

Bemoeizorg in de Jeugdgezondheidszorg

Werkblad beschrijving interventie

Gebruik de HANDLEIDING bij dit werkblad

Werkblad, versie mei 2015

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstututen:



Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam organisatie: GGD West-Brabant

E-mail: info@ggdwestbrabant.nl

Telefoon: 076 5 282 000

Website (van de interventie): www.ggdwestbrabant.nl

Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam : Carin Rots-de Vries

E-mail : C.Rots@ggdwestbrabant.nl

Telefoon : 06 51 99 35 36

Referentie in verband met publicatie

Naam auteur interventiebeschrijving: Carin Rots-de Vries

Titel interventie: Bemoeizorg in de Jeugdgezondheidszorg

Databank(en): Databank Effectieve Jeugdinterventies, I-database

Plaats, instituut: Breda, GGD West-Brabant

Datum: maart 2016

Het werkblad is een invulformulier voor het maken van een interventiebeschrijving, geordend naar onderwerp (doelgroep, doel, enzovoort). De onderwerpen volgen de criteria voor beoordeling. De interventiebeschrijving is een samenvatting van de beschikbare schriftelijke informatie over de interventie voor de bezoeker van de databanken effectieve interventies en voor de erkenningscommissie interventies. De informatie is van belang voor de beoordeling van de kwaliteit, effectiviteit en randvoorwaarden van de interventie.

[Kijk bij het invullen in de handleiding die bij dit werkblad hoort.](#)

Inhoud

Colofon	2
Inhoud.....	3
Samenvatting	4
Korte samenvatting van de interventie.....	<i>Error! Bookmark not defined.</i> 4
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal.....	4
Onderbouwing	4
Onderzoek	4
1. Uitgebreide beschrijving	5
1.1 Doelgroep	5
1.2 Doel.....	6
1.3 Aanpak	6
2. Uitvoering.....	97
3. Onderbouwing	128
4. Onderzoek	159
4.1 Onderzoek naar de uitvoering.....	159
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten.....	169
5. Samenvatting Werkzame elementen	1840
6. Aangehaalde literatuur	1911
7. Praktijkvoorbeeld.....	2242

Samenvatting

Doelgroep

De doelgroep van de interventie bestaat uit multiprobleemgezinnen. Een multiprobleemgezin is een gezin dat langdurig kampt met een combinatie van sociaaleconomische en psychosociale problemen. In de ogen van hulpverleners zijn deze gezinnen moeilijk te helpen, omdat ze vaak ook problemen hebben met hulpverleners en zorginstellingen. Andersom is dit vaak ook het geval.

Doel

De interventie wil ten eerste bewerkstelligen dat de ouders de zorgen over de ontwikkeling van de kinderen gaan onderschrijven ('gedeelde zorg') en ontvankelijk worden voor ondersteuning of hulp. De interventie beoogt vervolgens dat het sociale netwerk van het gezin en hulpverlenende instellingen daadwerkelijk en in samenhang ondersteuning gaan bieden aan het gezin.

Aanpak

Bemoeizorg wordt ingezet wanneer er via de reguliere JGZ-contacten geen werkbaar contact met het gezin tot stand is gekomen. Ook kan de JGZ signalen van ketenpartners over een gezin oppakken. Kenmerkend voor bemoeizorg is de actieve, outreachende werkwijze. Hierbij neemt de JGZ-medewerker zelf initiatieven richting gezinnen die daar niet om gevraagd hebben. Dit maakt dat bemoeizorg normatief beladen is, hetgeen bijzondere eisen stelt aan de uitvoerende professionals. Op het moment dat ingang in het gezin verkregen is, wordt samenwerking met de ouders op gang gebracht. Die is in eerste instantie gericht op het bereiken van overeenstemming over een hulpvraag. Daarna volgen het opstellen van een gezinsplan en toeleiding naar zorg om het op gang brengen van ondersteuning te realiseren. Het principe 'één gezin, één plan, één regisseur' is hierbij leidend. De gehele begeleiding duurt ongeveer zes maanden. De aanpak is uitgewerkt in zes interventie-stappen, met elk hun eigen subdoelen.

Materiaal

De interventie staat beschreven in een interventiehandleiding 'Outreachend werken in de Jeugdgezondheidszorg. Handleiding voor de interventie 'Bemoeizorg in de JGZ' (Rots-de Vries et al 2016). Deze handleiding is gebaseerd op onderzoek naar de doelgroep, de gehanteerde methodieken, de doelrealisatie, effecten en randvoorwaarden van de interventie. Dit onderzoek heeft bij diverse JGZ-afdelingen plaatsgevonden, in gemeenten van uiteenlopende omvang verspreid over het land. De handleiding is gebaseerd op de onderzoeksbevindingen en de praktijkervaringen, aangevuld met gegevens over outreachende hulpverleningsmethodieken uit de wetenschappelijke literatuur en de vakliteratuur.

Onderbouwing

In multiprobleemgezinnen is sprake van afwezige of stagnerende ondersteuning en hulpverlening. In combinatie met de multiple problematiek in deze gezinnen, leidt dit tot opvoedingstekorten en risico's voor de ontwikkeling en gezondheid van de kinderen. Bemoeizorg treedt op als intermediair tussen enerzijds de gezinnen en anderzijds hulpbronnen in de omgeving van het gezin (formele en/of informele zorg). Conform het makelaarsmodel, van oorsprong ontwikkeld in de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg en de sociale psychiatrie, wordt geen hulpverlening in de zin van behandeling van onderliggende problematiek geboden. De aanpak sluit goed aan bij de neutrale positie van de JGZ als openbare zorg, en bij de functie van de JGZ als signaleerder en zorgtoeleider.

Onderzoek

Na evaluatie van de pilot-interventie in één gemeente, heeft een onderzoek plaatsgevonden in meerdere gemeenten verspreid over het land. Dit onderzoek heeft de doelgroep, gehanteerde methodieken, de doelrealisatie en de randvoorwaarden onderzocht en in samenhang beschreven. Vervolgens is ook de effectiviteit van de interventie onderzocht.

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

De uiteindelijke doelgroep van de interventie zijn ouders en kinderen uit multiprobleemgezinnen (Zoon 2012). Een multiprobleemgezin is een gezin van minimaal één ouder en één kind dat langdurig kampt met een combinatie van sociaaleconomische en psychosociale problemen. Hierdoor ontstaan opvoedings-tekorten en risico's voor de ontwikkeling en gezondheid van de kinderen. De zorgverlening aan deze gezinnen is gestagneerd of ontbreekt.

Intermediaire doelgroep

De intermediaire doelgroep bestaat uit personen of instellingen die hulp kunnen bieden aan het gezin. Het gaat hierbij om informele en formele zorgverleners. Informele zorg wordt gegeven door personen uit het sociale netwerk van het gezin. Formele hulp wordt uitgevoerd door professionals werkzaam bij hulpverlenende instellingen.

Selectie van doelgroepen

Bemoeizorg wordt ingezet voor gezinnen waarmee via de reguliere JGZ-contacten en na inzet van het JGZ-protocol 'niet-verschijnen-zonder-bericht' geen contact tot stand gekomen is terwijl er wel zorgen bestaan over de gezonde ontwikkeling van het kind. Ook is het mogelijk dat via ketenpartners of netwerkoverleggen signalen over een gezin door de JGZ worden opgepakt.

Onderbouwde zorgen over de ontwikkeling van het kind is iets anders dan vage signalen of vermoedens. Het is van belang dat de jeugdverpleegkundige deze zorgen concreet maakt en onderscheid maakt tussen enerzijds feiten en anderzijds meningen, vooronderstellingen of vermoedens. Om bemoeizorg in te zetten moet minimaal aan de volgende criteria zijn voldaan:

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

De selectie van de intermediaire doelgroepen gebeurt tijdens het opstellen van het gezinsplan, in nauwe samenwerking met het gezin. De in te zetten ondersteuning en zorg zijn nauw verbonden aan de doelen die het gezin zich zelf stelt voor de verbetering van de situatie en het voorkomen van ernstiger problemen. Wanneer er meerdere instellingen betrokken zijn, wordt hun inzet binnen het gezin opnieuw bezien. De bemoeizorger heeft hierbij de rol van procesbegeleider (zei verder onder 2.3).

