

Van signaal tot effectieve interventie

LITERATUURSTUDIE NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN INDICATIEHUISBEZOEKEN



STUDENT : Marjolein Zandbergen
GROEP : MGZ 2003

NOT EVERYTHING THAT COUNTS CAN BE COUNTED, AND NOT EVERYTHING THAT CAN BE COUNTED COUNTS.

A. EINSTEIN (1879-1955)

INHOUDSOPGAVE

1	VOORWOORD.....	1
2	INLEIDING	2
2.1	PROBLEEMBESCHRIJVING.....	2
2.2	PROBLEEMANALYSE.....	2
2.3	PROBLEEMSTELLING.....	3
3	MAATSCHAPPELIJKE ONTWIKKELINGEN.....	4
3.1	INLEIDING.....	4
3.2	EEN VERANDERENDE SAMENLEVING.....	4
3.2.1	De geschiedenis in het kort.....	4
3.2.2	Demografische ontwikkelingen	5
3.2.3	Individualisering en sociale gebondenheid.....	5
3.3	HET GEZIN	7
3.3.1	Diversiteit in gezinsvormen	7
3.3.2	Sociaal-economische ontwikkelingen in het gezin.....	8
3.3.3	Kind en ouder(s)	9
4	OPVOEDEN IN NEDERLAND	10
4.1	INLEIDING.....	10
4.2	OPVOEDINGSVAARDIGHEDEN VAN OUDERS	10
4.2.1	Opvoedingsstijl.....	10
4.2.2	Opvoedingsdoel.....	11
4.2.3	Ouderschap	12
4.3	KIND EN OMGEVING	12
4.4	OPVOEDINGSONDERSTEUNING (1).....	13
4.4.1	Beleving van ouders	13
4.4.2	Opvoedingsproblemen	14
4.4.3	Aanbod van opvoedingsondersteuning	15
5	JEUGDGEZONDHEIDSZORG 0-4 JAAR	16
5.1	INLEIDING.....	16
5.2	DE TAKEN VAN DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG 0-4 JAAR	16
5.2.1	Het basistakenpakket.....	17
5.2.2	Zes productgroepen.....	18
5.2.3	Financiering van de JGZ.....	18
5.2.4	Wet op de jeugdzorg	18
5.3	GEZONDHEIDSDETERMINANTEN IN DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG	19
5.3.1	Primary Health Care (PHC).....	19
5.3.2	Epidemiologische analyse.....	20
5.4	DE WIJKVERPLEEGKUNDIGE JGZ.....	21
5.4.1	Taken van de wijkverpleegkundige JGZ.....	21
5.4.2	Competenties van de wijkverpleegkundige JGZ.....	22
5.5	VERPLEEGKUNDIGE VISIE.....	22
5.5.1	De systeemtheorie.....	23
5.5.2	De Stress Coping Theorie.....	23
5.5.3	De preventie theorie	23
5.5.4	Het gezin als cliëntsysteem	24
6	VAN SIGNAAL NAAR INTERVENTIE.....	26
6.1	INLEIDING.....	26
6.2	VROEGTIJDIGE SIGNALERING.....	26
6.2.1	Risicofactoren	27
6.2.2	Protectieve factoren.....	28

6.2.3 Risicoproces	29
6.2.4 Signaleringsinstrumenten en methoden	30
6.3 OPVOEDINGSONDERSTEUNING (2)	32
6.3.1 Meer opvoedingsvragen?	33
6.3.2 Opvoedingsondersteuning aan allochtone ouders	34
6.3.3 Interventies	35
7 HET INDICATIEHUISBEZOEK	36
7.1 INLEIDING	36
7.2 GESCHIEDENIS VAN HET HUISBEZOEK	36
7.3 DOEL VAN HET INDICATIE HUISBEZOEK	37
7.3.1 Relatie met het Basis Taken Pakket	37
7.4 HET INDICATIEHUISBEZOEK	38
7.4.1 Methodisch werken	38
7.5 BENODIGDE VERPLEEGKUNDIGE COMPTETENTIES	39
8 EFFECTIVITEIT	40
8.1 INLEIDING	40
8.2 EFFECTIVITEIT VAN INTERVENTIES	40
8.3 EEN EFFECTIEF HUISBEZOEK?	41
8.4 HOE VERDER?	42
9 SLOTBESCHOUWING	44
9.1 SAMENVATTING	44
9.2 CONCLUSIE	44
9.3 AANBEVELINGEN:	45
10 BIJLAGEN	48
10.1 MODEL VAN BRONFENBRENNER	48
10.2 OPVOEDINGSONDERSTEUNING	49
10.3 GEZONDHEIDSMODEL VAN LALONDE	50
10.4 OVERZICHT VAN RISICOFACTOREN	51
10.5 BALANSMODEL VAN BAKKER (1997)	52

1 VOORWOORD

Deze scriptie is geschreven in het kader van mijn afstuderen voor de opleiding Maatschappelijke Gezondheidszorg (MGZ) aan de Haagse Hogeschool.

De opleiding heb ik in deeltijd gevolgd van september 2003 tot juli 2006. Na het eerste algemene gedeelte van de opleiding heb ik gekozen voor de differentiatie jeugdgezondheidszorg (JGZ). Een stage in de jeugdgezondheidszorg is onderdeel van het opleidingstraject. Tijdens deze stage is mijn interesse voor opvoedingsondersteuning door de wijkverpleegkundige jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar gegroeid.

De verantwoordelijkheid voor de opvoeding ligt bij de ouders zelf. Lichte opvoedingsondersteuning is één van de zeven kerntaken van de jeugdgezondheidszorg. Onder opvoedingsondersteuning wordt verstaan: "Ouders helpen opvoeden". De wijkverpleegkundige doet dat door het geven van voorlichting over ontwikkeling en opvoeding van kinderen, sociale ondersteuning, signalering en verwijzing.

De opvoeding van het kind staat in de Nederlandse samenleving momenteel volop in de belangstelling. De afkorting E.H.B.O. staat bij de meeste ouders vooral bekend als Eerste Hulp bij Opvoeden, naar het gelijknamige televisieprogramma. Ook andere televisieprogramma's met de opvoeding als centrale thema hebben tot de verbeelding sprekende titels als "Schatjes", "Supernanny" en "Volgens Mama".

Mij is de vraag, waarom er steeds meer opvoedingsvragen zijn, en het lijkt alsof de opvoedingsproblemen toe nemen, gaan intrigeren. In deze scriptie wil ik daarom gericht gaan zoeken naar antwoorden op die vraag en daarnaast zoeken naar de rol die de wijkverpleegkundige JGZ kan spelen in een effectieve ondersteuning van ouders die te maken hebben met opvoedingsspanningen. In deze scriptie wordt de wijkverpleegkundige JGZ in vrouwelijke vorm benoemd omdat veelal vrouwen deze functie uitoefenen, maar uiteraard kunt u daar ook 'hij' lezen.

2 INLEIDING

2.1 PROBLEMBESCHRIJVING

Momenteel is er veel maatschappelijke aandacht voor de opvoedingsproblematiek. Op televisie zijn programma's over pedagogische onmacht in opmars. Boeken die ouders adviseren over het opvoeden van kinderen gaan als warme broodjes over de toonbank.

De opvoedtelefoon, waar ouders terecht kunnen met hun vragen over de opvoeding, wordt per jaar 5.000 keer gebeld! De categorieën, waarin de meeste vragen of problemen vallen, zijn de aanpak van opvoeding/ouderschap opvallend gedrag en ontwikkeling.

Wijkverpleegkundigen JGZ 0-4 jaar besteden een groot gedeelte van de consulttijd aan vragen die ouders hebben over opvoeden. Ouders brengen ter sprake dat het opvoeden voor grote problemen zorgt tussen ouders en kind, de ouders onderling, maar ook tussen ouders en grootouders, hetgeen zou kunnen zorgen voor het ontstaan van risicosituaties binnen een gezin. Vaak is de consulttijd te kort om met ouders diepgaand op de problematiek in te gaan. Tijdens een huisbezoek kan dieper ingegaan worden op de vragen en zorgen van ouders. Het uiteindelijke doel is er toe bij te dragen dat ouders zich competent voelen in de opvoeding. Positieve ervaringen kunnen het vertrouwen en de veerkracht van ouders vergroten.

Is de wijkverpleegkundige JGZ competent genoeg voor effectieve interventies bij opvoedingsondersteuning. Welke methodieken zijn er beschikbaar voor vraaggerichte interventies. Welke interventies worden er momenteel toegepast en wat is er bekend over de effectiviteit van deze interventies?

2.2 PROBLEMANALYSE

In de eerste drie levensjaren wordt de basis gelegd voor de verdere emotionele en sociale ontwikkeling van elke mens. Sterk beïnvloed door de gezinssituatie wordt voor veel psychosociale en pedagogische problemen de kiem al in de eerste jaren gelegd.

Het consultatiebureau heeft een groot bereik van ouders en kind(eren) in die leeftijdsfase. Preventie en vroegtijdige signalering van problemen zou kunnen bijdragen aan het voorkomen van probleemgedrag en de verregaande gevolgen daarvan.

De JGZ 0-4 jaar biedt een gevarieerd aanbod van lichte opvoedingsondersteuning in de vorm van pedagogisch advies op maat tot themabijeenkomsten. Niet duidelijk is hoe vaak pedagogische adviezen bijvoorbeeld in de thuissituatie met ouders worden besproken, de zogenaamde indicatiehuisbezoeken. De effectiviteit van dergelijke interventies is niet aangetoond. Echter daar wordt wel veel tijd (lees: geld) in geïnvesteerd.

Uit het eindrapport van de Programmeringstudie Effectonderzoek Jeugdgezondheidszorg blijkt, dat er vrij dringend onderzoek naar doeltreffendheid en doelmatigheid nodig is van de gebruikte methodieken en interventies bij opvoedingsondersteuning geboden door de JGZ.

Het gevarieerde aanbod van interventies en het gebrek aan registratie geven geen duidelijkheid over het feitelijke gebruik van het aanbod en effectiviteit van de interventies.

Bureau Jeugdzorg kampt met lange wachtlijsten. Kan vroegtijdige signalering en effectieve interventie door de wijkverpleegkundige JGZ bijdragen aan het voorkomen van het risicoproces en daarmee aan de vermindering van de wachtlijsten?

Behoort dat tot de taak van de wijkverpleegkundige JGZ of is er ten gevolge van maatschappelijke ontwikkelingen op het gebied van opvoedingsondersteuning een taakverschuiving gaande?

De maatschappij is de afgelopen jaren opgeschrikt door ernstig uit de hand gelopen gezinssituaties. Iedereen heeft inmiddels een mening over opvoeden. Er is een gevarieerd aanbod van rapporten en literatuur over oorzaken, gevolgen en aanbevelingen van de huidige opvoedingsproblematiek in Nederland. Welke gevolgen heeft de maatschappelijke aandacht voor de opvoedingsproblematiek voor de beroepsuitoefening van de wijkverpleegkundige JGZ?

2.3 PROBLEEMSTELLING

Na de beschrijving en de analyse van het probleem is de probleemstelling als volgt geformuleerd:

Is, bij **vroegtijdige signalering van problemen in de opvoeding**, een **indicatiehuisbezoek** een **effectieve interventie** die bijdraagt aan het **voorkomen van het risicoproces** en beschikt de **wijkverpleegkundige 0-4 jaar** daarvoor over de **benodigde competenties** en **methodieken**.

Deze probleemstelling vormt de ruggengraat van deze scriptie. Vanuit deze probleemstelling kunnen diverse deelvragen worden gevormd. Per hoofdstuk wordt, door een grondige analyse van de betrokken onderwerpen, de probleemstelling ontleed en zomogelijk beantwoord aan de hand van de geraadpleegde literatuur en andere informatiebronnen.

De opbouw van deze scriptie is gedaan vanuit de probleemstelling (hoofdstuk 2) en heeft geleid tot de volgende hoofdstukindeling:

Hoofdstuk 3: Maatschappelijk ontwikkelingen

In dit hoofdstuk beschrijf ik de maatschappelijke veranderingen van de laatste decennia en de invloed die deze ontwikkelingen heeft op het gezinsleven en de positie van het kind.

Hoofdstuk 4: Opvoeden in Nederland

In dit hoofdstuk beschrijf ik wat er wordt verstaan onder opvoeden en welke factoren binnen de opvoeding aanleiding kunnen geven voor het ontstaan van problemen. In welke situaties ouders behoefte hebben aan ondersteuning en wat er wordt verstaan onder opvoedingsondersteuning.

Hoofdstuk 5: De Jeugdgezondheidszorg

In dit hoofdstuk beschrijf ik wat de taken van, en actuele veranderingen binnen, de jeugdgezondheidszorg zijn en op welke wijze preventieve gezondheidzorg vorm krijgt. Ik beschrijf wat de rol van de wijkverpleegkundige jeugdgezondheidszorg is en leg het verband naar een verpleegkundige visie die mijns inziens het beste aansluit bij de werkzaamheden die door de JGZ uitgevoerd worden. Tevens beschrijf ik welke professionele eisen, competenties, er aan de wijkverpleegkundige JGZ gesteld worden.

Hoofdstuk 6: Van signaal naar interventie

In dit hoofdstuk beschrijf ik wat er wordt verstaan onder vroegtijdige signalering. Wat risicofactoren zijn en hoe deze van invloed zijn op het risicoproces.

Welke instrumenten de wijkverpleegkundige JGZ tot haar beschikking heeft voor vroegtijdige signalering van risicosituaties.

Hoofdstuk 7: Het indicatiehuisbezoek

In dit hoofdstuk beschrijf ik de functie en ontwikkeling van het huisbezoek binnen de jeugdgezondheidszorg en wat er wordt verstaan onder het begrip indicatiehuisbezoek. Tevens beschrijf ik welke methodiek de wijkverpleegkundige JGZ gebruikt om het verpleegkundige proces te bewaken. Ik beschrijf welke competenties de wijkverpleegkundige JGZ nodig heeft om een verpleegkundige interventies als het indicatiehuisbezoek doeltreffend en doelmatig te laten zijn.

Hoofdstuk 8: Effectiviteit

In dit hoofdstuk beschrijf ik wat er wordt verstaan onder effectiviteit en wat er bekend is over de effectiviteit van de activiteiten van de jeugdgezondheidszorg. Tevens benoem ik de voorwaarden waaraan een indicatiehuisbezoek moet voldoen om effectief te kunnen zijn.

Hoofdstuk 9: Slotbeschouwing

In dit hoofdstuk volgt een korte samenvatting en beschrijf ik tot welke conclusies ik ten aanzien van mijn probleemstelling ben gekomen na literatuurstudie gevolgd door enkele aanbevelingen.

3 MAATSCHAPPELIJKE ONTWIKKELINGEN

3.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk beschrijf ik welke maatschappelijke ontwikkelingen er toe lijken te hebben bijgedragen dat in de huidige samenleving meer aandacht is voor het fenomeen opvoeden. In het Sociaal Cultureel Rapport 1998 getiteld "*25 jaar sociale verandering*" (P.Snabel) wordt individualisering genoemd als de belangrijkste oorzaak van de veranderingen in de Nederlandse samenleving in de laatste 25 jaar van de 20^e eeuw. Om tot plaatsing van het verschijnsel individualisering te komen in de huidige maatschappij volgt in de komende paragrafen een korte weergave van belangrijke maatschappelijke en demografische veranderingen. Onder maatschappelijke veranderingen verstaan we ontwikkelingen en stimulering op terreinen van welzijn, cultuur, onderwijs, sport en arbeid enz. Demografie is een bevolkingswetenschap. Hoeveel mensen zijn er, waar wonen ze, hoe veranderen deze aantallen over de tijd, en waarom? De omvang en samenstelling van de bevolking is voor vrijwel alle terreinen van beleid en inrichting van de samenleving heel belangrijk. Demografische ontwikkelingen zijn afhankelijk van een groot aantal factoren¹. Leefomstandigheden zoals huisvesting, voeding, inkomen, arbeidsomstandigheden, hygiëne en gezondheidszorg zijn bepalen voor overlevingskansen en beïnvloeden geboorte – en sterftcijfer. De Spaanse griep (1918), de crisisjaren en wereldoorlogen (hongerwinter 1944) zijn bijvoorbeeld van grote invloed geweest op de bevolkingsopbouw.

3.2 EEN VERANDERENDE SAMENLEVING

3.2.1 De geschiedenis in het kort

De afgelopen 100 jaar kenmerken zich door ingrijpende veranderingen in de samenleving. Kleine agrarische gemeenschappen, sterk geleid door geloof en tradities met een hechte sociale samenhang, verbrokkelde onder invloed van de industrialisering. De gevolgen van de industrialisering waren te zien in het proces van de snelle verstedelijking van voorheen relatief kleine dorpen en stadjes waar nieuwe fabrieken kwamen. De mensen van het platteland stroomden er massaal heen voor werk. Mannen, vrouwen en kinderen werden aanvankelijk door de armoede gedwongen allemaal in de fabrieken te werken. Het bestaan van de arbeidersklasse werd een feit. Tot de industriële revolutie hadden vaders dikwijls een redelijk gelijkwaardige zorgtaak binnen het gezin omdat ze meestal hun beroep uitoefenden in de directe nabijheid van de kinderen. Na de industriële revolutie werden eerst kinderen en daarna ook moeders vrijgesteld van deelname aan het arbeidsproces en bleef de taak van arbeid buitenshuis over voor vaders. De huiselijk zorgtaken kwamen daardoor in toenemende mate bij moeder te liggen. Het gezin van buitenshuis werkende mannen en huishoudelijke taken verrichtende vrouwen heeft als zodanig vanaf die periode nog lang bestaan.

In de eerste decennia na de 2^e wereldoorlog was het beleid van de overheid er op gericht om de economie te herstellen en een stelsel voor sociale zekerheid op te bouwen. Het optimisme over een betere toekomst had de geboorten van veel kinderen tot gevolg. Deze 'babyboom' betreft de kinderen die geboren zijn in de periode 1946 tot 1970.

De stijgende welvaart, de medische vooruitgang en de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg had vervolgens grote invloed op de demografische ontwikkelingen. Ook verbeteringen van arbeidsomstandigheden door toenemende mechanisering, in de fabrieken maar ook in de landbouw, en de toenemende aandacht voor preventieve gezondheidszorg, zijn van invloed op de levensverwachting. Het aantal mensen dat de pensioengerechtigde leeftijd bereikt stijgt. De economische groei in de jaren zestig en zeventig zorgt voor meer werkgelegenheid dan beschikbare arbeidskrachten. 'Gastarbeiders' uit de landen rondom de Middellandse Zee worden naar Nederland gehaald om te komen werken. De immigratie van buitenlanders zorgt, naast factoren als emancipatie, ontkerkelijking en anticonceptie die een rol spelen bij de afname van het aantal geboorten, na 1970 voor bevolkingsgroei. Daarnaast leidt de verlenging van de levensduur tot vergrijzing van de bevolking.

¹ Huub Sibbing, Demografische ontwikkelingen

3.2.2 Demografische ontwikkelingen

Naast een toename van het aantal ouderen, de vergrijzing, vindt er ook een afname van het aantal jongeren plaats. De laatste decennia is daardoor de leeftijdsopbouw in Nederland ingrijpend veranderd. De laatste 25 jaar van de 20^e eeuw nam het aandeel van het aantal jongeren in de Nederlandse bevolking sterk af van 45 naar 30 %. De belangrijkste oorzaak van deze ontgroening is het relatief hoge geboortecijfer in de eerste decennia na de 2^e wereldoorlog en daarna volgende afname van het aantal geboorten. De stijgende levensstandaard zorgde daarnaast voor het bereiken van hoge leeftijden van de ouderen, dit proces noemt men dubbele vergrijzing.

De veranderende verhouding van jeugd en ouderen in de bevolking heeft effecten op allerlei terreinen van het maatschappelijke leven. Met name op de arbeidsmarkt zal het aantal nieuwkomers verminderen² tenzij er meer mogelijkheden voor vrouwen komen om te werken. De invloed van beleid, afgestemd op de grote aantallen ouderen is tevens merkbaar op het gebied van zorgverlening, huisvesting, het openbaar vervoer en sociale zekerheid.

Wijzigingen in de bevolkingssamenstelling wordt naast de bovengenoemde ontwikkelingen ook gevormd door immigratie³.

In de jaren zestig vormden arbeidsmigranten uit de Mediterrane landen de belangrijkste categorie immigranten naar Nederland. Deze immigratie moet worden gezien tegen een achtergrond van krapte op de arbeidsmarkt in deze periode. Ook banden met voormalige koloniën zorgden voor migrantenaanbod. Het zelfstandig worden van de Nederlandse koloniën zorgde er voor dat Indische Nederlanders, Molukkers, Surinamers en Antillianen naar Nederland kwamen.

Na de oliecrisis in 1972/1973 nam de arbeidsmigratie in betekenis af. Nederland kent sinds de jaren tachtig een groeiende immigratie. Deze immigratie bestaat voornamelijk uit vluchtelingen die asiel aanvragen en de zogenaamde traditionele migranten, uit Turkije en Marokko, die via gezinsvorming en gezinshereniging een verblijfsvergunning ontvangen.

Sinds de val van de Muur in 1989, is de migratie vanuit Oost-Europa sterk toegenomen. In de jaren negentig is vooral het aantal asielzoekers toegenomen. De oorlog in voormalig Joegoslavië is hiervan een belangrijke oorzaak geweest. Maar er zijn ook meer mensen die de politiek gevaarlijke situaties in landen als Afghanistan, Sri Lanka en Somalië ontvluchten. Tevens zijn uit landen waar mensen op basis van politieke of religieuze overtuiging worden vervolgd, zoals Irak en Iran, meer vluchtelingen naar Nederland gekomen.

Nederland veranderde in de laatste decennia van de 20^e eeuw in een multiculturele samenleving.

3.2.3 Individualisering en sociale gebondenheid

Er wordt vanuit gegaan dat de maatschappelijke veranderingen van de laatste decennia van de 20^e eeuw samenhangen met de verregaande individualisering⁴ van de samenleving. De term individualisering wordt gebruikt om allerlei ontwikkelingen, opvattingen en gedragingen te verklaren. Onder individualisering wordt verstaan *een groeiende autonomie van het individu ten opzichte van zijn directe omgeving* (P. Snabel 1998). Individualisering wordt gezien als een onderdeel van de modernisering binnen economische, politieke, sociale en culturele veranderingen. Kenmerkende processen zijn detraditionalisering, toename van keuzevrijheid en zelfontplooiing. Als gevolg van deze processen in de samenleving⁵ kunnen mensen, doordat zij ten opzichte van elkaar verzelfstandigen, op meer terreinen keuzes maken, zelf invulling geven aan hun levensplanning en daarvoor verantwoordelijkheid dragen. Instituten zoals familie, buurt, school en kerk zijn daarbij veel van hun invloed kwijtgeraakt. De nadruk wordt gelegd op de autonomie van het individu. Minder binding aan organisaties, minder sociale gebondenheid aan opvattingen en waarden, mindere banden met geschiedenis en cultuur zijn volgens Felling⁶ het gevolg.

² K. Bakker, Opgroeien in Nederland. Hfdst. 2

³ S. Ederveen e.a, Bestemming Europa. Hfdst. 2.1

⁴ P. Snabel, SCP. "25 jaar sociale verandering"

⁵ K. Wittebrood, SCP: Rapportage Jeugd Hfst. 2 "Het gezin in een veranderende samenleving".

⁶ A.J. A. Felling Het proces van individualisering 2004

Volgens Snabel bestaat een onderlinge samenhang met een aantal andere ontwikkelingen:

- Toenemende welvaart
- Meritocratie
(vrij vertaald: geregeerd door degenen die het verdienen) is een maatschappijmodel waarbinnen de sociaal-economische positie van elk individu alleen bepaald wordt door zijn of haar talenten en verdiensten. Factoren als afkomst, grond- of geldbezit, ras en geslacht mogen daar (in principe) geen rol bij spelen.
- Emancipatie
Hoofddoelstelling van het emancipatiebeleid is "een maatschappij waarin iedereen ongeacht sekse of burgerlijke staat de mogelijkheid heeft een zelfstandig bestaan te verwerven en waarin vrouwen en mannen gelijke rechten, kansen en vrijheden en verantwoordelijkheden kunnen realiseren.
- Juridisering
Verschijnsel in de samenleving dat steeds meer zaken juridisch worden vastgelegd doordat bestaande regulering gedetailleerder wordt en nieuwe regels worden opgesteld
- Democratie
Staatvorm waarin een gekozen volksvertegenwoordiging een wetgevende en controlerende functie heeft en waarin *vrijheid van meningsuiting* heerst.

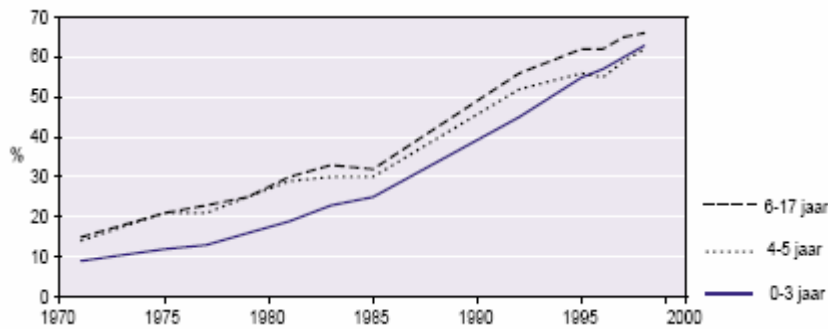
Het individualiseringsproces is ook van grote invloed geweest op de samenstelling van het gezin. De vanzelfsprekendheid van het gehuwd zijn en kinderen krijgen is tot een vrije keuze geworden. Vroeger waren keuzes ondergeschikt aan de regels en voorschriften van de sociale groep, familie, dorp, kerkgemeenschap of groep, waar men toe behoorde. Levenstijl, gedragscode en opvoeding waren sterk bepaald door tradities en groepscultuur. Het traditionele gezin bestond uit een gehuwde man en vrouw. De man was kostwinner, veelal buitenshuis en de vrouw had de zorg voor de kinderen en het huishouden. Tot de jaren '50 kon in het gezin een duidelijke hiërarchie onderscheiden worden, de man was de baas en verantwoordelijk voor alle belangrijke beslissingen. Binnen de machtsverhoudingen in het gezin heeft een verschuiving plaatsgevonden. Strakke regels en gehoorzaamheid zijn ingeruild voor gezamenlijke afspraken die tot stand komen op basis van samenspraak, uitwisseling van standpunten en overleg. De socioloog Swaan heeft deze ontwikkeling ooit aangeduid als de overgang van een bevels- naar een onderhandelingshuishouding.

