

JGZ richtlijn opvoedingsondersteuning

Een richtlijn voor opvoedingsvragen en lichte opvoedproblemen in de jeugdgezondheidszorg

Marianne de Wolff,¹ Marjolein Oudhof,² Mascha Kamphuis,¹ Monique L'Hoir,¹ Margreet de Ruiters,³ Bert Prinsen⁴

De JGZ richtlijn opvoedingsondersteuning is bedoeld om de preventie, signalering en aanpak van opvoedingsvragen en lichte opvoedproblemen in de jeugdgezondheidszorg wetenschappelijk te onderbouwen en te stroomlijnen. Deze richtlijn is specifiek gericht op: 1) vragen die ouders hebben over opvoeden aan medewerkers in de JGZ; 2) (anticiperende) voorlichting over opvoeding die de JGZ verstrekt; 3) signalen die JGZ-professionals opvangen over eventuele opvoedingsproblemen; 4) voorlichting, advisering, (lichte) hulp en eventuele verwijzing van ouders en jeugdigen naar gedragswetenschappers en andere specialistische zorgverleners binnen of buiten het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG). In de JGZ wordt zoveel mogelijk vraaggericht gewerkt, waarbij de professional het perspectief van de ouder als uitgangspunt kiest en zoekt naar sterke punten van de ouder in de opvoedingssituatie en deze benoemt. De adviezen die de JGZ geeft, moeten acceptabel zijn voor ouders, aansluiten bij hun behoeften en die van hun kind, en passen bij hun visie over opvoeding en de zorg rond hun kind. De JGZ richtlijn omvat een op consensus gebaseerde werkwijze voor opvoedingsondersteuning in de JGZ.

Trefwoorden: opvoedingsondersteuning, jeugdgezondheidszorg, richtlijn

INLEIDING

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) is bij uitstek een plaats waar opvoedingsondersteuning aangeboden wordt. Vanuit de collectief preventieve functie geeft de JGZ professioneel advies en voorlichting aan ouders, signaleert zij opvoedingsproblemen en interveenieert ze al dan niet met een verwijzing. Opvoedingsondersteuning moet daarbij gestoeld zijn op de principes van 'ontzorgen en normaliseren'.¹

Hoeveel aandacht er inmiddels ook is voor opvoedingsondersteuning, te vaak ontvangen kwetsbare gezinnen te laat of helemaal geen steun, waardoor gezinnen ontsporen en een beroep gedaan moet worden op dure zorg. Slechts een derde van de kwetsbare gezinnen (waarbij sprake is van vier of meer risicofactoren, 15% van het totaal) zoekt hulp of advies bij de opvoeding.² Deze hulp is lang niet altijd toereikend vanwege diverse knelpunten zoals lange wachtlijsten, veel organisaties waar gezinnen steeds hun verhaal moeten doen en het gebrek aan een indicatiestelling en behandeling op gezinsniveau.¹

Recent hebben TNO en het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) een richtlijn ontwikkeld om de kwaliteit van opvoedingsondersteuning in de JGZ en het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) te verhogen. Deze richtlijn beoogt de preventie, signalering en aanpak van opvoedingsvragen en lichte opvoedproblemen in de JGZ theoretisch te onderbouwen en praktisch te stroomlijnen. De richtlijn is ontwikkeld op basis van (wetenschappelijke) literatuur, maar ook deskundigen in de JGZ en het CJG hebben hun inbreng gehad. Met behulp van de 'Argumentenfabriek' zijn bij ouders de verwachtingen en behoeften ten aanzien van de JGZ gepolst. Achteraf hebben ouders via een chatbox gereageerd op de richtlijn en is hun commentaar meegenomen.

In dit artikel beschrijven we in kort bestek hoe de JGZ richtlijn opvoedingsondersteuning³ tot stand gekomen is en wat de richtlijn in grote lijnen inhoudt. Ook bespreken we de uitkomsten van de praktijktest, met daarbij enkele aanbevelingen voor de landelijke invoering.

METHODE

De richtlijn is ontwikkeld volgens de methode van evidence-based richtlijnontwikkeling (EBRO).³ Twee focusgroepen met professionals zijn georganiseerd om knelpunten in de huidige werkwijze rond opvoedingsondersteuning in de JGZ te inventariseren. Een derde focus-

¹ TNO Child Health, Leiden

² NJI, Utrecht

³ GGD Regio Nijmegen lid V&VN, Nijmegen

⁴ De Opvoedzaak, Dronten

groep heeft plaatsgevonden met ouders van kinderen in verschillende leeftijdsfasen, met verschillende achtergronden.

Daarna zijn bestaande protocollen van de JGZ, maatschappelijk werk, de opvoedsteunpunten en bureaus jeugdzorg en richtlijnen van aanpalende beroepsverenigingen en bestaande buitenlandse protocollen bestudeerd. Op basis van de knelpuntenanalyses en de protocollen heeft de werkgroep tien uitgangsvragen opgesteld en heeft gericht literatuuronderzoek plaatsgevonden. De volgende databases zijn doorzocht: Medline (PubMed), de Cochrane Library, Embase, Psychinfo, Narcis, Picarta en CINAHL. Via de 'sneeuwbalmethode' is overige literatuur gezocht in onder andere de Databank Jeugdinterventies, Databank Nederlands Onderzoek Jeugd en Opvoeding, Databank Instrumenten, Richtlijnen en Kwaliteitsstandaarden, GGD Kennisnet, Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging, National Children Bureau UK en de Consultative Group on Early Childhood Care and Development. De literatuursarch richtte zich op de periode 2001 tot 2011 en resulteerde in een lijst met 541 referenties. Leden van de kernredactie hebben de abstracts beoordeeld. De literatuur werd ingedeeld bij één of meerdere uitgangsvragen en beoordeeld op relevantie. Slechts drie vragen konden worden beantwoord aan de hand van de EBRO methode: de vraag over instrumenten, methoden en programma's voor opvoedingsondersteuning; de vraag hoe rekening te houden met diversiteit, en de vraag naar kosteneffectiviteit. De overige zeven vragen werden beantwoord op basis van expertise en consensus.

