstiek overleggen en zorg- en adviesteams, 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 verwijzingsindex 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 inzake 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 het mobiliseren van preventieve, snelle en passende hulp.

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's) in het onderwijs zijn multidisciplinaire teams waarin professionals uit het (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 probleemtaxatie en coördinatie van zorg;
- de school, bijvoorbeeld handelingsadvisering;
- 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 onderwijszorgprogramma'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. Het bevorderen van de algemene gezondheid, een optimale opvoeding en een brede ontwikkeling van alle jeugdigen.
2. Het voorkomen van problemen bij gezondheid, ontwikkeling, opgroeien en opvoeden.
3. Het 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, dicht bij 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 algemene en preventieve taken opgenomen op het gebied van het opgroeien en opvoeden van jeugdigen. Die taken zijn:

1. Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg

- Monitoring en signalering.
- Inschatten zorgbehoefte.
- Screenings 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.
- Lichte 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;
- individuele jeugdigen of gezinnen met een vastgesteld(e) risico of problematiek (Rijksoverheid, 2010).

Een intercultureel CJG

Om het interculturalisatieproces van het CJG te ondersteunen is het mogelijk een projectgroep in te stellen waarvan zowel de gemeente als het management deel uitmaakt. De projectleider hiervan is de verbindende schakel tussen alle partijen binnen het proces. Hij zorgt ervoor dat het interculturalisatieproces 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 interculturalisatie 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 2013 zijn er 35 Veiligheidshuizen (Rijksoverheid, 2013).

Steeds meer instanties ervaren dat ze 'in hun eentje' niet 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 strafrechtsketen leidt dit in toenemende mate tot een verbinding met preventie, nazorg en de zorgtrajecten, met name in de geestelijke gezondheidszorg. Veiligheidshuizen 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 het leggen van deze verbindingen door gemeentelijke coördinatoren voor nazorg, huiselijk geweld en andere thema's (Rijksoverheid, 2010).

Verwijsindex

De verwijsindex risicojongeren (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 risicosignaleringsinstrument, 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 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 een of meer van de in de wet limitatief opgesomde omstandigheden. Voorafgaand aan het besluit om 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 is 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 met betrekking tot 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 zorg voor 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 de zorg voor licht verstandelijk gehandicapte jeugd. Preventie en vrijwillige hulpverlening worden 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 onder andere Bureaus 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 frontoffice voor alle jeugdzorg van de gemeenten.

Deze transitie van de jeugdzorg gaat de komende jaren de ontwikkeling van het stelsel van de zorg voor de jeugd sterk bepalen. De twee hoofddoelen van het nieuwe wettelijke stelsel zijn (ministerie van VWS, 2011a; 2011b):

- a. Eerder ondersteuning en zorg op maat.
- b. Betere samenwerking rond gezinnen.

De genoemde transitie en transformatie zijn geen doel op zichzelf, maar beogen een groot aantal doelstellingen te realiseren, die alle bijdragen aan het gezond en veilig opgroeien van alle jeugdigen met als kerndoelen (Van Yperen en Van Woudenberg, 2011):

- *Gezonde ontwikkeling*: jeugdigen leren een levensstijl aan die gezond is.
- *Participatie*: de jeugdigen nemen – binnen hun mogelijkheden – deel aan onze samenleving.
- *Burgerschap*: jeugdigen ontwikkelen zich als verantwoordelijke burgers in onze rechtsorde.
- *Veiligheid*: de omgeving biedt een veilige, stimulerende context om in op te groeien. In aansluiting daarop beoogt de zorgstructuur hier vervolgens aan bij te dragen door het voorkomen of oplossen van problemen:

- *Gezondheid bevorderen*: de gezondheid, ontwikkeling en kwaliteit van de omgeving zijn verbeterd.
- *Problemen voorkomen*: risico's die de gezondheid, participatie, burgerschap of veiligheid bedreigen zijn verkleind.
- *Problemen aangepakt*: (beginnende) problemen zijn verholpen of hanteerbaar gemaakt.
- *Veiligheid hersteld*: de veiligheid van de jeugdige en/of van de samenleving is hersteld.

Door onder meer de VNG ('Opvoeden versterken'), de G32 (strategisch visiedocument), de verschillende brancheorganisaties, het Nederlands Jeugdinstituut ('Pijlers voor nieuw jeugdbeleid') is inmiddels gereageerd op dit voornemen tot transitie van de jeugdzorg naar het gemeentelijke domein. Van Yperen en van Woudenberg (2011) voorzien een ander en nieuw jeugdbeleid, dat is gestoeld op twee pijlers:

1. Eerste pijler: de kwaliteit van de omgeving.

De eerste pijler betreft de verbetering van de kwaliteit van de leefomgeving van kinderen en jongeren. De nadruk ligt op de gewone, gezonde, positieve ontwikkeling en opvoeding van jeugdigen (Van Oenen en Van Westering, 2010; Van Keulen, 2010). Dat betekent stimulering van lichamelijk gezond opgroeien, positief opvoeden, kansen op een succesvolle schoolloopbaan bieden, talentontwikkeling en het actief participeren op school en in de samenleving mogelijk maken. Het beleid is gericht op het versterken van de informele steun van sociale netwerken en de gemeenschapszin van burgers: de zogeheten *civil society*. Voorzieningen die naast de JGZ, het CJG en de jeugdzorg een belangrijke rol spelen, zijn onder meer de kinderopvang, scholen, sportclubs, buurthuizen etc.

2. Tweede pijler: een samenhangende zorgstructuur.

De beoogde samenhangende zorgstructuur in het stelsel is erop gericht de opvoeding zoveel mogelijk te versterken en dus niet over te nemen (VNG, 2010). De nieuwe structuur zou uit drie compartimenten moeten bestaan (Van Yperen en Van Woudenberg, 2011):

- Het eerste compartiment – *opvoeding versterken* genoemd – biedt onder meer opvoedingsondersteuning die de pedagogische basiscompetenties van de ouders en andere opvoeders – thuis, in de kinderopvang en op school – versterken. Ook gaat het om de inzet van preventieprogramma's om de veilige en gezonde ontwikkeling van de jeugdigen te stimuleren en om de sociale netwerken te versterken. Het CJG is verantwoordelijk voor de uitvoering van deze ondersteuning en preventie. Voor het onderwijs zijn de zorg in en om de school en het zorg- en adviesteam (ZAT) van belang, een samenwerkingsverband van alle partners die de zorg moeten realiseren.
- Het tweede compartiment – *versterking ondersteunen* – biedt intensievere hulp. Deze is aanvullend op activiteiten in het eerste compartiment en komt zoveel mogelijk naar de jeugdige en de (beroeps)opvoeders toe. De hulp bestaat uit intensieve pedagogische thuishulp, intensieve ambulante zorg, deeltijd daghulp, deeltijd dag-en-nachthulp of tijdelijke pleegzorg. De hulp is gericht op versterking van het zelfplossende vermogen van cliënten.

De oorspronkelijke sociale context blijft zoveel mogelijk in stand. Het CJG en het ZAT zijn belangrijke schakelpunten voor de inzet van deze extra ondersteuning.

- Het derde compartiment is te kenschetsen als *opvoeding overnemen*. Dit is hulp die men zo min mogelijk inzet omdat het de oorspronkelijke opvoedingscontext in sterke mate doorbreekt. Het gaat dan bijvoorbeeld om hulpverlening in het kader van een maatregel van jeugdbescherming of jeugdreclassering, fulltime residentiële hulp, gesloten opnames of plaatsing op een aparte school voor speciaal onderwijs.

Hulp in het eerste compartiment is vrij toegankelijk, hulp uit het tweede en derde compartiment is alleen verkrijgbaar via een professional die gekwalificeerd is om deze zorg in te roepen. Bij het derde compartiment geldt de extra eis van een toets vanuit beschermingsperspectief. De meer intensieve zorgvormen worden niet te snel ingezet, maar volgens het zogeheten stepped-care-model: *'zo licht als mogelijk, zo zwaar als noodzakelijk'* (Graas c.s., 2009). Een overeenkomstig stepped-care model is te zien in de onderwijszorgstructuren. In het kader van 'passend onderwijs' krijgen scholen een zorgplicht, die inhoudt dat alle leerlingen een zo goed mogelijk onderwijsaanbod krijgen op de school van aanmelding of een andere school in de regio. Het CJG en het ZAT zullen voor de afstemming en invulling van het zorgaanbod nauw aan elkaar verbonden zijn of één netwerk vormen.