Met de overgang naar de onderhandelingshuishouding worden beslissingen meer genomen na overleg. Onder invloed van de individualisering kenmerken gezinsverhoudingen zich door respect, communicatie en onderhandeling, en is er meer aandacht voor individuele zelfontplooiing van man en vrouw.

Het individualiseringsproces in de samenleving had ook gevolgen voor het gezinsleven. Het 'kerngezin' kwam meer op zichzelf te staan en sloot zich meer af van de omgang met familieleden. Kerk en buurtgenoten. De relaties binnen het gezin werden daardoor hechter. Dit proces wordt door Kooy(1967) omschreven als gezinsindividualisering. Traditionele rolpatronen veranderen. De nadruk op zelfontplooiing heeft er, samen met onder andere de toegenomen opleidingsmogelijkheden, voor gezorgd dat heel wat vrouwen een baan buitenshuis gaan zoeken. Vooroordelen van werkgevers, de moeilijke combinatie van gezin en carrière en de mindere ambities van vrouwen zelf zorgen ervoor dat het werk vooral in deeltijd, lagere en minder betaalde functies betreft.

De arbeidsparticipatie van de vrouw, niet alleen op de arbeidsmarkt, maar ook in het gehele sociale leven, heeft echter geen ingrijpende veranderingen in de taakverdeling binnen het gezin betekend. Die verloopt nog vaak via de oude patronen. Dit betekent dat de vrouw, die nu wel buitenshuis gaat werken, veelal verantwoordelijk blijft voor het meeste huishoudelijke werk en het leeuwendeel van de zorg voor de kinderen. De arbeidsparticipatie van vrouwen hangt sterk samen met de aanwezigheid van (vooral) jonge kinderen. In de jaren zeventig stopte nog ongeveer de helft van de werkende vrouwen na de geboorte van hun eerste kind met werken. Begin jaren zeventig werkte ongeveer 15% van de moeders, tegenwoordig is dat 65%⁷. Twee derde van de werkende vrouwen gaat na de geboorte van hun eerste kind wel minder uren werken.

⁷ zie figuur 1



Figuur 1: Arbeidsparticipatie vrouwen naar leeftijd kind. Bron: CBS

3.3 HET GEZIN

Nederland heeft ongeveer zeven miljoen huishoudens⁸. Zij vormen drie even grote groepen: 2,3 miljoen alleenstaanden, 2,2 miljoen paren zonder kinderen en 2,5 miljoen huishoudens met inwonende kinderen, ofwel gezinnen. De laatst genoemde groep bestaat uit 2,1 miljoen gezinnen met twee ouders en bijna 400.000 eenoudergezinnen.

Grote gezinnen waren vroeger heel normaal. Vrouwen die rond 1900 geboren zijn, kregen gemiddeld ruim drie kinderen. Zo'n vijftig jaar later waren de normen in dit opzicht sterk veranderd. Processen als ontkerkelijking, emancipatie en individualisering leidden ertoe dat mensen vaker voor een kleiner gezin kozen. In 1965 kwam in Nederland de pil op de markt, waardoor echtparen makkelijker aan gezinplanning konden doen.

Opvattingen over het instituut huwelijk veranderde. In 1960 eindigde, van de huwelijken één op de zeven door echtscheiding, in 1990 één op de drie. Voor vrouwen zonder inkomen werd het sinds 1965 mogelijk om na een echtscheiding een uitkering te ontvangen door de Algemene Bijstandwet.

Tevens heeft de emancipatie van de vrouw, de ontplooiingsmogelijkheden en arbeid buitenhuis er toe geleid dat vrouwen op later leeftijd kinderen krijgen. De gemiddelde leeftijd waarop vrouwen hun eerste kind krijgen stijgt van 24,3 jaar in 1970 naar 28,5 jaar in 1995. Het gemiddelde aantal kinderen per gezin daalt van 3,1 in 1960 naar 1,6 in 1995. Het gemiddelde aantal kinderen onder Turkse en Marokkaanse vrouwen daalt ook maar ligt nog aanzienlijk hoger.

	1978	1983	1990	1998
Turken	5,0	3,5	3,2	2,6
Marokkanen	7,4	6,0	4,9	3,4
Surinamers	1,7	1,9	1,9	1,6
Antillianen	.	1,4	1,7	1,8
autochtonen	1,6	1,5	1,6	1,6

Bron: CBS, Bevolkingsstatistiek. Gegevens afkomstig uit: Hooghiemstra en Nijhuis-Nell (1995: tabel 3.9), Tesser et al. (1999: tabel 2.1) en CBS (2000a: 54).

Figuur 2: Vruchtbaarheidcijfer naar land van herkomst Bron: CBS

3.3.1 Diversiteit in gezinsvormen

Een gezin⁹ is een samenlevingsvorm, die minmaal uit een volwassene en een kind bestaat en waarin de volwassene materiële en immateriële zorg aan het kind verleent.

De meeste kinderen groeien op in een tweeouder gezin met een vader en een moeder die gehuwd zijn. In de jaren zestig vormde deze groep ruim 90% van alle huishoudens met kinderen. In de jaren negentig is dit nog steeds ruim 80%. Het aandeel eenoudergezinnen is sinds de jaren zestig gestegen van 8% tot ruim 17,2 %. Bij eenoudergezinnen die zijn ontstaan na echtscheiding of verweduwing blijkt het vaak om tijdelijke situaties te gaan: zij ontstaan uit tweeouder gezinnen en gaan na enige tijd weer over in tweeouder gezinnen.¹⁰ Dit betekent dat een groot aantal kinderen weliswaar een behoorlijk deel van hun kindertijd doorbrengt met een moeder en vader, maar wel te maken heeft

⁸ Website CBS > Mens & Maatschappij

⁹ P.B.Schuil, Nederlands Leerboek Jeugdgezondheidszorg Hfdst. 5.3.2

¹⁰ K. Wittebrood, SCP Rapportage Jeugd Hfdst 2 Het gezin in een veranderende samenleving.

gehad met het scheiden van hun ouders of met het overlijden van (een van de) ouders.

De samenstelling van gezinnen met kinderen verschilt sterk naar etnische herkomst. Zo komen eenoudergezinnen en ongehuwde paren nauwelijks voor onder gezinnen van Turkse en Marokkaanse afkomst, terwijl er wel veel eenoudergezinnen zijn bij Surinaamse en Antilliaanse afkomst (Wittebrood 2000)

De in de voorgaande paragrafen genoemde ontwikkelingen hebben er toe bijgedragen dat de verschijningsvormen van het moderne gezin in Nederland heel divers zijn. We onderscheiden:

- Tweeouder gezinnen
Gehuwd of ongehuwd samenwonende volwassenen met kind(eren), denk ook aan pleeg en adoptiegezinnen
- Eenouder gezinnen
Komt in toenemende mate voor. Meestal ontstaan na echtscheiding. Kinderen groeien meestal op bij moeder, maar het aantal eenoudergezinnen met vader groeit wel.
- Samengestelde gezinnen
Volwassenen gaan na echtscheiding of overlijden van partner een relatie aan met een nieuwe partner. Kinderen van beide worden samengevoegd in één gezin, maar kunnen ook op basis van bezoeksregeling deel uit maken van het nieuwe gezin van de ex-partner.
- Co-ouder gezin
Beide ouders blijven na een scheiding op basis van gelijkwaardigheid betrokken bij de opvoeding van hun kind(eren). Dit vereist onderling overleg en het maken van goede afspraken. Het kind woont deels bij moeder en deels bij vader. Een voorwaarde is wel dat ouders dicht bij elkaar wonen.
- Holibi
Homoseksuele of lesbische paren die een kind opvoeden. In Nederland zijn ongeveer 2.250 gezinnen met twee moeders. Gezinnen met twee vaders komt nog weinig voor¹¹.
- Woongemeenschap
Meerder volwassenen wonen samen waarbij de opvoedingsverantwoordelijkheid van kinderen gedeeld kan worden

Zolang de gezinssamenstelling door de omgeving van het kind en de maatschappij gerespecteerd wordt en het kind zich in deze gezinsvorm een volwaardig lid voelt en als zodanig beschouwd wordt, hoeft een alternatieve gezinssamenstelling geen belemmering te zijn voor de gezonde ontwikkeling van het kind.¹²

Uit de gezinsenquête, die de Nederlandse Gezinsraad in 2004 afnam, blijken Nederlandse ouders aan het tweeouder gezin als type de voorkeur te geven waarin het kind het beste kan opgroeien.

3.3.2 Sociaal-economische ontwikkelingen in het gezin

Het gezin is de laatste decennia van de 20e eeuw enorm veranderd. De gezinnen zijn niet alleen kleiner geworden maar zijn ook meer gevarieerd van samenstelling. De gemiddelde leeftijd van de moeder aanzienlijk gestegen en moeders zijn meer buitenshuis gaan werken.

Ook hebben zich veranderingen voorgedaan op sociaal-economisch niveau. Ouders van nu zijn hoger opgeleid dan vroeger. Wanneer beiden betaald arbeid verrichten betekent dat ook een verbetering van de financiële positie. Dit geldt niet voor eenoudergezinnen. Van alle eenoudergezinnen leeft ongeveer eenderde onder het sociale minimum¹³. Door de toename van het aantal eenoudergezinnen verkeren steeds meer kinderen in een situatie van financiële krapte.

Niet alleen eenoudergezinnen maar ook allochtone gezinnen hebben naar verhouding veel geldzorgen. Dit blijkt uit de resultaten van een onderzoek door de Nederlandse Gezinsraad uit 2002, onder de vier grote klassieke migrantengroeperingen. Dat armoede in gezinnen negatieve effecten kan hebben op de ontwikkelingskansen van jonge kinderen en het welbevinden van de ouders hebben twee onderzoeken (Engberzen 1997, Dekovic, Snel en Groenendaal 1997) uitgewezen.

¹¹ M. Distelbrink, Nederlandse Gezinsraad: Gezin anno nu,

¹² P.B.Schuil, Passage Nederlands Leerboek Jeugdgezondheidszorg Hfdst. 5.3.2.

¹³ K. Wittebrood, SCP Rapportage Jeugd Hfdst.2.4 " Het gezin in een veranderende samenleving"

3.3.3 Kind en ouder(s)

Tijdsbesteding van ouders aan hun kinderen is, in tegenstelling tot wat men zou denken, niet afgenomen maar toegenomen. (Wittebrood, 2000) (A.v.d Broek¹⁴). In het bijzonder vaders en moeders met een jongste kind onder de 6 jaar, zijn sinds 1980 meer tijd, beiden ongeveer 3 uur, meer aan hun kind(eren) gaan besteden. De tijd die moeders met kinderen onder de 15 jaar zijn gaan besteden aan huishoudelijke taken is met 4 à 5 uur afgenomen. Vaders, met kinderen in dezelfde leeftijd, zijn bijna drie uur meer aan huishoudelijke taken gaan besteden. Moeders besteden nog steeds drie keer zoveel tijd aan huishoudelijke taken dan vaders, maar de verschillen worden kleiner. Kinderen kregen de laatste decennia steeds meer inspraak in het gezin en hun eigen bestaan door de verandering van opvoedingsideaal (zie ook 2.2.3) van bevelshuishouden naar onderhandelingshuishouden. De opvoedingsstijl veranderde langzamerhand in een democratische stijl waarbij kinderen weliswaar geleid werden door volwassenen, maar bewust steeds meer verantwoordelijkheid kregen toegewezen naarmate zij ouder werden. Mondigheid, zelfontplooiing, zelfontdekking, onafhankelijkheid en gewetensopvoeding werden nieuwe pedagogische doelstellingen in het gezin. Veel was bespreekbaar, nieuwsgierigheid werd gestimuleerd. De bewegingsvrijheid van kinderen werd steeds groter en er werd steeds vaker onderhandeld met de opvoeders op basis van gelijkwaardigheid.

Deze veranderingen in maatschappelijke zin kennen hun weerslag in het gezinsleven. Het kind is voor een volledige en harmonische ontplooiing van zijn of haar persoonlijkheid afhankelijk van een gezinsomgeving waarin het kan opgroeien in een sfeer van geluk, liefde en begrip. Dit wordt onderschreven in het Verdrag inzake de rechten van het kind. (inwerkingtreding van het Verdrag voor Nederland was 18 maart 1995) Aan de samenstelling van het gezin worden geen eisen gesteld wel dienen de ouders zorg te dragen voor, onvoorwaardelijke acceptatie en emotionele bescherming, het kind leren zichzelf en anderen te waarderen en respecteren en ondersteunen het kind in de groei naar zelfstandigheid.

Niet de gezinszorg maar wel het gezinsklimaat is bepalend voor de groei en ontwikkeling en het welzijn van het kind. In het volgende hoofdstuk wordt beschreven hoe opvoeden in Nederland wordt vormgegeven en welke factoren bevorderend of belemmerend kunnen zijn voor de ontwikkeling van een kind.

¹⁴ A.v.d Broek, SCP: "Naar andere tijden" Hfdst 6. De gezinsagenda

4 OPVOEDEN IN NEDERLAND

4.1 INLEIDING

De 20^e eeuw wordt ook wel "De eeuw van het kind" genoemd. Die uitdrukking is afkomstig van de Zweedse socialiste en feministe Ellen Key. In haar gelijknamige boek '*Barnets Århundrade*' (1900) beschreef zij haar ideeën; een kind had recht op meer verzorging, meer bescherming, meer hulp en minder plichten, gevaren en inspanningen. In het vorige hoofdstuk heeft u kunnen lezen hoe geleidelijk aan meer aandacht ontstond voor de individuele behoeften en ontwikkelingsmogelijkheden voor kinderen.

Wat verstaat men onder opvoeden? Op die vraag is niet een kant en klaar antwoord te geven. In de literatuur komt men verschillende omschrijvingen tegen over het begrip opvoeden. "Opvoeden is loslaten" is de kortste omschrijving. Loslaten is een essentieel onderdeel van opvoeden. Maar opvoeden is ook leren samen leven, opvoeden is bewustwording.

Het expertisecentrum voor opvoedingsondersteuning hanteert de volgende omschrijving: Opvoeding wordt gezien als het gedrag van de primaire verzorgers (ouders) in de dagelijkse omgang met hun kind, dat expliciet is gericht op het kind. Ouders zijn de eerst verantwoordelijken voor de opvoeding en ontwikkeling van hun kind(eren)

RAAK, Reflectie- en Actiegroep Aanpak Kindermishandeling omschrijft in hun manifest van november 2000 de definitie van opvoeden als: zorgen, als ouders, mét steun van de gemeenschap, voor de veilige hechting, gezonde gevoelsontwikkeling, de sociale verbondenheid en uiteindelijk de emotionele volwassenheid van een kind.

4.2 OPVOEDINGSVAARDIGHEDEN VAN OUDERS

Voorwaarden voor een succesvolle opvoeding¹⁵ zijn aandacht, affectie en ondersteuning aan de ene kant en het uitoefenen van toezicht aan de andere kant. Ofwel, liefde geven en geborgenheid bieden naast regels bijbrengen en grenzen stellen. Hoe ouders concreet invulling geven aan het opvoeden van hun kind(eren) hangt af van verschillende factoren, die ik in de volgende paragrafen zal beschrijven.

4.2.1 Opvoedingsstijl¹⁶

Naast invloeden als aanlegfactoren, gezondheid, de gezinssituatie, maatschappelijke omstandigheden, heeft de opvoedingsstijl van ouders invloed op de ontwikkeling van kinderen.

Elk kind is uniek, heeft een eigen wil, een eigen karakter en eigen kennis en vaardigheden, zo ook de ouder. Er vindt altijd een wisselwerking plaats tussen beide. De genoemde opvoedingsstijlen bieden slecht een theoretisch kader en de werkelijkheid is vaak gevarieerder dan dat. Welke opvoedingsstijl er wordt gebruikt hangt, behalve van het kind zelf (aanleg, temperament) af van diverse andere zaken:

- Hoe iemand zelf is opgevoed (wat vindt iemand waardevol of belangrijk)
- Verschillen tussen toen en nu (eigen persoonlijkheidsontwikkeling)
- De omgeving waar iemand woont, (rand)stad of platteland
- De situatie waarin iemand verkeert (veel of weinig mogelijkheden, sociaal netwerk van familie en bekenden)

Men onderscheidt de volgende vier opvoedingsstijlen. Deze zijn volgens Angenent(2001) verbonden aan vier basisbegrippen, warmte, dominantie, toegeeflijkheid en koelheid.

Autoritatieve opvoeding:

Ouders geven liefde en genegenheid, stellen duidelijke regels en grenzen, rekening houdend met de behoeften en leeftijd van het kind. Er wordt uitleg gegeven over het waarom van de regels, zodat begrip en inzicht kan ontstaan en zodat het kind zelfstandig leert omgaan met regels en grenzen. De ouders oefenen controle uit, maar geven het kind redenen en uitleg waarom iets moet of niet mag. Ze doen een beroep op de verantwoordelijkheid en zelfstandigheid van het kind, door informatie en aanwijzingen te geven.

¹⁵ Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling: Aansprekend opvoeden Hfdst 3

¹⁶ Website expertisecentrum voor opvoedingsondersteuning> achtergronden>wat is opvoeden>opvoeden

Autoritaire opvoeding:

Ouders geven liefde en genegenheid, hanteren strakke, opgelegde regels en grenzen volgens hun wensen, waarbij te weinig oog is voor de behoeften van het kind. Er is veel controle. Ouders gebruiken hun macht in de vorm van straf en verbieden.

Laisser-faire of permissieve opvoeding

Ouders geven liefde en genegenheid, maar bieden te weinig regels en grenzen. Mogelijk biedt dit te weinig structuur en duidelijkheid voor het kind. Er worden lage eisen gesteld. Permissieve ouders variëren op het ondersteuningsaanbod. Sommigen zijn warm en overbetrokken, anderen koel en afstandelijk. Vaak ontbreekt het aan echte interesse voor het kind. De tolerantie voor het doen en laten van het kind is erg groot terwijl de controle laag is. De banden binnen het gezin zijn zwak, kinderen zoeken hun heil vaak buiten het gezin.

Verwaarlozende of afwezige opvoeding

Ouders geven te weinig liefde en genegenheid en stellen weinig regels en grenzen. Het kind wordt te veel aan zijn eigen lot overgelaten waardoor er onvoldoende rekening wordt gehouden met de behoeften van het kind.

4.2.2 Opvoedingsdoel

Hoe ouders hun kind opvoeden hangt onder andere samen met de opvoedingsdoelen die zij nastreven. Het gaat daarbij om mogelijke en beïnvloedbare eigenschappen van het kind.

Rispens¹⁷ (1996) onderscheidt de volgende doelen:

Conformisme	- respect hebben voor ouderen - goede manieren hebben - ouders gehoorzamen
Autonomie	- verantwoordelijkheidsgevoel hebben - zelfstandig oordelen - willen weten waarom dingen gebeuren
Sociaal gevoel	- verdraagzaam zijn - rekening houden met anderen - behulpzaam zijn
Prestatiegerichtheid	- het hebben van goede schoolresultaten - ijverig en ambitieus zijn - slim zijn

Een recent onderzoek van het Sociaal Cultureel Planbureau¹⁸ onder een groot aantal ouders met kinderen in verschillende leeftijden laat een verschil in opvoedingsdoelen zien met het opvoedingsonderzoek van Rispens, dat in de eerste helft van de jaren negentig is gehouden. Verantwoordelijkheidsgevoel hebben en rekening houden met anderen kwam destijds naar voren als de meeste belangrijk doelen die ouders nastreefden, en slim zijn als het minst belangrijke. Echter, in 2000 staan de drie conformistische doelen, te weten respect voor ouderen, ouders gehoorzamen en goede manier hebben, aanzienlijk hoger in de rangorde.

Recent opvoedingsonderzoek onder allochtonen in Nederland te weten, bij Turken (Nijsten 1998), Marokkanen (Pels 1998), Chinezen (Geenze en Pels 1998) en Creoolse Surinamers (Distelbrink 1998) heeft aangetoond dat er inderdaad nog wezenlijke verschillen zijn tussen de opvattingen van autochtone van allochtone ouders. Gehoorzaamheid is voor veel allochtone ouders van de eerste generatie een essentieel onderdeel van de opvoeding. Ouders die zijn opgegroeid in Nederland vinden het iets minder belangrijk. Vooral bij Surinaamse en Antilliaanse ouders neemt het belang van gehoorzaamheid af onder invloed van het opgroeien in Nederland.

¹⁷ J. Rispens, Opvoeden in Nederland,

¹⁸ L. Herwijer, SCP: Ouders over opvoeding en onderwijs. Hfdst 2.2

4.2.3 Ouderschap

Wat is goed opvoeden? Opvoeden is, het in relatie staan van opvoeder(s) en opvoedeling(en), waarin de opvoeder zich als persoon, als zijn wijze van menszijn present stelt, een klimaat schept dat persoonlijkheidsgroei bevordert, leefsituaties zo hanteert, dat die optimale kansen bieden op zelfontplooiing (J.W. Kok, 1982).

De meeste ouders willen hun kind verantwoord en goed opvoeden. Goed ouderschap valt moeilijk te definiëren, omdat verschillende ouders, culturen, klassen en tradities andere kwaliteitseisen stellen aan het ouderschap. In praktijk wordt goed ouderschap vaak beoordeelt aan de ontwikkeling en het welzijn van kinderen. Als het met kinderen niet goed gaat, wordt de opvoeding nog al eens in twijfel getrokken. De relatie tussen welzijn van kinderen en de opvoedingskwaliteiten van ouders, maakt ouders kwetsbaar. De ouders van nu zijn nazaten van de ouders die in de jaren '70 de zogeheten vrije opvoeding hanteerden. De bagage die zij zelf meekregen is niet direct een opvoedingsstijl die aansluit bij de huidige maatschappij. De tendens en aandacht voor toenemende criminaliteit, vandalisme, agressie en geweld verandert de kijk op de huidige opvoeding. Ouders krijgen daardoor zelf steeds meer behoefte aan het stellen van regels en grenzen, aan waarden en normen, aan duidelijkheid, voorspelbaarheid en structuur. Daarvoor kunnen zij meestal niet putten uit eigen ervaringen.

De huidige opvoedingsstijl kan worden getypeerd als 'responsief'. Responsiviteit duidt onder andere op openheid, aandacht geven en beantwoorden aan signalen die kinderen afgeven. Ouders proberen zich in te leven in hun kinderen, hen te begrijpen, rekening te houden met de ontwikkelingsfase waarin ze zitten en in te spelen op behoeften en verlangens. Luisteren, emotionele betrokkenheid, positief benaderen, opbouwende kritische houding, voorbeeldfunctie, geduld, relativeren, geborgenheid, voorspelbaarheid, samen één opvoedkundige lijn hanteren, grenzen en regels stellen en duidelijkheid zijn de kapstokken voor een goede opvoeding. Maar zelfs als je de basisregels van de opvoeding juist hanteert, is dat nog geen garantie voor een succesvolle opvoeding. Ouders hebben namelijk niet alleen te maken met hun eigen opvoedingskwaliteiten, maar ook met de kwaliteiten en kenmerken van hun kind(eren) en met de mogelijkheden en beperkingen van hun omgeving.

In het verleden is er regelmatig onderzoek gedaan naar wat ouders zeggen over hun eigen opvoedgedrag. Uit deze zelfrapportage studies kwam naar voren¹⁹ dat ouders zichzelf warm en kindgericht vinden. Ze letten goed op de behoeften van hun kind. Ouders vinden zelfstandigheid belangrijk en stimuleren dit. Ouder hanteren regels, waarbij zij hun kind uitleg geven over het waarom van die regels. Wetenschappers en andere opvoedkundigen onderschrijven deze manier van opvoeden als 'goed ouderschap'.

4.3 KIND EN OMGEVING

Ontwikkelingspsychologen zijn het er over eens²⁰ dat de ontwikkeling van een kind wordt bepaald en beïnvloed door een combinatie van erfelijke aanleg, milieu (omgeving), door rijping en leren. Kinderen worden geboren met een bepaalde persoonlijkheid en bepaalde potentiële mogelijkheden. Erfelijke aanleg betekent niet dat je met opvoeding geen invloed uit kunt oefenen op een kind en zijn/haar ontwikkeling. De erfelijke aanleg bepaalt wel de grenzen van wat je onder andere kan verwachten van intelligentie, temperament en talenten. Het milieu kan zowel een remmende als een stimulerende factor zijn ten aanzien van de ontwikkeling van de persoonlijkheid en de mogelijkheden van het kind.

Het kind is lid van een gezin(s-vorm). Ieder kind wordt door dat gezin beïnvloed, maar het kind beïnvloedt zelf ook het gezin. Het gedrag en de ontwikkeling van een kind krijgen pas betekenis als je het kind plaatst tegen de achtergrond van het gezin waarin het kind opgroeit. Kinderen leren gedrag vooral door hun ouders en gezinsleden na te doen of op hen te reageren.

Een gezin is meer dan de afzonderlijke gezinsleden en de voorbeeldfunctie die zij in de opvoeding kunnen hebben. Een gezin kan gezien worden als een systeem. Een systeem dat bestaat uit elementen, gezinsleden, die in een bepaalde verhouding staan tot elkaar. Tussen de gezinsleden onderling is sprake van een manier waarop ze met elkaar omgaan, interactiepatronen. Iedereen beïnvloed iedereen.

Binnen een gezin bestaan ook subsystemen. De ouders vormen samen een subsysteem. Zij bepalen samen hoe zij hun kind(eren) opvoeden. Ook de kinderen vormen een subsysteem. Eigenschappen,

¹⁹ E. Zeijl, Kinderen in Nederland Hfdst 2.2

²⁰ G. Feddema, Als we nou gewoon weer eens gingen opvoeden Hfdst.1

als uiterlijk, verstandelijke capaciteiten, sociale vaardigheden en karaktertrekken van de diverse gezinsleden zijn bepalend voor de wisselwerking tussen systemen en subsystemen. Veranderingen in het gedrag ontstaan ook onder invloed van de omgeving van het kind. Met omgeving worden alle factoren, biologische, psychologische, sociale en culturele, buiten het kind om bedoeld.

Belsky (1984) gaat er in zijn model vanuit dat de opvoedingsrelatie wordt beïnvloed door contextfactoren. Verschillende factoren zoals partnerrelatie, opvoedingsgeschiedenis van de ouder, sociale steun en kindkenmerken hebben direct of indirect invloed op de opvoeding en de ontwikkeling van het kind. Belsky noemt dit model een 'buffered system', omdat tekortkomingen in een van deze contextfactoren kunnen worden gecompenseerd door andere factoren.