RESULTATEN

Op basis van de geïnventariseerde literatuur is een beschrijving gegeven van de optimale uitvoering van de functies van opvoedingsondersteuning in de JGZ: collectieve en individuele voorlichting, preventie, vroegsignalering, advisering, opvoedhulp, verwijzing en monitoring na verwijzing van kinderen en de coördinatie van zorg. Het individuele vervolgtraject na een verwijzing is globaal geformuleerd, gebaseerd op afspraken over toeleiding, overdracht, informatie uitwisseling met andere beroeps-groepen, zoals huisartsen, pedagogen, maatschappelijk werkers, en professionals uit de jeugdzorg. Allereerst is een werkkaart gemaakt van de beschikbare signaleringsinstrumenten en interventies voor opvoedingsondersteuning in de JGZ (figuur 1) en is de samenvatting geschreven. Het verwerken van het vervolgtraject heeft ge-

Kernpunten

- Tijdens alle contactmomenten tussen ouders en jeugdverpleegkundige en jeugdarts in de JGZ zou opvoeding direct of indirect aan de orde moeten komen.
- Ouders willen hun vragen voorleggen en hun zorgen delen met een professional. Ze verwachten daarbij een professionele, luisterende houding in een gelijkwaardige samenwerking met heldere en eenduidige adviezen op maat.
- Om met de richtlijn te kunnen werken moeten JGZ professionals één of meer van de signaleringsinstrumenten en interventies die in de richtlijn worden aanbevolen, daadwerkelijk kunnen inzetten.
- JGZ medewerkers hebben ongeveer een uur nodig om de richtlijn te lezen. Een groepsinstructie van ongeveer 1,5 uur is wenselijk.
- Extra scholing is wenselijk op het gebied van motiverende gespreksvoering en/of oplossingsgericht werken, en de interactie met ouders.

leid tot het basisontwerp voor het beslisschema bij opvoedproblematiek (figuur 2). Al deze documenten, de richtlijn inclusief de figuren, zijn te vinden op: <http://www.ncj.nl/bibliotheek/richtlijnen/details/22/jgz-richtlijn-opvoedondersteuning-in-ontwikkeling>. Hieronder vatten we de inhoud van de richtlijn met betrekking tot de vijf belangrijkste uitgangsvragen samen.

Wat zijn de wensen en behoeften van ouders?

Veel ouders hebben vragen of zijn onzeker over de opvoeding; met name in overgangperiodes, zoals van peuter naar kleuter of van tiener naar adolescent.

Dat is van alle tijden en hoort bij het opvoeden, zeker van het eerste kind. Landelijke studies laten zien dat ouders zich vooral zorgen maken over de volgende onderwerpen:^{2,5,6,7}

- de aanpak van de opvoeding en het ouderschap in het algemeen;
- omgaan met lastig, moeilijk of ongehoorzaam gedrag (eten, slapen) of gedragsproblemen;
- omgaan met emotionele problemen (zelfvertrouwen, onzekerheid en (faal)angst);
- grenzen stellen, corrigeren en straffen;
- de schoolprestaties;
- gezondheid en kinderziektes;
- de algemene ontwikkeling van het kind.

Allochtone ouders kennen als opvoeders meer onzekerheid en problemen dan autochtone ouders.^{8,9} Ze hebben niet zozeer andere of specifieke vragen over de opvoeding, met uitzondering van het terrein van de religieuze opvoeding, maar ervaren vooral minder steun. 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.¹⁰ Opvoedingsondersteuning vanuit de JGZ is gericht op alle ouders met een werkwijze die recht doet aan alle opvoedculturen, opvoedingsovertuigingen en opvoedgewoonten. De norm is dat ouders de veiligheid van het kind en andere volwassenen daarbij niet in gevaar brengen. Het advies is om ter preventie van de meest voorkomende ('normale') opvoedproblemen in elke ontwikkelingsfase ouders actief te informeren met behulp van informatie uit de database van de StichtingOpvoeden.nl waarin betrouwbare, gevalideerde opvoedinformatie voor ouders is opgenomen (www.stichtingopvoeden.nl).

Als ouders vragen hebben over opvoeding gaan ze eerst te rade bij hun informele netwerk.¹¹ Pas in tweede in-