Om het nieuwe jeugdbeleid te kunnen realiseren krijgen gebruikers de bepalende stem, zullen voorzieningen aan kwaliteit moeten winnen, krijgen professionals meer ruimte en verantwoordelijkheid, speelt de JGZ in de CJG's lokaal een centrale rol en komen gemeenten aan het stuur van de inrichting van het stelsel. In het nieuwe stelsel mag van professionele voorzieningen en disciplines verwacht worden, dat ze:

1. De jeugdige en de opvoeder centraal stellen.
2. De eigen kracht van jeugdigen, opvoeders en sociale netwerken versterken.
3. Uitnodigend zijn met een hoog bereik.
4. Vroegtijdig, outreachend en signalerend werken.
5. Vasthoudend zijn.
6. Effectief en efficiënt zijn.
7. Samen werken aan de hulp en steun aan jeugdigen en gezinnen, samenhangend en goed gecoördineerd: één gezin, één plan.
8. Gemotiveerde en competente werkers hebben.
9. Bestuurlijk draagvlak en eenduidige sturing kennen.
10. Een lerende organisatie of beroepsgroep zijn.

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 screening uit het uniforme deel moeten worden aangeboden. Gemeenten ervaren de richtlijn Contactmomenten veelal als knellend. Niet alleen

gaat het grootste deel van het budget op aan de contactmomenten, 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 van VWS 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, mag zij zelfstandig verwijzen, al dan niet na overleg met de jeugdarts (BMC, 2009).

10.3 Trends

Gezinsvormen en trends in gezinnen

Het beeld van gezinnen was lange tijd geënt op het standaard (autochtone) tweoudergezin met een gehuwde biologische vader en moeder. Dit beeld is intussen niet meer van toepassing. De diversiteit van 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 en De Jong, 2008).

Niet-gehuwd ouderschap

Een van de meest opvallende nieuwe ontwikkelingen bij gezinnen is dat meer kinderen binnen een niet-gehuwde samenwoning 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 en De Graaf, 2006; in: Boekhoorn en De Jong, 2008).

Scheidingen en alleenstaand ouderschap

Het totale aantal kinderen dat met een scheiding te maken krijgt, neemt toe. De laatste jaren worden jaarlijks circa 34.000 minderjarige kinderen geconfronteerd met een echtscheiding van hun ouders. Daarnaast zijn er nog eens 5000 kinderen betrokken bij een flitsscheiding van hun ouders. Naar schatting 18.000 kinderen krijgen per jaar te maken met verbrekingen van niet-gehuwde samenwonenrelaties (Boekhoorn en 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 vertonen 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 en De Jong, 2008; SCP, 2011). Uit het Gezinsrapport 2011 van het Sociaal en Cultureel Planbureau (CPB) 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 184.000. 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 meebrengen. 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 zijn 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 en 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 eenoudergezinnen is de financiële situatie in stief- of samengestelde gezinnen vaak beter en ook kunnen werk en zorg voor kinderen 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 en 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 een of twee werkende ouder(s) (Van Egten, Zeijl, De Hoog, Nankoe en Petronia, 2008). Ook het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP, 2011) geeft in het Gezinsrapport 2011 aan 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 en 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 en 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 en 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 en 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 hogeropgeleide 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 kindbeschermingsmaatregel 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 Kindermishandeling 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 gemiddeld 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 is (Hermanns, 2009).

Er is 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 zijnd 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 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, met een grotere kans op kindermishandeling, af te nemen. Het vergroten van de pedagogische kwaliteit van de buurt is een beschermende factor tegen ongewenst opvoedgedrag.

De nadruk in het overheidsbeleid 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 zodat 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 Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (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). 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, opvoedingsondersteuning 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

Mediaopvoeding

De manier waarop jeugdigen via de media communiceren, informatie zoeken en 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, veraangenamen en kansen bieden (Nikken en 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 regie met betrekking tot 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 hun vrije tijd bewust, prettig en veilig om kunnen gaan met de media (Nikken en Addink, 2010).

Volgens de kenniskring hebben professionele opvoedingsondersteuners 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.

Een eventuele taak van de professionals rondom opvoedingsondersteuning bij mediagebruik ligt vooral rond preventiethema's. Daarnaast kunnen professionals indien wenselijk opvoedingsvaardigheden van ouders vergroten via onder andere opvoedcursussen, gastlessen en ouderavonden (Nikken en Addink, 2010).

Virtueel CJG

Onder leiding van de Stichting Opvoeden.nl (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.vcjj.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, een-op-eenchat, groepschat en behandeling (Schalken, 2010).

Ouders die met hun vragen niet in eerste instantie naar familie of burens gaan, vinden het vaak prettig een website op te zoeken waar zij hun vragen kunnen 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 en 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 leidinggevendens tijdens het werk meekijken met de hulpverlener.

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).

Online hulpverlening 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 tot 18 jaar. Deze interventie is onder andere gericht op het versterken van de opvoedvaardigheden van de ouder(s), het versterken van een goede ouder-kindinteractie 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 weinige internationale onderzoeken naar online opvoedingsondersteuning is dat van Tayler et al. (2008). Bij het programma Incredible Years blijkt een online training in combinatie met professionele coaching door middel van telefoongesprekken en huisbezoeken positieve resultaten op te leveren. Het gebruik van nieuwe (sociale) media in de jeugdsector 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 leidinggevendenden in het kader van intervisie/supervisie 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 Opvoedingsondersteuning samen met deskundigen op het gebied van online hulp competenties en randvoorwaarden voor online opvoedingsondersteuning opgesteld (Ligtermoet, Vergeer en Zwikker, 2011).

Sociale media

Uit de eerste resultaten van de Nationaal 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. Sociale media kunnen helpen bij het informeren van ouders en kinderen over een gezonde ontwikkeling en over activiteiten en cursussen op het gebied van opvoeden en opgroeien. Het gebruik van sociale media biedt daarnaast kansen in het vroegtijdig signaleren: je kunt boven op het online leven van jongeren zitten. Door in te haken op de kracht van community's kunnen sociale media ook uitstekend ingezet worden voor positieve gedragsbeïnvloeding.

Daarnaast is het relevant voor de JGZ om met sociale media aan de slag te gaan om aansluiting te houden met de doelgroep (Pons, Kroon en Durand, 2012).

Door 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. Het NCJ heeft geïnventariseerd waar en waarvoor sociale media binnen de JGZ worden gebruikt. Voorbeelden uit de praktijk en aanbevelingen zijn terug te vinden in de handreiking 'Social media en de JGZ, een wereld vol kansen (Pons, Kroon en Durand, 2012).

In de JGZ kunnen sociale media mogelijk ook meer gebruikt worden in het contact met ouders. Te denken valt aan het digitaal kunnen maken van afspraken, herinneringen voor afspraken versturen per sms, de chatfunctie en het uitwisselen van ervaringen door middel

van 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 chatsprekuur van twee uur en ouders kunnen ook een chatafspraak maken, waarbij dit ook 's avonds mogelijk 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 die 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 JGZ een belangrijke rol. Het is dan ook noodzakelijk dat de JGZ deelneemt aan netwerken, zoals aan het ZAT.