Een model dat voldoende recht doet aan de complexiteit van de relatie tussen opvoeding en ontwikkeling is het ecologische model van Bronfenbrenner²¹. Bronfenbrenner deelt de context in macro-, meso-, micro- en exo-systeem. Op deze manier betreft hij ook factoren als de gezondheidszorg en de samenleving als geheel bij gezinsopvoeding. In de schematische weergave van het model²² zijn de diverse krachten en systemen op verschillende niveaus geordend.

De kern van het model is het kind. Daarom heen liggen de verschillende systemen. De pijlen verwijzen naar de mogelijke interacties tussen en binnen de verschillende systemen. Het microsysteem (I) is de meeste directe omgeving waarmee het kind in contact komt. Het betreft het gezin, de buurt waar het kind woont, de school. Het mesosysteem (II) wordt gevormd door de interactie tussen de componenten van het microsysteem, bijvoorbeeld de relatie tussen ouders onderling, het contact tussen gezin en school en de relatie van broers of zussen met buurtgenoten. Bronfenbrenner veronderstelt dat een groot aantal positieve relaties een ondersteunend netwerk biedt aan het individu.

De elementen uit het exo-systeem (III), de werksituatie en het sociale netwerk van ouders, de woonomgeving, gemeente politiek en de media, hebben enkel effect op de elementen van het microsysteem.

De door de overgrote meerderheid van de maatschappij aanvaardde normen, attitudes en waarden vormen het macrosysteem (IV). Tot dit systeem behoren ook ingrijpende en grootschalige sociaal-economische, technologische en culturele ontwikkelingen, zoals de komst van de televisie, internet, economische crisis of welvaart.

In zijn inaugurele rede stelde Prof. M. De Winter het volgende: *"als er dingen misgaan met jeugdigen krijgen ouders meestal de schuld. Dat is niet altijd terecht, omdat ouders weliswaar een belangrijke, maar zeker niet de enige schakel in de opvoeding zijn"*.

De omgeving heeft dus mede een grote invloed op de ontwikkeling van het kind. Naarmate een kind ouder wordt begeeft hij/zij zich in meerdere systemen.

4.4 OPVOEDINGSONDERSTEUNING (1)

Alle ouders hebben wel eens vragen of zorgen over de opvoeding van hun kinderen. Dat ouders zich zorgen maken om hun kind betekent niet dat zij (grote) problemen ervaren met de opvoeding. Zij kunnen vragen hebben of geïnteresseerd zijn in de visies van anderen. Tussen de 13 en 20% van de ouders²³ raadpleegt met enige regelmaat (meer dan één keer per maand) een tijdschrift of brochure over opvoeden of bekijkt een opvoedkundig programma op televisie.

4.4.1 Beleving van ouders

Uit de resultaten van het onderzoek door SCP en TNO (2005) blijkt dat vier achtergrond kenmerken samenhangen met de mate waarin ouders zich zorgen maken: de leeftijd en sekse van het kind, het aantal kinderen in het gezin en de mate van armoede. Zorgen zijn er vooral over sociale-, emotionele- of gedragsproblemen, maar ook over opvoeding of ontwikkeling van het kind.

De meeste ouders, 97%, schatten hun eigen opvoedgedrag positief in. Ongeveer 75% geeft aan altijd een oplossing te vinden als er problemen zijn. Van het resterende percentage zegt 8% het gevoel te hebben niet te weten hoe het probleem aangepakt zou kunnen worden. Gezinnen met laag opgeleide moeders, niet westerse ouders en ouders die onder de armoedegrens leven, geven vaker aan niet te weten wat te doen en waarom ze dingen verbieden.

Het aantal kinderen in het gezin en de sekse van de kinderen zijn van belang als het gaat om de

²¹ L.v. Beemen, Kind en Gezin: Hfdst 13 uit Ontwikkelingspsychologie.

²² zie bijlagen: 10.1

²³ E. Zeijl, Kinderen in Nederland Hfdst. 2.7.

belasting die ouders ervaren. Ouders met meerdere kinderen vinden de opvoeding eerder vermoeiend en hebben vaker het gevoel er alleen voor te staan. Ouders van meisjes geven doorgaans aan meer tevreden te zijn over de opvoeding dan ouders van jongens.

Ouders die onder de armoede grens leven, wat voor een groot deel eenoudergezinnen betreft en niet westerse ouders, ervaren de opvoeding vaak zwaarder en vermoeiender.

	veel zorgen	beetje zorgen	geen zorgen
over gedragsproblemen	4	20	76
over de opvoeding in het algemeen	2	18	80
over emotionele problemen	2	13	85
over de gevolgen van ziekte bij het kind	2	12	85
over achterstand/vertraging in de ontwikkeling	1	10	89
over de contacten van het kind met andere kinderen	1	8	91
anders	1	2	97
% ouders dat aangeeft helemaal geen zorgen te hebben gehad			52

Figuur 3: Mate waarin ouders zich zorgen hebben gemaakt (in procenten)

Bron: SCP/TNO-PG

Soms kunnen de zorgen van ouders aanleiding geven tot het zoeken van hulp. Meestal zoekt men hulp in de nabije omgeving, een gesprek met andere ouders, vrienden of familie biedt vaak voldoende antwoord. Sociale steun is dan ook een belangrijke informele vorm van opvoedingsondersteuning. Ook wordt wel advies ingewonnen bij de huisarts, het consultatiebureau, de leidsters van peuterspeelzaal of kinderopvang.

4.4.2 Opvoedingsproblemen

Kousemaker²⁴ (1985) en Timmers-Huigens²⁵ ordende opvoedingssituaties naar de mate waarin er sprake is van opvoedingsproblemen. (zie ook bijlagen 10.2, deel A)

Bij de gewone opvoedingssituatie is er sprake van opvoedingsvragen die door ouders naar tevredenheid kunnen worden opgelost. Ouders maken gebruik van een groot scala aan informele (tijdschriften, boeken, televisie) en formele (cursussen, ouderavonden) informatiebronnen. Professionele hulp is niet nodig.

In de situatie die gekenmerkt wordt door opvoedingsspanning zijn opvoedingsvragen niet meer soepel op te lossen. Het opvoedend handelen is minder effectief. Dringende vragen ontstaan uit een steeds terugkerend opvoedingsprobleem. Ouders experimenteren met maatregelen en verschillende soorten opvoedkundige aanpak. Er is behoefte aan informatie en professioneel advies.

In geval van opvoedingscrisis ervaren ouders opvoedingsproblemen die zonder hulp niet oplosbaar zijn. Het opvoedend handelen, wordt als onvoldoende effectief ervaren. De crisis kan het gevolg zijn van levensmomenten met intense stress en spanning, maar kan ook chronisch van vorm zijn wanneer de totale opvoedingssituatie voortdurend als uiterst zorgwekkend en onbevredigend wordt ervaren. Opvoeders voelen zich onmachtig en machteloos. Uit schaamte wordt de situatie niet altijd meer bespreekbaar gemaakt met mensen uit het sociale netwerk. Wanneer de crisis het gevolg is van onbegrip of gebrek aan kennis over opvoeding en/of ontwikkeling of gebrek aan zelfvertrouwen van de ouder(s) kan eerstelijns pedagogische ondersteuning heel effectief zijn. In sommige situaties zal professionele intensieve therapeutische hulpverlening noodzakelijk zijn.

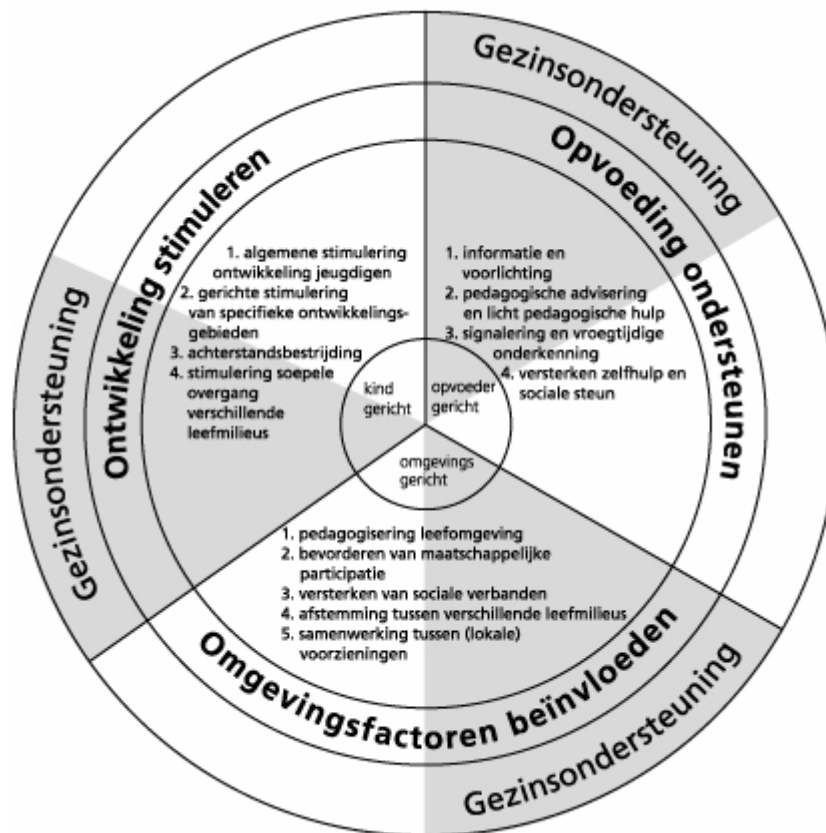
In geval van opvoedingsnood gaat het om opvoedingsproblemen die als zeer ernstig en zwaar problematisch beoordeeld worden. Opvoedingsnood kan het gevolg zijn van lang voortdurende crisissituaties, het totaal ontbreken van opvoedingsvaardigheden en steeds terugkerende conflicten. De ouders zijn de wanhoop nabij. De lichamelijke, geestelijke en emotionele ontwikkeling van het kind kunnen stagneren. De relatie tussen ouder(s) en kind is ernstig verstoord. Deskundige hulp en intensieve ondersteuning zijn dringend noodzakelijk.

²⁴ N.P.J. Kousemaker, Pedagogische preventie in de jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen.

²⁵ D. Timmers- Huigens, Opvoeden praktisch bekeken Hfdst. 1.7

4.4.3 Aanbod van opvoedingsondersteuning

Legitimatie voor een aanbod van opvoedingsondersteuning kan worden afgeleid uit de behoeften en vragen van kind en ouders²⁶. In het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het kind wordt in art. 18 gesteld dat in principe de ouders de eerst opvoedingsverantwoordelijken zijn van het kind en dat de overheid passende maatregelen dient te nemen ter ondersteuning van deze ouderlijke taak. Daarmee is opvoedingsondersteuning niet expliciet een taak van ouders en/of overheid. Het, van oorsprong Afrikaanse, gezegde "It takes a village to raise a child" ondersteunt de visie dat het grootbrengen van kinderen een maatschappelijke taak is. Naast informele steun voor ouders dient er tevens formele opvoedingsondersteuning beschikbaar te zijn. Ondersteuning die niet alleen geboden wordt aan ouders maar ook aan mede-opvoeders als kinderleidsters, leerkrachten en jongerenwerkers. In nog ruimere zin kan de gehele opvoedingsinfrastructuur(verkeerveiligheid, sportvoorzieningen, een pedagogisch beleidsplan op kinderopvang en basisscholen) die van belang is voor de ontwikkelingstaken van kinderen erbij betrokken worden. Zie figuur 4 voor een schematische weergave van samenhang van opvoedingsondersteuning en het versterken van de pedagogische infrastructuur.



Figuur 4: Cirkel gezinsondersteuning

Opvoedings- of ouderondersteuning gaat om, zoals verwoord door hoogleraar opvoedingsondersteuning Jo Hermanns (1992), al die activiteiten die tot doel hebben de opvoedsituatie te verbeteren, met andere woorden 'opvoeders helpen opvoeden'. L.Vandenmeulebroecke (1999) benoemt daarbij 'het geheel van maatregelen, voorzieningen, structuren en activiteiten die erop gericht zijn de mogelijkheden van het (primaire) opvoedmilieu aan te spreken, te verrijken en/of te optimaliseren ten einde kinderen en jeugdigen optimale opvoeding- en ontwikkelingskansen te bieden'. In 2004 voegt hij daar 'op intentionele wijze steun bieden aan ouders (c.q. ouderfiguren) bij hun opdracht en taak als opvoeders' aan toe.

In het volgende hoofdstuk beschrijf ik de taken van de jeugdgezondheidszorg en de rol van de wijkverpleegkundige JGZ bij opvoedingsondersteuning.

²⁶ website expertise centrum opvoedingsondersteuning >achtergronden> opvoedingsondersteuning> legitimatie

5 JEUGDGEZONDHEIDSZORG 0-4 JAAR

5.1 INLEIDING

Het einde van de 19^e eeuw wordt gekenmerkt door slechte hygiëne en voedingstoestand, hoge ziektefrequentie en slecht toegankelijke medische zorg, met als gevolg een hoog sterftecijfer, vooral onder kinderen. Meer dan 20% van de levendgeborenen sterft voor het eerste jaar.

Dr. Jacobus Penn, geneeskundig directeur in de provincie Noord Holland richtte zich in 1885 tot de gemeenten met het verzoek tot oprichting van 'een Vereniging tot Bevordering van de Volksgezondheid en het Weren van Epidemieën'. Dit resulteerde in Noord Holland tot de oprichting van een provinciale kruisvereniging, Het Witte Kruis. Andere provincies volgden. Al vrij snel verschoof het accent van de bestrijding van besmettelijke ziekten naar ziekenverpleging en werd de preventieve gezondheidszorg steeds belangrijker. Het eerste 'echte' consultatiebureau voor zuigelingen werd in 1901 opgericht door de Haagse huisarts B.P.B. Plantenga. Het doel was de gezondheid van de sociaal zwakkere kinderen te verbeteren door de zorg voor een goede voorlichting over hygiëne, het geven van voedingsadviezen en volgen van de groei en tijdig signaleren van afwijkingen. Later werd daar het landelijke vaccinatieprogramma aan toegevoegd. Vanaf 1927 ontstonden ook consultatiebureaus voor peuters.

De preventieve zorg voor de kinderen van 0 tot 4 jaar is in handen van de kruisverenigingen, later thuiszorgorganisaties. De zorg voor de schoolgaande kinderen is in handen van de schoolgezondheidsdiensten die later deel uit maken van de GGD. Deze historische gegroeide scheiding in de zorg voor de jeugd van 0-4 jaar en 4-19 jaar is tot op de dag van vandaag aanwezig.

De Jeugdgezondheidszorg heeft reeds 105 jaar het bevorderen van een gezonde ontwikkeling van alle kinderen in Nederland als centraal doel. In 105 jaar tijd is een scala aan taken toegevoegd om een preventief gezondheidsbeleid vorm te geven. Gewichtscurven en lengtemetingen, uitbreiding van het vaccinatieprogramma, gestructureerde voorlichting over veiligheid, screenings, systematisch ontwikkelingsonderzoek en in de laatste decennia van de 20^e eeuw, opvoedingsondersteuning.

5.2 DE TAKEN VAN DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG 0-4 JAAR

Jeugdgezondheidszorg is de verzamelnaam voor die gezondheidsactiviteiten die de gezondheid, groei en lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van kinderen en jeugdigen bevorderen. Door op jonge leeftijd preventieve interventies aan te bieden, kan veel (latere) gezondheidsschade in de leeftijdsfasen voorkomen worden²⁷.

Jaarlijks worden circa 200.000 kinderen geboren in Nederland, waarvan 7% met de niet-Nederlandse nationaliteit. Ieder kind heeft recht op een zo gezond mogelijke ontwikkeling en op bescherming en hulp als die gezonde ontwikkeling wordt bedreigd. (gebaseerd op het Verdrag voor de rechten van het kind)

De preventieve zorg voor de jongste kinderen tussen 0 en 4 jaar wordt uitgevoerd vanuit 1450 consultatiebureaus door 62 thuiszorgorganisaties. Ongeveer 900 consultatiebureauartsen en 1500 gespecialiseerde JGZ verpleegkundigen hebben tot doel²⁸ het bevorderen en beschermen van de gezondheid en de lichamelijke, cognitieve, geestelijke en sociale ontwikkeling van jeugdigen, zowel individueel als op populatieniveau. Het streven is, verschillen in gezondheid te verkleinen en iedereen gelijke kansen op gezondheid te bieden. (Hira sing 2001)

In praktijk betekent dat:

- Het verschaffen van inzicht in de gezondheidstoestand van de jeugd
- Het voorkomen of opsporen van bepaalde ziektes door screening en vaccinatie
- Het afstemmen van zorgverlening op de zorgbehoefte
- Het bevorderen van gezond gedrag
- Het onderkennen van gezondheidsbedreigende factoren in de fysieke en sociale omgeving en het leveren van bijdrage aan de vermindering en uitschakeling daarvan

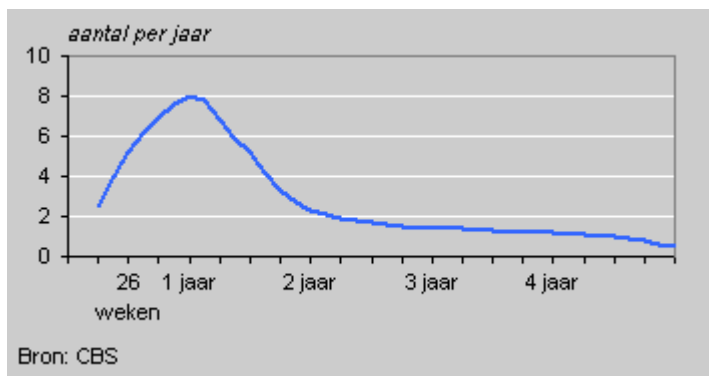
De zorg vindt plaats tijdens consulten en spreekuren op het consultatiebureau en huisbezoeken. Elke verpleegkundige heeft de zorg voor circa 135 nieuw geboren kinderen per jaar en heeft ongeveer 600 kinderen van 0-4 jaar in zorg (Schuil 2000). De kinderen en hun ouders komen volgens

²⁷A.A. Schuller, Brancherapport Preventie 2000-2003 (TNO-PG) Hfdst.3.4.1

²⁸ Nationaal Kompas Volksgezondheid(www.nationaalkompas.nl)>wat is jeugdgezondheidszorg?

vastgestelde²⁹ contactmomenten naar het consultatiebureau.

Landelijk is in de jeugdgezondheidszorg (0-19 jaar) een dossier in gebruik voor registratie van anamnese, observaties en bevindingen. Het integrale dossier jeugdgezondheidszorg (IDJGZ) is bedoeld om gegevens over de groei en ontwikkeling van individuele kinderen op uniforme wijze vast te leggen. Uniforme registratie in het IDJGZ van het verloop van de ontwikkeling is een voorwaarde voor vroegtijdige opsporen van ontwikkelingsproblemen en – stoornissen en het ondersteunen van verwijzing. Het Van Wiechenonderzoek is een instrument om de ontwikkeling van zuigelingen en peuters systematisch longitudinaal te volgen. Het is van belang dat kinderen met een ontwikkelingsstoornis zo vroeg mogelijk worden herkend, gediagnosticeerd, behandeld en begeleid. Uit resultaten van landelijk onderzoek van de Centraal Bureau voor de Statistiek (2005) blijkt dat het bereik hoog is. Gemiddeld wordt 97% van de zuigelingen gezien op het consultatiebureau. Het bezoekpercentage daalt naarmate de kinderen ouder worden. Rond de eerste verjaardag komen nagenoeg alle kinderen naar het consultatiebureau, van de 4 jarigen komt bijna 80%. Er bestaat zo goed als geen verschil in het bezoek aan het consultatiebureau naar herkomstgroepering. Zowel onder allochtone ouders of verzorgers als onder autochtone ouders is het bereik nagenoeg 90%. De activiteiten van het consultatiebureau worden door ouders belangrijk gevonden. Het gegeven rapportcijfer door ouders ligt tussen 7 en 9.



Figuur 5: aantal bezoeken per jaar aan consultatiebureau naar leeftijd kind 1997/2004

5.2.1 Het basistakenpakket

De totstandkoming van het Basistakenpakket (BTP) Jeugdgezondheidszorg is een direct gevolg van de aanbevelingen van de Commissie Lemstra, die in 1996 pleitte voor een versterking van de positie van de gemeenten in het lokale gezondheids(zorg) beleid. De wettelijke kaders daarvoor waren sinds 1989 aangegeven in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV), maar uit meerdere onderzoeken³⁰ was ook gebleken dat de uitwerking van de zorg voor 0-4 jarigen te wensen over liet. Gezamenlijk met de onderzoeksresultaten waren de aanbevelingen van de commissie Lemstra aanleiding voor de omschrijving van de taakinhoud van de gemeenten op het gebied van de collectieve preventie, waaronder de JGZ 0 tot 19 jaar. Na ongeveer een eeuw scheiding van preventieve zorg aan de jeugd werd er voor het eerst een zorgpakket samengesteld, wettelijk verankerd, aangestuurd vanuit de openbare gezondheidszorg, dat geldig is voor het gehele traject van 0 tot 19 jaar.

Met ingang van 1 januari 2003 werd de gewijzigde WCPV van kracht. De belangrijkste veranderingen in de wet ten aanzien van de JGZ zijn:

- Wettelijke verankering van het Basistakenpakket JGZ
- Meer nadruk op de regierol van de gemeente over de *gehele* JGZ 0-19 jaar
- Financiering van de JGZ 0-4 jaar vanuit het gemeentefonds
- Gemeente is verantwoordelijk voor een goede uitvoering van de JGZ

²⁹ Bindende richtlijnen contactmomenten basistakenpakket opgesteld door Platform JGZ

³⁰ Bijvoorbeeld: Inspectie voor de Gezondheidszorg. Toegang verboden? Onderzoek naar kwaliteit en beschikbaarheid van de ouder & kindzorg. Den Haag IGZ 1997.

5.2.2 Zes productgroepen

Met het opstellen van het BTP beogen zorgverleners en beleidsmakers meerdere doelen.³¹ Het BTP moet leiden tot uniformiteit in heel Nederland en waarborgen bieden voor kwaliteit. Er moet meer samenhang ontstaan in het aanbod van de jeugdgezondheidszorg op lokaal niveau en daarmee aansluiting en afstemming van het lokale jeugdbeleid en de openbare gezondheidszorg. Dit zal leiden tot integrale en samenhangende zorgverlening aan kinderen en jeugdigen van 0 tot 19 jaar.

Het basistakenpakket bestaat uit een uniform deel en een maatwerkdeel. Tot het uniforme deel worden producten gerekend die aan *alle* individuen in de doelgroep *moeten* worden aangeboden. De output, zowel kwantitatief als kwalitatief ligt daarmee vast. Het uniforme deel kan niet onderhevig zijn aan gemeentelijke beleidsvrijheid en besluitvorming.

Tot het maatwerkdeel worden producten gerekend waarbij gemeenten beleidsvrijheid hebben om kwantiteit van het zorgaanbod af te stemmen op de specifieke zorgbehoeften van individuen en/of doelgroepen. De plaatselijke of regionale demografische en epidemiologische gegevens dienen als uitgangspunt voor het bepalen van het zorgaanbod.

Het BTP bestaat uit zes productgroepen:

- Monitoring en signalering
(het periodiek bepalen van de gezondheidstoestand)
- Inschatten van de zorgbehoefte
(Afstemmen van zorgverlening op de zorgbehoefte)
- Screening en vaccinatie
(opsporen en voorkómen van bepaalde ziekten)
- Voorlichting, advies, instructie en begeleiding
(ter verbetering van het gezondheidsgedrag)
- Beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen
(onderkenning en beïnvloeding van bedreigende factoren in de sociale en fysieke omgeving)
- Zorgsystemen, netwerken, overleg en samenwerken

Het totale pakket bestaat uit 29 producten, waarvan er 18 zijn ondergebracht in het uniforme deel (individueel aanbod) en 11 in het maatwerkdeel (doelgroep/populatiegericht aanbod)

Elke productgroep kent twee categorieën: individugericht en doelgroep/populatiegericht. Per productgroep is in elke categorie een aantal producten opgenomen. Elke product omvat een aantal bijbehorende activiteiten.

5.2.3 Financiering van de JGZ

De wijzigingen in de financiering hebben betrekking op de zorg voor de 0-4 jarigen. Sinds 1989 hebben de gemeenten financiële middelen in het gemeentefonds gereserveerd voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg voor de leeftijdsgroep 4-19 jaar.

De inwerkingtreding van de gewijzigde WCPV op 1 januari 2003 betekende dat gemeenten verantwoordelijk werden voor de preventieve zorg voor *alle* kinderen van 0-19 jaar. Gemeenten ontvangen voor de uitvoering daarvan, vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) financiële middelen in het kader van de tijdelijke Regeling specifieke uitkering (Rsu). Landelijk is voor de Rsu € 185,8 miljoen beschikbaar om een kwalitatief hoogwaardige uitvoering van het uniforme deel van het BTP voor 0-4 jarigen te realiseren. De Rsu wordt gedurende 5 jaar verstrekt. Na 4 jaar (2007) volgt een evaluatie. Als de resultaten naar tevredenheid zijn wordt het bedrag daarna aan het gemeentefonds toegekend. Gemeenten zorgen zelf voor de dekking (uit het gemeentefonds) van het maatwerkdeel van het BTP. In 2005 hadden de JGZ 0-4 jaar en 4-19 jaar een aparte productbegroting. Sinds 2006 is er sprake van een integrale productbegroting voor de gehele JGZ 0-19 jaar. De kosten (€11,8 miljoen) van het rijksvaccinatieprogramma worden door de thuiszorgorganisatie en de GGD gedeclareerd bij de entadministraties.

5.2.4 Wet op de jeugdzorg

De Wet op de jeugdzorg is op 1 januari 2005 van kracht geworden. De wet moet leiden tot meer cliëntgericht werken in de jeugdzorg. Samenwerking tussen provincie, gemeenten, thuiszorginstellingen en bureaus Jeugdzorg is noodzakelijk.

De gemeente voert de regie over de voorzieningen binnen het lokale jeugdbeleid. De

³¹ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Basistakenpakket JGZ 0-19 jaar, 1 januari 2003

jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar, als meldpunt in de wijk, heeft een centrale rol in de samenwerking tussen de verschillende instanties rond de zorg voor het kind tot 4 jaar.