Betrokkenheid doelgroep

Bij de ontwikkeling van de interventie was de doelgroep niet betrokken. Bij de invulling van elk individueel bemoeizorg-traject is betrokkenheid van de doelgroep één van de kernprincipes.

1.2 Doel

Hoofddoel

Bemoeizorg in de JGZ richt zich op gezinnen, op hun sociale netwerk en op instellingen die hen hulp of ondersteuning kunnen bieden. Bemoeizorg wil bewerkstelligen dat die gezinnen de zorgen over de ontwikkeling van de kinderen gaan onderschrijven ('gedeelde zorg') (Keesom & Kooijman 2002), ontvankelijk worden voor ondersteuning of hulp, en actief gebruik gaan maken van de hulpbronnen die in hun omgeving aanwezig zijn. Hiervoor is het nodig dat een bepaald probleembesef ontstaat. De bemoeizorg richt zich primair op de ouders, met als doel dat hierdoor de situatie van het kind verbetert.

De interventie heeft niet als primair doel de specifieke problemen in multiprobleemgezinnen te verminderen, zoals gedragsproblemen van de kinderen of verslavingsproblematiek van de ouders. De bemoeizorg biedt hiervoor geen behandeling. Dergelijke factoren bepalen uiteraard de context waarbinnen de interventie plaatsvindt. Ze zijn ook van invloed op het verloop ervan. Werkenderwijs biedt de bemoeizorg wel opvoedingsondersteuning aan de ouders. Indien nodig, worden eigen interventies van de JGZ ingezet (bijvoorbeeld begeleiding bij leefstijlbegeleiding, hoofdfluisbestrijding, en begeleiding bij chronisch bedplassen).

Subdoelen

Het sociale netwerk van het gezin en de instellingen kunnen hulp of ondersteuning bieden. De interventie beoogt dat zij daadwerkelijk en in samenhang hulp gaan bieden aan de gezinnen.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

De uitvoering van de interventie valt onder de openbare gezondheidszorg, onder gemeentelijke regie. Richting de doelgroep is dit een strategische keuze vanwege de neutrale positie van de openbare gezondheidszorg. Outreachend werken, onder andere via huisbezoeken, hoort daar van oudsher bij. In de praktijk blijkt ook dat de JGZ relatief makkelijk en snel ingang in gezinnen verkrijgt (Rots-de Vries et al 2011b). De transities en transformatie die gaande zijn in het sociale domein verwachten bovendien meer zelfregulatie en steun uit het eigen sociale netwerk van het gezin. Bij gezinnen met complexe moeilijkheden zijn meer inspanningen nodig om deze verwachten te realiseren. De inzet van bemoeizorg geeft hier invulling aan. Door de flexibilisering in de JGZ komt er meer tijd en meer maatwerk voor kinderen die risico's lopen in hun ontwikkeling.

De interventie is opgeknipt in zes stappen die elk hun eigen subdoel hebben en samen de rode draad van de activiteiten vormen. Het gehele traject duurt ongeveer 6 maanden. Uit de opgedane praktijkervaringen blijkt dat het aantal huisbezoeken sterk varieert, met een gemiddelde van 5. Ook de duur van de huisbezoeken varieert sterk, met een gemiddelde van vijf kwartier. De zes stappen zijn:

stap	inhoud	doel
1	onderzoek of het gezin in aanmerking komt voor bemoeizorg	een onderbouwd besluit nemen over de inzet van bemoeizorg
2	contact leggen met de ouder(s)	binnenkomen in het gezin
3	contact maken met de ouder(s)	vertrouwen winnen, in gesprek komen en werkpunten identificeren
4	gezinsplan opstellen	werkpunten vaststellen en volgens de principes van 'één gezin, één plan' een gezinsplan maken
5	overdracht en afsluiting	zorgvuldige overdracht van de samenwerkingsrelatie met het gezin en afsluiting van de bemoeizorg
6	monitoren	het gezin in beeld houden

Inhoud van de interventie

Stap 1: onderzoek of het gezin in aanmerking komt voor bemoeizorg

Bemoeizorg wordt ingezet voor gezinnen waarmee via de reguliere JGZ-contacten en na inzet van het JGZ-protocol 'niet-verschienen-zonder-bericht' geen contact tot stand gekomen is terwijl er wel zorgen bestaan over de gezonde ontwikkeling van het kind. Het protocol 'niet-verschienen-zonder-bericht' is een door de JGZ-organisatie opgesteld protocol waarin staat hoeveel en welke contactpogingen worden ondernomen om met een gezin dat niet verschijnt op een afspraak bij de JGZ in contact te komen.

De JGZ-verpleegkundige gaat vervolgens na of een dergelijk gezin voldoet aan de instroomcriteria voor bemoeizorg. Centraal staat hierbij de vraag of er voldoende argumenten zijn om een gezin te gaan benaderen, ook als het gezin daar zelf niet om vraagt. Eventuele eerdere contacten van de Jeugdgezondheidszorg met het gezin kunnen hierbij van dienst zijn. Ook kan het nodig zijn informatie uit te wisselen met andere professionals (bijvoorbeeld leerkrachten of de intern begeleider (IB-er) op school). In deze fase is het instrument voor gegevensuitwisseling bij het samenwerken in de jeugdketen (VWS, 2011) bruikbaar. Dit instrument kan professionals helpen bij het zetten van de juiste stappen wanneer zij zich zorgen maken over de ontwikkeling van een kind of een jeugdige. Het instrument is bedoeld om een weloverwogen keuze te maken voor het al dan niet samenwerken en het uitwisselen van persoonlijke gegevens van kinderen, jongeren en hun ouders met andere professionals. Professionals kunnen aan de hand van vragen afwegen of multidisciplinair informatie uitwisselen met andere professionals in het belang van de jeugdige/ het gezin is. Het instrument is een hulpmiddel; de vigerende wetgeving, met name de WGBO en de WBP, zijn hierbij uiteraard normstellend.

Afhankelijk van het signaleringsbeleid van een JGZ-organisatie, is het ook mogelijk dat via ketenpartners of via participatie van de JGZ in netwerkoverleggen (bijvoorbeeld Zorg Advies Teams of buurtnetwerken) signalen over gezinnen worden opgepakt. De JGZ heeft hierin de keuze een meer passieve of juist een actieve rol op zich te nemen (zie ook het 'signaleringsgebouw' in Van Doorn et al 2008).

Stap 2: contact leggen

De JGZ-verpleegkundige onderneemt stappen om in gesprek te komen met de ouder(s). Dit kan op verschillende manier (telefonisch, een briefje op de voordeur, (onaangekondigd) huisbezoek, via e-mail, via social media, een praatje op het schoolplein of elders, via een tussenpersoon die een goede ingang heeft bij het gezin). De JGZ-verpleegkundige hanteert een persoonlijke aanpak en toont uitgesproken belangstelling voor het gezin en het welzijn van het kind.

Stap 3: contact maken

In deze fase gaat de JGZ-verpleegkundige in gesprek met de ouder(s). De jeugdverpleegkundige legt uit dat er zorgen zijn over het kind en biedt maximale transparantie over haar/zijn rol. De verpleegkundige stelt zich open voor het verhaal van de ouder(s) en tast af, observeert en analyseert wat er speelt in het gezin en in de leefomgeving van het kind. Indien nodig, wordt praktische steun gedoseerd ingezet om vertrouwen te winnen.