- De taken van de JGZ gericht op opvoedingsondersteuning mogelijk kunnen verschuiven in het kader van de flexibele uitvoering en taakherschikking van het Basistakenpakket JGZ zoals in enkele gemeenten al gebeurt.
- Meer kinderen opgroeien 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, onder andere stiefgezinnen, combinatiegezinnen of co-ouderschapsgezinnen.
- Er steeds meer werkende moeders zijn. Vooral nog 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 meer wil richten op het kind en de sociale context van ouders en kind. Er komt ook meer aandacht voor netwerkondersteunende methodieken die uitgaan van de eigen kracht van gezinnen en hun omgeving.
- Ouders en kinderen in toenemende mate gebruikmaken 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 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 wordt bij het geven van opvoedingsondersteuning. Daarvoor zijn 38 programma's beschikbaar.
- De zorgstructuur rondom het gezin verbonden wordt 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.
- Professionals kennis hebben over en aandacht hebben voor de verschillende gezinsvormen (co-ouderschap, combinatiegezinnen etc.) en de gevolgen daarvan.
- Er meer aandacht komt voor opvoedingsondersteuning bij mediaopvoeding. Daarvoor is het nodig dat:
 - Er een richtlijn komt met betrekking tot het mediagebruik van kinderen (o.a. ontwikkelingsschema 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 worden als beleidspeerpunt, waarbij van het begin af aan ook ouders met lage computer- en internetvaardigheden meegenomen worden.

- De JGZ goed nadenkt 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. privacyaspecten, 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.
- AJN, BMJ, NIP, NVMW, NVDA, NVO, V&VN. (2011). Advies van de gezamenlijke beroepsverenigingen over Toegang tot de Zorg in het kader van de stelselherziening Zorg voor de Jeugd. Den Haag.
- 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., & Pennucci, 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., Dekovi, 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 risicofactoren 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, 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 van vragenlijsten in de Jeugdgezondheidszorg'. Bilthoven: RIVM.
- Barendrecht, J.M., de Winter, M., Beek, K.W.H. van en 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. A. van (2010). Beslissen over effectieve hulp. Wat werkt in indicatietelling? 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*.
- Beirens, T., Beeck, E., van, Dekker, R., Juttman, R., Brug, J. & Raat, H. (2005). Effectiviteit van veiligheidsvoorlichting op het consultatiebureau volgens de methodiek veiligheidsinformatiekaarten. Afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus Universitair Medisch Centrum & Consument en Veiligheid.
- Berens, S. (2004). Behoeftte 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 voor 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). Behoeftte aan opvoedingsondersteuning in Nederlandse, Marokkaanse en Turkse gezinnen met kinderen van 0-6 jaar. *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs*, 14, 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, 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*, 13, 46-55.
- 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. en Cuijpers, P. (2000). Effectieve verslavingspreventie: Op school, in het gezin en in de wijk. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Bolk-Bennink, L.F. & Hirasig R.A. (1995). Onderzoek naar het effect van DroogBedTraining in de jeugdgezondheidszorg. Leiden: TNO.
- van Bommel, H. (2010). Vroegsignalering bij migrantenkinderen: onderzoek naar de bruikbaarheid van het DMO gespreksprotocol. Pharos, Ministerie van VWS, & Aveant Utrecht.
- Bon, I. & Sanders, T. (2004). Handleiding Boekenpret 0-2 jaar. Alkmaar: Buro Extern.
- Bond, L.A. & Burns, C.E. (2006). Mothers' beliefs about knowledge, child development, and parenting strategies: expanding the goals of parenting programs. *Journal on Primary Prevention*, 27, 555-571.
- 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, S.M., 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-Dingemanse, 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.
- Buma J.T. (1958). Enkele beschouwingen over groepspraktijken. *Huisarts & Wetenschap*, 4, 298-302.
- 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.
- 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 sociaal agogisch 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.
- 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. et al. (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, 79, 547-561.
- Doesum, K.T.M. van (2005). Versterking van de kwaliteit van de moeder-kindinteractie: 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. & 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, 302-313.
- Dunnink G., & Lijs-Spek (2008). Activiteiten Basistenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar per contactmoment (ABC-rapport). RIVM: Bilthoven.
- Egten, C. van, E. Zeijl, S. de Hoog, C. Nankoe, & 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.
- Fisher, P.A. Burraston, B. & Pears, K. (2005). The Early Intervention Foster Care Program: Permanent Placement Outcomes From a Randomized Trial. *Child Maltreatment*, 10, 61-71.
- Fleuren, M.A.H. (2007). Implementatie van de JGZ-standaarden. *Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg*, 39: 63-67.
- Fleuren, M.A.H. (2010). Essentiële activiteiten en infrastructuur voor de landelijke invoering en monitoring van het gebruik van de JGZ-richtlijnen. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven.
- Forgatch, M.S., Bullock, B.M. & Patterson, G.R. (2004). From theory to practice: Increasing effective parenting through role-play. The Oregon Model of Parent Management Training (PMTO). In: H. Steiner, (Ed.): *Handbook of mental health interventions in children and adolescents. An Integrated Developmental Approach*. New York: Jossey-Bass.
- 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.
- Frost, N., Johnson, L., Stein, M. & Wallis, L. (2000). Home-Start and the delivery of family support. *Children and Society*, 14, 328-342.
- 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., Smit, M., Wolff, M. de, & Tavecchio, L. (2008a). Behavioral Problems in Children: A Meta-Analysis. *Behavior Modification*, 32, 714- 735.
- Graaf, I. de, Speetjens, P., Smit, M., Wolff, M. de, & Tavecchio, L. (2008b). Effectiveness of the Triple P positive parenting program on parenting: a meta-analysis. *Family Relations*, 57,553-566.
- Graaf, I. de, & Speetjens, P. (2010). *Stepping Stones Triple P. Opvoedhulp voor ouders van kinderen met een beperking*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 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. Rispens, P.P.Gouden en 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). *Gedragswetenschapper 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). *Wraparound 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 verleerd*. 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., Mordang, H., & Mulders, L. (2002). *Jeugdhulp Thuis. Een alternatief voor uithuisplaatsing*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Hermanns, J., Van de Venne, L., & Leseman, P. (1997). *Home-Start geëvalueerd*. Amsterdam: SCO-Kohnstamm Instituut.
- 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). *Droogbedtraining 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.
- De Baat, M., Foolen, N. & Van der Pijll, M., 2010, *'Instrumenten en richtlijnen binnen de Centra voor Jeugd en Gezin'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- 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*, 37, 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., & IJzendoorn, M.H. van (2008). Promoting Positive Parenting: An attachment-based intervention. Mahwah/New Jersey/London: Lawrence Erlbaum.
- Junger-Tas, J. (2001). Preventie van antisociaal gedrag in de praktijk. *TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 79, 500-505.
- Kalthoff, H. (2009). Opvoedondersteuning aan migrantengezinnen schiet tekort. Een pleidooi voor een krachtig opvoedoffensief. *Jeugdenc0*, 4, 8-18.
- 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.
- Klein Velderman, M., Pannebakker, F.D., Fukkink, R., de Wolff, M.S., van Dommelen, P., Luijk, P.C.M., van Sleuwen, B.E., & Reijneveld, S.A. (2011). De effectiviteit van kortdurende video-hometraining in de jeugdgezondheidszorg. Resultaten van een studie in gezinnen met overmatige spanning als gevolg van een excessief huilende baby. TNO-rapport TNO/CH 2011.028
- 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, 543-554.

- Kobussen, M. (2005). Notitie opvoedingsondersteuning. Nijmegen: GGD Regio Nijmegen.
- Kooijman, K. & Prinsen, B. (2003). Signaleren = meten + delen: Zorgwekkende opvoedingsituaties in de jeugdgezondheidszorg. Tijdschrift over Kindermishandeling, 18, 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, 241-244.
- Kwakman, K. (2003). 'Anders leren, beter werken.' Lectorale rede Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.
- Laan, P.H. van der (2007), 'Professionaliteit als basis voor kwaliteit en effectiviteit van Jeugdzorg. Suggesties en overwegingen voor een plan van aanpak'. Amsterdam/Leiden, Universiteit van Amsterdam/Nederlands Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving.
- 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, 253-226.
- Ligtermoet, I., Vergeer, M., & Zwicker, N. (2011). Competenties en randvoorwaarden van online opvoedingsondersteuning. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut (NJI).
- 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. & 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 R.A. (2011). De VoorZorg-interventie vermindert het roken bij hoogrisicozwangeren. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 89, 48.
- Melhuish, E., Belsky, J., Leyland, A.H., & 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*, 372, 1641-1647.
- 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 voor Jeugd en Gezin (2007). *Alle kansen voor alle kinderen: programma voor jeugd en gezin 2007-2011*. Den Haag: programmaministerie voor Jeugd en Gezin.
- Ministerie voor Jeugd en Gezin (2010). *Professionals in het Centrum voor Jeugd en Gezin*. Den Haag: programmaministerie voor Jeugd en Gezin.
- Ministerie van VW. (2011a). *Transitiebrief stelselwijziging jeugd*. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