De vijf gemeentelijke taken op het gebied van opvoed-, opgroei en gezinsondersteuning kunnen, bepleit de Landelijke Vereniging voor Wijkverpleegkundigen (LVW), in zijn volle breedte uitgevoerd worden door de wijkverpleegkundige JGZ:

- Informatie verstrekken aan ouders, kinderen en jeugdigen over opvoeden en opgroeien,
- Signaleren van problemen door instellingen, als jeugdgezondheidszorg en onderwijs,
- Toegang tot het (gemeentelijke) hulpaanbod, beoordelen en toeleiden naar voorzieningen aan de hand van een 'sociale kaart' voor ouders, kinderen en jeugdigen en verwijzers,
- Pedagogische hulp (advisering en lichte hulpverlening) zoals maatschappelijk werk en coachen van jongeren.
- Coördineren van zorg in het gezin op lokaal niveau (gezinscoach)

In juni 2004 is Operatie Jong gelanceerd. Door samen te werken hopen diverse ministeries hun beleid en regelgeving op het gebied van jeugd en jeugdzorg beter af te stemmen. Concreet doel is een sterk en resultaatgericht jeugdbeleid. Daarbij is een centrale rol weggelegd voor de gemeenten.

Het Platform JGZ is van mening dat de jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar optimaal gepositioneerd is om die centrale rol te vervullen, door de waarborg van continuïteit, de aanwezige deskundigheid om te signaleren, zelf lichte ondersteuning te bieden of door te verwijzen. Als dossierhouder vormt de JGZ de spil in de samenwerking tussen diverse instanties rond de zorg voor kinderen.

Er zijn andere potentiële kandidaten die opvoedingsondersteuning kunnen/willen aanbieden:

Maatschappelijk werk, Kinderopvang en welzijnsorganisaties. De Jeugdgezondheidszorg zal zich in dit krachtenveld duidelijk moeten profileren en haar meerwaarde blijvend moeten bevestigen.

5.3 GEZONDHEIDSDETERMINANTEN IN DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG

Preventie is in te delen in drie segmenten, namelijk ziektepreventie, gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering(Nationale Raad voor Volksgezondheid 1991).

Activiteiten die gericht zijn op het uitbannen van specifieke ziekten of aandoeningen noemt men ziektepreventie. Die activiteiten kunnen zowel individueel, collectief of soms gericht op een specifieke doelgroep plaatsvinden. Bij gezondheidsbescherming ligt de nadruk sterk naleving op de wet- en regelgeving, waarin individuen verplicht worden bepaalde maatregelen in acht te nemen om gezondheidsschade te voorkomen.

Gezondheidsbevordering krijgt vorm door preventieactiviteiten gericht op beïnvloeding van gedrag en gedragaspecten. Deze benadering heeft tot doel de invloed of aanwezigheid van gezondheidsbedreigende factoren te verminderen en gezondheidsbevorderende factoren te versterken.

Gezondheidsbevordering:

- Is gericht op de algemene populatie die in principe gezond is
- Is gericht op continue bevordering van een gezonde leefstijl
- Heeft als doel het aanreiken van vaardigheden en informatie om gezond te blijven
- Heeft als doel het creëren van een omgeving die gezond gedrag mogelijk maakt of bevordert.

5.3.1 Primary Health Care (PHC)

Tot het midden van de vorige eeuw werd vooral vanuit technisch oogpunt naar gezondheid gekeken. In 1948 stelde de WHO een nieuwe definitie van gezondheid op. Gezondheid werd niet meer alleen gezien als afwezigheid van ziekte, maar ook aspecten van geestelijk, lichamelijk en sociaal welzijn werden mede bepalend.

In 1974 publiceerde, de toenmalige Canadese minister van Volksgezondheid, Marc Lalonde een rapport³² waarin hij een gezondheidsmodel³³ presenteerde. Lalonde presenteert een bredere visie op gezondheid door de invloed van omgevingsfactoren op de gezondheid een prominente plaats te geven. Hij beschrijft vier determinanten die ieder afzonderlijk en gezamenlijk de gezondheid van individuen beïnvloeden en bepalen, namelijk biologische factoren, omgevingsfactoren, leefstijlfactoren en de organisatie van de gezondheidszorg. Dit model, oorspronkelijk alleen bedoeld voor de beschrijving en aanpak van de gezondheidszorg in Canada, werd in de jaren daarna overgenomen en is nog steeds algemeen aanvaard. Op basis van dit gezondheidsmodel van Lalonde is het 'Health for

³² A New perspective on health of Canadians

³³ zie bijlagen: 10.3

all Programma' (World Health Organisation 1977) opgesteld. Kern van het Primary Health Care programma was, dat elke land wat aangesloten was bij de WHO een programma zou ontwikkelen met als doel aantoonbare verbetering in de gezondheidstoestand van de bevolking in het jaar 2000. Benadrukt werd dat het doel niet alleen bereikt kon worden door de gezondheidssector maar dat economische ontwikkelingen, voedselproductie, water, riolering, het wonen, het milieubeleid en opvoeding ook bijdragen aan gezondheid. (context met Lalonde)

Onderling nauw samenhangende kenmerken³⁴ van Primary Health Care zijn, recht op een gezondheidszorgaanbod dat aansluit bij de gezondheidsproblemen en de beleavingswereld van de doelgroep, actieve participatie van de betrokken doelgroep bij de aanpak van het gezondheidsprobleem en gezondheidszorg die betaalbaar en toegankelijk is. De vertaalslag van PHC voor de Nederlandse gezondheidsbevordering werd opgesteld in de Nota 2000. (1986)

Wanneer het gezondheidsmodel van Lalonde toegepast wordt op de doelstelling van de jeugdgezondheidszorg (zie 5.2) kan dat als volgt worden vertaald³⁵:

- Het tijdig professioneel signaleren van (dreigende) gezondheidsverstoringen. Dit betreft zowel verstoringen waarbij erfelijke aanleg (interne milieu) een rol speelt, als ziekten veroorzaakt door omgevingsfactoren (het externe milieu); vaak is er ook sprake van een combinatie van beide.
- Het bevorderen van een zo groot mogelijk inzicht van ouders in de gezondheidstoestand van hun kind. Dit is een belangrijke voorwaarde om de leefstijl te kunnen beïnvloeden.
- Het stimuleren van gezondheidsbevorderend gedrag van ouders in relatie tot hun (toekomstige kind. Het afleren van ongezonde gewoonten en het aanleren van gezond gedrag (leefstijl)
- Het systematisch inzicht verkrijgen in de gezondheidstoestand van de doelgroep jeugdigen of in delen van de doelgroep, kennis van de factoren die deze gezondheidstoestand (dreigen) te verstoren. Op grond van dit inzicht gezondheidsprogramma, mensen en middelen in zetten (zorgsysteem)

5.3.2 Epidemiologische analyse

Er bestaan grote verschillen in zorgbehoeften. Sommige groepen lopen een groter risico dan anderen, kunnen grotere en andere zorgbehoeften hebben. Het zorgaanbod dient daar op afgestemd te worden. Dit gegeven maakt het inzicht hebben in de verschillen in de zorgbehoefte van essentieel belang voor het aanbod van een *gezondheidszorg dat aansluit bij de gezondheidsproblemen en de beleavingswereld van de doelgroep*. : leer je doelgroep kennen! Voorwaarde voor een effectieve preventie is een grondige analyse van de doelgroep.

De WCPV (zie ook 5.2.1.) verplicht gemeenten elke 4 jaar de gegevens van de gezondheidstoestand van de bevolking en de factoren die de bevolking bedreigen in kaart te brengen. In een gemeentelijk gezondheidsbeleid, vastgelegd in een nota, dient de gemeenten streefdoelen vast te stellen voor verbetering van de gezondheidstoestand van hun inwoners en verbanden te leggen met andere gemeentelijke beleidsterreinen, facetbeleid. Met facetbeleid kunnen gemeenten de jeugdgezondheidszorg bevorderen via beleid van andere sectoren dan gezondheidsbeleid of jeugdbeleid. Diverse beleidssectoren, die primair een ander verantwoordelijkheid hebben dan gezondheid, die een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan het verbeteren van de volksgezondheid, onderwijs, sport, verkeersveiligheid en woningbouw zijn daar voorbeelden van.

Het in beeld brengen van de gezondheidstoestand en de gezondheidssituatie van kinderen tussen 0-4 jaar gebeurt door middel van monitoring.

Monitoring Jeugdgezondheid wordt uitgevoerd door de JGZ en heeft tot doel via enquêtes en registratie, op uniforme wijze gegevens te verzamelen over de fysieke, sociale en mentale gezondheid van kinderen in Nederland. De vragen zijn gerelateerd aan gezondheidsbeïnvloedende determinanten als erfelijke factoren, fysieke en maatschappelijke omgeving, gedrag en leefwijze, en risicofactoren. Individueel heeft monitoring naast het lichamelijk onderzoek en anamnese tevens een signalerende functie. Collectief geeft de monitoring inzicht in de lokale en/of regionale gezondheidstoestand van de kinderen (gezondheidsprofielen). Deze epidemiologische analyse, gegevens over de doelgroep, kan vervolgens als onderbouwing dienen voor het afstemmen van het lokale jeugdgezondheidsbeleid; het maatwerk.

³⁴ H.Sibbing, Wat is primary health care?

³⁵ P.B.Schuil, Nederlands Leerboek Jeugdgezondheidszorg, Deel A Hfdst. 2.1

5.4 DE WIJKVERPLEEGKUNDIGE JGZ

Jeugdgezondheidszorg was jarenlang een onderdeel van het werk van de wijkverpleegkundige die werkzaam was in de thuiszorg. Tussen 1980 en 1990 is het werk van de allround werkende wijkverpleegkundige opgesplitst in jeugd en zorg en ontstond het vak wijkverpleegkundige jeugdgezondheidszorg.

De wijkverpleegkundige JGZ begeleidt kinderen en hun ouder(s)/verzorger(s) met als doel hun ontwikkeling te bevorderen en hen gezond op te laten groeien. Daarbij werkt zij nauw samen met de consultatiebureau-arts, maar onderhoudt desgewenst ook contacten met andere hulpverleners als huisarts, kinderfysiotherapeut, logopediste, orthopedagoog en maatschappelijk werker. Werken in de jeugdgezondheidszorg betekent multidisciplinair werken. Goede kennis van de sociale kaart is daarvoor uitermate belangrijk. Op landelijk niveau verwijst de JGZ ongeveer 7 procent van de kinderen door naar andere disciplines.³⁶ Coördinatie voor 0-4 jaar ligt bij de JGZ(consultatiebureaus) omdat zij laagdrempelig zijn, continuïteit bieden, een vertrouwensrelatie hebben en dossiervorming en registratie verzorgen.

5.4.1 Taken van de wijkverpleegkundige JGZ

Een groot deel van de werkzaamheden binnen de jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar wordt door de wijkverpleegkundige JGZ verricht. Pool³⁷ (2001) verdeelt het gebied waarop HBO-verpleegkundigen deskundig zijn in drie domeinen: zorg en preventie, organisatie van zorg en beroep.

Domein	Rol	Domeinspecificaties
Zorg	Zorgverlener	- Zorg voor kinderen, jongeren, volwassenen, ouderen, (chronisch) zieken, gehandicapten en stervenden - Individuele en groepsgerichte preventie en Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding
	Regisseur	
Organisatie	Coach	- Begeleiding en teamfunctioneren - Zorgvernieuwing en zorgbeleid - Kwaliteitszorg - Preventiebeleid
	Ontwerper	
Beroep	Beroepsbeoefenaar	- Beroepsontwikkeling - Deskundigheidsbevordering

Figuur 6: Samenhang tussen de 3 domeinen en de 5 rollen

De wijkverpleegkundige JGZ 0-4 jaar is deskundig binnen alledrie de domeinen. De harde kern van het beroep wordt gevormd door³⁸: de zorg voor risicokinderen en ouder(s)/verzorger(s), het bieden van individuele en collectieve preventie en het geven van gezondheidsvoorlichting en –opvoeding (GVO). De wijkverpleegkundige JGZ biedt vanuit een aanbod gestuurd systeem gevraagd en ongevraagd zorg. Daarbij wordt de zorg altijd gekenmerkt door individuele en collectieve preventie. De wijkverpleegkundige JGZ werkt outreachend en onderhoudt contacten met jeugdigen, ouders, opvoeders en andere disciplines. Zij toont respect voor kinderen en hun ouder(s)/verzorger(s) ongeacht sociale of economische status, levensbeschouwing, opleiding, ras, geslacht of leeftijd, seksuele geaardheid, culturele achtergrond of leefstijl. De wijkverpleegkundige jeugdgezondheidszorg:

- Volgt de gezondheid, groei en ontwikkeling van kinderen, selecteert risicogroepen en indiceert risicokinderen
- Signaleert potentiële of feitelijke bedreigingen in de groei en ontwikkeling van kinderen
- Schat in welke gevolgen deze bedreigingen hebben voor het individu, voor een specifieke doelgroep of voor de gehele groep kinderen
- Past adequate interventies toe ter instandhouding of bevordering van de gezondheid van kinderen
- Verwijst indien nodig naar anderen
- Is een belangrijke teamspeler in het hele netwerk rond kinderen en coördineert de zorg

³⁶ Brancherapport Preventie 2000-2003

³⁷ A. Pool, C.Pool-Tromp, S. Veltman –van Vught, Met het oog op de toekomst NIZW 2001

³⁸ L. van Straalen, Competentiebeschrijvingen voor jeugdverpleegkundigen in de thuiszorg

5.4.2 Competenties van de wijkverpleegkundige JGZ

Verpleegkundigen in de jeugdgezondheidszorg zijn HBO opgeleid(niveau 5). Zij zijn daarmee in staat naast het verrichten van primair verpleegkundige handelingen, consult te verlenen en een voorbeeldfunctie te vervullen, een zorginhoudelijke regiefunctie te voeren en voorwaarden te scheppen voor verbetering van het primaire proces. De verpleegkundige beroepsopleiding is geënt op "Met het oog op de toekomst" (Pool 2001).

De wijkverpleegkundige JGZ vervult bij het uitvoeren van haar taken 5 rollen, zorgverlener, regisseur, ontwerper, coach en beroepsbeoefenaar. Het competentieprofiel van de wijkverpleegkundige JGZ bestaat uit de beschrijving van deze 5 rollen en de 14 bijbehorende competenties. Pool en Mast³⁹ (2005) maken gebruik van de definitie van Patricia Benner (1982), competenties zijn *vermogens van mensen om een taak onder verschillende omstandigheden in de reële werkelijkheid uit te voeren en tot de gewenste resultaten te komen*. Het AVVV⁴⁰ (2002) omschrijft competenties als *'een continue te onderhouden en ontwikkelen combinatie van vaardigheden, kennis, attitude en persoonskenmerken, nodig om in een bepaalde werksituatie, adequaat, effectief en efficiënt te handelen'*. Competenties komen tot uiting in het beroepsmatig handelen.

Van groot belang voor het competentieprofiel is de relatie van de verpleegkundige rollen en de bijbehorende competenties met het BTP.

Het primaire verpleegkundige proces omvat de rol van zorgverlener en deels de rol van regisseur. Het primaire proces is gericht op 5 van de zes taken uit het BTP:

- Monitoring en signalering
- Inschatten zorgbehoefte
- Screening en vaccinatie
- Voorlichting, advies, instructie en begeleiding
- Beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen

Rollen die betrekking hebben op het secundaire verpleegkundig proces refereren naar de zesde taak uit het BTP, het bijdragen aan het zorgsysteem, deelname aan netwerken, overleggen en samenwerken. Hierbij komen de rollen van regisseur, coach, ontwerper en beroepsbeoefenaar aan de orde. Bij de rollen van ontwerper en beroepsbeoefenaar komen aanvullende elementen van de wijkverpleegkundige jeugdgezondheidszorg aan bod zoals het werken met evidence based richtlijnen, het meewerken aan of uitvoeren van onderzoek en innovatie van de zorg.

Een cliëntgerichte benadering, waarbij de wijkverpleegkundige JGZ in staat is een professionele relatie te onderhouden daarbij gebruikmakend van communicatieve vaardigheden, een methodische werkwijze en reflectie op eigen handelen, zijn algemene roloverstijgende competenties.

5.5 VERPLEEGKUNDIGE VISIE

In het belang van het kind wordt door de jeugdgezondheidszorg ook preventieve zorg geleverd gericht op zijn directe omgeving (ouders /gezin) en op instellingen of organisaties die in directe relatie tot het kind staan. (school, sportclub, buurthuis)

Deze visie op de jeugdgezondheidszorg wordt ondersteund in de verpleegkundige visie van Betty Neuman. Verpleegkunde volgens haar visie, houdt zich bezig met de gezondheid van mensen, daarbij rekening houdend met het feit dat mensen in voortdurende interactie verkeren met hun omgeving. De benadering van de mens, gezien als onderdeel uitmakend van een geheel noemt men holisme. Dat geheel bestaat volgens de visie van Neuman uit vier concepten, de mens, zijn omgeving, zijn gezondheid en verplegen.

Het Neuman Systems model (NSM) is een vertaling van de verpleegkundige visie van Neuman naar een model dat in de praktijk als hulpmiddel kan dienen voor de verpleegkundige. Het biedt een raamwerk om de mens als geheel te zien binnen zijn complexe werkelijkheid. Het fundament van het NSM is gebaseerd op verschillende theorieën.

³⁹ J.Mast, "In Ontwikkeling" Competentieprofiel voor in de geïntegreerde JGZ. Hfdst 2.2

⁴⁰ Beroepsdeelprofiel MGZ-verpleegkundige Hoofdstuk 5.1. LVW, 2004

5.5.1 De systeemtheorie

In de systeemtheorie⁴¹ ziet men de mens als onderdeel van een stelsel dat onder invloed staat van de omgeving. Het systeem/stelsel heeft een open verbinding met de omgeving. Een systeem is opgebouwd uit verschillende elementen, subsystemen genoemd. Bijvoorbeeld binnen een gezin bestaat uit verschillende gezinsleden, subsystemen. Daarbinnen gelden bepaalde regels, beschreven en onbeschreven. De regels en patronen binnen een gezin zijn ontstaan door invloeden van buitenaf op het gezin. Er vindt een voortdurende uitwisseling plaats van informatie, materie en energie tussen de omgeving en het systeem, dat tot gevolg kan hebben dat het systeem veranderd, verbeterd of in balans blijft. Systemen kennen een nauwe samenhang en elke verandering binnen een subsysteem zal zijn invloed hebben op het systeem als geheel, die vervolgens weer van invloed zal zijn op de omgeving of op het grotere omringende systeem.

In het NSM wordt de mens als individu, maar ook een groep mensen, zoals een gezin, een behandel- of leefgroep of een sociale gemeenschap, gezien als een cliëntsysteem. De mens wordt door Neumanns gedefinieerd⁴² als: *een open cliëntsysteem, opgebouwd uit fysiologische, psychologische, sociaal culturele, ontwikkeling- en spirituele variabelen en in voortdurende interactie met de omgeving.* Het onderscheid tussen het systeem en de omgeving wordt door Neuman schematisch weergegeven als scheidslijn, een beschermende grens. Deze grens bepaalt de mate van uitwisseling en daarmee de invloed op het systeem.

5.5.2 De Stress Coping Theorie

Stress en het omgaan met stress hebben binnen het NSM een belangrijke betekenis. Neumanns ziet stress als een factor die de uitwisseling tussen het systeem en de omgeving beïnvloed. Welke betekenis de cliënt toekent aan de stressfactor(en) is heel persoonsgebonden. Die beleving kan van grote invloed zijn op het probleemoplossende vermogen en het gedrag van de cliënt. Neuman vindt het verkennen van die betekenis en beleving van de cliënt van essentieel belang voor het verpleegkundige proces.

Hoe een mens omgaat met stress, ook wel coping genoemd, kan onderscheiden worden in emotiegerichte en probleemoplossende coping. Emotiegerichte coping is het doen van pogingen om de emotionele reacties op problemen te beheersen. Een (tijdelijke) oplossing voor het probleem zoeken of het vermijden of ontkennen van het probleem noemt men oplossingsgerichte coping. Bij adequate coping maakt de mens gebruik van andere bronnen zoals sociale steun. Maar ook persoonlijke vaardigheden als het vermogen om een probleem te analyseren, informatie op te zoeken en een plan van aanpak te bedenken. Hoe groot het coping vermogen van iemand is kan sterk afhankelijk zijn van de gezondheidstoestand, positieve instelling of overtuiging, de beschikbare financiële middelen of beperkingen van uit de omgeving.

5.5.3 De preventie theorie

Het NSM richt zich op het bevorderen van de gezonde krachten van het cliëntsysteem door de nadruk van de verpleegkundige interventie bij preventie te leggen.

De verpleegkundige interventies orden zodoende geordend in drie niveaus:

- Primaire interventie
Moet er op gericht zijn schadelijke invloeden op te sporen, beschermende factoren tegen die invloeden in kaart te brengen en weerstandversterkende elementen aan te reiken. Dit alles met als doel de gezondheid te bevorderen.
- Secundaire preventie
Het vroegtijdig onderkennen en behandelen van gezondheidsverstoringen met als doel het herstellen van het evenwicht en daarmee de gezondheid
- Tertiaire preventie
Activiteiten die erop gericht zijn de gezondheidstoestand te verbeteren, te behouden door bijvoorbeeld het bevorderen van het herstel of aanpassingsproces bij(chronische) ziekte en het versterken van hulpbronnen

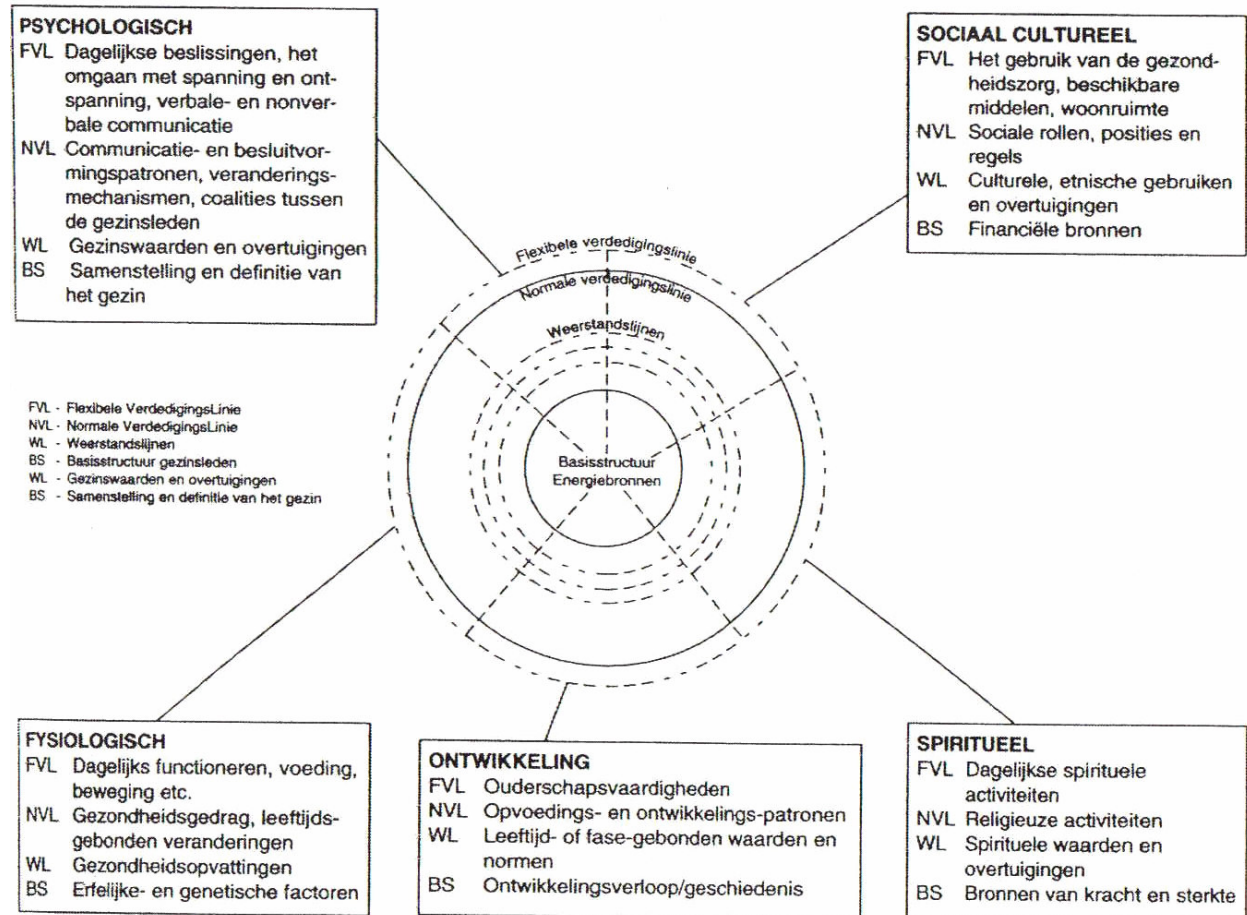
⁴¹ Ludwig von Bertalanffy (1959) grondlegger van de systeemtheorie

⁴² F. Verberk, Verpleegkunde volgens het Neumanns Systems Model Hfdst.4.2.1.

5.5.4 Het gezin als cliëntsysteem

De dagelijkse realiteit binnen het gezin bestaat uit het onderhevig zijn aan vele stressfactoren. Opvoedingsonmacht, de komst van een baby, huwelijksproblemen, conflicten met burens, vrienden of familieleden, combineren van werk en gezin, ontslag van een van de ouders, lichamelijke of geestelijke (chronische) ziekte van een van de gezinsleden. Hoe ouders en kind(eren) omgaan met deze invloeden op hun systeem hangt af van de beschikbare coping mechanismen. Verpleegkundige interventies in de jeugdgezondheidszorg zullen er daarom op gericht moeten zijn de stabiliteit van het gezin te bevorderen, herstellen of behouden, zodat optimale gezondheid wordt bereikt binnen de mogelijkheden van het gezin.

Fout!



Figuur 7: systematische weergave van het gezin als cliëntsysteem volgens Neuman

De symbolische weergave van het NSM model met het gezin als cliëntsysteem bestaat uit een kern, omgeven door een aantal beschermende cirkels. Deze weerstandslijnen omringen en beschermen de basisstructuur of te wel de normale gezondheid en welbevinden. De weerstandslijnen geven symbolisch verschillende factoren weer. Zoals die actief kunnen worden wanneer de gezondheid wordt bedreigd.