De fase van contact maken is erop gericht te onderzoeken of de aanvankelijke zorgen terecht zijn en door de ouders al dan niet worden onderschreven. Struijs en Doorten (Centrum voor Ethiek en Gezondheid), merken hierover op dat het inschatten van risico's mensenwerk is en samengaat met conflicterende waarden (Struijs en Doorten, 2011). Deze stap vergt dan ook bijzondere professionele competenties, individuele kwaliteit en opgebouwde ervaringsdeskundigheid (zie ook onderaan deze paragraaf bij 'Methodische werkwijze' en hoofdstuk 2 van deze beschrijving). Tot op heden ontbreekt een samenhangende beleidsvisie en/of professionele visie die het inschatten van risico's meer kader geeft (Struijs en Doorten, 2011).

Wanneer in deze fase gedeelde zorg wordt bereikt, volgt stap 4. Hiervoor kunnen meerdere contacten nodig zijn. Het is uiteraard ook mogelijk dat de zorgen zijn weggenomen. Als dit het geval is, wordt het contact afgesloten en overlegt de JGZ-verpleegkundige met de ouders wanneer een volgend contact met de JGZ wenselijk is.

Stap 4: gezinsplan maken

In het gezinsplan worden de gezinsdoelen benoemd en wordt vastgelegd hoe het gezin en hulpbronnen in de omgeving van het gezin deze doelen willen gaan realiseren. Bij het opstellen van het gezinsplan gelden

twee uitgangspunten: het gezin is maximaal betrokken en de inzet van instellingen wordt herzien om tot meer samenhang en efficiency te komen. De JGZ-verpleegkundige legt verbindingen tussen het gezin en potentiële hulp vanuit instellingen, school of het sociaal netwerk van het gezin, en regelt de onderlinge samenwerking en afstemming. In een planbespreking zetten het gezin en de hulpverleners de stap naar één samenhangend plan. Het bevat doelen, verantwoordelijkheden en actiepunten. Ook wordt afgesproken wie de uitvoering van het plan bewaakt. Deze manier van werken staat bekend als de aanpak 'één gezin, één plan, één regisseur'. Dit is een leidend principe in de huidige transitie en transformatie in de jeugdsector.

Stap 5: overdracht en afsluiting

Wanneer alle betrokkenen overeenstemming hebben bereikt over het gezinsplan, volgt zorgvuldige overdracht door de JGZ-verpleegkundige. De samenwerkingsrelatie met de ouder(s) wordt geleidelijk overgedragen aan andere partners die participeren in het gezinsplan. De JGZ-verpleegkundige kan ook de rol van zorgcoördinator krijgen, als dit in het plan is overeengekomen.

Stap 6: monitoren

Onderdeel van de afsluiting van een bemoeizorgtraject is dat de JGZ-verpleegkundige met het gezin afsprekt wanneer er weer contact is tussen het gezin en de JGZ. Dit is maatwerk, in overleg tussen JGZ en ouders, met als doel dat het gezin in beeld blijft bij de JGZ en dat de JGZ kan monitoren of de afgesproken zorg geleverd wordt en het gewenste resultaat heeft of aanpassing behoeft.

Methodische werkwijze

Het werken met multiprobleemgezinnen stelt hoge eisen aan de begeleidingshouding van de bemoeizorger omdat zij zich ongeraagd mengen in de opvoedende taak van ouders. Dit geldt voor de eerste fase van bemoeizorg vanwege het complexe dilemma tussen enerzijds vertrouwen winnen en anderzijds het uitspreken van zorgen over de ontwikkeling van het kind, en het inschatten van de actuele risico's. Maar ook de fase van het opstellen van het gezinsplan stelt hoge eisen aan professionele attitudes. Het oplossingsgerichte werken wordt gehanteerd om de begeleidingshouding te sturen en inhoud te geven (Berg 1994, De Jong & Berg 2004). Het principe is dat ouders 'experts' zijn als het gaat om hun eigen leven. Zij weten uit eigen ervaring wat hun problemen zijn, en vooral welke oplossingen in hun situatie wel of niet werken.

Generieke en specialistische werkwijze

Voor de uitvoering van bemoeizorg in de JGZ bestaan twee varianten, namelijk bemoeizorg als generieke werkwijze en bemoeizorg als specialisme. In de generieke variant voeren alle jeugdverpleegkundigen binnen de organisatie bemoeizorg uit naast hun andere JGZ-taken. In de tweede variant wordt er binnen de JGZ-organisatie een apart team geformeerd dat de bemoeizorg uitvoert. Beide varianten komen voor in de JGZ-praktijk.

2. Uitvoering

Materialen

Er is een interventiehandleiding beschikbaar, getiteld 'Outreaching werken in de Jeugdgezondheidszorg. Handleiding voor de interventie 'Bemoeizorg in de JGZ'(Rots-de Vries et al 2016). Naast achtergrondinformatie over de interventie, beschrijft deze handleiding de werkwijze stap voor stap, en de methodische principes en - handvatten. Ook is er een hoofdstuk over de randvoorwaarden voor bemoeizorg in de JGZ-organisatie.

Voor de werving zijn geen materialen beschikbaar. Dit gebeurt in de reguliere JGZ-contacten en in face-to-face contacten met gezinnen.

Voor de evaluatie zijn een procesformulier en een registratieformulier Zorggebruik aanwezig. Met het eerste wordt de programma-integriteit gevolgd. Het tweede formulier wordt gebruikt om de uitkomsten van de bemoeizorg te evalueren.

Locatie en type organisatie

JGZ-organisaties voor 0-4 jarigen, voor 4-19 jarigen en voor 0-19 jarigen kunnen de interventie uitvoeren. In onderstaand overzicht staat waar de verschillende stappen worden uitgevoerd.

stap	lokatie
1	kantoor van de JGZ
2	Op de plek waar het gezin op een laagdrempelige manier benaderd kan worden in de eigen omgeving. Dit is vaak bij het gezin thuis, maar het kan ook op andere plaatsen zijn (op school, op het schoolplein, bij de peuterspeelzaal, bij de kinderopvang, op de speelplaats, op straat).
3	bij het gezin thuis
4	bij het gezin thuis of op het kantoor van de JGZ
5	bij het gezin thuis, op het kantoor van de JGZ, op het kantoor van een andere instelling
6	kantoor van de JGZ

Opleiding en competenties van de uitvoerders

De professional moet beschikken over een breed repertoire van kennis en vaardigheden. Hiertoe behoort in de eerste plaats sociaal-verpleegkundige basiskennis om mogelijke pathologie en behandelbare aandoeningen te kunnen herkennen en de juiste interventies hiervoor in gang te zetten. Als dergelijke aandoeningen in gezinnen zich voordoen, maar nog niet onderkend zijn (bijvoorbeeld psychiatrische ziekten, zwakbegaafdheid, eetstoornissen, gedragsstoornissen) moet de bemoeizorger deze kunnen signaleren. Zij/hij werkt dan volgens het deskundigheidsmodel (een expert die een probleem signaleert en weet welke behandeling ervoor bestaat).

In de tweede plaats is het noodzakelijk dat de bemoeizorger juist deze positie van 'de deskundige' los kan laten. Dit is nodig omdat de situatie in de gezinnen dermate complex en chaotisch is dat de bemoeizorger aanvankelijk nauwelijks zicht heeft op mogelijke oplossingen (Broos 1996). Het gezin zelf moet daarom zo veel mogelijk betrokken worden in het proces. De gezinsleden moeten aangeven aan welke problemen zij willen werken en welke oplossingen voor hen werkbaar zijn. De bemoeizorger is wel deskundig in het begeleiden van dit proces. Deze manier van werken en de bijbehorende begeleidingshouding en vaardigheden zijn uitgewerkt in het oplossingsgerichte werken (Berg 1994, De Jong & Berg 2004).

Behalve met de gezinnen en hun sociale netwerk werkt de bemoeizorger samen met andere instellingen en disciplines. Ook dit onderdeel van het werk vereist specifieke vaardigheden, namelijk onderhandelingsvaardigheden, het kunnen omgaan met belangentegenstellingen, en het leren werken vanuit een gezamenlijk belang. De bemoeizorger treedt hier op als intermediair die de handen op elkaar moet zien te krijgen. Hij moet inzicht in processen, abstractievermogen en sterke communicatieve vaardigheden hebben om boven de partijen te staan en de casusregie in te kunnen zetten.