- Ministerie van VWS (2011b). Beleidsbrief stelselwijziging jeugd 'Geen kind buiten spel'. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- 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.
- Molloy, B. (2002). Still going strong. A tracer study of the Community Mothers Programme, Dublin, Ireland. Den Haag: Bernard van Leer Foundation.
- 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). Spiegelbijeenkomsten, methode voor feedback van patiënten. 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*, 58, 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 Jeugdinterventies. 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.
- Nowak, C. & Heinrichs, N. (2008). A Comprehensive Meta-Analysis of Triple P-Positive Parenting Program Using Hierarchical Linear Modeling: Effectiveness and Moderating Variables. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 11, 114-144.
- 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.
- Oenen, S. van & Westering, Y.C. van (2010). Een solide basis voor positief jeugdbeleid. Visiedocument 1.0. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut (te downloaden van www.nji.nl).
- 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.
- Patterson, G. (2005). The Next Generation of PMTO Models. *The Behavior Therapist*, 28, 25-32.
- 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.
- Pels, T. & Vollebergh, W. (reds.) (2006). *Diversiteit in opvoeding en ontwikkeling*. Een overzicht van recent onderzoek in Nederland. Amsterdam: Aksant.
- Post, S.D., Muynck, A. de, Smit, J.G., & Kooten, P. van (2011). *Drempels Slechten: op zoek naar oplossingen*. Een inventariserend onderzoek naar kansen voor het wegnemen van drempels voor opvoedingsondersteuning en jeugdzorg bij bevindelijk gereformeerden, te downloaden via www.zeeland.nl
- Pijnenburg, H., Hermans, 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.
- Pons, K., Kroon, R., & Durand, M. (2012). *Social media en de JGZ*. Een wereld vol kansen. Utrecht: NCJ.
- Poppes, P. en 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 behaviour. 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. & Vries, W. de (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 ertoe*. 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. & Junger, M. (2007). *Opvoedingsondersteuning in de JGZ kan effectiever*. Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg, jrg. 39, nr. 3, p. 42-46.
- Prinsen, B., Verhegge, K., & 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.
- Pijpers, F. (2013). *Verantwoord gebruik van vragenlijsten in de jeugdgezondheidszorg*. Een handreiking. Utrecht: Nederlands Centrum jeugdgezondheid (NCJ).
- Raaijmakers, M. (2008). *Aggressive behaviour in preschool children*. Neuropsychological correlates, costs of service use and preventive efforts. Utrecht: Universiteit van Utrecht.

- 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 en 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).
- Rixen-Walraven, J.M.A. (1988). Sociale ondersteuning en competentie: Een vicieuze spiraal? In P.P. Goudena, J.H.A. Groenendaal, en 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., & Meeus, W. (1996). *Opvoeden in Nederland*. Assen: Van Gorcum.
- RMO & RVZ (2008). *Versterking voor gezinnen*. Den Haag: Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling en Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Rodrigo, M.J., Maiquez, M.L., Correa, A.D., Martin, J.C., & Rodriguez, G. (2006). Outcome Evaluation of a Community Center-Based Program for Mothers at High Psychosocial Risk. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*, 30, 1049-1064.
- Roeg, D., Voogt, M. Assen, M. van, & Garretsen, H. (2012). De effecten van bemoeizorg. De resultaten van een onderzoek bij Nederlandse bemoeizorgteams. Tranzo, Tilburg University: Tilburg.
- 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 hupverlening*. Utrecht: NJi.
- Ros, R. (2006). *Opvoedingsondersteuning. Een onderzoek naar de onvervulde 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.
- Ruiter, de C. & E.M. de Jong (2005). *CARE-NL Richtlijn voor gestructureerde beoordeling van het risico van kindermishandeling*. Utrecht: Corine de Ruiter.
- Ruiter, de C., Hildebrand, M. & Hoorn, van der S.P. (2012). *Gestructureerde risicotaxatie bij kindermishandeling: De Child Abuse Risk Evaluation - Nederlandse versie (CARE-NL)*. *GZ-Psychologie*, 3, 10-17.
- Rutter, M. (2006). Is Sure Start an Effective Preventive Intervention? *Child and Adolescent Mental Health*, 11, 135-141.
- S&O (1989). *Opvoedingsondersteuning. Een visie voor de negentiger jaren op de ondersteuning aan opvoeders*. Haarlem: Stichting Spel- en Opvoedingsvoorlichting.
- 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*.
- Sanders, M.R. (2008). Triple P-Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting. *Journal of Family Psychology*, 22, 506-517.
- Sanders, M., Calam, R., Durand, M., Liversidge, T. en 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*, 49, 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*, 41, 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, 43-52.
- Schalken, F., Wolters, W., Tilanus, M. van Gemert, C. van Hoogenhuyze, E. Meijer, E. Kraefft, M. Brenninkmeijer, & Postel, M. (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 ein Pfund Therapie. *Praxis Kinderpsychologie*, 56, 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*, 31, 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: NJi.
- 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. & Smulders, E. (2010). *Handreiking. De interculturalisatie van het Centrum voor Jeugd en Gezin. Inspiratie door een voor gemeenten*. Utrecht: Pharos
- Spruijt, E. & 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., & Stel H. F. van (2011a). Assessment of parenting and developmental problems in toddlers: Development and feasibility of a structured interview. *Child: Care, Health, and Development*, 503-511.
- Staal, I. I. E., Van den Brink, H. A. G., Hermanns, J. M. A., Schrijvers, A. J. P. en Van Stel H. F. (2011b). Vroegsignalering van opvoed- en opgroei problemen bij peuters: ontwikkeling en haalbaarheid van een gestructureerd interview. *Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg*, 126-132.
- Staal, I.I.E., Hermanns, J.A.M., Schrijvers, A.J.P., & Stel, H.F. van (2013). Risk assessment of parents concerns at 18 months in preventive child health care predicted child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 37, 475-484
- 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
- Stel, H.F. van, Staal, I.I.E., Hermanns, J.A.M., & Schrijvers, A.J.P. (2012). Validity and reliability of a structured interview for early detection and risk assessment of parenting and developmental problems in young children: a cross-sectional study. *BMC Pediatrics*, 12, 71

