

# tsg

tijdschrift voor gezondheidswetenschappen



## Themanummer

De toekomst van de (preventieve) zorg  
voor jeugd

7 / 2013

  
Vereniging voor  
Volksgezondheid en Wetenschap

[www.tsg.bsl.nl](http://www.tsg.bsl.nl)

# Colofon

TSG is een multidisciplinair wetenschappelijk tijdschrift op het gebied van volksgezondheid en de gezondheidszorg. TSG verschijnt 8 keer per jaar en wordt uitgegeven onder verantwoordelijkheid van de Vereniging voor Volksgezondheid en Wetenschap (V & W) in samenwerking met uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media b.v.. TSG verschijnt als twee vormen: als tijdschrift en in uitgebreidere vorm online via Mijn BSL op [www.bsl.nl](http://www.bsl.nl).

## Hoofredactie

J.W.J. van der Gulden  
J.J. Polder

## Redactie

D.M. Beneken genaamd Kolmer  
M. Bloemers  
D. de Boer  
W.F.M. de Haes  
N. Hoeymans  
J. van Kammen  
P.L. Kocken  
E. Mulder  
H. van Oers  
F. Pijpers  
A. van der Poel  
J.M.G.A. Schols  
H.A. Smit  
W.A.H.J. van Stiphout  
T. Voorham

## Redactiesecretaris

J.C. Bazen  
Biezenkamp 10  
3925 TL Scherpenzeel  
Telefoon: 033-2772175  
E-mail: [tsg@redbazen.nl](mailto:tsg@redbazen.nl)

## Auteursinstructies

[www.bsl.nl/auteursinstructies](http://www.bsl.nl/auteursinstructies)

## Ledenadministratie V&W

Secretariaat V&W  
p/a Lindelaan 4  
2282 EX Rijswijk  
e-mail: [secretariaat@verenigingvenw.nl](mailto:secretariaat@verenigingvenw.nl)  
[www.verenigingvenw.nl](http://www.verenigingvenw.nl)

## Abonnementen

– leden V&W

V&W leden ontvangen 8 x per jaar het TSG en 6 x per jaar de elektronische versie van de European Journal of Public Health. Leden die een papieren versie van de European Journal of Public Health wensen te ontvangen, dienen dit rechtstreeks te regelen met Oxford University Press.

Indien u gebruik wilt maken van de elektronische toezending van de EJPH, is het noodzakelijk uw e-mailadres zo spoedig mogelijk aan het V&W secretariaat te sturen, het adres is:

[secretariaat@verenigingvenw.nl](mailto:secretariaat@verenigingvenw.nl).

– niet leden

klantenservice Bohn Stafleu van Loghum, Postbus 246  
3990 GA Houten  
Telefoon: 030-6383736  
Telefax: 030-6383999  
Voor meer informatie en bestellingen raadpleeg [www.bsl.nl](http://www.bsl.nl)

– abonnementsprijzen

Reguliere abonnementsprijs (print & online toegang):  
€ 149,50

Studenten ontvangen 50% korting. Voor buitenlandse abonnees geldt een toeslag op de abonnementsprijs.

Meer abonnementsvormen? Kijk op [www.bsl.nl](http://www.bsl.nl)

Het abonnement kan elk gewenst moment ingaan en wordt automatisch verlengd, tenzij twee maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd.

## Advertenties

Bohn Stafleu van Loghum,  
Frank van der Walt,  
Postbus 246,  
3990 GA Houten  
e-mail: [f.vanderwalt@bsl.nl](mailto:f.vanderwalt@bsl.nl)  
Telefoon: 030-6383732  
Telefax: 030-6383996

## Adreswijzigingen niet-leden

Bij een wijziging van de tenaamstelling en/of het adres, verzoeken wij u de adresdrager met de gewijzigde gegevens op te sturen naar de afdeling Klantenservice (adres: zie abonnementen)

Levering en diensten geschieden volgens de voorwaarden van Springer Media bv, gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernummer 32107635 op 17 juni 2010. De voorwaarden zijn in te zien op [www.bsl.nl](http://www.bsl.nl), of worden de koper op diens verzoek toegezonden.

Het overnemen en vermenigvuldigen van artikelen en berichten uit dit tijdschrift is slechts geoorloofd met bronvermelding en met schriftelijke toestemming van de uitgever.