Werkkaart 1					
Opvoedingsondersteuning JGZ					
Overzicht van aanbevolen instrumenten en interventieprogramma's per leeftijdsgroep					
	Peri- & Postnataal 0 - 1 week	Baby 0 - 1 jaar	Peuter / Kleuter 1 - 4 jaar	Kinderen 4 - 12 jaar	Adolescent 12 - 19 jaar
Contactmomenten	0 - 1 w	2w, 4w, 8w, 3m, 4m, 6m, 7½m, 9m, 11m	14m, 18m, 2jr, 3jr, 3½jr	groep 2, groep 7	2e klas VO, eventueel 16jr
Signalering psychosociale problemen					
Aanbevolen instrumenten			BITSEA (24 mnd), SDQ ouderversie (3jr, 3,9jr)	SDQ ouderversie	SDQ zelfrapportage versie KIVPA
Signalering opvoed- en opgroeioproblemen					
Aanbevolen instrumenten		DMO-p Samen Starten	DMO-p (t/m 18 mnd), SPARK (18mnd), NOSIK (vanaf 2jr)	NOSIK	NOSIK (t/m 14jr)
INTERVENTIES door JGZ					
Aanbevolen universele interventies		Triple D (0-16jr), Gordoncurcus 1-18jr), Stap voor Stap (0-12jr), Pedagogisch Adviseren (0-19jr)			
Aanbevolen universele fasegebonden interventies		MIM (0-1½jr), VIK (0-4jr), K-VHT (0-4jr), Home Start (0-6jr), Rookvrij opgroeien (0-4jr)	MIM (0-1½jr), VIK (0-4jr), K-VHT (0-4jr), Home Start (0-6jr), Peuter in zicht (2-3jr), STAP (2-4jr), Rookvrij opgroeien (0-4jr)	Home Start (0-6jr), Opvoeden & Zo (4-12jr)	Beter omgaan met pubers (12-18jr)
Aanbevolen interventies voor specifieke doelgroepen	Voorzorg (0½-2jr)	Ouder-baby-interventie (0-1jr), Armoede & gezondheid (0-12jr), Bemoezing (0-19jr), Stevig Ouderschap (1-1½jr), Triple P (0-16jr), Voorzorg (0½-2jr)	Armoede & gezondheid (0-12jr), Bemoezing (0-19jr), Triple P (0-16jr), Stevig Ouderschap (3-18mnd), Voorzorg (0½-2jr), VIPP-SD (1-3jr)	Drukke kinderen (4-12jr), DBT (>7jr), Armoede & gezondheid (0-12jr), Bemoezing (0-19jr), Triple P (0-16jr)	Bemoezing (0-19jr), Triple P (0-16jr)
Overdracht of verwijzing naar andere hulpverleners					
Middelen/ instrumenten	o.a. Digitaal Dossier JGZ, Verwijsindex, Standpunt samenwerking JGZ-jeugdzorg, Wrap Around Care, Één gezin een plan, ZAT's				

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 Interventies)

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

Figuur 1: Werkkaart 1 uit de richtlijn. Overzicht instrumenten en interventieprogramma's.

stantie zoeken ze steun of advies bij een professional, in wie ze vertrouwen hebben.² Uit de raadpleging onder ouders via een chatbox blijkt dat ouders liever niet meteen een advies krijgen als ze steun zoeken bij de opvoeding. Ouders willen in de eerste plaats gehoord worden, zodat de ouder zijn/haar zorgen kan delen met een professional. Ze verwachten hierbij een professionele, luisterende houding van die professional. Opvoedingsondersteuning moet ontzorgen en normaliseren, vinden niet alleen beleidsmakers maar ook ouders zelf.

Ouders moeten daarom op elk moment in de gelegenheid zijn om een vraag over het opvoeden te stellen aan de JGZ professionals. Vertrouwen is daarbij het sleutelwoord: opvoedingsondersteuning is met name effectief als ouders en professional elkaar vertrouwen. In de JGZ 0-4 hebben ouders in de regel een zekere band met de JGZ professionals door het grote aantal contactmomenten in de eerste twee jaar. Vanaf de overgang naar de basisschool verdwijnt de JGZ uit het zicht en weten veel ouders niet waar ze terecht kunnen voor opvoedvragen.² De richtlijn beveelt daarom aan dat de JGZ 4-19 op scholen voor basis- en voortgezet onderwijs meer en veel zichtbaarder aanwezig is dan tot nu toe gebruikelijk is. Redenen hiervoor zijn dat de JGZ, zo mogelijk werkzaam vanuit een CJG, goed zicht heeft op al deze kinderen vanuit de vroege jeugd, goede contacten heeft met het sociale netwerk en tevens medische kennis in huis heeft om juist te kunnen onderscheiden tussen gedragsproblematiek of meer medische problematiek. In een apart kader hebben we enkele aanbevelingen vermeld die betrekking hebben op vragen en behoeften van ouders op het gebied van opvoeding.

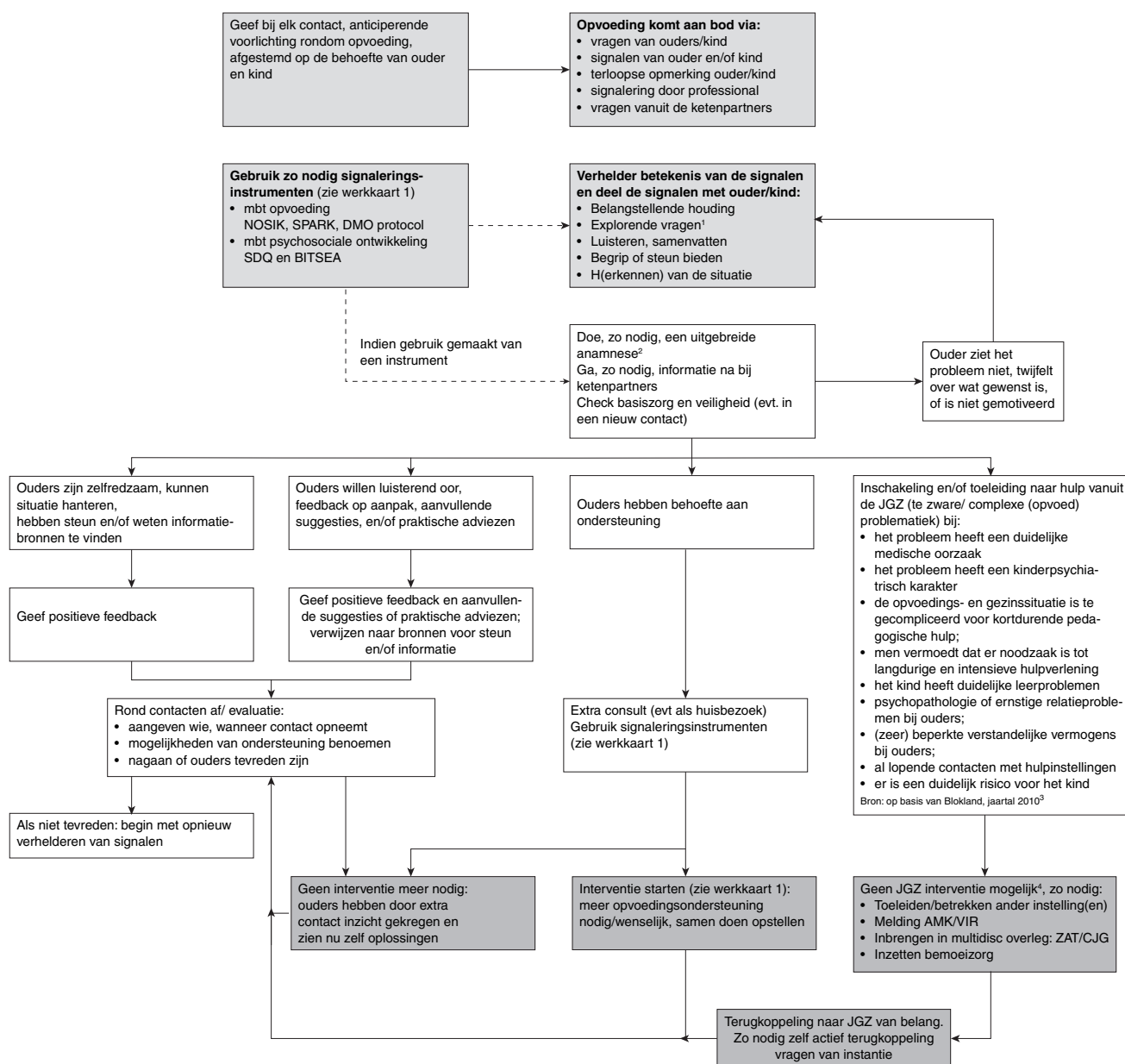
Om goed aan te kunnen blijven sluiten op wensen, behoeften en opvattingen van ouders is het wenselijk een vorm van structurele cliëntenraadpleging en klanteneva-