De flexibele verdedigingslijn, de buitenste cirkel vormt de buffer tegen de eerste invloeden van stressfactoren. Deze lijn geeft de flexibiliteit en veerkracht weer waarmee een gezin omgaat met de dagelijkse spanningen. Primair preventieve interventies zijn gericht op het versterken van de flexibele verdedigingslijn zodat stressfactoren voorkomen en risicofactoren verminderd kunnen worden, dus *voordat* de gezondheid verstoord raakt. Primair preventieve interventies zijn bijvoorbeeld gericht op alledaagse zaken als voeding, slapen, hygiëne, invloeden van culturele normen en waarden. Secundaire preventieve interventies zijn bedoeld om de normale verdedigingslijn te herstellen met als

doel om het welbevinden binnen het gezin weer in evenwicht te brengen. Voorbeelden daarvan zijn crisisinterventie, rouwverwerking, relatietherapie, gezinsbegeleiding. Tertiaire preventieve interventies, bijvoorbeeld revalidatie, lotgenotencontact, worden ingezet om na een periode van gezondheidsverstoring de weerstandslijn te versterken en het bereikte evenwicht te behouden. De intentie van het model is dat de wijkverpleegkundige JGZ met ouder(s) en kind in gesprek gaat over de beleving van de stressfactor(en) zodat een gezamenlijke doelbepaling tot stand kan komen. Het NSM model voorziet niet in bijbehorende instrumenten. Hoe de wijkverpleegkundige JGZ deze verpleegkundige visie in praktijk gestalte geeft, en welke instrumenten en methodieken zij daarbij kan inzetten, wordt beschreven in het volgende hoofdstuk.

6 VAN SIGNAAL NAAR INTERVENTIE

6.1 INLEIDING

Signaleren is, iets opmerken en vervolgens actie ondernemen: verwijzen, ondersteunen, zorgen, helpen, actie voeren. Volgens de leden van de inventgroep (J.Hermanns, F.Öry, G.Schrijvers 2005) is een signaal niet meer dan een signaal. Signalering moet altijd ergens toe leiden. Het gaat niet om de waarneming zelf, maar wat iemand met die waarneming doet. Van der Planck e.a (1997) definiëren signaleren als het waarnemen van veranderingen in de cliëntsituatie die aanleiding geven te overwegen wel of niet zelf tot actie over te gaan en/of anderen tot actie aan te zetten.

Het doel van signalering is tweeledig: voorkomen dat zich problemen voordoen of waar dat onvermijdelijk is de problemen aan de orde stellen en tijdig hulp in gang zetten.

De inventgroep⁴³ stelt vast dat signalering een kerntaak is voor alle professionals die met kinderen in aanraking komen. Professionals zoals leidsters in de peuterspeelzalen en kinderopvang, leerkrachten, medewerkers van de jeugdgezondheidszorg, verloskundigen, kraamzorgmedewerkers maar ook werkers in de volwassenenzorg zoals maatschappelijk werkers. Maar ook in bredere zin hebben politieagenten, medewerkers van spoedeisende hulpdiensten en vrijwilligers die in club of verenigingsverband werken een signalerende taak.

6.2 VROEGTIJDIGE SIGNALERING

Vroegsignalering, van voor het kind risicovolle situaties, is een onderdeel van het verplichte uniforme deel van het BTP. (zie 5.2.1.) De wijkverpleegkundige JGZ wordt in haar werk geconfronteerd met kinderen die door verschillende oorzaken risico's lopen.

Studies, (Rispen 1996) naar de manier waarop de Nederlandse opvoeding plaatsvindt, wijzen op een gunstige situatie: kinderen worden met veel aandacht, emotionele betrokkenheid en toch voldoende structuur opgevoed. In een rapport van het Centraal Bureau van de Statistiek uit 2001 stond te lezen dat *'hoe later generaties geboren zijn, hoe meer mensen het gezinsleven positief hebben ervaren'*.

Vroegtijdig signaleren wordt door de Inventgroep gedefinieerd als het zo vroeg mogelijk onderkennen van (het risico op) een opgroei- of opvoedprobleem.

Eén van de belangrijkste conclusies van onderzoek van SCP en TNO (2005) is dat 90% van de ouders met een kind tussen 0-12 jaar tevreden is over de opvoeding. Daarnaast gaat het met een kleine deel van de kinderen minder goed. Kijkend naar de lichamelijke en psychosociale gezondheid en de opvoeding blijkt uit het onderzoek dat:

- Ongeveer 5% van de 0-12 jarigen een psychosociaal probleem heeft
- 12 % lichamelijke problemen heeft, dan gaat het om een lichamelijke aandoening of chronische ziekte
- 6% van de ouders met een kind tussen de 0 en 12 jaar heeft een negatieve beleving van de opvoeding (ontevreden, belastend, niet goed weten wat te doen, veel zorgen)
- 5% van de ouders heeft matige tot zware problemen met de opvoeding
- hooguit 5% van de 0-12 jarigen heeft te maken met een opeenstapeling van deze problemen, dus daar komen meerdere dingen tegelijkertijd uit voort.

Problemen in het opvoeden en opgroeien, kunnen onderscheiden worden in drie categorieën: Externaliserende problemen (1), internaliserende problemen (2) en zorgwekkende opvoedsituaties (3). Onder externaliserende problemen wordt in algemene zin negatief, naar buiten gericht, gedrag verstaan, ernstige ongehoorzaamheid, dwars en tegendraads gedrag, fysieke en verbale agressie, delinquentie. Internaliserende problemen zijn meer naar binnen gericht, bijvoorbeeld angsten, dwangmatig gedrag, depressie en suicidaliteit.

Zorgwekkende opvoedsituaties zijn gezinsomstandigheden waarin kinderen niet de garantie hebben dat er 'good enough' opvoeding geboden wordt. Verwaarlozing, fysieke en psychische kindermishandeling en confrontatie met huiselijk geweld behoren tot zorgwekkende opvoedsituaties waarbij sprake is van schending van de rechten van het kind.

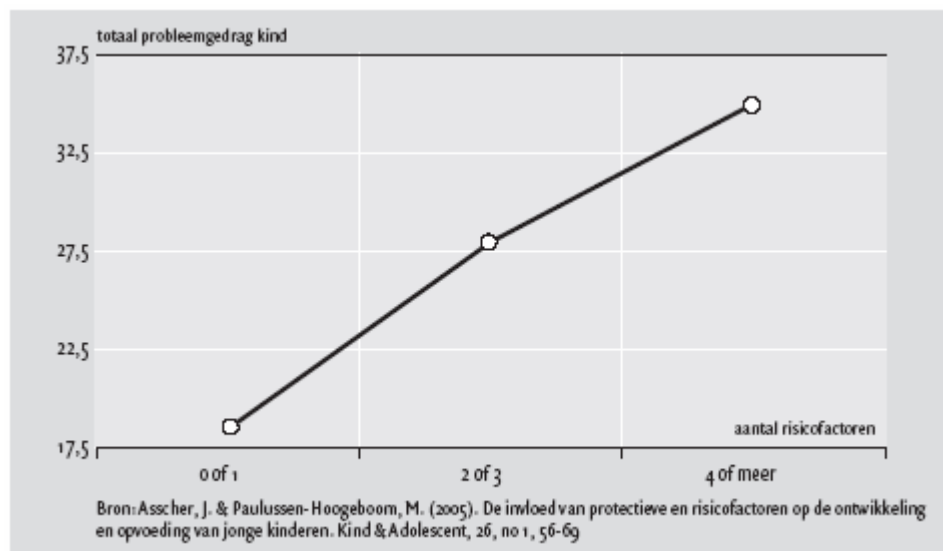
In bijna driekwart van de gevallen, waarbij sprake is van *opstapeling* van problemen en risicokenmerken in gezinnen vindt vroegtijdige signalering plaats. Wanneer er sprake is van maar één serieus probleem wordt dat in minder dan de helft van de gevallen gesignaleerd⁴⁴

⁴³ J.Hermanns, Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, beter, sneller.

⁴⁴ SCP/TNO/NIZW Jeugd, Vroegtijdige signalering van problemen bij 0-12 jarigen, 2005

6.2.1 Risicofactoren

Bij vroegtijdig signaleren is de aanwezigheid van het aspect 'risicofactor' van grote betekenis. Een risicofactor is een kenmerk van kinderen of ouders of een gebeurtenis waarvan in goed opgezet onderzoek duidelijk is geworden dat er verband bestaat met later, minder wenselijke ontwikkelingsuitkomsten van welke aard dan ook (Hermanns 1998). Deze definitie impliceert dat factoren voorafgaand aan een later probleem een zeker voorspellende waarde hebben ten opzichte van het probleem, en dat men dus tot op zeker hoogte problemen kan zien aankomen en er iets aan zou kunnen doen voordat het probleem kan ontstaan. 90% van de Nederlandse kinderen heeft met ten minste één risicofactor te maken (Woldringh & Peeters 1995). Dat hoeft echter niet altijd tot problemen te leiden. Een opstapeling van risicofactoren (risicocumulatie) verhoogt de kans op problemen aanzienlijk. Daarbij is het nauwelijks van belang welke risicofactoren of welke combinatie van factoren het betreft, het aantal bepaalt de kans op problemen.



Figuur 8 Relatie tussen het probleemgedrag van het kind en het aantal risicofactoren

Als men weet welke groepen⁴⁵ een verhoogd risico lopen op latere problemen, is het mogelijk vroegtijdig in te grijpen. Uit economische studies (Carneiro en Heckman 2003) is gebleken dat interventies op jonge leeftijd kosteneffectiever zijn dan interventies op latere leeftijd.

Veel problemen in het leven van mensen hebben hun wortels in hun jeugd. Het tijdig signaleren van (het ontstaan) van deze problemen en het bieden van de nodige ondersteuning, hulp of zorg aan de kinderen, jongeren en hun ouders kan vaak voorkomen dat er onnodig menselijk leed en vermijdbare maatschappelijke kosten ontstaan. Yoshikawa (1994) concludeert na een literatuuranalyse dat een start van de interventie vóór de leeftijd van 5 jaar het meest effectief is.

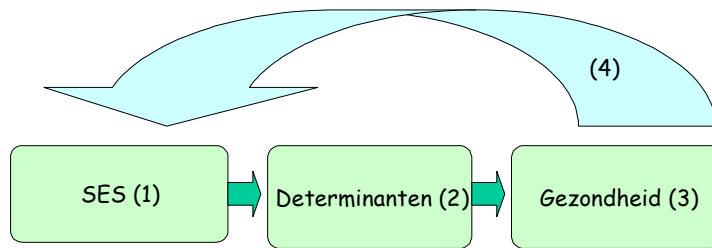
Uit de Nationale studie van het SCP (Zeijl, 2005) blijkt dat de groep kinderen die ernstige en langdurig in hun ontwikkeling bedreigd worden, niet willekeurig over de Nederlandse populatie verdeeld zijn. Het gaat voor een belangrijk deel om de kinderen uit gezinnen met een zwakkere maatschappelijke positie. Als de ouders een niet-westerse achtergrond hebben en/of een lage opleiding en/of een laag inkomen hebben en/of alleenstaand zijn, is de kans op grote problemen vele malen groter dan voor doorsnee kinderen. Ook factoren als het wonen in verarmde grotestadswijken, het bezoeken van scholen waarin zich veel risicoleerlingen verzamelen, het niet beschikbaar of bereikbaar van voorschoolse educatie, zijn risicofactoren voor latere problemen.

Deze risicofactoren, lage sociaal economische status (SES), zetten kinderen en ouders uit deze groep op een gezondheidsachterstand en veroorzaken gezondheidsverschillen. (SEGV)

(zie ook Model van Lalonde; Hfdst 5.5.1)

Het streven van de jeugdgezondheidszorg is, *verschillen in gezondheid te verkleinen* en iedereen gelijke kansen op gezondheid te bieden. (zie ook 5.2)

⁴⁵ zie bijlagen 10.5: Overzicht van risicofactoren



Figuur 9 Verklaringsmodel Sociaal Economische Gezondheidsverschillen (SEGV)
Bron: Projectplan' versterkte inzet JGZ in het grotestedenbeleid

Het bovenstaande model laat twee verklaringen zien voor het ontstaan van SEGV:

De eerste verklaring komt er op neer dat de ongelijke verdeling van opleiding, beroep en inkomen (1) zich weerspiegelt in een ongelijke verdeling van determinanten die van invloed zijn op gezondheid (2). Het gaat dan om fysieke en sociale omgeving (veiligheid, opvoeding, kwaliteit van woon- en werkomgeving), om leefwijzen (voeding, roken, drinken, bewegen) en om de toegankelijkheid, de kwaliteit en de prijs van de gezondheidszorg.

De tweede verklaring laat zien dat een mindere gezondheid (3) op zijn beurt weer invloed kan hebben op iemand maatschappelijke positie (een opleiding niet af kunnen maken door ziekte, gemiste promotiekansen, arbeidsongeschiktheid en dergelijke)

Beide situaties dragen bij aan de verklaring van gezondheidsverschillen, waarbij de eerste situatie veruit het grootste is.

Citaat M. de Winter⁴⁶

'We spreken over kwetsbare kinderen, maar het merendeel van de risicofactoren wordt gevormd door omstandigheden buiten het kind. Met andere woorden, je zou dus eigenlijk moeten spreken van kinderen die in een mogelijk kwetsende omgeving opgroeien. Vervolgens kan je dan natuurlijk constateren dat sommige kinderen, afhankelijk van aanleg en omgeving meer of minder 'gehard' zijn, meer of minder kwetsbaar dus. In eerste instantie gaat het echter om die kwalijke omgevingsinvloeden die grote groepen kinderen en jeugdigen op afstand zetten. Als je die redenering aanhangt, is het de vraag of opvoedingsondersteuning wel het antwoord is. Opvoeding is immers maar één dimensie die het welzijn bepaalt.'

6.2.2 Protectieve factoren

Tegenhangers van risicofactoren zijn protectieve factoren. Risicofactoren verhogen de kans op problemen of zijn er de oorzaak van dat problemen in stand gehouden worden. Protectieve factoren zijn factoren die het kind beschermen tegen de nadelige gevolgen voor hun ontwikkeling. Onder de meest risicovolle omstandigheden zijn er toch ook kinderen die zich normaal ontwikkelen.

Ten Brink en Veerman (1998) definiëren protectieve factoren als volgt: protectieve factoren zijn, in een groep, factoren die samengaan met een verminderde kans op het vertonen van een stoornis, gegeven de aanwezigheid van een onderkend risico. Kenmerkend voor een protectieve factor is dat deze in interactie met een risicofactor zorgt voor een 'buffereffect'.

Als kindfactoren worden in de literatuur o.a. genoemd rangorde van het kind (oudste kinderen hebben een voordeel t.a.v. later komende kinderen), lichamelijke gezondheid van het kind, gemakkelijk temperament, intelligentie, en competentie. Onder competentie wordt verstaan positieve eigenwaarde, zelfbeeld, coping gedrag, probleemoplossende vaardigheden, sociale vaardigheden en humor.

Gezinsgerelateerde factoren als een hoge gezinssamenhang, steun van elkaar ontvangen en aan elkaar geven, en een goede relatie van het kind met één of beide ouders heeft een bufferende werking.

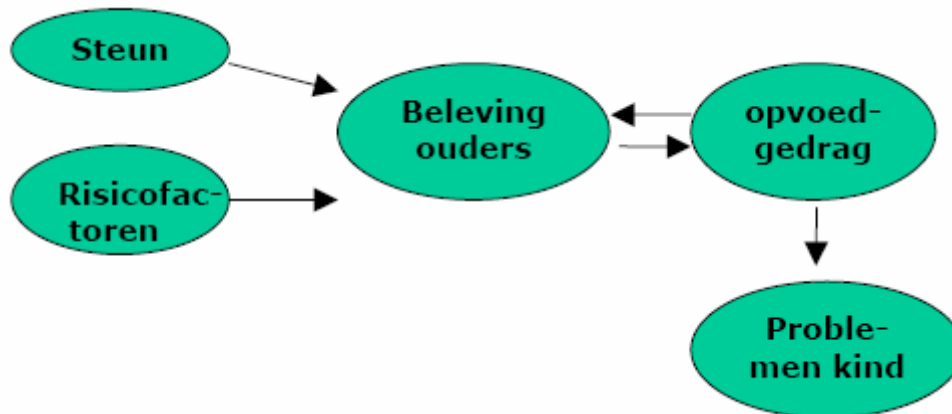
De factor die kinderen het duidelijkst een bescherming biedt tegen het risico voor een gestoorde ontwikkeling is toegang tot kundige en zorgzame liefdevolle volwassenen die kinderen leren problemen op te lossen, hun communicatieve vaardigheden en zelfvertrouwen verhogen en voor de kinderen positieve voorbeelden, dus rolmodellen zijn. (Werner. 2000) (Zie ook 'villageprincipe' Hfdst. 4.4.3.) Een liefdevolle medewerker van peuterspeelzaal, een leraar, een zorgzame wijkagent kunnen

⁴⁶ K. Bakker, Opgroeien in Nederland Hfdst.3.5.7.

deze rol vervullen. Uit onderzoek blijkt dat zorgzame opvoeding van ouders de sterkste beschermende factor is. (Osofsky en Thompson 2000) Ouders die zich gesteund voelen zijn op hun beurt weer beter in staat om ondersteuning aan hun kind te bieden.

De draagkracht van ouders, de mate waarin zij de opvoeding aankunnen en de manier waarop zij de opvoeding beleven, zorgt er voor dat de opvoeding positief verloopt. De mate waarin zij 'een last te dragen hebben' maakt dat proces meer of minder zwaar. Het evenwicht tussen beiden, draagkracht en draaglast, bepaalt of de ouders de opvoeding aankunnen. De factoren die daarbij een risico of protectieve/beschermende rol spelen zijn schematisch weergegeven in de het balansmodel van Bakker⁴⁷.

6.2.3 Risicoproces



Er zijn risicofactoren, er is steun dat leidt tot een bepaalde beleving van opvoeden van ouders, van hun situatie tot opvoeden, dat leidt tot opvoedgedrag. Als het opvoedgedrag lukt, dan zou ook de beleving van het ouderschap weer positief beïnvloed worden. Maar als het niet goed gaat, leidt dat uiteindelijk tot problemen van het kind.

Deze toelichting op het bovenstaande model werd gebruikt door Prof. Dr. Jo Hermans tijdens de conferentie over 'Vroegtijdige signalering van problemen bij 0-12 jarigen' op 6 april 2005, hij concludeert in zijn verdere lezing dat het ontstaan van problemen in de opvoeding en ontwikkeling een wisselend proces is dat zich over langere tijd voltrekt, en vindt dat een essentiële bevinding.

Tussen risicofactor en probleem ligt namelijk een risicoproces. Dat betekent volgens Prof. Hermans dat als we aan vroegsignalering denken we altijd moeten denken in processen. Niet in factoren of in signalen maar altijd in processen en als we er vroeg bij willen zijn we dat zo vroeg in het proces moeten doen. Bij vier of drie risicokenmerken wordt al gezien dat de kans op ernstige psychosociale problemen en een negatieve beleving van ouders drie maal zo groot is. Prof. Hermans ziet risicocumulatie als fundamentele bedreiging van de ontwikkeling en opvoeding van kinderen.

Geen goede ontwikkeling van het kind, gedragsproblemen, gecombineerd met het gevoel van ouders dat ze er geen grip op hebben, dat ze er niets mee kunnen, dat ze zich onmachtig voelen, dat ze niet meer in staat zijn om het kind in de hand te houden. Die combinatie zet het risicoproces in gang.

De auteurs van het advies 'Helpen bij opgroeien en opvoeden' zien nieuwe mogelijkheden voor vroegsignalering ontstaan, door de risicocumulatie, het ontbreken van protectieve factoren en de daarop volgende verschillende signalen te interpreteren als symptomen van een risicoproces.

Opvoedingsondersteuning kan dat proces voorkomen. Door vroeg genoeg een ondersteunend aanbod te doen aan ouders kan het ingang zetten van het fatale proces, zich niet kunnen aanpassen, steeds verder wegzakken, problemen niet op kunnen lossen, voorkomen worden.

In het advies wordt voorgesteld om een systeem van vroegsignalering te ontwerpen dat met vier, elkaar aanvullende strategieën werkt:

- 1) Zo vroeg mogelijk (liefst vóór of snel na de geboorte) door middel van een korte screening signaleren van toekomstige ernstig zorgwekkende opvoed- en opgroeisituaties op basis van een lijst risicofactoren.
- 2) Op verschillende momenten in de ontwikkeling van een kind signaleren van internaliserende en externaliserende problemen en ook zorgwekkende opvoedsituaties op basis van indicaties

⁴⁷ Zie bijlagen 10.5

- die er op wijzen dat er een probleem aan het ontstaan is.
- 3) Het op vastgestelde tijdstippen met eenvoudige breed toegepaste screeningsinstrumenten signaleren van problemen in opvoeding en ontwikkeling die ondanks de eerste strategieën toch niet eerder onderkend zijn en nu manifest zijn.
 - 4) Taxatie van veiligheidsrisico's (voor en door) kinderen en jongeren vóór tijdens en na interventies.

Een vereiste, na signalering en analysering van het probleem is dat het gevolgd wordt door een adequate interventie.

6.2.4 Signaleringsinstrumenten en methoden

Vroegsignalering van zorgwekkende opvoedsituaties is van belang om kinderen die in hun ontwikkeling bedreigd worden, te identificeren, en hen en de ouder(s) met interventies te ondersteunen om zo de nadelige effecten van blootstelling aan risico's te reduceren. (Schuller e.a. 2004) Deze vroegsignalering is in Nederland nauwelijks ontwikkeld.

Een belangrijk nieuw instrument bij risicosignalering en follow up is het Elektronisch Kind-Dossier (EKD). Om het EKD te realiseren heeft het Ministerie van VWS 25 miljoen euro toegezegd, bedoelt voor de kinderen vanaf januari 2007. Het EKD introduceert een landelijke verwijsindex, die registreert welke signalen verschillende instellingen doorgeven over een kind. Het uiteindelijke doel van het EKD is snellere signalering en betere coördinatie.

Signaleren kan men zien als het onderzoeken van een bepaalde populatie op de aanwezigheid van een (problematisch) kenmerk. Vragenlijsten, checklisten, gestructureerde interviews, testen, video-opnames kunnen gezien worden als instrumenten. De vragenlijsten die tot nu toe worden gebruikt, kunnen slechts bepaalde aspecten van risicovolle opvoedingssituaties meten⁴⁸.

Een kwaliteitseis voor een signaleringsinstrument is, dat deze het probleem dat men wil signaleren met grote zekerheid kan opsporen waarbij zo weinig mogelijk mensen met het probleem worden gemist, en tegelijkertijd zo weinig mogelijk gevallen aangewezen worden als problematisch, terwijl deze dat niet zijn.

Een bruikbaar signaleringsinstrument voor de JGZ zou aan de volgende voorwaarden⁴⁹ moeten voldoen:

- Het instrument moet gebruikt kunnen worden binnen de setting van de JGZ (consultatiebureau, spreekuur of huisbezoek)
- Het instrument moet als doel hebben
 - in beeld brengen van psychosociale problematiek van jonge kinderen (1-4jr)
 - het voorspellen van zorgwekkende opvoedingssituaties (lieft al vóór de geboorte)
- Het instrument moet primair gericht zijn op de ouder(s)
- Het beschikbaar zijn van gepubliceerde gegevens en eigenschappen van het instrument voor toepassing in Nederland

In de literatuur wordt onderscheidt gemaakt tussen vier verschillen in het toepassen van instrumenten:

1. Instrumenten gericht op signaleren van problemen in de opvoeding
bijvoorbeeld: KIPPPPI 0-1/1-4
2. Instrumenten gericht op selectie op een vastgestelde interventie
bijvoorbeeld: Ouder en Kindzorg- Extra (Oké), VoorZorg
3. Instrumenten gericht op onderkenning van algemene risicofactoren
Van Wiechen-onderzoek (zie 5.2)
4. Bredere begeleidingsmethoden of programma's
bijvoorbeeld: SamenStarten
Stap voor stap begeleidingsmethode

Een aantal, van de als voorbeeld genoemde, instrumenten worden hierna kort toegelicht.

KIPPPPI

Het KIPPPPI, Kort Instrument voor de Psychologische en Pedagogische Probleem Inventarisatie (Kousemaker 1991) is een onderkenningmethode die ingezet kan worden voor de verkenning van de psychosociale ontwikkeling van het kind en psychologische en pedagogische problemen bij de ouder. Het psychosociale functioneren wordt in verhouding gebracht met

⁴⁸ A.A. Schuller, TNO rapport 'Jeugdgezondheidszorg, activiteiten onderbouwd'. p.44-45

⁴⁹ K.kooijman, Meten + delen, Hfdst. 3.1

pedagogische en situationele factoren enerzijds en kindfactoren anderzijds.

Het KIPPPI vraagt een tijdsinvestering van ongeveer 15 minuten voor het invullen en nabespreken van de vragenlijst en wordt daardoor gezien als zeer bruikbaar binnen de JGZ.

Het KIPPPI brengt een deel van de problemen in beeld maar heeft daarnaast geen duidelijk aanbod van te volgen stappen, handelingen of indicatiestellingen.

De KIPPPI bestrijkt de periode 0-6 jaar. Voor elke leeftijdscategorie is de methode uitgewerkt in verschillende op elkaar afgestemde vragenlijsten:

- De oudervragenlijst /OVL
- Instrument voor de professional (JGZ)
 - CBSI: Consultatie Bureau Signalerings Instrument
 - SASI: School Arts Signalerings Instrument
- Een vragenlijst voor het verzamelen van informatie vanuit het tweede milieu
 - SIKO: Signalerings Instrument Kinderopvang (peuterspeelzaal/dagverblijf/school)
 - LVL: Leerkracht Vragenlijst (groep 2)

Vanaf 1998 is de KIPPPI opgenomen in de Rotterdamse Jeugd Monitor. Dit is een omvangrijk systeem van onderkenning, onderzoek en interventieplanning van de GGD Rotterdam. In diverse andere JGZ organisaties wordt van KIPPPI gebruik gemaakt, zowel structureel, dat wil zeggen op vaste momenten, als op indicatie.

Sinds begin 2006 is er ook een KIPPPI 12-14 voor het gebruik aan het begin van het voortgezet onderwijs.

OUDER EN KINDZORG EXTRA: OKÉ

Is een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek(2001), naar een interventie bij gezinnen met een verhoogd risico op kindermishandeling, om het effect van het preventieve programma vast te stellen.

Selectie van de interventiegroep vond plaats aan de hand van een vragenlijst, die door de wijkverpleegkundige uitgereikt werd tijdens het intake huisbezoek na de geboorte. De interventiegroep kreeg 6 huisbezoeken verspreid over 18 maanden vanaf zes weken. Tijdens de huisbezoeken bespraken de interventieverpleegkundigen de ontwikkeling van het kind, de verwachtingen van ouders, de beleving van ouderschap, de voorgeschiedenis van ouders, het sociale en professionele netwerk van het gezin en aspecten van draagkracht en draaglast.