- 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 en Hermans, J. (2005). Protocol ter ondersteuning van de sociaal-emotionele ontwikkeling; een volgsysteem voor consultatie-bureaus (0- tot 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, 118-129.
- 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. *Cognitive Behavioral Therapy*, 37, 233-246.
- Tenhaeff, C., Dijkstra, N., Havinga, M., Janssen L, Kaaij, I. van der, Laar, L. van, 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*.
- Theunissen, M.H.C., Vogels, A.G.C., Wolff, M.S. de, & Reijneveld, S.A. (2013). Characteristics of the Strength and Difficulties Questionnaire in preschool children. *Pediatrics*, 131, 446-454.
- Thomas, R. & Zimmer-Gembeck, M.J. (2007). Behavioral Outcomes of Parent-Child Interaction Therapy and Triple P—Positive Parenting Program: A Review and Meta-Analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 475-495.
- 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 landelijke evaluatieonderzoek 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. en Colpin, H. (2002). *Gezinspedagogiek, deel II: Opvoedingsondersteuning*. Leuven/ Apeldoorn: Garant.
- Vandemeulebroecke, L. & Munter, A. de (reds.). (2004). *Opvoedingsondersteuning. Visie en kwaliteit*. Leuven: Universitaire Pers Leuven.
- Veen, M. van der & Prinsen, B. (2010). Handleiding videohometraining in gezinnen met kinderen in de basisschoolleeftijd. Amsterdam: SWP/AIT.
- Veen, A., Vergeer, M., Oenen, S. van, Glaudé, M., & Breetvelt, I. (2007). ZonMw Pogrammeringsstudie Jeugd, Deelstudie 1 Effecten van interventies in Pedagogische Basisvoorzieningen. Amsterdam, SCO-Kohnstamm Instituut van de Universiteit van Amsterdam.
- Verdurmen, J., Van Oort, M., Meeuwissen, J., Ketelaars, T., De Graaf, I., Cuijpers, P., De Ruiter, 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, W. de (2005) Databank Effectieve Jeugdinterventies: 'Triple P'. Utrecht: Nederlands Jeugd instituut.
- 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., & Sansen, A. (2005). The efficacy of early childhood interventions. Melbourne: Australian Institute of Family Studies.
- Wolff, M.S. de, Theunissen, M.H.C., Vogels, A.C.G., & Reijneveld, S.A. (2013). Three questionnaires to detect psychosocial problems in toddlers: A comparison of the BITSEA, ASQ:SE and KIPPI. *Academic Pediatrics*.
- Wolff, M.S. de, Pannebakker, F.D., & Bouwmeester-Landweer, M.B.R. (2012). Samen Starten met Stevig Ouderschap. Stevig Starten, een combinatie van methodes vanuit de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) 0-4 jaar voor het signaleren van risicovolle opvoedingssituaties met inbegrip van kindermishandeling en het ondersteunen van gezinnen met jonge kinderen. TNO rapport, TNO/CH 2012 R10709
- Yperen, T. A. van (2010). 55 vragen over effectiviteit. Antwoorden voor de jeugdzorg. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Yperen, T.A. van (1994). Problemen in de ontwikkeling van kinderen. In J. Rispen, P.P. Gouden en J.J.M. Groenendaal (reds.), *Preventie van psychosociale problemen bij kinderen en jeugdigen* (pp. 71-89). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Yperen, T.A. van (2003). Resultaten in de jeugdzorg: begrippen, maatstaven en methoden. Utrecht: NIZW.
- Yperen, T.A. 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.A. 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. A. van (2009). Evaluatie van de Wet op de jeugdzorg. Themabericht Jeugd & Samenleving, nr. 3. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Yperen, T. A. van (2009). Betere ketens. In: Graas, D., Liefwaard, T., Schuengel, C., Slot, W. en Stegge, H. De Wet op de jeugdzorg in de dagelijkse praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Yperen, T.A. van en Stam, P.T. (2010). Opvoeden versterken. Den Haag: VNG.
- Yperen, T. A. van, & Woudenberg, A. van (2011). Werk in uitvoering. Bouwen aan het nieuwe jeugdstelsel. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- 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, 119-134.
- Zeijl, E., Crone, M., Wiefferink, K., Keuzenkamp, S., & Reijneveld, S. A. (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. Bilthoven: RIVM.

Zikkenheimer, L. (1986). Beeldmateriaal en buitenlandse vrouwen. Een handreiking voor het ontwerpen en selecteren van visueel voorlichtings- en lesmateriaal 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., Schulpen, T., & Buitelaar, J. (2008). Kinderen in achterstand. De prevalentie van psychiatrische stoornissen onder autochtone en allochtone kinderen. Cultuur, Migratie en Gezondheid, 5, 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

Levensloop en contactmomenten

Centrum Jeugd en Gezin																				
Overzicht opvoedingsondersteuning JGZ																				
	Ontwikkelingsniveau kind																			
Periode	Peri- en postnataal	Baby											Peuter/kleuter			Kinderen			Adolescent	
Leeftijd kind	0 tot 1 wk	0 tot 1 jaar																		
Uniform deel																				
Preventie																				
Contact-moment	0-1 week	2 wk	4 wk	8 wk	3 mnd	4 mnd	6 mnd	7,5 mnd	9 mnd	11 mnd	14 mnd	18 mnd	2 jaar	3 jaar	3,9 jaar	5 jaar	9 jaar	13 jaar	16 jaar	
Betrokkenen	Jeugdarts, verpleegkundige, nurse practitioner, (dokters) assistente																			
	JGZ-ketenpartners (maatschappelijk werkster, pedagoogm video-home trainster, huisarts, GGZ, psycholoog, psychotherapeut, kinderarts, e.a.)																			
Instrumenten	Databank Nji																			
Signalering: Opgroei- en opvoedproblemen																				
Betrokkenen	Jeugdarts, verpleegkundige, nurse practitioner, (dokters) assistente																			
	JGZ-ketenpartners (maatschappelijk werkster, pedagoogm video-home trainster, huisarts, GGZ, psycholoog, psychotherapeut, kinderarts, e.a.)																			
Instrumenten	Databank Nji																			
Interventie: Binnen of buiten de JGZ, wie, wanneer, hoe																				
Betrokkenen	Jeugdarts, verpleegkundige, nurse practitioner, (dokters) assistente																			
	JGZ-ketenpartners (maatschappelijk werkster, pedagoogm video-home trainster, huisarts, GGZ, psycholoog, psychotherapeut, kinderarts, e.a.)																			
Instrumenten	Databank Nji																			
Overdracht/verwijzing: naar andere hulpverleners																				
Betrokkenen	Jeugdarts, verpleegkundige, nurse practitioner, (dokters) assistente																			
	JGZ-ketenpartners (maatschappelijk werkster, pedagoogm video-home trainster, huisarts, GGZ, psycholoog, psychotherapeut, kinderarts, e.a.)																			
Instrumenten	Overdrachtsformulieren																			

BIJLAGE 2

Nog niet beoordeelde interventies

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 11 of 12 contacten, waarin 5 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 6 en 14 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 op hbo-niveau 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 tot 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 tot 18 jaar over verschillende thema's met betrekking tot de 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 0 tot 18 jaar. Het betreft een integrale aanpak waarbij

problemen op verschillende leefgebieden (opvoeding, wonen en werk) tegelijk worden aangepakt om zodoende de moeder-kindrelatie 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 6 tot 18 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, een tijdens de zwangerschap en een in het eerste jaar na de geboorte.
4. **Kopstoring.** Kopstoring is een preventieve cursus via internet voor jongeren van 16 tot 25 jaar waarvan een 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 bij het opbouwen van een relatie met dat kind. In 6 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 & Opvoeding.** Het programma Vaders & Opvoeding wil professionals die opvoedingsondersteuning aan (migranten)vaders bieden, met een zevenstappenplan 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 bij het Kind

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 plezierige samenzijn. Iedere verzorger van een gezonde baby van ongeveer 2 tot 9 maanden kan aan de cursus deelnemen. De cursus bestaat uit 5 bijeenkomsten van 2 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 8 tot en met 12 jaar. De training voor de kinderen bestaat uit 16 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 rollenspelen (inclusief 2 reservespelen) 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.** Deze competentietraining is een groepstraining voor jongens en meisjes in de leeftijd 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 (Bureau Jeugdzorg Amsterdam).
5. **Denken + Doen = Durven.** Denken + Doen = Durven is een individuele cognitieve gedragstherapie voor kinderen van 8 tot 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 en 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 woedereguleringsvermogen en ontwikkelen alternatief prosociaal gedrag. De training bestaat uit 8 wekelijkse bijeenkomsten van 45 minuten met het kind op school. Daarnaast heeft de preventiewerker gesprekken met ouders en leerkracht.
8. **Basic Trust.** De Basic Trust-methode is een kortdurende interventie voor kinderen van 0 tot 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 tot 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 9 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 de sociale competenties verbeteren. In 10 wekelijkse bijeenkomsten van 3 tot 4 uur begeleiden 2 trainers 6 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 risicosituatie 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 richt zich op kinderen in groep 4 tot en met 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

- 1. 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 tot 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.
- 2. 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 het vergroten van de ouderbetrokkenheid met de leerkracht en de school.
- 3. 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 3

Instructies ernsttaxatie ontwikkeling- en opvoedproblematiek

Het CJG Rijnmond ernsttaxatie schema is een hulpmiddel bij de professionele beoordeling van eventuele ontwikkelings- en/of opvoedingsproblematiek, nadat de aanwezige risico- en beschermende factoren in kaart zijn gebracht. Het schema helpt bij het 'wegen' van het cumulatieve effect van de geïnventariseerde risico- en beschermende factoren, respectievelijk de 'draaglast' en de 'draagkracht' in het opvoedingsmilieu. Er is sprake van ontwikkelings- en/of opvoedingsproblematiek wanneer de draaglast zwaarder weegt dan de draagkracht, waardoor de opvoeders onvoldoende in staat zijn adequaat in te spelen op de ontwikkelingsbehoeften van het betreffende kind.