Tenslotte is bij de pilots van de interventie naar voren gekomen dat bepaalde persoonskenmerken essentieel zijn. Bemoeizorgers hebben een sterke innerlijke betrokkenheid bij multiprobleemgezinnen. Zij

hebben een wezenlijke behoefte om in deze gezinnen te investeren, waarbij vasthoudendheid, geduld en creativiteit vereist zijn om resultaat te behalen.

Kwaliteitsbewaking

Zoals al eerder benoemd in deze interventiebeschrijving is bemoeizorg sterk normatief beladen omdat gezinnen ongevraagd worden benaderd en bemoeizorg zich mengt in de opvoeding. Bemoeizorg moet daarom in alle openheid plaatsvinden en vereist reflectiviteit, transparantie en verantwoording. In de kwaliteitsbewaking dient aandacht te zijn voor deze aspecten. Dilemma's en grenzen kunnen op deze manier verkend worden, en ankerpunten voor het professionele handelen verder worden ontwikkeld. Kwaliteitsbewaking gebeurt op een aantal momenten. Bij het besluit om bemoeizorg in te gaan zetten vindt intercollegiale toetsing plaats. Besproken wordt of er voldoende argumenten zijn om een gezin ongevraagd te gaan benaderen.

Gedurende de uitvoering van de interventie houden de JGZ-medewerkers die de interventie uitvoeren een procesformulier bij om de programma-integriteit te bewaken. Op dit formulier wordt aangegeven welke interventiestappen zijn doorlopen en waarom, en wat de inhoud is van de contacten met het gezin en met instellingen.

Het team van bemoeizorgers heeft regelmatig werkoverleg om successen, dilemma's en knelpunten te bespreken. Dit gebeurt voor aan de hand van casusbesprekingen of thematische besprekingen. Op deze manier wordt kennis gedeeld en ontwikkeld.

De resultaten van de bemoeizorg worden geregistreerd op het registratieformulier Zorggebruik.

De kwaliteitsbewaking is de verantwoordelijkheid van de organisatie die de interventie toepast. Het procesformulier en het registratieformulier Zorggebruik zijn op te vragen bij de ontwikkelaar van de interventie.

Randvoorwaarden

Er dient een helder beleid te zijn over de manier waarop gezinnen instromen in de JGZ-bemoeizorg.

Afspraken hierover worden gemaakt op lokaal/regionaal niveau met de ketenpartners van de Jeugdgezondheidszorg zodat deze afspraken passen binnen het signaleringsnetwerk voor multiprobleemgezinnen.

Voor de positionering binnen de JGZ-organisatie zijn er twee varianten. De eerste variant is dat alle JGZ-verpleegkundigen bemoeizorg uitvoeren, naast hun reguliere werkzaamheden (het generieke model). Het belangrijkste argument voor deze vorm is dat de bemoeizorg dan een natuurlijk onderdeel vormt van de zorg en ingezet kan worden als vervolg op eerdere signalen en binnen bestaande netwerken met ketenpartners. In de regio West-Brabant is voor dit model gekozen. De interventie wordt daar dus in zijn geheel door één verpleegkundige uitgevoerd. Dit is de 'eigen' verpleegkundige van het gezin, met andere woorden: de verpleegkundige die ook het eerste contact heeft gelegd met het gezin. De tweede variant is dat bemoeizorg wordt uitgevoerd door JGZ-verpleegkundigen die zich erin gespecialiseerd hebben of zich erin willen specialiseren (het specialistische model). Het feit dat dit werk specifieke vaardigheden vereist, pleit voor deze opzet. In dit model is het van belang dat er afstemming plaatsvindt tussen de bemoeizorg-verpleegkundige en de 'eigen' verpleegkundige van het gezin, met name in de opstartfase en de laatste fase van de interventie.

Naast aandacht voor positionering binnen de JGZ, dient de bemoeizorg gepositioneerd te worden in het gehele zorgaanbod. In de huidige periode van transitie van de jeugdzorg vraagt dit aspect extra aandacht. Ketenpartners van de JGZ moeten weten wat bemoeizorg te bieden heeft en waar de mogelijkheden en beperkingen liggen van de bemoeizorg. Hierbij behoren ook afspraken over zorgcoördinatie. Voor gemeente en instellingen dienen elkaars deskundigheden, verantwoordelijkheden, bevoegdheden en taken helder te zijn (Zandvoort et al 2012).

Omdat bemoeizorggezinnen niet goed passen in vaste structuren en protocollen van de JGZ moet de bemoeizorg flexibel georganiseerd zijn, zodat medewerkers handlungsruimte hebben om maatwerk te leveren. Deze ruimte moet ingebed zijn in methodisch werken om te voorkomen dat de bemoeizorg oncontroleerbaar en ongestructureerd wordt (Van Doorn et al 2008).

Implementatie

Een systeem voor implementatie is er niet. Op basis van het onderzoek naar de praktijkervaringen (zie paragraaf 5) kunnen echter wel enkele adviezen worden gegeven. Daarnaast is er recent een kleinschalig onderzoek geweest waarin 9 jeugdverpleegkundigen zijn geïnterviewd over onder meer de implementatie van bemoeizorg (Rots-De Vries & Jeeninga 2013).

Tussen JGZ-organisaties bestaan verschillen in de mate van outreachend werken. Voor succesvolle bemoeizorg is het van belang dat de principes van outreachend werken gedragen worden door de gehele organisatie en ook uitgedragen worden buiten de organisatie in de samenwerking met de ketenpartners van de JGZ.

Daarnaast bestaan er verschillen tussen jeugdverpleegkundigen in opvattingen en houding ten aanzien van bemoeizorg. Een deel van hen is van mening dat bemoeizorg een basistaak van de JGZ zou moeten zijn. Aan de andere kant van het spectrum is er de opvatting dat bemoeizorg niet past bij de taken van de JGZ omdat de JGZ zich zou moeten concentreren op preventie, vroegsignalering en voorlichting. Dergelijke verschillen spelen ook een rol in de taakopvatting van jeugdverpleegkundigen. Met deze verschillen dient rekening gehouden te worden bij de implementatie.

Training in de interventie is beschikbaar bij de GGD Academy. De training is getiteld 'Outreachend werken in de JGZ' en (zie www.ggdacademy.nl of info@ggdacademy.nl). De handleiding is digitaal beschikbaar via de I-database van het Centrum Gezond Leven (RIVM), via de Databank Effectieve Jeugdinterventies (NJI) en via de website van de GGD West-Brabant (www.ggdwestbrabant.nl). De handleiding is kosteloos te bestellen bij de interventie-ontwikkelaar (GGD West-Brabant).

Kosten

De kosten zullen per JGZ-organisatie uiteenlopen, afhankelijk van de mate waarin outreachend wordt gewerkt, de ervaringen van de JGZ-verpleegkundigen op dit terrein, de samenwerkingsafspraken met ketenpartners en het functioneren van deze samenwerkingsafspraken in de praktijk. Als er bijvoorbeeld goede afspraken zijn gemaakt over de toeleiding van bemoeizorggezinnen, zal de interventie korter duren en dus goedkoper zijn, dan wanneer deze afspraken er niet zijn. De benodigde tijd voor de inzet van de jeugdverpleegkundige per gezin bedraagt 20-30 uur. Dit is een indicatie op basis van een ruwe inschatting.

3. Onderbouwing

Probleem

Multiprobleemgezinnen zijn gezinnen die langdurig kampen met een combinatie van sociaal-economische en psychosociale problematiek. Dit leidt tot opvoedingstekorten en risico's voor de ontwikkeling en gezondheid van de kinderen. Ouders hebben problemen (bijvoorbeeld relationeel, huiselijk geweld, verslaving, zwakbegaafdheid, armoede) die het ouderlijk functioneren sterk negatief beïnvloeden (Baartman & Caluwe 1989, Ghesquière 2001, Knot-Dickscheit et al 2011, Zinko et al 1991).