Effecten van de interventie werden op 12 en 24 maanden onderzocht.

De resultaten van de interventie werden door zowel ouders als verpleegkundigen positief beoordeeld. Dit project ontving de Jan Brouwerprijs. Implementatie van de methode vindt momentaal plaats onder de naam 'Stevig Ouderschap'.

VOORZORG, PREVENTIEF HUISBEZOEK BIJ KWETSBARE GEZINNEN

VoorZorg is de Nederlandse vertaling van, de van oorsprong Amerikaanse interventie, Nurse Family Partnership. Het VoorZorg programma richt zich op hoogrisico vrouwen (jonge alleenstaande moeders, laag inkomen, weinig opleiding, zelf mishandeld of verwaarloosd, psychiatrische of verslavingsproblematiek) die zwanger zijn van hun eerste kind.

VoorZorg bestaat uit gestructureerde huisbezoeken door getrainde verpleegkundigen. De huisbezoeken beginnen vanaf de 16^e week van de zwangerschap en duren tot het kind 24 maanden oude is. (60 huisbezoeken). De inhoud van elk huisbezoek is uitgeschreven, centraal staan de principes:

- gestructureerde gedragsverandering
- gezondheidsvoorlichting
- ingaan op eigen vragen van de moeder
- werken aan haalbare en realistische doelen
- verstrekken van de eigen competenties en doeltreffendheid van de moeder
- betrekken van het sociale netwerk van de moeder bij het programma

Vanaf eind juni 2006 gaat, in navolging van de USA, effectonderzoek van start.

SAMENSTARTEN

Het doel van SamenStarten is het voorkomen van psychische problemen, antisociaal gedrag en criminaliteit door vroegsignalering en interventies gebaseerd op relatieopbouw (netwerk van ondersteuning creëren) en competentieverhoging (empowerment) bij ouders. SamenStarten is een

signaleringsmethodiek gericht op het versterken van de lokale samenwerking tussen de gemeente, thuiszorg, GGD en Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) in een samenhangend en meerjarige aanpak. Samenwerking concentreert zich rond drie kernactiviteiten: vroegsignalering, interventies en interventiecoördinatie. (gezinscoach)

Er wordt gewerkt met het DMO⁵⁰ gespreksprotocol zodat de ouders door middel van een stapsgewijs volgsysteem ondersteund worden door het consultatiebureau tussen 6 weken en 2 jarige leeftijd van hun kind. Voordeel van een volgsysteem is dat er op ieder moment ingestapt kan worden. Bij problemen bezoekt de wijkverpleegkundige JGZ de ouders thuis. Zij bespreekt de aard van de problemen (opvoedingssituatie in kaart brengen) en bepaalt samen met ouders welke hulp er nodig is en verwijst zonodig. Tijdens het jaarcongres van het Platform JGZ (nov.2005) werd de PJGZ prijs voor het meest vernieuwende maatwerkproduct uitgereikt aan SamenStarten Breda.

BEGELEIDINGSMETHODE STAP VOOR STAP

De Stap-voor-Stap Methode (Uitenboogaard en Buitenshuis, 2000) is een gestructureerde methode voor advisering en begeleiding van ouders die lichte pedagogische problemen ervaren. Het uitgangspunt van de methode is dat problemen het beste aangepakt kunnen worden door het probleemoplossende vermogen van ouders te activeren. De methode wordt in de JGZ veel gebruikt. De helft van de thuiszorgorganisaties past de methode toe (Kooijman en Prinsen 2005)

De Stap-voor-Stap Methode kenmerkt zich door een systematische manier van werken, waarbij een vragenlijst als instrument wordt gebruikt voor het verkennen van het opvoedingsprobleem, waardoor een genuanceerd beeld van de opvoedingssituatie ontstaat. De werkwijze is uitgewerkt in zeven onderwerpen die hoog scoren als veel voorkomende opvoedingsvragen en spanningen van 0-4 jaar; slapen, eten, bewegen, spelen, drift en koppigheid, zindelijkheid en huilen.

Vier stappen worden doorlopen om te komen tot een probleemoplossende cyclus:

1. Beeld van de opvoedingssituatie;
probleem verhelderen (Wat, waar, hoe lang/hoe vaak, wanneer, veranderingswensen?)
2. Inzicht:
samen met ouders inzicht verwerven in de achtergronden van de opvoedingssituatie (Waarom, waardoor?) Globaal worden als factoren onderscheiden: leeftijdsfase, kindfactoren, ouderfactoren en omgevingsfactoren.
3. Handelen:
via een (voorlopige) analyse besluiten tot zelf handelen, overleg plegen of verwijzen
4. Evaluatie
zijn de beoogde veranderingen bereikt?

Werken met verschillende informatiebronnen, bijvoorbeeld dossierinformatie, informatie van ouders, van het kind, van anderen die het kind goed kennen (leidsters kinderopvang/peuterspeelzaal) heeft volgens de Inventagroep⁵¹ de voorkeur. *'Geen enkel instrument is als 'stand alone' toereikend om een probleem te onderkennen'.*

Naast een goed signaleringsinstrument, vragenlijst, screeningsinstrument of welke andere vorm van signalering er ook gehanteerd wordt is het cruciaal te beseffen dat signaleren ergens toe moet leiden. Wijkverpleegkundigen JGZ dienen over vermogens te beschikken om zorgen over de opvoedingssituatie of vermoedens van kindermishandeling of verwaarlozing bij ouders ter sprake te brengen. Pieter Kousemaker concludeerde tijdens zijn lezing op het JGZ congres (maart 2006) dat *'niet alle jeugdverpleegkundigen alle onderdelen in de keten van zorg van onderkenning tot interventie even goed beheersen, en dat voortdurende professionalisering en methodische steun gewenst zijn.'*

6.3 OPVOEDINGSONDERSTEUNING (2)

De Wijkverpleegkundige JGZ heeft al ruim honderd jaar (zie ook 5.1) ervaring op het gebied van opvoed- en gezinsondersteuning. Vanwege de grote zuigelingensterfte door epidemieën ging het toen vooral over hygiëne, tegenwoordig gaat het om voorlichting, advies, instructie, en begeleiding geven aan ouders over de opvoeding en verzorging, het stimuleren van gezond gedrag en het signaleren van risicosituaties en interveniëren bij risicokinderen.

⁵⁰ Dienst Maatschappelijke Ondersteuning Amsterdam; Noortje Tan, 2001

⁵¹ J. Hermans, Helpen bij opgroeien en opvoeden, Hfdst 3.1

In praktijk leidt dat tot het bespreken van ontwikkelingsstimulering, veiligheidsgewoonten, positieve aandacht, structuur bieden, stellen van grenzen, straffen en belonen.

Er worden verschillende werkvormen onderscheiden:

- Consultatiebureau
- Groeiboek, folders & Brochures
- Regulier huisbezoek
- Zorg op maat telefonische consulten
- Zorg op maat bezoek (Indicatiehuisbezoek)
- Inloopsprekuren
- Voorlichtingsbijeenkomst in groepsverband
- Themabijeenkomsten
- Themahoek of wachtkamerprojecten

Ouders komen met veel van hun vragen, onzekerheden en opvoedproblemen naar het consultatiebureau. Preventieve opvoedingsondersteuning door de wijkverpleegkundige JGZ is daardoor de meest voorkomende vorm van laagdrempelige opvoedingsondersteuning.

De doelstelling (Blokland & Prinsen, 2004) van opvoedingsondersteuning door de JGZ is

- het versterken van de competentie, vaardigheden en draagkracht van ouders
- het verminderen van de draaglast van ouders
- het versterken van netwerken rondom kinderen en gezinnen
- het bevorderen van een stimulerende pedagogische omgeving voor kinderen en ouders.

Ouders zijn primair verantwoordelijk voor de opvoeding en verzorging van hun kinderen, daarom zal opvoedingsondersteuning altijd gebaseerd zijn op de vragen en behoeften van de ouders. Dit vereist een klant- en vraaggerichte houding van de wijkverpleegkundige JGZ. Soms volstaat dat niet en is actief ingrijpen op zijn plaats. (Prinsen & Koch, 2001) Wanneer omstandigheden en problemen er voor (dreigen te) zorgen dat kinderen de dupe zijn, zoals onder meer bij mishandeling, verwaarlozing en huiselijk geweld. De wijkverpleegkundige zal actief en soms ongevraagd overgaan tot interventies, als melding bij het AMK, crisisinterventie. Dit past bij uitvoering van de taak van de jeugdgezondheidszorg om gezondheidsbedreigingen te signaleren en weg te nemen.

6.3.1 Meer opvoedingsvragen?

In haar boekje 'Monsters van Kinderen, draken van ouders' (1995) komt Volkskrant-journaliste Mirjam Schöttelndreier tot de conclusie dat hedendaagse ouders een generatie onuitstaanbare prinsen en prinsesjes voort gebracht heeft. Het moderne geëmancipeerde gezin wordt geplaagd door ouderlijke onmacht, opvoedingsonzekerheid, gebrek aan gezag en gemakzuchtig verwennen.

De verwachtingen die ouders ten aanzien van hun kinderen hebben liggen steeds hoger. Ouders willen het graag goed doen, responsief zijn. Responsief opvoeden kost veel energie, er zijn nooit makkelijke oplossingen (Van den Brink 1997). De voortdurende stroom aan informatie over opvoeding en verzorging, in de media, vanuit de wetenschap, van deskundigen maar ook vanuit omgeving leggen een grote druk op ouders. De combinatie van deelname aan het arbeidsproces, sociale contacten onderhouden en andere zorgtaken legt een grote druk op de tijd die ouders en kinderen samen hebben. Het moet vooral goed gaan en gezellig blijven.

Ouders zoeken en vinden in eerste instantie vooral binnen hun eigen kring de ondersteuning die zij nodig hebben. (informele opvoedings-ondersteuning) De samenstelling van het 'eigen' netwerk is tegenwoordig veranderd en dit heeft gevolgen voor de steun die ouders zoeken. (zie ook 3.2.3) Als er uit eigen kring niet genoeg antwoorden komen gaan ouders op zoek naar antwoorden. Er is een grote belangstelling voor tijdschriften, boeken en TV programma's over opvoeden en in toenemende mate zoeken ouders de antwoorden op vragen die zij hebben via Internet.⁵² Daarnaast zijn professionals in de 1^e lijn vaak de eerste waar ouders hun vragen of problemen neerleggen.

Licht pedagogische hulp noemt men in de JGZ meestal opvoedingsondersteuning. Vanaf 1999 bestaat consensus⁵³ over de opvoedingsondersteuning binnen de jeugdgezondheidszorg (Lim & Prinsen 1999). Opvoedingsondersteuning door de JGZ wordt gekenmerkt door anticiperende begeleiding, de ondersteuning van ouders bij opvoedingsvragen en opvoedingsspanning en door het versterken van zelfhulp en sociale ondersteuning. Opvoedingsnood hoort niet meer tot het domein van de

⁵² E. Zeijl, Kinderen in Nederland Hfdst 2.7

⁵³ zie bijlage 10.2: deel B

jeugdgezondheidszorg, wel het signaleren van het probleem en het toeleiden naar het hulpaanbod, (verwijzing naar o.a. bureau jeugdzorg) en coördinatie van de zorg.

De top zeven van opvoedingsonderwerpen is:

- Opbouwen van een affectieve relatie met het kind (hechting, responsiviteit en sensitiviteit)
- Troosten van een (excessief) huilend kind
- Slaaprituelen en slaapgewoontes
- Eetgedrag
- Spelen alleen en met anderen
- (On)Gehoorzaamheid, niet luisteren
- Omgaan met druk gedrag van het kind

6.3.2 Opvoedingsondersteuning aan allochtone ouders

Over de opvoeding in de diverse allochtone gezinnen raakt geleidelijk aan steeds meer bekend. De familiebanden en de binding met de eigen gemeenschap zijn vaak sterk. Niet alleen de ouders, maar ook oudere broers, zusters en familieleden zijn bij de opvoeding betrokken. De opvoeding wordt gekenmerkt door een grote nadruk op gehoorzaamheid en respect. Persoonlijke ontplooiing van het kind is als opvoedingsdoel minder belangrijk dan passend sociaal gedrag. De opvoedingspraktijk is meer op disciplineren gericht, waarbij ook fysieke straffen gebruikelijk kunnen zijn. De traditionele opvoedingsdoelen en praktijken in Turkse, Marokkaanse en Hindoestaanse kring staan vaak op gespannen voet met opvattingen en gedragingen die in de, op zelfstandigheid en responsiviteit gerichte, Nederlandse opvoeding normaal gevonden worden. Onderzoeken (Pels 1998, Distelbrink 1999, Rispiens 1996) laten zien dat er duidelijk sprake is van verandering in denkbeelden over opvoeding als gevolg van deelname aan westers onderwijs en stijging van het opleidingsniveau bij jongere generaties.

De positie van het niet-westerse allochtone gezin is slechter dan die van een autochtoon gezin. Ze kennen gemiddeld meer werkloosheid, hun inkomenspositie is minder en hun woonsituatie is slechter⁵⁴. Deze opeenstapeling van risicofactoren brengt vaker de situatie van opvoedingspanning met zich mee. De indruk bestaat (Blokland 1996) dat ouders pas hulp gaan zoeken als de problemen al vrij ernstig zijn. De toename van het aantal allochtone jeugdigen in de jeugdhulpverlening is een signaal in die richting. Onderzoek (Bertran e.a 1998) wijst uit dat Turkse en Marokkaanse ouders op meer terreinen opvoedingsvragen hebben dan autochtone ouders. Turkse en Marokkaanse ouders hebben meer vragen over de lichamelijke ontwikkeling. Surinaamse/Antilliaanse ouders hebben meer vragen over de aanpak van opvoeden/ouderschap dan andere ouders. Allochtone ouders hebben echter niet vaker steun nodig dan autochtone ouders, wel kunnen ze die steun moeilijker vinden. In de Nota Gezinsbeleid (2006) is te lezen dat initiatieven voor opvoedingsondersteuning allochtone gezinnen veel minder bereikt dan autochtone gezinnen. Het bereik van de meest bekende programma's (Opvoedwinkel, Moeder Informeren Moeders en Home Start) in achterstandswijken van Amsterdam, Rotterdam en Arnhem is gemiddeld 4% (Öry 2003)

Lichtere vormen van steun bereiken deze groep ouders ook nog te weinig. Blokland (1996) benoemt hiervoor de volgende oorzaken:

- Problemen in de omgang met hun kinderen worden niet altijd gezien als opvoeding- of ontwikkelingsproblemen. Advies en steun vragen is niet vanzelfsprekend
- Onbekendheid met de inhoud van het aanbod
- Taalproblemen maken de drempel hoog voor het bespreekbaar maken van problemen of het maken van een eerste afspraak
- Ouders kunnen huiverig zijn voor de inmenging van buitenstaanders die hun opvattingen niet delen.

De wijkverpleegkundige JGZ beweegt zich in een multiculturele samenleving. Zij zal inzicht moeten hebben in het effect van de verschillende culturele achtergronden op het instandhouden en bevorderen van de gezondheid van de jeugdigen (Mast & Pool 2005). Bij signaleren van risicosituaties en het aanbod van opvoedingsondersteuning aan allochtone ouders zal zij met in acht name van cultuurverschillen, een outreachende, vraaggerichte werkwijze moeten hanteren die kan toeleiden naar de juiste hulpverlening.

⁵⁴ Ministerie VWS, Nota Gezinsbeleid maart 2006 Pag. 33

6.3.3 Interventies

In de JGZ gaat het in eerste instantie om opvoedingsondersteuning van alle ouders met opvoedingsvragen en lichte opvoedingsproblemen, daarnaast is er een aanbod van verschillende opvoedingsondersteunende programma's. Prinsen en de Vries(2005) signaleren versnippering. In Nederland bestaat het huidige aanbod van opvoedingsondersteuning door de divisies jeugdgezondheidszorg van de thuiszorgorganisaties uit 50 verschillende interventies. Daarbij zijn veel interventies die weinig gebruikt worden. Negen interventies vormen het merendeel van het opvoedingsondersteunende aanbod van de JGZ in Nederland.

<i>Thuiszorg</i>	<i>GGD</i>
- Themabijeenkomsten - Pedagogisch advies op maat - Schriftelijke opvoedingsvoorlichting - Individuele opvoedingsvoorlichting - Pedagogisch advies op indicatie thuis - Gestandaardiseerde opvoedingsvoorlichting - Signalering - Buurt netwerk Jeugdhulpverlening - Shantala Babymassage - Telefonische consultatie - Video-hometraining - Toeleiding naar VVE - Oudercursus Opvoeden zó - Troostkoffer - VTO/Integrale Vroeghulp - Oudercursus: voor ouders van peuter - Inbakeren	- signalering - Individuele opvoedingsvoorlichting - Buurt netwerk jeugdhulpverlening - Pedagogisch advies op maat - Gestandaardiseerde opvoedingsvoorlichting - Themabijeenkomsten - Oudercursus Opvoeden zó - Pedagogisch advies op indicatie thuis - Preventief Zorgteam - Gezonde school

Figuur 10: Veel en gemiddeld gebruikte interventies voor opvoedingsondersteuning

Bron: Ouders ondersteunen in de JGZ. Prinsen & de Vries. NIZW 2005

De wijkverpleegkundige JGZ heeft alle kinderen in haar wijk in beeld. Zij bezoekt alle pasgeborenen thuis en kent zodoende de ouders en kinderen persoonlijk in hun woon en leefsituatie. De wijkverpleegkundige JGZ kan daardoor gemakkelijk een vertrouwensrelatie opbouwen en vanuit die positie veel signaleren en preventieve interventies starten als de opvoeding niet goed verloopt. Omdat het huisbezoek als werkvorm bij ouders al bekend is kan de werkwijze gemakkelijk aangepast worden, indien daar een aanleiding (indicatie) voor is, met uitbreiding van het aantal huisbezoeken of intensievere vormen van opvoedingsondersteuning. Gebruik makend van motiverende en/of confronterende gespreksvoering kan de wijkverpleegkundige JGZ ouders naar hulpaanbod leiden. De inventagroep heeft de indruk gekregen dat professionals uit de jeugdgezondheidszorg, peuterspeelzalen, kinderopvang en uit het onderwijs in afnemende mate gezinnen thuis bezoeken. *'Een huisbezoek, liefst nog voor het eerst verricht in een situatie waarin er nog geen problemen zijn, levert volgens de inventagroep een positieve bijdrage aan de relatie tussen gezin en professional, stelt de professional in staat om de mogelijke problemen van het kind beter te begrijpen en is een situatie waarin moeilijke gesprekken vaak beter verlopen'*

Huisbezoeken vormen één van de krachtigste instrumenten om iets te doen aan opvoeding- en gezinsondersteuning (Hermans 2004).

In het volgende hoofdstuk wordt het doel en de werkwijze van een indicatiehuisbezoek beschreven en welke methodieken gebruikt kunnen worden om het verpleegkundige proces te bewaken, zodat verpleegkundige interventies doeltreffend en doelmatig zijn.

7 HET INDICATIEHUISBEZOEK

7.1 INLEIDING

Het huisbezoek is een belangrijke werkvorm binnen de JGZ. Standaard is het zuigelingenhuisbezoek, tussen de 10^e en 14^e dag na de geboorte, onder andere voor kennismaking met de wijkverpleegkundige, uitleg over het aanbod van de JGZ en uitnodiging voor bureaubezoeken. Een aantal thuiszorgorganisaties voert ook standaard een prenataal huisbezoek uit, maar meestal doet de kraamzorg dit.

Uit een contact tussen de wijkverpleegkundige of consultatiebureau-arts kan een indicatie voor verdere begeleiding komen. Deze vorm van begeleiding kan nodig zijn als, het reguliere aanbod van de JGZ, onvoldoende tijd (bijvoorbeeld tijdens inloopsprekuren of regulier contactmoment) biedt voor de vragen of zorgen van de ouder(s). Begeleiding kan het hele pakket aan jeugdgezondheidszorgactiviteiten bevatten. Uitgangspunt is dat er geen sprake is van zware problematiek⁵⁵ en dat met maximaal drie tot vijf begeleidingscontacten de ouder(s) in staat is zelf de opvoedingssituatie te beheersen.

Landelijke gegevens over het werkelijke aantal uitgevoerde huisbezoeken zijn bijzonder schaars⁵⁶ en de eerste bruikbare gegevens zijn uit 1974. Van de ongeveer 400.000 uitgevoerde huisbezoeken in 1997 werd ongeveer 75% afgelegd ten behoeve van de 200.000 zuigelingen en de resterende 25% ten behoeve van de 600.000 peuters variërend in de leeftijd van 12 maanden tot 4 jaar. Het gemiddelde aantal van 2 huisbezoeken per indicatie komt het meest voor, maar de spreiding van aantallen is enorm (Prinsen, Verhegge en Thije 2002) en ligt tussen 1 en 30.

7.2 GESCHIEDENIS VAN HET HUISBEZOEK

Toen in de laatste decennia van de 19^e eeuw de kruisverenigingen werden opgericht was het brengen van een bezoek aan de gezinnen thuis een van de belangrijkste activiteiten. Huisbezoeksters, vaak religieuzen of vrouwen zonder specifieke opleiding, gaven in de thuissituatie voorlichting met als doel verbetering van de vaak zeer ongezonde leefomstandigheden.

De oprichting van de consultatiebureaus maakte, naast het geven van de adviezen tijdens de zittingen, het huisbezoek tot kernactiviteit van de verpleegkundige. Het doel van de toenmalige huisbezoeken was tweeledig, propaganda, waarbij moeder werd aangespoord tot het bezoeken van het consultatiebureau en controle op de naleving van de gegeven adviezen.

Tussen 1900 en 1970 golden de volgende doelstellingen (Van den Brink-Muinen, 1989) voor het huisbezoek:

- Voorlichting advisering en controle op naleving van de gegeven adviezen
- Pedagogische advisering
- Propaganda voor het consultatiebureaubezoek
- Propaganda voor borstvoeding
- Het vormen van een relatie tussen gezin en consultatiebureau
- Het kennis nemen van de leefsituatie van het kind en het informeren van de ouders hierover

In de voorloper van het huidige 'Nederlands Leerboek voor Jeugdgezondheidszorg' schrijft Zeilstra (1957) over het huisbezoek:

'Het einddoel zal zijn, de moeder meer zelfvertrouwen te geven en daardoor de situatie rondom het kind zo goed mogelijk te doen zijn. Bij de benadering van moeder zal er rekening gehouden worden met de sociale, de levenbeschouwelijke en de psychologische achtergrond, het intellect en het ontwikkelingspeil, en met alle aspecten, die bij een intermenselijke relatie van betekenis zijn. De leiding van het gesprek ligt bij de wijkverpleegsters, waarbij het praten slechts een onderdeel is. Houding, opvangen en luisteren zijn positieve elementen in dit gesprek.'

Specifiek ten aanzien van het peuterhuisbezoek: *'het kind in het eigen milieu te observeren en de verhoudingen in het gezin te peilen.(...) Getracht zal worden de ouders bereid te maken, het gedrag van het kind in de verschillende ontwikkelingsfasen te aanvaarden en door positieve instelling tegenover hun kind deze ontwikkeling gunstig te beïnvloeden'.*

⁵⁵ zie ook bijlage 2

⁵⁶ R.J.F. Burgmeijer, 'Het huisbezoek in de OKZ: ritueel of rationeel'. Tijdschrift JGZ nr 2 april 2001

7.3 DOEL VAN HET INDICATIE HUISBEZOEK

Het aanbod van een indicatiehuisbezoek heeft als doel meer inzicht te verkrijgen in (de problemen in) de opvoedingssituatie en/of op mogelijke risicofactoren. Huisbezoeken op indicatie bieden met name steun in situaties waarin sprake is van opvoedingsspanning.

Ouders voelen zich geholpen wanneer er aandacht is voor het probleem waar ze mee komen, begrip is voor hoe ze zich voelen, en zij concrete en praktische aanwijzingen krijgen, waar ze direct iets mee kunnen doen in hun eigen situatie. (Blokland 1996)

Verschillende aspecten, afhankelijke van de vraag of het probleem komen aan bod tijdens de uitvoering van de interventie.

Informatie en voorlichting die toegespitst is op de eigen situatie van ouder(s) en kind, voorlichting op maat. Algemene informatie over de ontwikkeling van kinderen kan ouders helpen inzicht in oorzaken en achtergronden van bepaald gedrag te geven wat helpt om er beter mee overweg te kunnen.

Advies en begeleiding bij bepaald probleemgedrag of bij het hanteren van een bepaalde situaties. De aanpak richt zich op probleemverheldering, zicht krijgen op factoren die invloed hebben op het probleem en dat mogelijk in stand houden. Het samen met ouders uitstippelen van een bepaalde aanpak en hen daarbij begeleiden zodat ouders hun vaardigheden en competenties uit kunnen breiden.

Praktische steun richt zich op het aanpakken van andere oorzaken waardoor ouders weinig grip hebben op het gedrag van hun kind(eren). Als de draagkracht van ouders gering is zal daar eerst verlichting in moeten komen willen ouders in staat zijn om zich te richten op de aanpak van de opvoeding. Het regelen van opvang, het verlichten van taken in het huishouden, het inzetten van gespecialiseerde gezinszorg, verwijzing naar maatschappelijk werk bij financiële en/of huisvestingproblemen, zijn voorbeelden van praktische steun.

Emotionele steun en feedback hebben als doel het herstellen van het vertrouwen in het eigen opvoedingshandelen. Ouders zijn onzeker geworden over hun eigen aanpak en hebben het gevoel te hebben gefaald. Erkennen van de bezorgdheid van ouders, bevestigen van datgene wat goed gaat in de opvoeding en het geven van steunende feedback bij situaties die nog niet zo goed gaan. Het is belangrijk dat ouders 'succeservaringen' kunnen opdoen, dat zal het zelfvertrouwen en het gevoel van competentie bij ouders vergroten.

Video Interactie Begeleiding (VIB) is een specifieke vorm van *voorbeeldleren* waarbij gebruik gemaakt wordt van een video camera. Een daarvoor speciaal getrainde wijkverpleegkundige bezoekt ouders thuis en maakt video- opnames van alledaagse ouder-kind interacties en bespreekt deze na met ouders. Positieve interacties tussen ouders en kind(eren) worden eruit gelicht om als voorbeeld te dienen voor volgende situaties. VIB wordt door de Inventgroep genoemd als enige Nederlandse effectief bewezen interventie bij opvoedingsondersteuning.