luatie in te voeren. Dit betekent dat evaluatie bijvoorbeeld een plek moet krijgen in de reguliere contactmomenten met ouders door een open dialoog aan te gaan met ouders en evaluatie standaard in te bouwen ("zijn alle vragen van de ouders beantwoord?").

Welke instrumenten kunnen ingezet worden voor signalering?

Met ouders praten over opvoeding en ontwikkeling van kinderen is een basistaak van de jeugdverpleegkundige en jeugdarts in de JGZ. Tijdens alle contactmomenten zou opvoeding direct of indirect aan de orde moeten komen. Ingeschat moet worden of dit gesprek plaatsvindt in aanwezigheid of beter in afwezigheid van het kind. Wanneer een risico met betrekking tot de opvoeding aan de orde is, taxeert de JGZ hoe ernstig het probleem is en wat de mogelijke gevolgen voor het kind zijn. Eventuele medische oorzaken worden uitgesloten. Wetenschappelijk onderbouwde signaleringsinstrumenten kunnen een belangrijk hulpmiddel zijn om opvoedings- of psychosociale problemen vast te stellen. In Figuur 1 wordt een overzicht gegeven van de aanbevolen instrumenten en interventieprogramma's per leeftijdsgroep. Voor gegevens met betrekking tot de validiteit en effectiviteit verwijzen we naar de databank Instrumenten en richtlijnen en de databank Effectiviteit van jeugdinterventies (www.nji.nl).

Twee instrumenten zijn geschikt voor de universele signalering van *opvoedingsproblemen*: de SPARK¹²⁻¹⁴ en het DMO-protocol dat deel uitmaakt van Samen Starten.^{15,16} Voor opvoedproblemen in risicosituaties is de NOSIK geschikt.¹⁷ Bij opvoedingsproblemen gaat het altijd om de omgang tussen ouders en kind, waarbij ouders een discrepantie ervaren tussen de gewenste en de feitelijke situatie.¹⁸ Bij psychosociale problemen gaat het om problemen die met het kind zelf te maken hebben: ge-



¹ Voorbeelden van explorerende vragen, zie volgende pagina
² Beschrijving anamnestiche vragen, zie volgende pagina.
³ Blokland, G. 'Over opvoeden gesproken. Methode-boek pedagogisch adviseren; 2010)
⁴ Zie verder: Toeleiding tot zorg in het toekomstig stelsel, Advies van de beroepsverenigingen MVO, NIP-jeugd, AJN, v&VN, MVMW, BMJ

Figuur 2: Beslisschema bij het aanbieden van opvoedingsondersteuning.

dragsproblemen, emotionele – en sociale problemen.¹⁹ Wat de signalering van psychosociale problemen voor jonge kinderen betreft, uit een studie waarbij vier instrumenten met elkaar vergeleken werden (ASQ:SE, BITSEA, KIPPI, en SDQ) blijkt dat de inzet van deze signaleringsinstrumenten pas vanaf de leeftijd van twee jaar zinvol is.²⁰⁻²² Voor tweejarigen wordt de BITSEA aanbevolen^{20,23} en de SDQ (ouderversie) verdient de voorkeur vanaf 3²⁴ tot en met 12 jaar.²⁵ Voor 13/14 jarigen is de SDQ (zelfrapportage) of de KIVPA een goede keuze.²⁶

Interventies voor opvoedingsondersteuning

Het programma Triple P is in Australië, elders in de wereld en in Nederland onderzocht.²⁷⁻²⁹ In Australië is

het programma bewezen effectief, en de Nederlandse onderzoeksuitkomsten bevestigen die kwalificatie,³⁰ hoewel er is geen effectonderzoek naar Triple P niveau 1 en 2 in Nederland is verricht. Triple P is een programma dat op vijf niveaus wordt aangeboden, variërend van algemene voorlichtingsavonden over positief opvoeden tot hulp bij ernstige opvoedproblemen. Niveau 1 t/m 4 kunnen worden toegepast in de JGZ. Naast het kernprogramma met de vijf niveaus beschrijven Speetjens en collega's³⁰ de volgende extra modules van Triple P voor specifieke doelgroepen zoals ouders van tieners (Teen Triple P), ouders van kinderen met een ontwikkelingsstoornis of handicap (Stepping Stones), gezinnen met risico op kindermishandeling (Pathways Triple P), werkende ouders (Workplace Triple P) en Aboriginal ouders