Dit type gezinnen is voor de reguliere hulp- en dienstverlening moeilijk te bereiken en vast te houden. De kern van deze problematiek ligt in de moeizame interactie tussen deze gezinnen en het zorgaanbod (Ghesquière 2001, Kaplan 1984, Knot-Dickscheit et al 2011, Reder 1986, Van Doorn et al 2008). De betrokken gezinnen hebben ondersteuning nodig op meerdere levensgebieden gedurende langere tijd. Hun complexe problematiek sluit niet aan bij de organisatie van de zorg. Onder invloed van maatschappelijke trends zoals differentiatie, professionalisering en individualisering zijn instellingen zich steeds meer gaan richten op specifieke, enkelvoudige problematiek, op mensen die uit zichzelf contact zoeken met instanties en op kortdurende hulpverlening. Uit recent onderzoek blijkt dat ook de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) kinderen uit deze gezinnen nog niet goed bereikt (Dunnink 2010, IGZ 2014). De term 'multiprobleemgezinnen' reflecteert de moeilijkheden die instellingen ervaren met deze doelgroep (Ghesquière 2001, Knot-Dickscheit et al 2011).

Bemoeizorg richt zich op de zojuist beschreven mismatch. Dit betekent onder meer dat gezinnen ongevraagd benaderd worden door een verpleegkundige van de JGZ. Deze manier van werken is beladen: het raakt in hoge mate aan ethische aspecten, met name normen en waarden rond het gezin (Struijs en Doorten 2008). Wanneer grijp je in? Wat is eigenlijk een goede opvoeding? Wat is nog acceptabel en wat niet meer? Op diverse plekken in deze interventiebeschrijving wordt hierop ingegaan. Dit betreft de positie van de JGZ van waaruit gezinnen ongevraagd benaderd kunnen worden, het omgaan met privacy-aspecten en het uitwisselen van persoonlijke gegevens, de wijze waarop de JGZ-verpleegkundige werkzaam is in het gezin (professionele attitudes), en een transparante uitvoering van de interventie zodat voorkomen wordt dat bemoeizorg ondoorzichtig en oncontroleerbaar wordt.

De omvang van de doelgroep multiprobleemgezinnen is niet eenvoudig te bepalen. Landelijke gegevens over het aantal multiprobleemgezinnen in Nederland ontbreken dan ook. De omvang van de doelgroep is mede afhankelijk van het functioneren van het lokale en regionale zorgaanbod en van de afbakening van de doelgroep. Duidelijk is dat het gaat om een relatief kleine groep gezinnen met een groot aantal risicofactoren zonder dat daar beschermende factoren tegenover staan (Zoon 2012). De Inventgroep, een groep wetenschappers die advies uitbracht over interventies bij opvoeden opgroeioproblemen, schatte in dat twee tot vijf procent van de kinderen in Nederland fundamenteel en ernstig in hun ontwikkeling wordt bedreigd (Hermanns et al 2005). Dercksen en Verplanke deden historisch onderzoek naar 'onmaatschappelijkheidsbestrijding'. Zij geven aan dat de omvang van de doelgroep min of meer constant rond de drie tot vier procent van de bevolking ligt (Dercksen & Verplanke 1987). Deze bevindingen komen overeen met een recente achtergrondstudie van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg. Dit rapport schat in dat er globaal 70.000 multiprobleemgezinnen in Nederland zijn (De Klerk et al 2012). Dit is 3% van de gezinnen (met tenminste één kind tot 25 jaar).

Oorzaken

Het probleem waar bemoeizorg zich op richt, is een aansluitingsvraagstuk (Ghesquière 2001, Goderie & Stekete 2003, Kaplan 1984, Knot-Dickscheit et al 2011, Reder 1986, Van Doorn et al 2008). Er is een mismatch tussen de doelgroep multiprobleemgezinnen en het bestaande zorgaanbod. 'Vraag' en 'aanbod' sluiten niet goed op elkaar aan.

Aan de kant van het zorgaanbod, spelen de volgende factoren een rol:

- Het aanbod is veelal gericht op specifiek omschreven en enkelvoudige problematiek, en kortdurende begeleiding/behandeling heeft de voorkeur.
- Van de 'vraagzijde' wordt verwacht dat men uit zichzelf hulp zoekt en een hulpvraag kan formuleren.

Deze factoren pakken ongunstig uit voor multiprobleemgezinnen, waar sprake is van ernstige opvoedingsproblematiek die samenhangt met problemen op sociaaleconomisch en psychosociaal terrein. De problemen zijn op een complexe manier met elkaar verweven en vaak chronisch van aard: ze lijken elkaar in stand te houden en te versterken. De cumulatie van risicofactoren en het gebrek aan beschermende factoren bedreigen de gezonde ontwikkeling van het kind in ernstige mate. De ouders zijn echter niet in staat of komen er niet toe om hulp te vragen. Eerdere negatieve ervaringen met de hulpverlening, geen hulpvraag kunnen formuleren en onduidelijkheid voor wie en wat er hulp nodig is, spelen hierbij een rol.

Multiprobleemgezinnen hebben ondersteuning nodig vanuit hun sociale netwerk, van verschillende instellingen en van uiteenlopende disciplines binnen de instellingen. Dit past niet bij de wijze waarop de zorg- en welzijnssector is georganiseerd, en omgekeerd. Het vinden van aansluiting is complex. De contacten verlopen moeizaam en voor beide partijen frustrerend. Aan beide kanten bestaat het risico op afhakers.

Aan te pakken factoren

Bemoeizorg in de Jeugdgezondheidszorg richt zich op gezinnen, op hun sociale netwerk en op instellingen die ondersteuning of hulp kunnen bieden. Bemoeizorg positioneert zich als intermediair ('makelaar') tussen de gezinnen, hun sociale omgeving en de professionele instellingen.

Vanwege de negatieve ervaringen met professionele instellingen besteedt de bemoeizorger eerst veel aandacht aan het opbouwen van een goede relatie met het gezin. Hiermee wordt beoogd het vertrouwen van het gezin te herwinnen. In deze eerste fase wil de bemoeizorg bewerkstelligen dat ouders de zorgen die er zijn over de ontwikkeling van de kinderen gaan onderschrijven en hierdoor ontvankelijk worden voor ondersteuning of hulp. Vervolgens werkt de bemoeizorger samen met het gezin aan vraagverheldering: door het stellen van de juiste vragen worden de doelen aan licht gebracht die het gezin zichzelf stelt voor de verbetering van de situatie en het voorkomen van ernstiger problematiek.

Wanneer de bemoeizorger en het gezin tot een gezamenlijke probleemdefinitie en bijbehorende hulpvraag zijn gekomen, gaan zij na wie ondersteuning of hulp kunnen bieden. Omdat er problemen zijn op meerdere levensgebieden is een fragmentarische aanpak niet effectief. Alleen een geïntegreerd plan biedt perspectief op een duurzame, positieve ontwikkeling voor het gezin. Onder leiding van de bemoeizorger en met maximale betrokkenheid van het gezin, wordt een geïntegreerd gezinsplan opgesteld. Via de aanpak 'Eén gezin, één plan, één regisseur' maken hulpverleners één plan waarmee de kinderen en het gezin worden geholpen. Zij weten van elkaar wat ze doen en één van hen heeft de coördinatie van de zorg. Leden van het gezin en de hulpverleners hebben één aanspreekpunt. Indien er binnen het sociale netwerk van het gezin personen zijn die ondersteuning kunnen bieden, betreft de bemoeizorg deze actief bij het proces.