Het schema is te [downloaden](#) via de NCJ website.

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 de 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 kind¹ te garanderen. Dat wil zeggen medische zorg, voeding, kleding, huisvesting, sociaal contact, scholing en emotionele steun die samen zorgen voor een veilige opvoedingssituatie. Het **pedagogische besef van de opvoeders en de kwaliteit van de partnerrelatie** zijn hierbij cruciale 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 zich 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 sociale netwerk.** Onder gezinsomstandigheden wordt bedoeld inkomen, huisvesting, verblijfsstatus, schulden, ziekte en/of verslaving van de primaire opvoeders en 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.

¹ Zoals vastgesteld in het Verdrag inzake de rechten van het kind van de VN.

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.
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.
4. 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 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;
- het inschatten c.q. ramen van de zorgbehoefte van de jeugdige en zijn/haar ouders;
- het indiceren van risicokinderen en het opstellen van een zorgplan;
- het selecteren van risicogroepen op basis van het inschatten van de zorgbehoefte van een populatie in het werkgebied en het opstellen van een gezondheidsprofiel op groepsniveau;
- het 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 en 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:

- het uitvoeren van universele preventieve activiteiten voor de hele populatie;
- het uitvoeren van selectieve preventieve activiteiten voor risicogroepen;
- het uitvoeren van geïndiceerde preventieactiviteiten voor risicokinderen;
- het uitvoeren van vroege interventies;
- het verstrekken van informatie over dossiervorming, klachtenprocedures en privacy-elementen;
- het verstrekken van informatie over het uitvoeren van (medische) handelingen;
- het gebruiken van kennis over het motiveren en stimuleren van gedragsverandering;
- het kiezen voor een methodiek of werkwijze die aansluit bij een individu of hele doelgroep;
- het weten voor welke groep aanvullende groepsvoorlichting wenselijk is;
- het outreachend kunnen werken, doelgroepen kunnen opzoeken in de wijk;
- het bewust zijn van de soort informatieoverdracht die nodig is: voorlichting, advies, instructie of begeleiding;
- het gebruikmaken van ondersteunend schriftelijk materiaal;
- het zorg dragen voor een goede organisatie van de voorlichting;
- het effectief uitvoeren van een programma;
- het evalueren van de voorlichting op resultaat en proces.

Hierdoor wordt een gezonde verzorging, opvoeding, leefstijl en ontwikkeling bij een zo groot mogelijk aantal jeugdigen bereikt.

Rol: zorgverlener (Mast en Pool, 2005).

Bij het waarborgen van de jeugdverpleegkundige deskundigheid in preventieve zorgprogramma's gaat het om:

- het analyseren van een lokaal, regionaal of landelijk preventief zorgaanbod;
- het analyseren van de noodzaak van inbreng van specifieke verpleegkundige expertise;
- het beknopt en concreet verwoorden en beschrijven van de eigen deskundigheid;
- het kunnen samenwerken met andere disciplines;
- het kennen van de grenzen van eigen competenties en daarmee om kunnen gaan;
- het openstaan voor de deskundigheid van andere disciplines;
- het feedback geven en feedback ontvangen;
- het evalueren van de effectiviteit en efficiency van preventieve zorgarrangementen;
- het nemen van initiatief tot kwaliteitsverbetering;
- het bondig mondeling en schriftelijk formuleren;
- het projectmatig en programmatisch werken;
- het verpleegkundig onderdeel toetsen aan wetgeving;
- het gebruikmaken van expertise van de doelgroep;

Hierdoor wordt de te verlenen preventieve zorg efficiënter en effectiever uitgevoerd en is deze afgestemd op de actuele behoefte van de doelgroep.

Rol: ontwerper (Mast en Pool, 2005).

BIJLAGE 5

Profiel verpleegkundig specialist preventie werkzaam in de JGZ

Een voorbeeld van het profiel van de verpleegkundig specialist preventie (werkzaam in de JGZ) van de Zorggroep Almere.

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 is 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.
- De verpleegkundig specialist preventie:
- 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 medische beroepsverantwoordelijkheid. De verpleegkundig specialist preventie verzamelt gegevens en stelt een diagnose en vervolgens een behandelplan op. Hij/zij neemt vanuit de eigen professie zelfstandig beslissingen waarbij prioriteiten worden gesteld en initiatieven worden genomen. Hij/zij 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. Het kunnen motiveren, stimuleren en corrigeren is van belang bij het geven van coaching, supervisie, scholing en instructie aan jeugdverpleegkundigen, jeugdarts en andere bij cliënten 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 het kind en/of de 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 tussen verschillende niveaus en tussen verschillende culturen. Gesprekstechnieken om problematische situaties bespreekbaar te maken zijn vereist.
- Schriftelijke uitdrukkingsvaardigheid is vereist voor het opstellen van rapportages en verwijzingen, protocollen, beleidsvoorstellen, activiteitenplan, projectplannen en het 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 bij het geven van subcutane en intramusculaire injecties, 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 de verwerking van gegevens, waarbij in een korte tijd waarin de professional de ouders en het kind ziet consequenties overwogen moeten worden. Het vaak krappe tijdschema wordt nog meer bemoeilijkt door de veelheid en diversiteit van de contacten.
- Aandacht en oplettendheid zijn vereisten met betrekking tot het signaleren van ontwikkelingsmogelijkheden 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 en in de omgang met zorgmijders;

- in de contacten met medewerkers en bij het implementeren en bevorderen van kwaliteitsbeleid.
- Orde en systematiek zijn van belang bij het verwerken van administratieve gegevens.
- Er worden eisen gesteld aan hygiënisch werken bij meerdere contacten op een dag.
- Er worden hoge eisen gesteld aan de integriteit bij het omgaan met vertrouwelijke cliëntgegevens.
- Er worden eisen 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 zijn van belang om vanuit een (door de organisatie gewenste) cliëntgerichte visie te werken.
- Aandacht is van belang bij het coördineren en afstemmen van zorgprocessen, het bewaken van werkafspraken, het volgen en toetsen van protocollen. Dit 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 ook op bij de 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 6

Britse beroepscompetenties voor het werken met ouders: enkele voorbeelden

Elementen van de Britse beroepscompetenties voor het werken met ouders

De afkorting WWP staat voor 'work with parents'. De nummers 200, 300 en 400 (zie hieronder) 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 200 ligt op het niveau van een beroepsbeoefenaar die over een opleiding beschikt op mbo 2-niveau, een soort 'helpende' welzijnswerker. De reeks in 300 vergelijken we met het niveau van een professional die beschikt over een opleiding op mbo 3- of 4-niveau, zoals sociaal-pedagogisch werk en sociaal-cultureel werk. De reeks competenties in 400 vergelijken we met het niveau van een beroepskracht die over een opleiding op mbo 4- 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 het juiste 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 voelen.

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 communicatiebehoeftes.
- 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.

WWP 305 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-kindrelatie.

- 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 bij 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.

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 Bied die dienstverlening aan ouders waaruit respect en waardering blijken.

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 Bied ouders in complexe situaties de gelegenheid te leren over de opvoeding.