© 2013 Bohn Stafleu van Loghum

## Verschijsning

Achtmaal per jaar

## ISSN

1388-7491

**mvw**  
media voor vak  
& wetenschap

*Inhoudsopgave met auteursnamen van de rubrieken Spectrum, Praktijk en Forum*

## SPECTRUM

- 363 De transitie en transformatie van zorg voor jeugd: een ruwe diamant**  
Frans Pijpers, Magda Boere-Boonekamp, Leanthe van Harten, Loes Hartman, Paul Kocken, Brigit Rijbroek, Ariëlle de Ruijter, Toon Voorham
- 363 Oude wijn in 408 nieuwe vaten**  
Robert Vermeiren
- 364 Veiligheid van kinderen; zorgen en kansen in de transformatie van de zorg**  
E.J. Knorth, S.A. Reijneveld
- 366 JGZ op de drempel naar gepersonaliseerde zorg**  
Bernice Doove, Jan Heller, Frans Feron
- 367 JGZ als verbinder in het lokale sociale domein – Over de rol van de JGZ in de keten van de zorg voor jeugd**  
Ferdinand Strijthagen
- 368 Activerende welzijnszorg – Het verbinden van praktijkonderzoek en onderwijs**  
Toby Witte
- 369 Van crowdsourcing naar co-creatie**  
Marian Zandbergen
- 370 Gemeenten wijzigen werkwijze: Nadruk op oplossing in plaats van probleem**  
Erik Dannenberg

## PRAKTIJK

- 372 Jeugdgezondheidszorg West-Brabant nieuwe stijl – Durf te innoveren, durf te kiezen!**  
Annemieke van der Zijden
- 374 Van risicotaxatie naar gezamenlijk inschatten zorgbehoeften (GIZ) – Samen met ouders en jeugdigen krachten en behoeften in beeld brengen**  
Marjanne Bontje
- 377 Flexibele (klinische) zorg voor jonge kinderen**  
Anna Went, Marco Braam, Bertine Lahuis
- 378 Migrantenouders beter ondersteund**  
Marjolijn Distelbrink, Abdellah Mehrzaz, Wilma Aarts
- 381 Motivaties van maatschappelijk werkers voor het wel of niet verwijzen naar de Begeleide OmgangsRegeling van Humanitas**  
E.M. Oosterkamp-Szwajcer, M.T. Cerneus-Hoffman, M. Elferink, I. Harmsen, M.R. Kamp, M.M.M. Krijnsen

## FORUM

- 384 Dubbele winst**  
Inge Steinbuch, Paul Dam
- 386 Verkenning jeugdgezondheid: landelijk overzicht gezondheid Nederlandse jeugd**  
Heleen H. Hamberg-van Reenen, Susan A. Meijer, Manon Savelkoul, Paul F. van Gils, Frans I.M. Pijpers
- 388 Gemeente Rotterdam toetst eigen jeugdinterventies – Toetscommissie Interventies Jeugd (TIJ)**  
A.J.J. Voorham
- 391 Inschatten van veiligheid en kans op kindermishandeling: noodzaak, instrumenten en ontwikkelingen**  
Cora Bartelink, Klaas Kooijman
- 393 De Leerfabriek, onderzoekend leren met professionals in de Groningse zorg voor jeugd**  
Lucienne van Eijk, Jolanda Tuinstra

## REDACTIONEEL

- 359 De toekomst van de (preventieve) zorg voor jeugd**  
De redactie van dit themanummer: Paul Kocken, Magda Boere-Boonekamp, Leante van Harten, Loes Hartman, Brigit Rijbroek, Ariëlle de Ruijter, Frans Pijpers, Toon Voorham
- 361 TSG Online**

## SPECTRUM \*

- 363 De transitie en transformatie van zorg voor jeugd: een ruwe diamant**
- 363 Oude wijn in 408 nieuwe vaten**
- 364 Veiligheid van kinderen; zorgen en kansen in de transformatie van de zorg**
- 366 JGZ op de drempel naar gepersonaliseerde zorg**
- 367 JGZ als verbinder in het lokale sociale domein – Over de rol van de JGZ in de keten van de zorg voor jeugd**
- 368 Activerende welzijnszorg – Het verbinden van praktijkonderzoek en onderwijs**
- 369 Van crowdsourcing naar co-creatie**
- 370 Gemeenten wijzigen werkwijze: Nadruk op oplossing in plaats van probleem**

## PRAKTIJK \*

- 372 Jeugdgezondheidszorg West-Brabant nieuwe stijl – Durf te innoveren, durf te kiezen!**
- 374 Van risicotaxatie naar gezamenlijk inschatten zorgbehoeften (GIZ) – Samen met ouders en jeugdigen krachten en behoeften in beeld brengen**
- 377 Flexibele (klinische) zorg voor jonge kinderen**
- 378 Migrantenouders beter ondersteund**
- 381 Motivaties van maatschappelijk werkers voor het wel of niet verwijzen naar de Begeleide OmgangsRegeling van Humanitas**