Het *mobiliseren van sociale steun* voor ouders is een belangrijk aspect van opvoedingsondersteuning. De aanwezigheid van een sociaal netwerk kan als een buffer of vangnet dienen waar ouders een beroep op kunnen doen in tijden van hernieuwde opvoedingsspanning. Aandacht besteden aan het opbouwen van contacten met andere ouders in de omgeving, ouders attenderen op voorzieningen en activiteiten in de buurt en ouders alert maken op het mobiliseren van steun binnen hun eigen familie en vriendenkring kunnen het sociale netwerk en daarmee de draagkracht van ouders in toekomstige situaties versterken.

7.3.1 Relatie met het Basis Taken Pakket

De activiteiten van het indicatiehuisbezoek vallen in het domein zorg (zie figuur 6). In relatie met het BTP specifiek gericht op⁵⁷:

- productgroep 2: Inschatten van zorgbehoefte
De balans tussen draagkracht en draaglast wordt onderzocht en er wordt vastgelegd in welke mate ouder(s) en kind(eren) door bedreigende factoren worden belast en of de ouder(s) de verzorging en opvoeding aankunnen. Daarnaast wordt ingeschat in welke mate er behoefte is aan voorlichting, ondersteuning en zorg met als doel ondersteunen in het vinden van een balans tussen risicofactoren en beschermende factoren voor de ontwikkeling en gezondheid van het kind.
- productgroep 5: Beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen
Een belangrijk onderdeel van het werk van de wijkverpleegkundige JGZ is het alert zijn op

⁵⁷J. Mast, "In Ontwikkeling" Competentieprofiel voor in de geïntegreerde JGZ pag. 23 e.v.

pedagogisch onvermogen van ouders die kan escaleren tot kindermishandeling. Met opvoedingsondersteuning, wordt ouders of verzorgers opvoedingsvaardigheden geleerd en bepaalde technieken in de benadering van hun kind toe te passen.

- productgroep 6: Zorgsysteem, Netwerken, overleg en samenwerking
Zorgcoördinatie is mede een taak van de wijkverpleegkundige JGZ wanneer andere hulpverleners worden ingeschakeld. Jeugdgezondheidszorg is de voordeur en de achterdeur van Jeugdzorg. De wijkverpleegkundige JGZ is aanspreekpunt voor ouder(s) en kind en zorg- en hulpverleners en zorgt dat de geboden hulp op elkaar afgestemd wordt.

7.4 HET INDICATIEHUISBEZOEK

Het aanbod van een huisbezoek biedt de mogelijkheid om sommige ouders beter te bereiken, zoals moeders met veel en/of jonge kinderen, geïsoleerde gezinnen of sommige allochtone gezinnen. Het biedt de mogelijkheid om informatie of advies op een meer aanschouwelijke en praktische manier over te dragen dan bij adviesgesprekken op het bureau mogelijk is, bijvoorbeeld door direct te reageren op situaties die zich voordoen of door voorbeeld gedrag. Ouder voelen zich soms meer op hun gemak wanneer een gesprek plaatsvindt in een omgeving die vertrouwd voor hen is. Vaders of andere gezinsleden zijn gemakkelijker te betrekken bij het gesprek over problemen in de opvoeding.

De problematiek is verschillend van aard:

- interactieproblematiek tussen ouder(s) en kind(eren)
- vragen betreffende fasegebonden problematiek van het kind rondom bijvoorbeeld koppigheid, driftbuien, slapen, eten, spelen en jaloezie.
- (ernstige) psychosociale problematiek waarbij de wijkverpleegkundige na probleeminventarisatie de mogelijkheden van doorverwijzing met ouders bespreekt

De begeleiding is kortdurend en sluit aan bij de opvoedingsstijl van ouders en dient er op gericht te zijn dat ouders op eigen kracht verder kunnen (empowerment). De periode waarin de huisbezoeken plaatsvinden, varieert van enkele weken tot circa 3 maanden en is afhankelijk van de aard van de problemen en de wensen van de ouders. Langdurende (tot 2 jaar) huisbezoekprogramma's zijn geïndiceerd bij cumulatie van risicofactoren.

Uitgangspunt bij vraaggerichte⁵⁸ opvoedingsondersteuning is dat het aanbod moet aansluiten bij de concrete vraag en de beleving van ouders;

- Ouders zijn deskundig waar het hun eigen kind betreft. Advisering moet er op gericht zijn het eigen probleemoplossende vermogen van ouders te activeren en hen stimuleren om mee te denken over oplossingen die toepasbaar zijn in hun eigen situatie
- De vragen en behoeften van ouders en hun visie op de opvoeding staan centraal. Uitgangspunt is dat ouders het beste met hun kind voor hebben en hun verantwoordelijkheid beseffen.
- De aandacht gaat uit naar de pedagogische relatie die er bestaat tussen ouders en kind(eren) en op de groeimogelijkheden van ouders in hun rol als opvoeder. De werkwijze richt zich op het onderkennen van geslaagde momenten in de opvoeding en die te versterken en uit te breiden. Ouders attenderen op dat wat goed gaat.

7.4.1 Methodisch werken

De werkwijze van de wijkverpleegkundige JGZ zal, om tot een doelgerichte interventie te komen, uit een aantal fasen bestaan. Het verzamelen en ordenen van gegevens, het plannen van zorg, het uitvoeren van zorg en de evaluatie vormen de fasen van het methodische en probleemgerichte verpleegproces (Kruijswijk Jansen & Mostert 1996). De wijkverpleegkundigen kan daarbij gebruik maken van verschillende modellen. De Stap voor Stap Methode is een veelgebruikte methode (zie ook 6.2.4.)

Het allereerste contact vindt plaats tijdens het consult of telefonisch. Het is de taak van de wijkverpleegkundige om in deze eerste fase globaal het probleem inventariseren, inzicht te krijgen in de verwachtingen van ouders en informatie te geven over de werkwijze en het doel van een indicatiehuisbezoek.

In de thuissituatie, de tweede fase, zal de wijkverpleegkundige vooral een luisterende en ondersteunende rol vervullen door ouders de ruimte te geven hun verhaal te vertellen. Geleidelijk aan zal zij het gesprek meer gaan structureren, door gerichte vragen te stellen, op bepaalde onderdelen

⁵⁸ G. Blokland, Over opvoeden gesproken Hfdst. 3, pag. 53-56

door te vragen, zodat gegeven informatie kan leiden tot verheldering van het probleem. De probleeminventarisatie sluit af met het zo concreet mogelijk benoemen van het probleem (samenvatten) en ouders te vragen of dat klopt, zodat de feitelijke hulpvraag duidelijk wordt. Vervolgens is het belangrijk om samen met ouders na te gaan waarom zij bepaald gedrag moeilijk hanteerbaar vinden, zodat er meer inzicht ontstaat in de factoren c.q. oorzaken die van invloed zijn op de opvoedingssituatie, een analyse van het probleem. Het samen inzicht verwerven kan voor ouders heel verhelderend werken. In de derde fase activeert de wijkverpleegkundige ouders mee te denken over een oplossing door de nodige informatie aan te reiken en suggesties te doen die passen bij de opvoedingsstijl van ouders. Afspraken over de gewenste aanpak worden vastgelegd. Van groot belang is, positief geformuleerde, haalbare doelen te stellen die voor ouders realiseerbaar zijn. In de vierde fase, de evaluatie, gaan wijkverpleegkundige en ouders in een volgend contact na of de gemaakte afspraken hebben geleid tot gewenste veranderingen en worden nieuwe doelen gesteld of wordt bij behalen van het einddoel de interventie afgerond.

De wijkverpleegkundige zal het met ouders vastgestelde probleem, de doelen en het termijn van evaluatie vastleggen in een verpleegplan. Het verpleegplan maakt onderdeel uit van het dossier (IDJGZ) zodat de verpleegkundige interventie en de voortgang van het verpleegproces geregistreerd worden.

7.5 BENODIGDE VERPLEEGKUNDIGE COMPTETENTIES

Huisbezoeken vragen een behoorlijke tijdsinvestering. Het informele karakter krijgt gemakkelijk de overhand waardoor methodisch werken bemoeilijkt kan worden. De aanwezigheid van kinderen legt soms ook beperkingen op aan de inhoud van het gesprek. En niet alle ouders vinden het prettig als een buitenstaander zich in hun privé-situatie begeeft.

De specifieke bekwaamheden⁵⁹ om een verpleegkundige interventie als een indicatiehuisbezoek doelmatig te laten verlopen, vereisen deskundigheid op HBO niveau.

De wijkverpleegkundige JGZ beschikt over theoretische en praktische kennis over opvoeding en ontwikkeling van kinderen, heeft inzicht in de meest voorkomende opvoedingsvragen van ouders en de factoren die daarop inwerken en is op de hoogte van diverse ondersteunings- en hulpverleningsmogelijkheden voor ouders. De wijkverpleegkundige dient over de vaardigheid te beschikken om pedagogische kennis te kunnen vertalen naar bruikbare informatie en praktische adviezen aan ouders afgestemd op hun situatie en aansluitend bij hun visie op opvoeden.

Een professionele houding van de wijkverpleegkundige ten opzichte van ouders waarbij zij een positief ondersteunende houding aanneemt en ouders respectvol benadert is de basis voor het opbouwen van een relatie met ouders in een sfeer van vertrouwen.

Luisteren is bij een vraaggerichte en activerende werkwijze de meest essentiële vaardigheid (Burggraaf-Huiskens 1999). Wijkverpleegkundigen moeten ouders helpen om zelf antwoorden te geven op hun vragen. Niet alleen luisteren naar wat ouders bezig houdt en wat hun vraag of probleem is, maar zich ook open kunnen stellen voor hun visie op de situatie en zich serieus verdiepen in de oplossingen die ouders zelf aandragen. Het actief kunnen luisteren, komt expliciet tot uitdrukking in een aandachtige lichaamshouding, verbale ondersteuning of 'hoorbaar luisteren' in de vorm 'Hmm, oh ja' waarmee de wijkverpleegkundige ouders duidelijk maakt dat er naar hen geluisterd wordt en zij hen stimuleert om verder te vertellen. Wanneer ouders gestimuleerd worden om te praten, komen al pratend antwoorden naar voren.

Uit onderzoek (Caris 1997) blijkt dat dit een mate van terughoudendheid van de wijkverpleegkundige vereist. Caris concludeert dat wijkverpleegkundigen deze vaardigheid vaak onvoldoende in huis hebben. Het is verleidelijk om vragen van ouders te herkennen en snel met oplossingen te komen. Het gaat erom dat ouders geholpen worden om zelf naar oplossingen te zoeken, omdat dat hun gevoel van competentie vergroot.

Binnen het totale verpleegkundige proces is het noodzakelijk dat de wijkverpleegkundige JGZ haar werkzaamheden uitvoert binnen de grenzen van de eigen beroepsverantwoordelijkheid en aansprakelijkheid en dat ouders worden *doorverwezen* wanneer na probleeminventarisatie blijkt dat ouders beter af zijn met een andere vorm van hulp.

⁵⁹ G. Blokland, Over opvoeden gesproken, Hfdst. 5: Bagage van de beroepskracht

8 EFFECTIVITEIT

8.1 INLEIDING

Effectiviteit is afgeleid van het begrip effectief en betekent werkelijk, wezenlijk. Effectiviteit is een synoniem van doeltreffendheid. Het is een maatstaf waarin geplande en gewenste activiteiten zijn gerealiseerd en geplande of gewenste resultaten zijn behaald. Effectiviteit zegt iets over het doel, over de geplande /gewenste activiteiten en over de vorige of huidige meetbare toestand. Het gaat dus over *wat* er bereikt wordt. Wanneer wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat interventies ook op lange termijn effectief zijn gebleken spreken we van 'Evidenced Based Practice'.

Het doel van de jeugdgezondheidszorg, het bevorderen en beschermen van de gezondheid en de lichamelijke, cognitieve, geestelijke en sociale ontwikkeling van jeugdigen, zowel individueel als op populatieniveau, zou bereikt moeten worden door een efficiënte uitvoering van de activiteiten van de JGZ. Efficiëntie is afgeleid van het begrip efficiënt en zegt iets over de doelmatigheid, de hoeveelheid hulpbronnen en/of middelen die nodig zijn voor het bereiken van het doel. Het gaat dus over *hoe* het doel bereikt wordt. In relatie tot de gezondheidszorg geeft het begrip doelmatigheid de afweging tussen de effectiviteit en de kosten weer. De meest doelmatige activiteiten leveren de beste resultaten, gemeten in gezondheidswinst, tegen de laagst mogelijke prijs.

Van het totale budget van de Nederlandse gezondheidszorg voor 2006, €48 miljard, wordt €185,8⁶⁰ miljoen in het gemeentefonds gestort voor de uitvoering van het BTP. De totale kosten van de JGZ (inclusief AWBZ-vergoedingen) worden geschat op €380 miljoen. Dit betekent (Schuller e.a. 2004) ongeveer €100 per kind per jaar. Het dan ook heel begrijpelijk dat, met de wijziging in de financiering van de JGZ en de verantwoordelijkheid van de gemeenten voor de financiering, er meer nadruk is komen te liggen op transparantie en inzicht in de effectiviteiten van de activiteiten van de JGZ.

8.2 EFFECTIVITEIT VAN INTERVENTIES

Juist omdat het binnen de JGZ om preventie gaat die over het algemeen ongevraagd aan kinderen wordt aangeboden, is het van belang zeker te weten dat de onderdelen het beoogde effect hebben, niet schadelijk zijn en dat de voordelen groter zijn dan de nadelen. Het rechtvaardigt het kritische kijken naar de effectiviteit van de JGZ activiteiten. Uit verschillende studies (Wiegerma 2000, Raat 2001) naar de effectiviteit van JGZ activiteiten blijkt dat van meer dan 90% van de in het BTP omschreven preventieve interventies, enige wetenschappelijke onderbouwing ontbreekt.

Uit de evaluatie van de JGZ 0-19 jaar (Op weg naar volwassenheid, KMPG/TNO 1997) kwam naar voren dat er weinig bekend is over de doelmatigheid en doeltreffendheid van de activiteiten van de JGZ.

De Programmeringsstudie Effectonderzoek Jeugdgezondheidszorg (2001) had tot doel onderzoek te verrichten naar de doelmatigheid en doeltreffendheid van de JGZ. Door deze studie is duidelijk geworden welke activiteiten met voorrang op effectiviteit onderzocht moeten worden. De onderzoeksgroep (GGD Nederland i.s.m. TNO Leiden, LCOKZ Bunnik, Erasmus Universiteit Rotterdam) kwam tot de conclusies dat een aanzienlijk aantal JGZ activiteiten als bewezen en doelmatig kan worden beschouwd echter moet dat van veel producten nog worden aangetoond. Naast onderzoek naar effectiviteit bestaat er ook een grote vraag naar ontwikkelingsonderzoek, met name naar betere instrumenten en methoden voor het volgen en beïnvloeden van psychosociale ontwikkeling. Nieuwe activiteiten, beveelt de onderzoeksgroep aan, komen pas in aanmerking voor opname in het BTP als de doelmatigheid van die activiteit is aangetoond. Tevens dienen bewezen niet-doelmatige activiteiten uit het BTP geschrapt te worden.

De onderzoeksgroep komt ten aanzien van de activiteit voorlichting, advies, instructie en begeleiding geven ter verbetering van het gezondheidsgedrag individueel; opvoedingsondersteuning tot de volgende conclusie⁶¹:

'Literatuuronderzoek:

Het effect van deze activiteiten is afhankelijk van de doelmatigheid en doeltreffendheid van naar aanleiding hiervan ingezette interventies gericht op optimalisering van de sociale en psychische ontwikkeling en het gedrag van kinderen. De uitkomstmaten van dergelijke interventies zijn afname van gedragsproblemen, afname van antisociaal gedrag en criminaliteit, verbetering van de sociale

⁶⁰ bron: Miljoenennota 2006

⁶¹ Programmeringsstudie Effectonderzoek Jeugdgezondheidszorg. Deel 1 Eindrapport pag. 54

weerbaarheid enz. Ontwikkeling van doorwrochte methodieken op dit gebied, gebaseerd op gedegen kennis van causale ketens van determinanten die leiden tot ontwikkelings- en gedragproblemen en waarbij interventie niet uitsluitend gericht is op het kind maar ook op de fysieke en sociale omgeving, zullen nog veel tijd en energie vergen. Aan ontwikkelingsonderzoek op dit gebied is dus grote behoefte. Daarna zal onderzoek naar doeltreffendheid en doelmatigheid van aldus ontwikkelde methodieken zeker nodig zijn. Op dit gebied is het meest behoefte aan ontwikkelingsonderzoek. Effectiviteitsonderzoek van deze activiteit is op basis van literatuuronderzoek gekwalificeerd als vrij dringend nodig.

Conclusie:

Zowel de uitvoerders als de deskundigen zijn van mening dat onderzoek naar de effecten van opvoedingsondersteuning van groot belang zijn. Het literatuuronderzoek bevestigt dit, maar wijst erop dat allereerst theoretisch goed onderbouwde interventies op dit gebied moeten worden ontwikkeld.'

Verdurmen e.a. publiceerden in 2003 een rapport waaruit blijkt dat in Nederland programma's in de jeugd (gezondheids)zorg nauwelijks op hun effecten worden geëvalueerd. Slecht 60 van de ruim 600 programma's waren op hun effecten geëvalueerd en van deze 60 bleken 6 effectief⁶².

Schuller (2004) concludeert dat het waarschijnlijk is dat de JGZ een rol speelt in het opsporen van zorgwekkende en risicovolle opvoedingsituaties. Er is echter nog geen effectieve opsporingsmethode. De effectiviteit van diverse interventies zijn over het algemeen onbekend. Van huisbezoekprogramma's als Oké en VoorZorg wordt de effectiviteit in het brancherapport VWS⁶³, veelbelovend genoemd.

De inventagroep concludeert dat de volgende zeven criteria bijdragen aan effectievere interventies:

- naarmate deze beter doordacht, gestructureerd en gestandaardiseerd is
- naarmate er een beter evenwicht bestaat tussen omvang van de problematiek en de omvang van de beschikbare inzet
- naarmate deze meer aansluit bij de wijze waarop ouders, kinderen en zelf hun problemen ervaren
- naarmate deze gericht zijn op het weer greep krijgen op het eigen leven van ouders, kinderen (empowerment)
- naarmate deze beschikbaar is in de verschillende leefsituaties van ouders en kinderen
- naarmate deze meer werkt met overeengekomen concrete doelen
- naarmate deze sociale netwerken rond ouders en kinderen meer activeert

8.3 EEN EFFECTIEF HUISBEZOEK?

R.Burgmeijer en J. Rijcken beschrijven in 'Het huisbezoek in de OKZ: ritueel of rationeel'⁶⁴ de ontwikkeling van het huisbezoek in de ouder en kindzorg. Na bestudering van de literatuur komen de auteurs tot de conclusie, dat na bijna 100 jaar traditie van huisbezoeken in de ouder en kindzorg nog steeds geen antwoord gegeven kan worden op de vraag in hoeverre huisbezoeken een bijdrage leveren aan de handhaving of verhoging van het bereik en aan de gezondheidstoestand van kinderen.

'Over de effectiviteit en de efficiëntie van de voorlichting, advisering en begeleiding die tijdens het huisbezoek plaatsvindt, blijkt weinig bekend te zijn, evenals over de eventuele meerwaarde die velen aan het huisbezoek toekennen boven andere, minder tijdrovende en minder arbeidsintensieve werkvormen'.

Uit een recente *State of the art-studie* (Buskop-Kobussen en Cox 2004), verricht naar de effectiviteit van verpleegkundige voorlichting, instructie en begeleiding in de JGZ, blijkt dat bij een combinatie van werkvormen de voorlichting door wijkverpleegkundigen jeugdgezondheidszorg effectief is. De toptien van dergelijke werkvormen bestaat uit: inlooppreekuren, consultatiebureau bezoeken, huisbezoeken, telefonische contacten, opvoedcursussen, themabijeenkomsten, licht pedagogische hulpverlening, hulp aan huis en videohometraining.

In de Verenigde Staten zijn diverse huisbezoekprogramma's (Home visitation) beschreven. Onderzoek is gedaan naar het effect van huisbezoekprogramma's die gezinsondersteuning (Family support) bieden. Van de langdurige (2 tot 5 jaar) en intensieve (25 tot 50 huisbezoeken, breed hulpaanbod)

⁶² J.Hermans, Helpen bij opgroeien en opvoeden Hfdst 5.4

⁶³ www.brancherapport.minvws.nl>preventie gericht op jeugd> feiten en cijfers> effectiviteit van de jeugdgezondheidszorg

⁶⁴ Tijdschrift JGZ Nr. 2 - april 2001, pag. 21-26

heeft men inmiddels, door langdurig onderzoek volgens wetenschappelijk strenge criteria, effectiviteit aangetoond. Vermindering van fysieke kindermishandeling en verwaarlozing en andere positieve effecten op het gebied van ouder-kind interactie en welzijn van moeder en kind zijn aangetoond.⁶⁵ De programma's die in Engeland en Ierland uitgevoerd worden door de wijkverpleegkundige (Child Development Program, Bristol) zijn minder degelijk geëvalueerd dan de Amerikaanse programma's. Uit onderzoek in de provincie Zeeland (Staal 2004) bleek dat wijkverpleegkundige JGZ, zestien procent meer kinderen opsporen met potentiële opvoedproblemen wanneer structureel een huisbezoek afgelegd wordt bij gezinnen met peuters van achttien maanden oud. Onderzoekers van TNO en NIZW⁶⁶, noemen het, naar aanleiding van de resultaten van Amerikaans onderzoek, opmerkelijk dat kinderen die tijdens hun eerste twee levensjaren regelmatig huisbezoeken kregen van een daarvoor opgeleide verpleegkundige veel minder antisociaal en crimineel gedrag vertoonden dan kinderen die géén huisbezoek ontvingen. In het rapport staan negen factoren beschreven voor een succesvol huisbezoekprogramma:

1. Zo vroeg mogelijk, bij voorkeur reeds tijdens de zwangerschap, aanbieden
2. Vaak genoeg de betreffende gezinnen bezoeken (vertrouwensrelatie, probleemherkenning en diensten aan kunnen leveren)
3. Vaardigheden om een 'therapeutische relatie' aan te gaan met het betreffende gezin (training en terug kunnen vallen op supervisie en begeleiding op het gebied van geestelijke gezondheidszorg)
4. Vroege tekenen en symptomen van kindermishandeling tijdig kunnen herkennen. Tevens tekenen van huiselijk geweld vroegtijdig signaleren zodat frustratie en woede in de opvoedingssituatie niet tot kindermishandeling zullen leiden.
5. Als voorbeeld fungeren voor effectief ouderschap, als het ware een 'rolmodel' zijn voor hoe een ouder zich gedraagt in een bepaalde situatie.
6. Altijd het belang van het kind voor ogen houden. Aan de noden en de problemen van de ouders de nodige aandacht schenken zonder het belang van het kind er bij in te laten schieten.
7. Gezinnen daadwerkelijk helpen op het gebied van behuizing en transport
8. Vader en mannelijke huisgenoten bij het programma betrekken
9. Huisbezoekprogramma's aanpassen aan de behoeften van de desbetreffende gezinnen. Te "starre blauwdruk" programma's kunnen een averechts effect hebben als gezinnen zich niet in die aanpak (h)erkend voelen.

Merian B.R. Bouwmeester-Landweer promoveerde op 18 mei 2006 op haar onderzoek naar effectiviteit van een preventieve interventie in de vorm van huisbezoeken (Stevig Ouderschap) in gezinnen met een verhoogd risico op opvoedingsproblematiek en kindermishandeling. (zie ook 6.2.4). Het onderzoek heeft de volgende positieve effecten als gevolg van de interventie aangetoond:

- De ouderlijke verwachtingen van hun kinderen zijn (na 2 jaar) significant meer verbeterd dan de verwachtingen van ouders in de vergelijkingsgroep die geen huisbezoeken ontvingen
- De fysieke en psychosociale ontwikkeling van de kinderen zelf is significant verbeterd
- Een klinische significante daling van het risico op kindermishandeling is gevonden in bijna een kwart van de interventiegroep ten opzichte van 8% in de controlegroep
- De interventie blijkt goede resultaten te sorteren in gezinnen met een verhoogd risico en in gezinnen met een eerste kind.

8.4 HOE VERDER?

In Nederland wordt dus al vele jaren gewerkt zonder dat het effect van het werk wordt onderzocht. In een persbericht van 15 maart 2006 reageert Staatsecretaris Ross van VWS als volgt op het rapport van de Inventgroep over vroegsignalering:

'Uit cijfers blijkt dat in 2004 45% van de aangemelde kinderen en jongeren bij Bureau Jeugdzorg geen gespecialiseerde jeugdzorg nodig heeft! Zij kunnen geholpen worden met een lichtere vorm van zorg door bijvoorbeeld jeugdgezondheidszorg of maatschappelijk werk. De staatssecretaris wil dat kinderen

⁶⁵ LVT/LCOKZ i.s.m. NIZW 'Ieder kind een kans' 2002

⁶⁶ F.Leerdam, 'Systematische review naar effectieve interventies ter preventie van kindermishandeling' Leiden/Utrecht TNO/NIZW, 2002

en hun ouders passende hulp krijgen, op tijd en bij voorkeur in de eigen omgeving. Voorkomen moet worden dat deze kinderen van het kastje naar de muur worden gestuurd en dat overbodige toestroom van kinderen naar de Bureaus Jeugdzorg de wachtlijsten daar doen stijgen. Betere en vroegtijdige signalering en passende effectieve interventies moeten het tij keren. In Nederland wordt er nu nog te weinig gewerkt met effectieve signaleringsinstrumenten en interventies. Het huidige instrumentarium wordt nauwelijks getoetst op effectiviteit. Daarom heeft Ross aan ZonMW gevraagd in kaart te brengen op welke terreinen nog effectieve signaleringsinstrumenten en interventies ontwikkeld moeten worden. Op basis hiervan zullen onderzoeksprogramma's worden gestart zodat professionals in het jeugdveld hun werk effectief kunnen doen. Hierdoor kunnen kinderen vroeger en adequater geholpen worden: op tijd en op maat!'

Het lijkt voor de hand liggend om de verschillende werkvormen in Nederland gedegen te gaan toetsen. Vanuit huidige werkvormen wordt veel goede zorg geleverd maar voor die werkwijzen ontbreken vooralsnog de wetenschappelijke *Nederlandse* onderbouwing.