(Indigenous Triple P). Drie nieuwe modules zijn in ontwikkeling: 'Lifestyle Triple P' voor ouders van kinderen met overgewicht, 'Transitions Triple P' voor ouders die uit elkaar gaan en voor nieuwe, samengestelde gezinnen, en 'Baby Triple P'. (zie www.triplep.net). Baby Triple P richt zich specifiek op de voorbereiding op de komst van een kindje en de eerste levensjaren met alle bijbehorende vragen en knelpunten. Er zijn vier sessies voor de geboorte, en vier sessies erna. Doel is dat ouders bij opvoedvragen direct al weten waar aan te kloppen en een warm lijntje hebben met de professional. Met name deze vorm lijkt voor de JGZ heel relevant. Op dit moment vinden er buitenlandse pilotstudies plaats naar Baby Triple P. Hoewel internationaal is aangetoond dat Triple P toepasbaar is bij verschillende etnische groepen, meldden professionals wel knelpunten bij het toepassen van Triple P bij migrantenouders.³¹

Er zijn ook Nederlandse programma's voor universele opvoedingsondersteuning die erkend zijn als 'theoretisch goed onderbouwd': Pedagogisch adviseren, Stap voor Stap en de Gordon cursus. Nederlandse, theoretisch goed onderbouwde programma's voor ontwikkelingsfase gebonden universele opvoedingsondersteuning zijn 'Opvoeden zo', 'Beter omgaan met Pubers', 'Drukke kinderen' of 'Peuter in zicht'. Deze programma's hebben als voordeel boven buitenlandse dat de programma's in Nederland zijn ontwikkeld en mogelijk beter aansluiten bij de Nederlandse situatie. Anderzijds is de effectiviteit van deze programma's minder grondig getoetst dan van buitenlandse programma's (Databank NJi).

Sommige interventies zijn in principe voor iedereen bedoeld. Aan de andere kant van het spectrum zijn er interventies die sterk zijn aangepast aan de groep waarvoor ze bestemd zijn, ofwel cultuursensitief zijn. Over wat het beste is, bestaat geen consensus.³² In een review zijn verschillende opvoedingsprogramma's op hun effecten bij etnische minderheidsgroepen vergeleken: generieke (maar wel vertaalde) programma's, aangepaste programma's en cultuurspecifieke programma's.³³ 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. Het bereiken en behouden van ouders met een andere etnische achtergrond is bij generieke interventies minder goed dan bij cultuurspecifieke interventies.³³⁻³⁵ De manieren waarop de opvoedtechnieken en -strategieën gepresenteerd worden, zouden hier deels verantwoordelijk voor zijn.³⁶ Culturele aanpassing vergroot niet altijd het effect van een interventie, maar kan wel de acceptatie ervan bij de doelgroep verhogen.

Welke competenties heeft de JGZ professional nodig?

In de JGZ wordt zoveel mogelijk vraaggericht gewerkt, waarbij de professional nadrukkelijk het *perspectief* van de ouder als uitgangspunt kiest. In een gesprek zoekt de

professional naar sterke punten van de ouder in de opvoedingssituatie en benoemt deze. Dit noemen we 'empowerment': door ouders positief aan te moedigen wordt een gelijkwaardige samenwerkingsrelatie tot stand gebracht.³⁷ Empowerment betekent ook dat de JGZ professional niet meteen voorlichting of een advies geeft, zodra de ouder een vraag stelt. De professional kijkt eerst naar de motivatie van ouders en checkt of er een tekort is aan basiskennis over opvoeden. Daarna pas volgt informatie of advies, in samenspraak met ouders. Aanbevolen wordt om alle medewerkers die opvoedingsondersteuning aanbieden, regelmatig training aan te bieden in vraaggerichte/oplossingsgerichte gespreksvoering.³⁸

Figuur 2 geeft aan welke stappen de professional neemt op het moment dat een ouder een vraag of zorg(en) heeft over de opvoeding. Het kan ook zijn dat de professional zich juist zorgen maakt, of dat de zorgen heel indirect of impliciet naar boven komen. In het schema wordt weergegeven wanneer de JGZ professional een andere hulpverlener moet inschakelen of wanneer toeleiding naar anderen nodig is. Aanvullend op dit schema zijn suggesties gegeven voor explorerende vragen, die nodig zijn om tot verheldering van de vraag of het signaal te komen.

Informatie uitwisselen met ouders en ketenpartners

Goede opvoedingsondersteuning gaat uit van het 'zo zo zo principe': zo snel, zo licht, zo kort en zo dichtbij mogelijk.³⁹ Hierbij is een goede aansluiting en samenwerking noodzakelijk tussen het aanbod in het preventieve domein (van de JGZ en het CJG) en de jeugdzorg.⁴⁰ Om ketenpartners met elkaar te verbinden is het nodig dat professionals elkaar in levende lijve ontmoeten, samen afspraken maken, kennis en informatie uitwisselen en elkaar stimuleren.

Ook met ouders en jeugdigen wisselt de JGZ professional informatie uit wanneer er bijvoorbeeld een keuze gemaakt moet worden voor passende hulp. Dat betekent dat professionals transparant moeten zijn en dat de regie bij ouders/jeugdigen zelf moet liggen. Ouders en jeugdigen dienen zo mogelijk altijd aanwezig te zijn bij besprekingen die hen aangaan. Afhankelijk van de leeftijd en de situatie kan dit gezamenlijk of apart plaatsvinden. Samen met ouders en jeugdigen worden doelen vastgesteld, welke ondersteuning nodig is en welke partners eventueel betrokken zijn of worden bij die ondersteuning. Is meer nodig en zijn de problemen complexer, dan wordt gewerkt volgens het principe van 'één gezin, één plan, één regisseur' (zie bijvoorbeeld 1gezin1plan.nl).