Verantwoording

Een belangrijk uitgangspunt van de interventie is dat bijna alle ouders het beste willen voor hun kind (op een kleine groep na waar sprake is van een psychiatrische stoornis). Door hun eigen problemen en de negatieve hulpverleningsgeschiedenis komen zij er echter niet aan toe de problemen in de ontwikkeling van hun kind te zien of – als ze deze wel zien – hierbij begeleiding te vragen.

Door outreachend te werken, dat wil zeggen gezinnen actief en informeel te benaderen in hun eigen leefomgeving, wordt het mogelijk een samenwerkingsrelatie met de ouders op te bouwen waardoor zij weer aanspreekbaar worden op de zorg voor hun kind (Van Doorn et al 2008, Rots-De Vries et al 2011b). De uitvoering van de bemoeizorg valt onder de JGZ vanwege de neutrale positie van de publieke gezondheidszorg. Outreachend werken hoort van nature bij de JGZ. De JGZ wordt door ouders als minder bedreigend ervaren in vergelijking met hulpverlenende instellingen.

In de eerste fase van het contact met het gezin kan praktische steun worden gegeven, bijvoorbeeld het op orde brengen van de financiële administratie of het regelen van vervoer naar kinderopvang of school. Praktische steun is een middel om het vertrouwen te winnen (Roeg 2007). De ouder ervaart dat zij/hij daadwerkelijk iets heeft aan het contact. Een tweede doel is dat hiermee ruimte wordt gemaakt voor de vervolgstappen (als basale randvoorwaarden in het huishouden niet functioneren, is het moeilijker om tot een gezinsplan te komen) (Zoon & Berg 2013). De praktische steun wordt gedoseerd gegeven. Voorkomen wordt dat zaken helemaal van ouders worden overgenomen omdat ouders dan bevestigd kunnen worden in

hun onvermogen en wellicht teveel op de bemoeizorger gaan leunen. Dit staat een actieve betrokkenheid van het gezin in de weg.

JGZ-medewerkers die met multiprobleemgezinnen in contact komen, worden geconfronteerd met het onvermogen van de hulp- en dienstverlening om deze gezinnen goed te helpen. Een gezin dat op bijna elk levensgebied problemen heeft, is moeizaam te veranderen. Daardoor is de neiging aanwezig om deze gezinnen als 'ongemotiveerd' of 'onwerkbaar' te zien. Om bij deze valkuil weg te komen is een centraal uitgangspunt in de bemoeizorg dat JGZ-medewerkers de ouders niet rechtstreeks beïnvloeden, maar dat ouders zichzelf veranderen (De Jong en Berg 2004). Anders gezegd: hoe meer bemoeizorgers betrokken raken bij de te behalen resultaten, hoe meer de gesprekken gestuurd worden door hun eigen ideeën en hoe minder ouders betrokken zijn bij het veranderingsproces. Vooral ouders die ongevraagd benaderd zijn, voelen dit scherp aan en vertonen meer weerstand naarmate ze minder vrijheid ervaren. Een multiprobleemgezin wordt daarom maximaal betrokken in het begeleidingsproces. Dit betekent dat de probleemdefinities en oplossingsrichtingen van het gezin worden onderzocht en worden overgenomen. Zij weten uit eigen ervaring wat hun problemen zijn, en vooral welke oplossingen in hun situatie wel of niet werken. Deze manier van werken gaat er vanuit dat in elk gezin krachten en mogelijkheden verborgen liggen en legt de focus op deze mogelijkheden. Door de gesprekken hierop te richten, neemt de motivatie bij ouders toe.

In multiprobleemgezinnen hebben de ouders problemen waardoor de kinderen ernstig bedreigd worden in hun ontwikkeling. Daarom werkt de bemoeizorg gezinsgericht (Zoon & Berg 2013). Dat wil zeggen dat alle gezinsleden erbij worden betrokken. De in te zetten ondersteuning en hulp is erop gericht de situatie van het gehele gezin te verbeteren. In de meeste gevallen lukt het om met de ouders tot gedeelde zorg over de ontwikkeling van het kind te komen. Wanneer dit niet lukt, overstijgt het belang van het kind (of de kinderen) het belang van de ouders. Dit betekent dat de belangen van het kind leidend zijn in het gezinsplan. Wanneer de veiligheid van het kind niet gewaarborgd is, gaat de bemoeizorger over tot andere maatregelen. Hij kan instanties inschakelen die mogelijkheden hebben om in te grijpen via drang of dwang. Ook een besluit hiertoe wordt met medeweten van ouders genomen, met hen besproken en aan hen uitgelegd.

Het uiteindelijke doel van de interventie is dat het sociale netwerk van het gezin en/of instellingen ondersteuning gaan bieden aan het gezin. De bemoeizorger fungeert als procesbegeleider en 'spin in het web' om bruggen te slaan tussen het gezin en mogelijke hulpbronnen. Als er overeenstemming is over het gezinsplan en als duidelijk is wie de zorgcoördinatie op zich neemt, stopt de bemoeizorg. Conform het makelaarsmodel, van oorsprong ontwikkeld in de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg en de sociale psychiatrie, wordt geen hulpverlening in de zin van behandeling van onderliggende problematiek geboden omdat dit belegd wordt bij de hulp die volgt na de bemoeizorg (Roeg 2007, Kroon 1996, Bedell et al 2000).

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

Er zijn drie soorten onderzoeken uitgevoerd die voornamelijk betrekking hadden op de uitvoering van de interventie:

Evaluatie van de pilot-interventie

Kroesbergen, H.T., Franken-van der Toorn, H.E. & Peerbolte-Addink, E.J. (2003). Bemoeizorg in de Jeugdgezondheidszorg. Een pilot in de JGZ 0-19 in Roosendaal naar methodiek, omvang en beleid. Breda: GGD West-Brabant.

Dit betreft de evaluatie van de pilot-interventie. In de pilot werden een vooraf gedefinieerde afbakening van de doelgroep en praktische werkafspraken uitgetoet. De begeleidende evaluatie bestond uit onderzoek naar de omvang van het bereik, de haalbaarheid van de werkafspraken en de ingezette interventie-activiteiten. Ook werd een inventarisatie van beleidsmatige kwesties gemaakt.

Geconcludeerd werd onder meer dat de omvang van de doelgroep verschilde per buurt en varieerde van 0,6 – 7,0% van de 0-19 jarigen. Bij 78% van de kinderen is gedeelde zorg bereikt. Bij 88% van de kinderen zijn één of meerdere acties in gang gezet. Er is vooral zorg in gang gezet via de huisarts (29%), Bureau Jeugdzorg (20%) en het Algemeen Maatschappelijk Werk (17%). Bij 24% van de kinderen is onderzoek door AMK, Raad voor de Kinderbescherming of BJJ aangevraagd. Tijdens dit nadere onderzoek en de wachttijd werd de bemoeizorg door de JGZ voortgezet.

Onderzoek naar de doelgroep, interventie-methoden en doelrealisatie

Hierover zijn twee publicaties verschenen:

Rots-de Vries MC, Goor LAM van de, Stronks K, Garretsen HFL. Psychosocial child adjustment and family functioning in families reached with an assertive outreach intervention. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2011; 25(2): 211-19.

Rots-de Vries MC, Goor LAM van de, Stronks K, Garretsen HFL. Evaluation of an assertive outreach intervention for problem families: intervention methods and early outcomes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2011; 25(2): 269-76.

Het onderzoek richtte zich op kenmerken van de bereikte doelgroep, de interventiemethoden en de doelrealisatie. Hier (paragraaf 4.1) worden alleen de eerste twee onderwerpen behandeld. De doelrealisatie komt terug in paragraaf 4.2.

Het onderzoek had een observationeel one-group design en er werd een mix van kwantitatieve en kwalitatieve methoden gebruikt. Het onderzoek werd in drie gemeenten van verschillende omvang uitgevoerd: één in West-Brabant en twee buiten West-Brabant.

De kenmerken van de bereikte doelgroep werden gemeten met twee instrumenten:

- de Strengths en Difficulties Questionnaire (SDQ) (Van Widenfelt et al 2003)
- de Vragenlijst Gezinsfunctioneren (VGF) (Ten Brinke et al 2000).