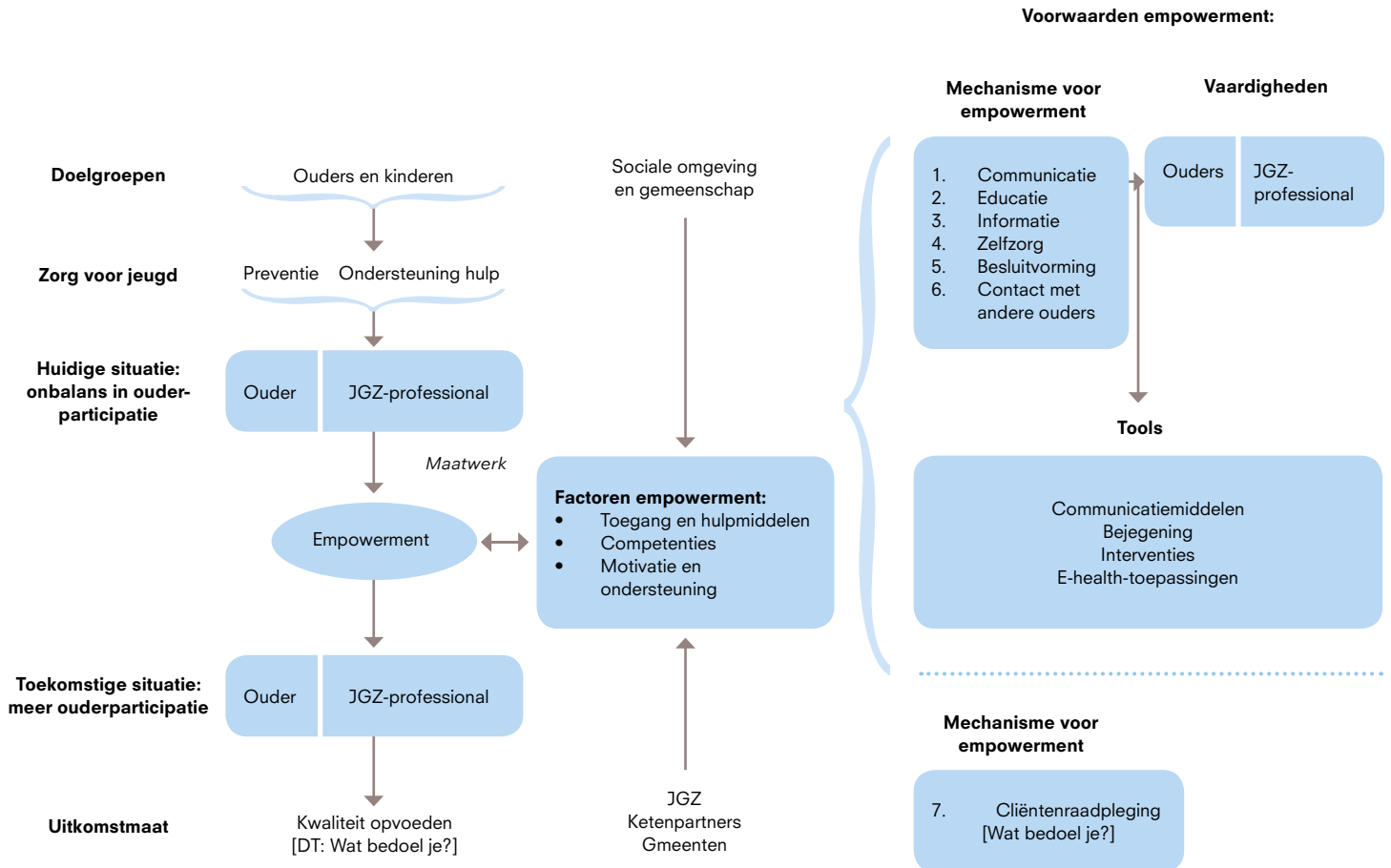
- WWP 315. Tref voorzieningen voor de bescherming en veiligheid van ouders.**
- WWP 315.1 Help ouders om zich te beschermen tegen mishandeling.
- WWP 315.2 Draag zorg voor een gezonde en veilige leefsituatie overeenkomstig bestaande regels.
- WWP 315.3 Volg de regels in geval van nood of crisis.
- WWP 316 Bied 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.
- WWP 316.2 Draag zorg voor materialen, hulpbronnen en een omgeving die aansluiten 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 van 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 vooropvoedingsondersteuning.**
- 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 Houd 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 en voorschriften en respecteer ethische en sociale codes.**

www.nji.nl

BIJLAGE 7

Empowerment schematisch samengevat



BIJLAGE 8

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-educatieve gezinsinterventie KOPP

Zwaardere hulp

- Gezin Centraal
- Jeugdhulp thuis
- Praktische pedagogische gezinsbegeleiding
- Wijkgerichte intensieve gezinsbegeleiding
- Groepsmediatietherapie voor ouders met 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
- Psycho-educatieve gezinsbehandeling KOPP
- Multidimensionele Familietherapie
- Multisysteem Therapie
- Orthopedagogische Video Gezinsbehandeling
- Parent-Child Interaction Therapy
- Eigen Kracht-conferentie
- Naar een veilig thuis: Signs of Safety

Meer informatie: www.jeugdinterventies.nl.

BIJLAGE 9

Zelfreflectie-instrument individuele opvoedingsondersteuning

Sommige JGZ-professionals zullen al over de benodigde competenties beschikken om de individuele opvoedingsondersteuning in al haar facetten uit te voeren. Maar dat zal niet voor alle JGZ-professionals gelden; ervaringen kunnen uiteenlopen. Op dit moment is het bovendien nog zo dat JGZ-instellingen op het terrein van opvoedingsondersteuning over verschillende signaleringsinstrumenten en verschillende in te zetten interventies beschikken. Ook de mate waarin en de manier waarop professionals getraind worden op het terrein van communicatie zijn per instelling verschillend. Daarnaast kunnen samenwerkingsafspraken met andere disciplines en/of organisaties (bijv. rondom zorgcoördinatie) per JGZ-instelling anders zijn

Dit zelfreflectie-instrument is een handreiking voor JGZ-professionals waarmee ze kunnen bepalen of zij de competenties in huis hebben om de behoefte aan individuele opvoedingsondersteuning vast te stellen en uit te voeren. Het is geen test, maar een middel om professionele competenties in kaart te brengen en een eventueel algemeen of individueel aandachtspunt te kunnen signaleren op het gebied van attitude, kennis en/of vaardigheden.

Werkwijze

Beoordeel uzelf door een score toe te kennen op een schaal van 1 tot en met 4 aan elke competentie. Kijk per competentie wat uw gemiddelde score is. U scoort hoog als u gemiddeld boven de 3 zit. Bekijk vervolgens in overleg met uw teamleider hoe u de competenties waar u laag op scoort verder kunt ontwikkelen.

Dit zelfreflectie-instrument is ook te gebruiken om feedback te krijgen van anderen, bijvoorbeeld van collega's, uw leidinggevende of van klanten. Vraag hen dit instrument voor u in te vullen, vergelijk de scores en bespreek de verschillen.

Beoordelingsschaal:

1 = slecht 2 = matig 3 = redelijk 4 = goed

Te beoordelen competenties

1. Voorwaardenscheppend

- Ik ben in staat een ondersteunende omgeving te scheppen.
Ik:
 - ben erg gemakkelijk toegankelijk voor ouders 1-2-3-4
 - kan een vertrouwensrelatie aangaan met alle soorten ouders 1-2-3-4
 - neem een neutrale, niet-oordelende houding aan 1-2-3-4
 - kan een gelijkwaardige relatie aangaan gericht op samenwerking 1-2-3-4
 - respecteer de autonomie van ouders 1-2-3-4
 - respecteer de rechten van het kind 1-2-3-4
 - ben goed bereikbaar 1-2-3-4
- Ik kan me goed inleven in de situatie van de ouder(s) 1-2-3-4
- Ik kan outreachend (vraagzoekend) werken:
 - ten aanzien van ouders die moeilijk bereikbaar zijn 1-2-3-4
 - ten aanzien van ouders die gezondheidsproblemen bij hun kinderen (nog) onvoldoende herkennen of erkennen 1-2-3-4
- Ik heb kennis van motiverende gespreksvoering 1-2-3-4
- Ik kan motiverende gespreksvoering inzetten om gedragsverandering zo nodig te faciliteren 1-2-3-4
- Ik stel het kind centraal en richt me op het empoweren (versterken van de eigen kracht) van de ouder(s).
- Ik versterk zelfredzaamheid, eigen kracht en mogelijkheden van de ouder(s) 1-2-3-4
- Ik heb aandacht voor bronnen van steun uit eigen kring of buurt 1-2-3-4