Praktijktest richtlijn opvoedingsondersteuning

Gedurende een half jaar (eind 2012) is de conceptrichtlijn geëvalueerd in de praktijk van de JGZ. Doel van de praktijktest was het inventariseren van verbeterpunten voor de inhoud en vorm van de samenvatting en de werkkaarten en daarnaast het inventariseren van belemmerende en bevorderende factoren die een rol kunnen spelen bij het invoeren van de richtlijn.

Voor de werving van medewerkers is contact gezocht met CJG teamcoördinatoren en -managers. Dit resulteerde in de deelname van twee CJG teams. Daarnaast is

- De JGZ gebruikt de volgende middelen om informatie uit te wisselen: de Verwijsindex, het digitaal dossier JGZ, 'Eén Gezin, Eén Plan' en de Zorg Advies Teams van scholen (ZAT: een multidisciplinair team waar leerkrachten kinderen met gedragsproblemen of ontwikkelingsproblemen kunnen aanmelden. Het team zorgt ervoor dat de leerling de juiste hulp krijgt.).
- De JGZ-professional moet standaard participeren in de ZATs op elke school. Welke professional deelneemt aan het ZAT moet lokaal bekeken worden.
- Altijd moet duidelijk zijn wie de functie van zorgcoördinator vervult. De zorgcoördinator zorgt voor samenhangende ondersteuning van het gezin.
- Er moeten duidelijke lokale/regionale afspraken gemaakt worden over de terugkoppeling van informatie tussen ketenpartners.

een oproep geplaatst op de websites van Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ). Hierop hebben 13 personen gereageerd: 8 jeugdverpleegkundigen 0-4 jaar, een orthopedagoog, een opvoedadviseur en 3 jeugdartsen 0-4 jaar. Eén van deze jeugdartsen, een stafarts, heeft vervolgens binnen haar organisatie nog 12 personen extra geworven (jeugdverpleegkundigen 0-4 en 4-19 jaar, jeugdartsen 0-4 jaar, en psychologen). Daarmee kwam het totale aantal deelnemers op 34. Deze professionals zijn werkzaam in 7 verschillende organisaties door heel Nederland.

Gedurende twee maanden hebben de professionals met de richtlijn gewerkt en vulden ze drie tot vijf keer een casuïstiekvragenlijst in. Hierbij konden deelnemers aangeven tegen welke zaken zij aanliepen en welke factoren belemmerend en bevorderend werkten. Aan het eind van de implementatieperiode vulden nog 25 medewerkers een vragenlijst in. Hierin werden onder andere vragen gesteld over wat men wel en niet duidelijk en praktisch vond en onder welke randvoorwaarden men met de richtlijn kon werken. Na afloop van de twee maanden waarin gewerkt werd met de richtlijn, zijn de managers van twee organisaties telefonisch geïnterviewd en hebben twee groepsinterviews met de medewerkers plaatsgevonden.

Een meerderheid van de medewerkers had direct na het inlezen een positieve eerste indruk van de richtlijn en gaf aan dat de richtlijn heel herkenbaar was en dat men al grotendeels zo werkte. De medewerkers vonden de richtlijn niettemin nuttig: de richtlijn bood hen een duidelijk stappenplan aan, en geeft met name houvast ten aanzien van het doorvragen aan ouders en het inschatten van de behoeften van ouders. Zowel de samenvatting als de werkkaarten vond men praktisch. Op basis van de bevindingen uit de praktijktest hebben we de volgende aanbevelingen opgesteld voor de landelijke invoering van de richtlijn.

Adoptie

Er worden weinig problemen verwacht wat de adoptie betreft, mits instrumenten en interventieprogramma's lokaal beschikbaar zijn.

Voorbereiding en scholing:

JGZ medewerkers hebben ongeveer een uur nodig om de richtlijn te lezen. Een groepsinstructie van ongeveer 1,5 uur is wenselijk. Extra scholing is wenselijk op het gebied van motiverende gespreksvoering en/of oplossingsgericht werken en de interactie met de ouders.

Scholing is in de regel een vast onderdeel van een nieuwe richtlijn. Bij de landelijke invoering van de richtlijn komt een e-learning module beschikbaar die JGZ medewerkers extra kan ondersteunen in de omgang met ouders, o.a. gespreksvoering. Om te inventariseren wat de status is van de kennis van de medewerkers, en of scholing nodig is, is een derde werkkaart (een competentie checklist, die een medewerker zelf kan afnemen) opgesteld. Zie hiervoor de richtlijn.

Beschikbaarheid van instrumenten en interventies

Om met de richtlijn te kunnen werken, is het wenselijk dat de professionals één of meerdere van de verschillende signaleringsinstrumenten die in de richtlijn genoemd worden, daadwerkelijk kunnen inzetten. Dit geldt tevens voor de interventies die we aanbevelen. Het is daarom wenselijk dat organisaties die nog niet de beschikking hebben over de aanbevolen interventies, binnen hun regio met de gemeenten gaan overleggen zodat deze beschikbaar komen. Om deze onderhandelingen te vergemakkelijken is een samenvatting van de richtlijn voor het management gemaakt.

Tijd die nodig is om te werken met de richtlijn

De consulttijd is soms onvoldoende om alle aspecten uit de richtlijn uit te voeren. Met name de uitgebreidere anamnese en het inzetten van een signaleringsinstrument kosten zeker in het begin meer tijd. Als oplossing kan worden uitgeweken naar een huisbezoek of extra consult. Aanbevolen wordt om rekening te houden met de extra tijd die nodig is voor de invoering van en het werken met de richtlijn.