De SDQ werd door de ouders zelf ingevuld en de VGF werd door de jeugdverpleegkundigen ingevuld.

De interventiemethoden werden onderzocht door observatie van casuïstiekbesprekingen van jeugdverpleegkundigen en methodiekbegeleiders, en door semi-gestructureerde interviews met jeugdverpleegkundigen, methodiekbegeleiders en teamleiders.

Er namen 116 gezinnen deel aan het onderzoek. De SDQ werd voor 84 kinderen ingevuld. Uit de resultaten van de SDQ bleek dat de psychosociale gezondheid van de kinderen aanmerkelijk slechter is dan gemiddeld in Nederland: 63% van de kinderen had een verhoogde score op de SDQ. Deze score gaat gepaard met een veel grotere kans op blijvende psychische problemen, ook op heel lange termijn). De resultaten van de VGF lieten zien dat de JGZ via deze interventie in contact komt met gezinnen die wat betreft het gezinsfunctioneren (basiszorg, opvoedingsvaardigheden, functioneren van het sociale netwerk) vergelijkbaar zijn met gezinnen die in aanmerking komen voor intensieve ambulante gezinsbehandeling. De interventie bleek uit vijf te onderscheiden stappen te bestaan. Jeugdverpleegkundigen hebben een brede range van interventiemethoden nodig om vertrouwen van ouders te winnen, een werkrealtie met hen op te bouwen en tot een gezinsplan te komen. Verder bleek dat er twee modellen waren om bemoeizorg in te passen in de

JGZ-structuur, namelijk een generiek model (alle jeugdverpleegkundigen voeren bemoeizorg uit) en een specialistisch model (er wordt een specialistisch bemoeizorgteam gevormd).

Lokale evaluaties GGD West-Brabant

Bij de West-Brabantse gemeenten waar de interventie wordt uitgevoerd, worden de prestaties van de interventie jaarlijks geëvalueerd. De opzet van deze evaluaties is vergelijkbaar met die van de evaluatie van de pilot. De bevindingen van de lokale evaluaties worden gebruikt om de kwaliteit van de interventie te verbeteren. Er worden bijvoorbeeld nieuwe samenwerkingsafspraken gemaakt met ketenpartners om de toeleiding naar zorg te verbeteren.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Er zijn twee onderzoeken uitgevoerd naar de behaalde effecten.

studie 1: Onderzoek naar de doelgroep, interventie-methoden en doelrealisatie

Rots-de Vries MC, Goor LAM van de, Stronks K, Garretsen HFL. Evaluation of an assertive outreach intervention for problem families: intervention methods and early outcomes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2011; 25(2): 269-76.

In deze paragraaf komt alleen het onderdeel doelrealisatie aan de orde. De doelrealisatie werd gemeten met een registratieformulier dat voor elk gezin werd ingevuld door de jeugdverpleegkundige. Het registratieformulier bevatte de doelen van de interventie. De volgende doelen werden onderscheiden:

- het bereiken van gedeelde zorg tussen ouders en jeugdverpleegkundige
- het hervatten van hulp voor het kind dan wel de ouder(s)
- het starten van hulp voor het kind dan wel de ouder(s)
- het versterken van het sociale netwerk van het gezin.

De jeugdverpleegkundige registreerde of dit doel van toepassing was bij het gezin en of het daadwerkelijk was gerealiseerd na afsluiting van de interventie. Verder werd een cliënttevredenheids-onderzoek uitgevoerd. Hiervoor werden een deel van een bestaande vragenlijst voor de cliëntevaluatie van ambulante begeleidingsprogramma's gebruikt (Kroon, 1996).

Uit de registratie (N=99) bleek dat met 52% van de ouders gedeelde zorg werd bereikt en dat met 37% van de ouders gedeeltelijk gedeelde zorg werd bereikt. Met de overige ouders (11%) kon geen gedeelde zorg worden bereikt. De gestelde doelen van de interventie wat betreft het hervatten of starten van hulp werden in de meerderheid van de gezinnen gerealiseerd. De percentages varieerden tussen 84% en 91%. Het versterken van het sociale netwerk van het gezin was een doel bij 31% van de gezinnen. Dit werd bij 79% van hen ook (gedeeltelijk) bereikt. De respons op de klanttevredenheidsvragenlijst was 47%. Tweederde van de ouders gaf aan dat hun situatie (sterk) was verbeterd ten opzichte van de situatie van voor de interventie. Het gemiddelde rapportcijfer voor de interventie was 8.2.

studie 2: Onderzoek naar de uitkomsten van de interventie

Rots-de Vries, C., Mathijssen, J., Kroesbergen I., Roeg, D., & Garretsen, H. Uitkomsten van Bemoeizorg door de Jeugdgezondheidszorg: een prospectief onderzoek. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk* 2015; 54(5): 205-20.

Het onderzoek had initieel een quasi-experimenteel design dat werd uitgevoerd in de praktijk van de JGZ. De interventiegroep bestond uit de gezinnen die gedurende een jaar instromen in de bemoeizorg in acht gemeenten van verschillende omvang verspreid over de regio West-Brabant. De controlegroep werd geworven door JGZ-teams in een andere regio in Brabant waar geen bemoeizorg door de JGZ is. De JGZ verleende in deze gezinnen 'care as usual'. In overleg met de controleteams was dit als volgt gedefinieerd: met enige regelmaat neemt de jeugdverpleegkundige contact op met de ouders om de situatie in het gezin te monitoren.

Het onderzoek bestond uit een voormeting, nameting (na afronding van de bemoeizorg) en follow-up meting (een half jaar na de nameting). De uitkomstmaten waren de participatie in zorg, de psychosociale gezondheid van het kind en het gezinsfunctioneren. De participatie in zorg werd gemeten met een registratieformulier waarin werd vastgelegd of er sprake was van geregelde contacten op basis van vaste afspraken met zorginstellingen. Hierbij werd onderscheid gemaakt tussen psychosociale en sociaaleconomische zorg. Deze informatie werd verzameld tijdens huisbezoeken door de

jeugdverpleegkundigen die de interventie uitvoerden. De psychosociale gezondheid van het kind werd gemeten met de SDQ (Van Widenfelt et al 2003). Het gezinsfunctioneren werd gemeten met de Gezinsvragenlijst (Van der Ploeg & Scholte 2008). Beide vragenlijsten werden door de ouders ingevuld. De programma-integriteit in de praktijk werd gemeten via individuele interviews met de jeugdverpleegkundigen waarin elke casus werd doorgenomen na afronding ervan. Er werden vier aspecten van de interventiemethode gescoord (op basis van consensus tussen de jeugdverpleegkundige en de onderzoeker): compliance met inclusiecriteria, stimuleren van eigen kracht, de betrokkenheid van alle gezinsleden en de betrokkenheid van het sociale netwerk van het gezin. Op grond van eerdere evaluaties was bekend dat de interventiegroep uit ongeveer 115 gezinnen zou bestaan.

Gedurende het onderzoek identificeerde de JGZ 87 gezinnen die voor bemoeizorg in aanmerking kwamen. Hiervan namen er 44 deel aan het onderzoek (51%). In bijna alle gezinnen was sprake van een cumulatie van psychosociale problematiek. Bij tweederde was sprake van sociaal-economische problematiek. In geen enkel gezin was een zorgcoördinator actief. De werving van controlegezinnen bleek moeizaam. Ondanks extra inspanningen, bleek het uiteindelijk niet mogelijk een controlegroep te realiseren, omdat de hiervoor geselecteerde JGZ-teams de betreffende gezinnen in de praktijk onvoldoende wisten te bereiken.