Welke vragenlijst, welk signaleringsinstrument er ook wordt gebruikt het uiteindelijke effect van signalering wordt niet alleen bepaald door de kwaliteit van het instrument of gebruikte methode maar door de combinatie van communicatieve vaardigheden, bejegening van de ouders door de wijkverpleegkundige JGZ en mate van samenwerking met andere disciplines. Het instrumentarium is weliswaar nog beperkt, maar er zijn methoden in gebruik die tot tevredenheid ingezet kunnen worden. Kooijman en Prinsen (2005) concluderen dat er voldoende bruikbare instrumenten aanwezig zijn, en bevelen aan geen nieuwe instrumenten te ontwikkelen maar vervolmaking en implementatie van bestaande methoden en instrumenten waar landelijke overeenstemming over is.

De wijkverpleegkundige JGZ speelt een sleutelrol in de opvoedingsondersteuning echter zij kan het niet alleen, teamwork, multidisciplinaire benadering van risicogezinnen, methodisch en pedagogische ondersteuning en registratie van de bevindingen zijn vereisten voor behoud van kwaliteit van de geleverde zorg. Een voortdurende professionalisering is noodzakelijk en kan alleen een doelmatige werkwijze tot stand brengen wanneer lokale overheden de wijkverpleegkundige JGZ faciliteren voor haar, vaak verre van eenvoudige, taak(Kousemaker 2006).

9 SLOTBESCHOUWING

9.1 SAMENVATTING

De Nederlandse samenleving, en daarmee de rol van het gezin gezien in zijn omgeving, is de laatste decennia veranderd. De combinatie van het opvoeden van kinderen, deelname aan het arbeidsproces, zelfontplooiing en drang naar perfectie legt een grote druk op ouders.

De laatste jaren is er veel onderzoek gedaan naar het opgroeien van kinderen in Nederland. Met een groot deel van de Nederlandse kinderen gaat het goed. De meeste kinderen groeien op in een gezin met twee ouders en er zijn maar weinig gezinnen met een zeer laag opleidings- en inkomensniveau. Door het toenemende aantal eenoudergezinnen, ten gevolge van echtscheidingen, groeit dat aantal wel.

Ouders zijn primair verantwoordelijk voor de opvoeding van hun kinderen. Een deel van de ouders is onzekerder over hun opvoedingskwaliteit en heeft in meer of mindere mate behoefte aan ondersteuning. Het informele netwerk vormt voor ouders de voornaamste bron van steun.

Een kleine groep gezinnen heeft te maken met een opstapeling van financiële, pedagogische, sociale en maatschappelijke problemen. Psychosociale en gedragsproblemen bij kinderen hangen vooral samen met de *hoeveelheid* risicofactoren en minder met de zwaarte van één risicofactor. De risicofactoren en beschermende factoren kunnen elkaar versterken of verzwakken. Kenmerken van de doelgroep zelf zeggen niet zo veel over de kans op problemen. De som van de risicofactoren op micro-, meso- en macroniveau heeft in dat opzicht een veel groter voorspellende waarde.

Op macroniveau geldt toegang tot arbeid, inkomen en opleiding als belangrijkste beschermende factor. Op mesoniveau is de belangrijkste invalshoek het doorbreken van het sociale en culturele isolement van gezinnen in achterstandsituaties. Op microniveau gaat het om het activeren van het eigen probleemoplossende vermogen (empowerment) van ouders en kinderen.

Het bereik van deze doelgroepen door de jeugdgezondheidszorg is vooralsnog niet optimaal te noemen. Daarnaast sluit het aanbod van de jeugdgezondheidszorg niet altijd aan bij de beleving van de ouders.

Het aanbod van opvoedingsondersteuning, een verantwoordelijkheid van de lokale overheid, was altijd meer gericht op het primaire milieu, dat wil zeggen het gezin en de ouders. Hoewel onderkend wordt dat omgevingsfactoren en sociale aspecten een belangrijke rol spelen bij het ontstaan van opvoedingsspanningen is het aanbod van de jeugdgezondheidszorg daar nog niet op afgestemd. Het ontbreekt vooralsnog aan signaleringsinstrumenten en methodieken die een breed beeld kunnen geven van de situatie, vaak wordt één enkel aspect belicht.

9.2 CONCLUSIE

In hoofdstuk 2 heb ik de volgende probleemstelling geformuleerd:

Is, bij **vroegtijdige signalering van problemen in de opvoeding**, een **indicatiehuisbezoek** een **effectieve interventie** die bijdraagt aan het **voorkomen van het risicoproces** en beschikt de **wijkverpleegkundige 0-4 jaar** daarvoor over de **benodigde competenties** en **methodieken**.

Terugkijkend op het probleem gesteld voorafgaande aan de literatuurstudie, kom ik, op basis van de bestudeerde literatuur, tot de volgende conclusie:

Bij vroegtijdige signalering van problemen in de opvoeding, is een indicatiehuisbezoek een effectieve interventie die het risicoproces kan voorkomen mits vroegtijdig, al tijdens de zwangerschap, gestart wordt met het aanbod van huisbezoeken, bij een voorspellende waarde van cumulatie van risicofactoren. Tevens zijn de volgende factoren van belang voor de uiteindelijke effectiviteit van de interventie, wanneer:

- Signalering van problemen gevolgd wordt door het delen van de problemen met ouders
- Het aantal huisbezoeken afgestemd wordt op mate van opvoedingsproblemen
- De som van de risicofactoren toe neemt, het aanbod van het aantal huisbezoeken stijgt ter voorkoming van het risicoproces
- De inhoud van de huisbezoeken aan sluit bij de beleving van ouders
- De versterking van het sociale netwerk wordt bewerkstelligd
- Toeleiding naar instanties die daadwerkelijk bij kunnen dragen aan verbetering sociale problematiek

De wijkverpleegkundige JGZ 0-4 jaar bezit niet altijd over voldoende competenties op het gebied van communicatieve vaardigheden. (zie ook paragraaf 6.2.4 / 7.5) Methodieken zijn voor handen maar echter nauwelijks op effectiviteit getest en wetenschappelijke onderbouwing ontbreekt in veel gevallen.

9.3 AANBEVELINGEN:

De toenemende behoefte aan opvoedingsondersteuning is niet alleen te wijten aan opvoedingsonzekerheden van ouders. Het verband tussen de kwetsende omgeving en opvoedingsproblematiek is aangetoond. Landelijke en lokale overheden dienen daadwerkelijk beleid te ontwikkelen wat vermindering geeft van risicovolle sociale- en omgevingsfactoren.

De voorportaalfunctie van de jeugdgezondheidszorg moet worden versterkt om de doelgroepen goed te kunnen bereiken en de toegankelijkheid tot voorzieningen en toeleiden tot hulpaanbod te realiseren. De aandacht voor het wegwerken van de wachtlijsten bij Jeugdzorg moet niet alleen naar die sector uitgaan maar tevens moet de jeugdgezondheidszorg beter gefaciliteerd worden om het aanbod te laten verminderen van kinderen die in plaats van doorverwezen te worden naar Jeugdzorg door de jeugdgezondheidszorg uitstekend geholpen zouden kunnen worden.

Een programmatische werkwijze, planmatig van opzet, een samenhangend pakket van activiteiten, met een afgebakend tijdspad, met een expliciet doel, effect of eindsituatie voor ogen zou interventies op micro- meso- en macroniveau met elkaar kunnen verbinden. Dit leidt niet alleen tot afstemming van het totale aanbod maar ook tot interactie tussen de diverse beleidsterreinen. Een dergelijke werkwijze moet landelijke ondersteuning krijgen van alle betrokken partijen die in wat voor een vorm dan ook betrokken zijn bij opvoedingsondersteuning.

Het huidige aanbod van interventies is te veel versnipperd. Niet bewezen effectieve interventies moeten niet meer aan ouders worden aangeboden. Slechts de negen, het meest door de JGZ aangeboden interventies dienen voor verder aanbod onderzocht, verbeterd en voorzien van richtlijnen door alle thuiszorgorganisaties op eenduidige wijze worden toegepast. Daaraan moet een registratiesysteem gekoppeld worden waar op eenduidige wijze deelname en effecten kunnen worden geregistreerd.

Het opstellen van een handleiding die specifiek is uitgewerkt voor het zorgaanbod van een methodisch uitgevoerd indicatiehuisbezoek (inclusief verslaglegging) garandeert een eenduidige werkwijze. Een daaraan gekoppeld stroomschema, voor gebruik van signaleringsinstrumenten, multidisciplinaire samenwerking en criteria voor verwijzing zorgen voor adequate toeleiding naar het hulpaanbod.

Diverse evaluatiemomenten moeten de effecten op lange termijn inzichtelijk maken.

Bij alle thuiszorgorganisaties moeten pedagogen aangesteld worden voor consultfunctie bij complexe problemen en coaching aan wijkverpleegkundigen JGZ.

Tot slot:

De jeugdgezondheidszorg zal zich serieus moeten beraden op de ontwikkelingen rond het fenomeen opvoedingsondersteuning. Naast de thuiszorgorganisatie zijn ook andere disciplines als Algemeen Maatschappelijk Werk, Kinderopvangorganisaties en Onderwijsinstellingen in staat om opvoedingsondersteuning te bieden. De competenties in de verschillende domeinen van de wijkverpleegkundige JGZ zijn een essentieel verschil met deze aanbieders van opvoedingsondersteuning. Zij voeren slechts een deeltaak uit waar de wijkverpleegkundige JGZ een centrale rol vervult op het gebied van de zorgcoördinatie van alle betrokken hulpverlenende instanties. Het is van groot belang dat de jeugdgezondheidszorg zich juist op lokaal niveau als zodanig profileert en wijkverpleegkundigen JGZ door hun organisaties gesteund en gefaciliteerd worden om deze centrale rol te kunnen waarmaken en behouden.

Daarnaast moet de Jeugdgezondheidszorg zich de vraag stellen of de taak van een gestructureerd aanbod van langdurige opvoedingsondersteuning slechts is weggelegd voor een handjevol daarvoor speciaal opgeleide wijkverpleegkundigen, waardoor er binnen de functie wijkverpleegkundige twee niveaus ontstaan of is het zaak *alle* wijkverpleegkundigen bij te scholen tot het deskundigheidsniveau wat vereist is om te komen tot een hoogwaardige opvoedingsondersteuning.

Mijns inziens is daarnaast de huidige verpleegkundige opleiding op HBO niveau maar deels toereikend voor deze taak en zou een module opvoedingsondersteuning en/of Minor Pedagogiek een welkome aanvulling zijn op de opleiding om de maatschappelijke ontwikkelingen met gelijke tred te volgen.

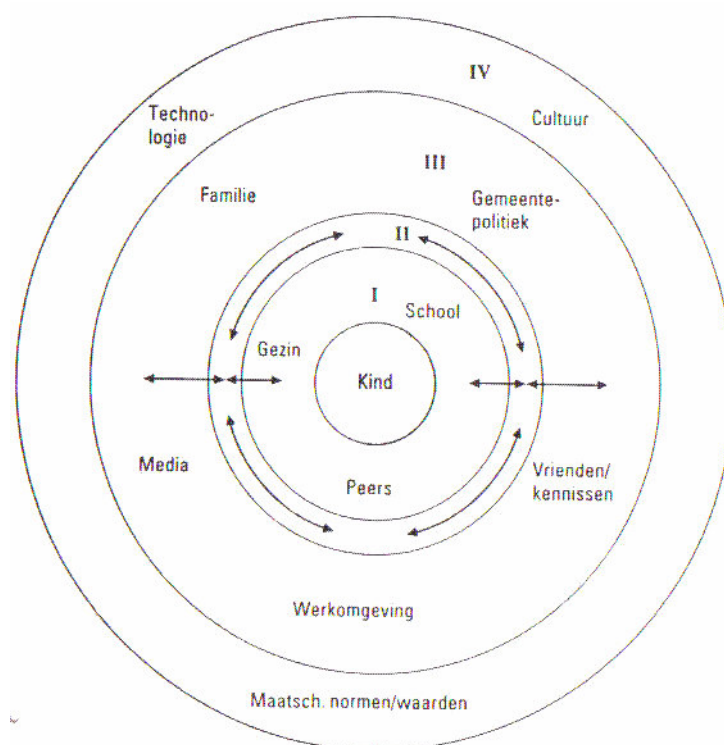
LITERATUUR

AUTEUR	TITEL	UITGAVE
Adriaansen Prof.dr. H.P.M.	Aansprekend opvoeden	Advies van Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling Aan Nederlandse Kabinet 200?
Bakker K. Bogt T. ter Waal M. de	Opgroeien in Nederland	De tijdstroom, NIZW, Utrecht 1993
Beemen L.van	Kind en gezin Hfdt.13 uit: Ontwikkelingspsychologie	Wolters Noordhoff Groningen 2001, 2 ^e druk
Beker M.	Opvoedingsondersteuning en ontwikkelingsstimulering: preventieve gezinsgerichte programma's Hoofdstuk 9	Sociaal en Cultureel Planbureau Rapportage jeugd 2002
Blokland G.C.	Over opvoeden gesproken Methodiekboek pedagogisch adviseren	NIZW Jeugd Utrecht 1996
Broek A.v.d Knulst W.P. Breedveld K.	Naar ander tijden, Tijdsbestedingen tijdsordening in Nederland 1975-1995	Sociaal en cultureel Planbureau Den Haag 1999
Brouwers- de Jong E. Burgmeijer F. Laurent de Angulo M.	Ontwikkelingsonderzoek op het consultatiebureau Handboek bij het vernieuwde Van Wiechenonderzoek	Koninklijke Van Gorcum Assen 1996
Burggraaff-Huiskens M.	Opvoedingsondersteuning als bijzonder vorm van preventie	Coutinho Bussum 1999
Burgmeijer R.J.F. Rijcken J.A.M.W.	Het Huisbezoek in de OKZ: ritueel of rationeel?	Tijdschrift JGZ Nr 2, april 2002
Caris G.J.	Laten praten Een onderzoek naar opvoedingsondersteuning op het consultatiebureau	SWP Utrecht 1997
Dijkstra N.S. e.a.	Programmeringsstudie Effectonderzoek Jeugdgezondheidszorg Deel 1: Eindrapport	GGD Nederland, Landelijk Centrum Ouder- en Kindzorg, Erasmus Universiteit Rotterdam, TNO –preventie en gezondheid
Distelbrink M. Lucassen N. Hooghiemstra E.	Gezin Anno Nu	Werkdocument 9 Nederlandse gezinsraad Den Haag , september 2005
Ederveen S. P.Dekker A.v.d Horst	Bestemming Europa, Immigratie en integratie in de Europese Unie	Sociaal en cultureel planbureau, Den Haag 2005
Feddema G.	Opvoeden kun je leren De vier pijlers van opvoeding	Unieboek BV Houten 2003
Feddma G. Wagenaar A.	En als we nou weer eens gewoon gingen opvoeden	Unieboek BV Houten 1998
H. Sibbing	Demografische ontwikkelingen	Interne uitgave MGZ-opleiding Haagse Hogeschool dec. 2004
H.Sibbing	Wat is primary health care?	Interne uitgave MGZ-opleiding Haagse Hogeschool Macro reader Differentiatie JGZ 2005
Hermans Prof.dr.J., Öry Dr. F. Schrijvers Prof. Dr. G	Helpen bij opgroeien en opvoeden eerder, sneller en beter	Advies uitgebracht op verzoek van staatssecretaris Drs. C. Ross- Van Dorp

Kooijman K. Prinsen B.	Meten + Delen Signalering van zorgwekkende opvoedsituaties in de jeugdgezondheidszorg	NIZW Jeugd SWP Utrecht 2 ^e druk 2005
Ligtermoet I. Pennings T.	Registratie van opvoedingsondersteuning: een begin	NIZW Jeugd Expertisecentrum opvoedingsondersteuning 2005
Mast J. Pool A.	'In ontwikkeling' Competentieprofiel voor in de geïntegreerde jeugdgezondheidszorg	LVW/LVSV NIZW 2005
Prinsen B. Koch W.	Vragen staat vrij Naar een vraaggerichte opvoedingsondersteuning in de jeugdgezondheidszorg	NIZW Jeugd Utrecht 2001
Prinsen B. Verhegge K. Thijze I. ten	Met ouders samen Opvoedingsondersteuning in de preventieve zorg in Nederland en Vlaanderen	NIZW/Kind en Gezin Utrecht/Brussel 2002
Prinsen B. Vries W. de	Ouders ondersteunen in de jeugdgezondheidszorg	NIZW Jeugd Expertisecentrum Opvoedingsondersteuning, Utrecht, juli 2005
Rispens J. Hermans J.M.A. Meeuws W.H.J.	Opvoeden in Nederland	Koninklijke Van Gorcum , Assen 1996
Schuil P.B. e.a	Nederlands Leerboek Jeugdgezondheidszorg deel A	Koninklijke Van Gorcum Assen 2002
Schuller A.A., Burgmeijer R.J.F. e.a	De Jeugdgezondheidszorg Activiteiten onderbouwd	Rapport TNO preventie en Gezondheid, Leiden 2004
Snabel. Prof.dr. P.	Sociaal en cultureel Rapport 1998 25 jaar sociale verandering	Sociaal en cultureel planbureau Den Haag 1998
Straalen L.van Meerveld J. Mast J.	Competentiebeschrijving voor jeugdverpleegkundigen in de thuiszorg	NIZW 2004
Syllabus JGZ symposium 2006	De jeugdverpleegkundige schaaft in de keten van zorg	
Syllabus LVW symposium 2002	Opvoedingsondersteuning 'een gedeelde zorg'	
Timmers-Huigens D.	Opvoeden praktisch bekeken Kinderen als beroep	Van Loghum Slaterus Deventer 1989
Uitenboogaard Drs. B.P.	Stap voor stap een stappenplan om ouders met jonge kinderen te begeleiden bij opvoedingsvragen	SWP, Utrecht 1996
Verberk F. De kuiper M.	Verpleegkunde volgens Het Neuman Systems Model	Koninklijke Van Gorcum Assen 1998 2 ^e druk
Wittebrood K.	Het gezin in een veranderende samenleving, hoofdstuk 2	Sociaal en Cultureel Planbureau Rapportage jeugd 2000
Zeijl E. Crone M. Wiefferink K. Keuzenkamp S. Reijneveld M.	Kinderen in Nederland	Sociaal en cultureel planbureau, Den Haag /TNO Leiden 2005
Websites	www.scp.nl www.cbs.nl www.nizw-jeugd.nl WWW.rivm.nl www.nationaalkompas.nl	www.minvws.nl www.minfin.nl www.tno.nl www.lvw.nl www.platformjgz.nl

10 BIJLAGEN

10.1 MODEL VAN BRONFENBRENNER



10.2 OPVOEDINGSONDERSTEUNING

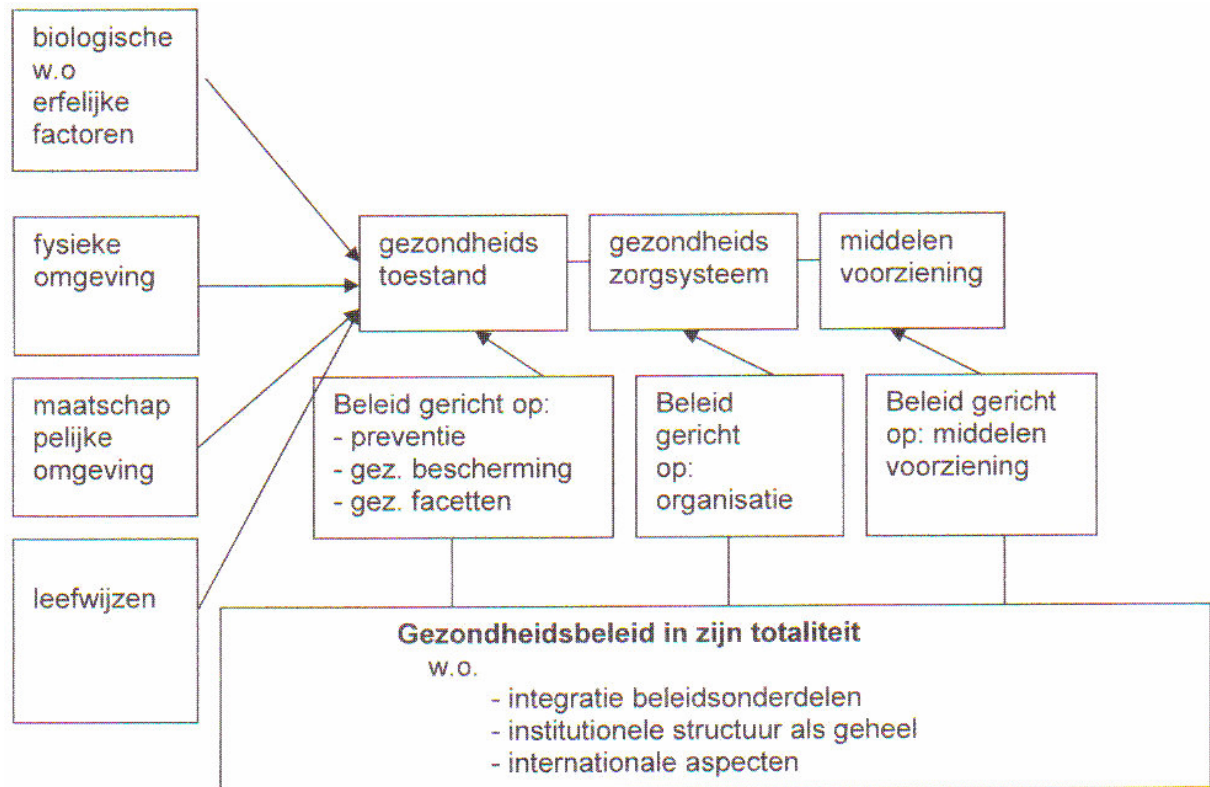
Deel A: Model van Kousemaker (1985)

Gewone opvoedingssituatie	Opvoedingsspanning	Opvoedingscrisis	Opvoedingsnood
Opvoedingsvragen zijn naar tevredenheid op te lossen	Opvoedingsvragen niet soepel oplosbaar	Problemen worden acuut/escaleren	Problemen zijn hardnekkig/complex
Geen echte problemen	Vragen worden problemen	Ouder kan het niet meer aan, ambivalent tegenover kind	Ouders voelen zich machteloos/situatie lijkt onoplosbaar
Ouder voelt zich competent	Ouder is onzeker, doe ik het fout?	Gevoel van incompetentie/onmacht	Relatie Ouder/kind is ernstig verstoord
Behoeftte aan informatie vanuit interesse	Behoeftte aan advies of informatie vanuit onzekerheid	Ad Hoc oplossingen en noodsprongen, sterke behoefte aan hulp en steun	Opvoedingshandelen inadequaar, negatieve spiraal
Steun eigen netwerk voldoende	Steun eigen netwerk niet altijd voldoende	Steun eigen netwerk onvoldoende hulp van buitenaf is wenselijk	Steun eigen netwerk afwezig of werkt averechts Professionele hulp is nodig om eruit te komen

Deel B: Domein van opvoedingsondersteuning in de JGZ (Prinsen en Lim 1999)

Functies opvoedingsondersteuning	Gewone opvoedings-situatie	Opvoedings-spanning	Opvoedings-crisis	Opvoedings-nood
Informatie & Voorlichting	JGZ	JGZ		
Pedagogische advisering/lichte pedagogische hulp	JGZ	JGZ		
Signalering/VTO/doorverwijzen	JGZ	JGZ	JGZ	JGZ
Praktische instrumentele hulp	JGZ	JGZ		
Versterken netwerk/sociale steun	JGZ	JGZ		
Bevorderen stimulerende fysieke/pedagogische omgeving	JGZ			

10.3 GEZONDHEIDSMODEL VAN LALONDE



10.4 OVERZICHT VAN RISICOFACTOREN

	Risicofactoren voor externaliserend gedrag	Internaliserend	Mishandeling & verwaarlozing
Kind	Zwangerschaps-en geboortecomplicaties, laag geboortegewicht (Raine, Brennan & Mednick,1994)	v	v
	Peutergewicht (Raine et al 2005) gemeten in kilogrammen, lengte en 'bulk'		
	Blootstelling aan toxische stoffen	v	
	Mannelijk geslacht		
	Lage intelligentie	v	
	Lage verbale intelligentie gemeten met afmaken van zinnen: laagste 25% van de scores (Nagin & Tremblay,2001)		
	Moeilijk temperament	v	
	Psychofysiologie: lage autonome arousal	v	
Ouder	Alleenstaande ouder	v	v
	Lage opleiding (Nagin & Tremblay, 2001)		v
	Tienermoeder (nl. jonger dan 19 bij eerste kind)		v
	Middelengebruik (ook tijdens zwangerschap)	v	v
	Roken tijdens zwangerschap (moeder)		
	Slechte voeding tijdens zwangerschap (moeder)		
	Armoede/lage socio-economische status/schulden	v	v
	Langdurig arbeidsongeschikt/chronisch ziek		
	Spreekt geen Nederlands		
	Psychopathologie van de moeder		v
	Antisociaal(criminaliteit) gedrag ouders		
	Depressie van moeder	v	v
	Als kind mishandeld		
Gezin	Relatieproblemen, conflicten met ex (Kelly & Emery ,2003; leon, 2003; Kelly, 2000;Whiteside & Becker, 2000)		
	Huwelijksproblemen/mishandeling partners	v	v
	Etnische minderheidsstatus		
	Onvoldoende kwaliteit sensitiviteit(Shaw, 2000, De Wolff en van IJzenhoorn, 1997)	v	v
	Tekort in communicatie ouder- kind (gebrek aan warmte)	v	v
	Verwaarlozing en mishandeling (ook tussen ouders)		
	Snelle wisseling in verzorgers van het kind		v
	Huwelijksconflicten/geweld in het gezin	v	v
	Grote gezinsomvang		v
	Hoge mate van stress/ life events	v	v
Buurt, Vrienden/ school	Ingrijpende gebeurtenissen in het leven van het kind en zijn gezin: echtscheiding, overlijden van significant persoon zoals bv een broer of zus		
	Of ouder(van IJzendoorn, Schuengel & Bakermans-Kranenburg,1999)		
	Delinquente vrienden		
	Achterstandwijk		
	Peer rejection		
	Geen band met school		
	Slechte school prestaties		
	'Slechte' buurt, kansarme buurt, geen sociale controle in buurt	v	
	Concentratie van delinquenten in buurt	v	
	Geweld/toegang tot wapens	v	
	Onveilige woonomgeving		
	Te kleine huisvesting		

10.5 BALANSMODEL VAN BAKKER (1997)