Aandachtfunctionaris en implementatiecoördinator

Organisaties wordt aanbevolen om twee 'functionarissen' aan te stellen, deze beide functies kunnen goed verenigd worden. De 'aandachtfunctionaris opvoeding' fungeert binnen de organisatie als vraagbaak en biedt inhoudelijke ondersteuning aan collega's als ze dat nodig hebben.

Daarnaast zou het wenselijk zijn als een organisatie een 'implementatiecoördinator' aanstelt die kennis en ervaring heeft van implementatie. De implementatiecoördinator is verantwoordelijk voor het invoeren van de richtlijn binnen de organisatie, terwijl management zorgt voor de randvoorwaarden. Vanwege het landelijke implementatietraject van het NCJ, zijn deze implementatiecoördinatoren bij vrijwel alle JGZ organisaties al aangesteld en worden zij tevens doorlopend getraind vanuit het NCJ.

CONCLUSIE

De richtlijn opvoedingsondersteuning biedt een helder stappenplan voor professionals op het moment dat ouders vragen of zorgen hebben over de opvoeding. Van belang daarbij is dat de professional het perspectief van de ouder kiest en niet meteen met voorlichting of advies komt. De richtlijn geeft professionals houvast ten aanzien van het doorvragen bij ouders en het inschatten van de behoeften van ouders. De richtlijn is geen handboek met informatie over de meest voorkomende opvoedvragen en de antwoorden hierop.

De eerste behoefte van ouders is een luisterend oor: ze willen hun vragen voorleggen en hun zorgen delen met een professional. Ze verwachten daarbij een professionele, luisterende houding in een gelijkwaardige samenwerking met heldere en eenduidige adviezen op maat. Ouders verwachten van een professional dat deze hen in hun rol positief bekrachtigt, niet problematiseert en stigmatiseert. Met ouders praten over opvoeding en ontwikkeling van kinderen is een basistaak van de JGZ professional. Tijdens alle contactmomenten moet daarom opvoeding direct of indirect aan de orde komen; ook als ouders er niet zelf over beginnen. Hoewel er een groot aantal wijzigingen aankomt in het kader van de Jeugdwet, transitie en transformatie, zullen de aanbevelingen van de richtlijn toepasbaar blijven voor de professionals van de JGZ.

ABSTRACT

A guideline for supporting parents in mild parenting problems in the Youth Health Care in the Netherlands

This guideline describes evidence- and practice-based approaches and programs for prevention, observation, screening and interventions in the Dutch Youth Health Care. The guideline focuses on: 1) Parents' questions about parenting and the development of their child; 2) (Anticipating) information about parenting and child development that can be provided by Youth Health Care workers to parents; 3) How Youth Health Care workers can deal with signals of dysfunctional parenting, parent-child difficulties, behavioral, emotional, and developmental problems in children; 4) Information, advice and (light) interventions and referring children, youngsters and parents to behavioral scientists and other caregivers working within the 'Center for Youth and Family' or elsewhere. Dutch Youth Health Care professionals adopt an 'demand based' approach; every interaction starts from the parental perspective. The healthcare worker empowers parents in their parenting role whenever possible. Advice and information

should be acceptable for parents, fit to their expectations, needs and those of their child as well as their own parenting views. The guideline comprises an evidence and consensus based approach for Youth Health Care professionals to support parents in parenting skills.

Keywords: Supporting parents, Youth Health Care, Guideline, Parenting

LITERATUUR

1. Raad voor Maatschappelijk Ontwikkeling. Ontzorgen en normaliseren. Naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg. Den Haag: RMO, 2012.
2. Speetjens P, Linden D van der, Goossens F. Kennis over opvoeden : de vragen van ouders, het aanbod van de overheid en de mogelijkheden van de markt . Utrecht: Trimbos-instituut, 2009.
3. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Evidence-based Richtlijnontwikkeling (EBRO). Handleiding voor werkgroepleden. Utrecht: CBO, 2007.
4. Oudhof M, Wolff M de, Ruiten M de, Kamphuis M, L'Hoir M, Prinsen B. JGZ richtlijn opvoedingsondersteuning. Voor opvoedvragen en lichte opvoedproblemen. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2013.
5. Hermanns J. Het opvoeden verleerd. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2009.
6. Ince D. Cijfers over opvoedingsvragen en problemen. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, 2008.
7. Zeijl E, Crone M, Wiefferink K, Keuzenkamp M, Reijneveld SA. Kinderen in Nederland. Den Haag: SCP, 2005.
8. Pels T, Distelbrink M, Postma S. Opvoeden in de migratiecontext. Review van onderzoek naar de opvoeding in gezinnen van nieuwe Nederlanders. Utrecht: Verwey Jonker Instituut, 2009.
9. Ince D, Berg G van den. Overzichtsstudie interventies voor migrantenjeugd. Ontwikkelingsstimulering, preventie en vroeghulp. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, 2010.
10. Broek A van den, Kleijnen E, Keuzekamp S. Naar Hollands gebruik? Verschillen in gebruik van hulp bij opvoeding en gezondheid tussen autochtonen en migranten. Den Haag: SCP, 2010.
11. Doorten I, Bux F. Steun voor ouders bij de opvoeding: rol van sociale netwerken, formele instanties en de buurt. In: Bux F (red). Gezinsrapport. Den Haag: SCP, 2011: 180-96.
12. Staal IIE, Hermanns JMA, Schrijvers AJP, Stel HF van. Vroegsignalering van opvoed- en opgroeioproblemen bij peuters: validiteit en betrouwbaarheid van een gestructureerd interview. Tijdschr Jeugdgezondheidsz 2013;45:7-15.
13. Staal IIE, Brink HAG van den, Hermanns JMA, Schrijvers AJP, Stel HF van. Assessment of parenting and developmental problems in toddlers: development and feasibility of a structured interview. Child: Care, Health Devel 2011;37:503-11.
14. Stel HF van, Staal IIE, Hermanns JMA, Schrijvers AJP. 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 2012; 12:71-8.
15. Tan N, van den Boom DC, Hermanns JJM. Protocol ter ondersteuning van de sociaal-emotionele ontwikkeling. Een volgsysteem voor consultatiebureaus (0-4 jarigen) ontwikkeld in opdracht van DMO. Eindverslag. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2005.