Wat betreft de participatie in zorg werden significante tijdseffecten gevonden. De participatie in psychosociale zorg steeg van 21% (voormeting) naar 82% (nameting). Bij de follow-up meting was de participatie 61%. Ook voor sociaaleconomische hulp werd een significant tijdseffect gevonden (voormeting 23%, nameting 45%, follow-up meting 42%). Op alle probleemschalen van de SDQ en de GVL werd een daling gevonden over de tijd van door de ouders ervaren problematiek. Alleen het effect voor emotionele problematiek bij het kind was statistisch significant en had bovendien de grootste effectgrootte (Cohens 'd' = 0.44).

Uit de interviews met de jeugdverpleegkundigen bleek dat het bij tweederde van de gezinnen gelukt is de eigen kracht te stimuleren en dat bij driekwart alle gezinsleden in de bemoeizorg betrokken zijn geweest. Het sociale netwerk van de gezinnen is bij een derde betrokken geweest.

5. Samenvatting Werkzame elementen

Op basis van onderzoek naar de interventie tot op heden en de literatuur over outreachend werken, dragen de volgende factoren bij aan het realiseren van de doelen van de interventie:

- De outreachende, actieve, informele benadering van de doelgroep. Op een laagdrempelige manier contact zoeken, aanwezig zijn in de leefomgeving van het gezin, zoeken van aansluiting op hun ervaringswereld en het aangaan van een samenwerkingsrelatie zijn daarbij belangrijk.
- Focus op mogelijkheden. Bemoezorgers hebben oog voor de krachten en mogelijkheden van het gezin en het sociale netwerk van het gezin. Ze gaan op zoek naar de sterke kanten en samen met het gezin proberen ze deze te versterken.
- De gezinsgerichte aanpak. Alle gezinsleden worden betrokken bij de interventie. De ouders zijn vaak het belangrijkste. Het uitgangspunt is dat zij het beste willen voor hun kind, maar meer ondersteuning nodig hebben dan andere ouders om opvoedingsvaardigheden te ontwikkelen. De ouders zijn het 'middel' om te werken aan de problemen in de opvoedingssituatie en bij de kinderen.
- Praktische ondersteuning bieden. In de bemoezorg is het bieden van praktische ondersteuning van belang. Dit biedt een meerwaarde vergeleken met het bestaande aanbod. Ouders voelen zich hierdoor echt geholpen, waardoor de jeugdverpleegkundige vertrouwen wint. Het oplossen van de urgente, praktische zaken schept bovendien ruimte om te werken aan het vervolg.
- Bruggen bouwen. Bemoezorg werkt niet alleen met het gezin, maar ook met de omgeving van het gezin. De jeugdverpleegkundige slaat bruggen tussen het gezin en bronnen in de directe omgeving die ondersteuning en hulp kunnen bieden. Die kunnen in het informele sociale netwerk van het gezin, op school of in het formele circuit van instellingen te vinden zijn. Ook in de omgeving van het gezin zet bemoezorg interventies in om daadwerkelijk een brug te slaan.

6. Aangehaalde literatuur

Baartman HEM, Caluwe SD. Multiproblem-gezinnen: sores en scores. Amsterdam: Free University, 1987.

Bedell JR, Cohen NL, Sullivan A. Case management: the current best practices and the next generation of innovation. *Community Ment Health J* 2000; 36(2): 179-94.

Berg IK. Family based services: a solution-focused approach. New York: Norton, 1994.

Boode K, Pijpers F. Preventieve zorg voor Jeugd. JGZ als preventieve basis binnen de integrale zorg voor jeugd. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2014.

Broos D. Leren loslaten van het traditionele hulpverleningsmodel. Een begeleidingshouding bij multiprobleemgezinnen. *Tijdschrift voor orthopedagogiek, kinderpsychiatrie en klinisch kinderpsychologie* 1996; 21(4): 163-72.

Dercksen A, Verplanke L. Geschiedenis van de onmaatschappelijkheidsbestrijding in Nederland 1914-1970. Boom, Meppel/Amsterdam, 1987.

De Jong PD, Berg IK. De kracht van oplossingen. Handwijzer voor oplossingsgerichte gesprekstherapie. Lisse: Harcourt Book Publishers, 2004.

Dunnink G. Standpunt Bereik van de Jeugdgezondheidszorg. Bilthoven: RIVM, 2010.

Ghesquière P. Multiproblem gezinnen. Leuven: Garant, 2001.

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

Heerwaarden Y van, Pijpers F. Samenwerken voor bijzondere groepen jeugdigen. Informatiebrochure. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2014.

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

Inspectie voor de Gezondheidszorg. De jeugdgezondheidszorg beter in positie. Utrecht: IGZ, 2014.

Kaplan LW. The 'multiproblem family' phenomenon: an international perspective. Massachusetts: University of Massachusetts, 1984.

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

Klerk M. de, Prins M, Verhaak P, Berg G. van den. Mensen met meervoudige problemen en hun zorggebruik. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2012.

Knot-Dickscheit J, Tausendfreund T, Knorth E. Intensieve Pedagogische Thuishulp voor multiprobleemgezinnen: een kijkje achter de schermen. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk* 2011; 50(11): 497-510.

Kroon H. Groeiende zorg. Ontwikkeling van casemanagement in de zorg voor chronisch psychiatrische patiënten. Utrecht: Nationaal Instituut voor Geestelijke Gezondheidszorg, 1996.

Kroesbergen HT, Franken-van der Toorn HE, Peerbolte-Addink EJ. Bemoeizorg in de Jeugdgezondheidszorg. Een pilot in de JGZ 0-19 in Roosendaal naar methodiek, omvang en beleid. Breda: GGD West-Brabant, 2003.

Ministerie van VWS. Samenwerken in de jeugdketen. Een instrument voor gegevensuitwisseling (versie 1.0). Den Haag: Ministerie van VWS, 2011.

Osté JP, Koster PPG, Van der Wal MF, Verhoeff AP. Werkwijze Vangnet Jeugd in vijf steden. Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg 2008;40(2):30-6.

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

Reder P. Multi-agency family systems. Journal of Family Therapy 1986; 8(2): 139-52.

Roeg D. Measurement of program characteristics of intensive community-based care for persons with complex addiction problems. Tilburg: Tilburg University, 2007.

Rots-de Vries MC, Goor LAM van de, Stronks K, Garretsen HFL. Psychosocial child adjustment and family functioning in families reached with an assertive outreach intervention. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2011a; 25(2): 211-19.

Rots-de Vries MC, Goor LAM van de, Stronks K, Garretsen HFL. Evaluation of an assertive outreach intervention for problem families: intervention methods and early outcomes. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2011b; 25(2): 269-76.

Rots-de Vries C, Kroesbergen I, Theunis Y. Outreachend werken in de Jeugdgezondheidszorg. Handleiding voor de interventie 'Bemoeizorg in de JGZ'. Breda: GGD West-Brabant, 2016.

Rots-De Vries MC, Jeeninga W. Bemoeizorg in de Jeugdgezondheidszorg. Aanknopingspunten voor de GGD Brabant Zuidoost. Tilburg: Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Brabant (Tranzo, Tilburg University), 2013.

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

Spencer JC. The multi-problem family. A review and annotated bibliography (third edn). Toronto: University of Toronto Press, 1970.

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

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

Zandvoort SWH, Goede J. de, Kroesbergen HT, Goor LAM van de. Ketencoördinatie door de jeugdgezondheidszorg: sleutel voor effectievere samenwerking? Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 2013; 91(1); 44-51.

Zinko T, Meijer AM, Oppenoorth WH. Een onderzoek bij multi-problem gezinnen. Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs 1991; 7(6): 353-65.

Zoon M. Kenmerken en risicofactoren van multiprobleemgezinnen. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, 2012.

Zoon M, Berg-le Clerq. Wat werkt in multiprobleemgezinnen? Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, 2013.

7. Praktijkvoorbeeld

Beschrijf, indien beschikbaar, in max. 600 woorden een praktijkvoorbeeld van de uitvoering van de interventie: hoe was de situatie voor, tijdens en na de interventie?

Klik hier als u tekst wilt invoeren.