2. Signaleren van opvoedingsvragen of -problemen

- Ik heb kennis van en inzicht in de ontwikkeling en opvoeding van kinderen 1-2-3-4
- Ik heb kennis van alledaagse tot ernstige opvoedings- of fasegerelateerde vragen of problemen 1-2-3-4
- Ik kan signalen van (beginnende) problematiek van ouder(s) en/of kind herkennen 1-2-3-4
- Ik ben in staat om signalen van beginnende problematiek bespreekbaar te maken met de ouder(s) 1-2-3-4
- Ik heb alle kinderen in beeld 1-2-3-4

3. Informatie verzamelen

- Ik licht mijn werkwijze toe en stem deze af op de verwachtingen van de ouder(s) 1-2-3-4
- Ik stel uitnodigende open vragen om de inbreng van ouder(s) te stimuleren 1-2-3-4
 - ik luister actief 1-2-3-4

- ik geef reflecties 1-2-3-4
- ik vat samen 1-2-3-4
- ik bekrachtig de inbreng van de ouder(s) 1-2-3-4
- Ik ben in staat om relevante informatie te verzamelen die nodig is om een goed en compleet beeld te krijgen van:
 - de vraag of het probleem 1-2-3-4
 - de wens/behoefte van ouder(s) en/of kind 1-2-3-4
 - het gezin 1-2-3-4
 - de situatie waarin het kind en het gezin verkeren 1-2-3-4
- Ik kan signaleringsinstrumenten t.b.v. het opsporen van psychosociale en/of opvoedingsproblemen:
 - toepassen 1-2-3-4
 - interpreteren 1-2-3-4
- Ik kan de balans draagkracht-draaglast in kaart brengen 1-2-3-4
- Ik:**
 - kan een niet-pluisgevoel analyseren 1-2-3-4
 - heb inzicht in factoren die een risico vormen of juist bescherming bieden t.a.v. het ontstaan of voortbestaan van problemen bij het kind 1-2-3-4
 - ben in staat tot een professionele taxatie van de situatie 1-2-3-4
- Ik kan de veiligheid van het kind inschatten 1-2-3-4
- Ik weet wanneer ik hierbij ter ondersteuning een instrument moet gebruiken 1-2-3-4
- Ik ben in staat om de verzamelde informatie in kaart te brengen op ernst in te schatten van de aard, omvang duur en samenhang van de problematiek 1-2-3-4

4. Zorgbehoefte vaststellen

- Ik ben in staat om bij problemen de verzamelde informatie te beoordelen op zwaarte en omvang van de problematiek 1-2-3-4
- Ik ben in staat om op grond van de beschikbare informatie de problematiek en hulpvraag vast te stellen 1-2-3-4
- Ik kan samen met de ouder(s) vaststellen of hulp nodig is en, zo ja, welke hulp:
 - Ik kan de zelfredzaamheid van de ouder(s) beoordelen t.a.v. het oplossen van vragen of problemen in de opvoeding 1-2-3-4
 - Bij problemen kan ik beoordelen in welke fase van gedragsverandering ouders zitten 1-2-3-4
 - 'Ambivalentie' t.a.v. gedragsverandering kan ik samen met de ouder(s) onderzoeken (ik ga terug naar stap 3: informatie verzamelen) 1-2-3-4
 - Ik kan beoordelen of er behoefte is aan:
 - (anticiperende)voorlichting, individueel of collectief 1-2-3-4
 - (aanvullende) adviezen of suggesties 1-2-3-4

- (lichte) pedagogische ondersteuning 1-2-3-4
- Bij de behoefte aan (lichte) pedagogische ondersteuning kan ik samen met de ouder(s) vaststellen welke interventie of aanpak voor ouder(s) en kind het meest geschikt lijkt 1-2-3-4
- Ik ondersteun ouders:
 - bij het vinden van eigen oplossingen voor hun vragen 1-2-3-4
 - bij het aanboren van hun eigen netwerk 1-2-3-4
 - het zoeken van ondersteuning in de wijk 1-2-3-4
 - bij het versterken van hun eigen kracht 1-2-3-4
 - bij het komen tot de gewenste resultaten te komen 1-2-3-4
 - Ik ken de sociale kaart 1-2-3-4
- Ik weet wanneer en hoe ik expertise van andere disciplines kan raadplegen, of erbij kan halen 1-2-3-4
- Ik weet wanneer een verwijzing naar specialistische hulp nodig is 1-2-3-4
- Ik weet wanneer direct ingrijpen noodzakelijk is 1-2-3-4

5. Ondersteuning bieden

- Ik maak gebruik van landelijke richtlijnen 1-2-3-4
- Ik ken de methodieken en interventies die gebruikt worden t.b.v. opvoedingsondersteuning 1-2-3-4
 - ik kan deze toepassen in de praktijk en op maat maken voor de specifieke hulpvraag 1-2-3-4
- Ik heb kennis van vraaggericht werken 1-2-3-4
- Ik kan vraaggericht werken toepassen in de praktijk 1-2-3-4
- Ik heb kennis van oplossingsgericht werken 1-2-3-4
- Ik kan oplossingsgericht werken toepassen in de praktijk 1-2-3-4
- Ik kan met de ouder(s) een concreet plan van aanpak maken 1-2-3-4
- Ik laat de ouder(s) zo nodig bronnen van steun benutten:
 - binnen de eigen familie- en/of vriendenkring 1-2-3-4
 - in de wijk 1-2-3-4
- Ik kan zo nodig mijn inzet met andere hulpverleners en netwerken afstemmen 1-2-3-4
 - een gezamenlijk plan van aanpak maken 1-2-3-4
- Ik ben in staat om bemoeizorg te leveren 1-2-3-4

6. Zorg coördineren (eventueel)

- Ik kan het contact onderhouden met instellingen en uitvoerende professionals 1-2-3-4
- Ik ben in staat om te zorgen voor afstemming tussen de hulpvraag van de ouder(s) en de hulp van professionals 1-2-3-4
- Ik onderken wanneer de zorg stagneert 1-2-3-4
- Ik ben in staat om stagnerende zorg te bespreken met betrokken hulpverleners 1-2-3-4

- Ik ben in staat om stagnerende zorg te bespreken met de ouder(s)/kind 1-2-3-4
- Ik kan de samenwerking tussen professionals volgen 1-2-3-4
- Ik kan de samenwerking tussen professionals actief coördineren 1-2-3-4
- Ik ben bekend met het opschalingmodel in de regio 1-2-3-4
 - ik kan dit model toepassen 1-2-3-4
- Ik kan rondetafelgesprekken met ouders en professionals organiseren 1-2-3-4
 - ik kan deze gesprekken leiden 1-2-3-4

7. De zorg volgen en afsluiten

- Ik kan het digitaal dossier van het kind voeren 1-2-3-4
- Ik ben in staat om de uitvoering van de zorg te volgen 1-2-3-4
- Ik kan met de ouder(s) de kwaliteit van het totale zorgproces beoordelen op:
 - effectiviteit en efficiëntie 1-2-3-4
 - samenwerking met andere disciplines 1-2-3-4
 - tevredenheid van ouders 1-2-3-4
- Ik kan vaststellen of er voor ouder(s) en kind een gewenste situatie bereikt is 1-2-3-4
- Ik kan met de ouder(s) vaststellen of de draagkracht en draaglast in balans zijn 1-2-3-4
- Ik kan zo nodig het plan van aanpak bijstellen en/of alsnog verwijzen naar specialistische hulp 1-2-3-4
- Ik weet wanneer direct ingrijpen noodzakelijk is 1-2-3-4
- Ik kan de inspanning en het succes van de ouder(s) bekrachtigen 1-2-3-4

8. Anticiperen op de toekomst

- Ik kan met de ouder(s) vaststellen wat eventueel nodig is om de zelfredzaamheid vast te houden of te vergroten. Daarbij anticipeer ik op de komende ontwikkelingsfase(n) van het kind en de daarbij horende nieuwe opvoedingsopgaven voor de ouder(s) 1-2-3-4



Nederlands Centrum Jeugdgezondheid

Churchillaan 11
3527 GV Utrecht

www.ncj.nl



Nederlands
Centrum
Jeugdgezondheid