16. Wolff MS de, Pannebakker FD, Bouwmeester-Landweer MBR. Samen Starten met Stevig Ouderschap: Stevig Starten, een combinatie van methodes vanuit de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) 0-4 jaar voor het signaleren van risicovolle opvoedings-situaties met inbegrip van kindermishandeling en het ondersteunen van gezinnen met jonge kinderen. Leiden: TNO, 2012.
17. Brock AJLL de, Vermulst, AA, Gerris JRM Abidin, RR. NOSI, handleiding experimentele versie. Amsterdam: Pearson, 1992.
18. Hirasing, RA, Talma H, Kobussen M. Zakwoordenboek Jeugd. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut 2010.
19. Postma S. JGZ-Richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen. Bilthoven: RIVM 2008.
20. Theunissen MHC, Wolff MS de, Vogels, AGC, Reijneveld SA. Vergelijking van de ASQ:SE, BITSEA, KIPPPPI en de SDQ als signaleringsinstrument voor problemen bij 0-4 jarigen in de Jeugdgezondheidszorg. Leiden: TNO, 2011.
21. Wolff MS de, Theunissen MHC, Vogels AGC, Reijneveld SA. Three questionnaires to detect psychosocial problems in toddlers: A comparison of the BITSEA, ASQ:SE and KIPPPPI. Acad Ped (accepted for publication).
22. Pijpers F. Gebruik van vragenlijsten in de jeugdgezondheidszorg. Een handreiking. NCJ, Utrecht 2012.
23. Kruizinga I, Jansen W, Carter AS, Raat, H. Evaluation of an early detection tool for social-emotional and behavioral problems in toddlers: The Brief Infant Toddler Social and Emotional Assessment - A cluster randomized trial. BMC Public Health 2011;11:494.
24. Theunissen MHC, Vogels AGC, Wolff MS de, Reijneveld, SA. Characteristics of the Strengths and Difficulties Questionnaire in Preschool children. Pediatrics 2013;131:1-11.
25. Vogels AGC, Crone MR, Hoekstra F, Reijneveld SA. Comparing three short questionnaires to detect psychosocial dysfunction among primary school children: a randomized method. BMC Public Health 2013;9:489.
26. Vogels AGC, Siebelink BM, Theunissen MHC, Wolff MS de, Reijneveld SA. Vergelijking van de KIVPA en de SDQ als signaleringsinstrument voor problemen bij adolescenten in de Jeugdgezondheidszorg. Leiden: TNO, 2011.
27. Sanders MR, Dadds CM, Turner KMT. Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple P- Positive Parenting Program: A population approach to the promotion of parenting competence. Parent Res Pract Monogr 2003;1:1-21.
28. Nowak C, Heinrichs, N. A Comprehensive Meta-Analysis of Triple P-Positive Parenting Program Using Hierarchical Linear Modeling: Effectiveness and Moderating Variables. Clin Child Family Psychol Rev 2008;11:114-44.
29. Thomas R, Zimmer-Gembeck, MJ. Behavioral Outcomes of Parent-Child Interaction Therapy and Triple P Positive Parenting Program: A Review and Meta-Analysis. Journal of Abnormal Child Psychology; 2007: 35, 475-95.
30. Speetjens P, Graaf P de, Blokland G. Het fundament van Triple P. Theoretische onderbouwing en onderzoek. Jeugd en Co Kennis 2007;1:43-9.
31. Bellaart H. De effectiviteit van Triple P voor migrantengezinnen. Adviesrapport over de doorontwikkeling van Triple P ten behoeve van doelgroepen met diverse migratieachtergronden. Utrecht: FORUM, 2010.
32. Mutsaers K. Wat werkt bij jeugdigen uit etnische minderheidsgroepen. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, 2009.
33. Barlow J, Shaw R, Sterwart-Brown S. The effectiveness of parenting programmes for ethnic minority parents. York: Rowntree Foundation, 2004.
34. Barret PM, Ollendick TH. Handbook of Interventions that Work With Children and Adolescents: From Prevention to Treatment. London: Vivian Ward Psychology Publishing, 2004.
35. Wilson SJ, Lipsey M, Soydan H. Are mainstream programs for juvenile delinquency less effective with minority youth than majority youth? A meta-analysis of outcomes research. Res Soc Work Pract 2003;13:3-26.
36. Butt J, Box L. Family Centred: A study of the use of a family centre by black families. London: Race Equality Unit, 1998.
37. Burggraaf-Huiskes M. Opvoedingsondersteuning. Als bijzondere vorm van preventie. Bussum: Uitgeverij Coutinho, 2005.
38. Hamilton JD. Evidence-based thinking and the alliance with parents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2004; 43:105-8.
39. Kenniskring Jeugdgezondheidszorg. Pedagogische visie van de jeugdgezondheidszorg. Notitie van de kenniskring jeugdgezondheidszorg. Utrecht: Kenniskring Jeugdgezondheidszorg, 2010.
40. Dijk M. van, Prinsen B. Opvoedingsondersteuning in het Centrum voor Jeugd en Gezin: Handreiking. Utrecht : Nederlands Jeugdinstituut, 2009.

CORRESPONDENTIEADRES

Marianne de Wolff, TNO Child Health, Leiden, Postbus 2215, 2301 CE Leiden, tel. 088-8666094, e-mail: marianne.dewolff@tno.nl