## FORUM \*

- 384 Dubbele winst**
- 386 Verkenning jeugdgezondheid: landelijk overzicht gezondheid Nederlandse jeugd**
- 388 Gemeente Rotterdam toetst eigen jeugdinterventies – Toetscommissie Interventies Jeugd (TIJ)**
- 391 Inschatten van veiligheid en kans op kindermishandeling: noodzaak, instrumenten en ontwikkelingen**
- 393 De Leerfabriek, onderzoekend leren met professionals in de Groningse zorg voor jeugd**

## WETENSCHAPPELIJKE ARTIKELEN

- 396 Kindermishandeling in Nederland Anno 2010 – De Tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (NPM-2010)**  
Lenneke Alink, Fieke Pannebakker, Saskia Euser, Marian Bakermans-Kranenburg, Ton Vogels, Rien van IJzendoorn
- 405 De effectiviteit van een depressie preventie programma ('Op Volle Kracht') bij adolescente meisjes met verhoogde depressieve symptomen – Een gerandomiseerde studie**  
Lieke A.M.W. Wijnhoven, Daan H.M. Creemers, Ad A. Vermulst, Ron H.J. Scholte, Rutger C.M.E. Engels

## WETENSCHAPPELIJKE ARTIKELEN ONLINE

- 415 Signaleren in de JGZ: Ontwikkeling en bruikbaarheid van een standaard vragenlijst ten behoeve van het preventief gezondheidsonderzoek 5-6 en 10-11 jarigen**  
Meinou H.C. Theunissen, Gaby P.A. de Lijster, Jeroen A. de Wilde, Paul L. Kocken
- 422 Worden etnische verschillen in de toegankelijkheid en het gebruik van de jeugd-GGz minder?**  
A.I. Wierdsma, G.W. Mies, A.M. Kamperman
- 429 JGZ richtlijn opvoedingsondersteuning – Een richtlijn voor opvoedingsvragen en lichte opvoedproblemen in de jeugdgezondheidszorg**  
Marianne de Wolff, Marjolein Oudhof, Mascha Kamphuis, Monique L'Hoir, Margreet de Ruiter, Bert Prinsen
- 437 Is e-health behandeling binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie effectief? – Een systematische review van Randomized Controlled Trials**  
K.C.M. Bul, A.M. de Ruijter, M. van Wingerden, A. Maras

\* Zie voor de auteursnamen van de bijdragen in de rubrieken Spectrum, Praktijk en Forum de binnenzijde van het omslag.



## De toekomst van de (preventieve) zorg voor jeugd

Geen kind buiten spel! Dat is het centrale uitgangspunt van het nieuwe jeugdstelsel dat de komende jaren in Nederland wordt doorgevoerd. In dit jeugdstelsel krijgen gemeenten per 1 januari 2015 de financiële en beleidsverantwoordelijkheid voor de provinciale jeugdzorg, de jeugd-geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de jeugd-verstandelijk beperkten (VB) zorg, inclusief kindbeschermingmaatregelen en jeugdclassering. De gemeenten hebben straks de verantwoordelijkheid over de jeugdgezondheidszorg (JGZ) en het welzijn.

TSG biedt u in dit themanummer over ‘de toekomst van de (preventieve) zorg voor jeugd’ een staalkaart aan initiatieven en projecten die inhoud geven aan de transformatie waarin de organisaties in de jeugdsector zich bevinden. De artikelen beschrijven stuk voor stuk pareltjes van ontwikkelingen in een zorgsector die zich op de toekomst voorbereidt. Ook geven onderzoekers in wetenschappelijke artikelen de onmisbare onderbouwing aan een toekomstbestendige zorg voor jeugd. De titel van het themanummer verwijst naar deze blik op de toekomst en naar de breedte van het aanbod van jeugdhulp en JGZ in al zijn diversiteit die ons land rijk is. In de brief van de staatssecretaris van 25 juni 2013 over het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg wordt onderscheid gemaakt tussen de preventieve taken van de JGZ en de meer curatieve taken van bijvoorbeeld de jeugdhulp en huisartsenzorg.<sup>1</sup> De JGZ is populatiegericht en wil vanuit haar preventieve taak alle kinderen in beeld hebben. De jeugdhulp, zoals de jeugd-GGZ, jeugdzorg of jeugd-VB, is aan zet als er een vraag om zorg van het kind of gezin komt, of als bemoeizorg noodzakelijk is. Instellingen uit de jeugdhulp bieden niet alleen hulp bij ernstige psychische klachten van het kind of bij multiproblematiek in het gezin, maar ook bij lichte opvoedvragen. De artikelen in dit themanummer gaan over dit hele spectrum van de (preventieve) zorg voor jeugd: van preventie, signalering, toeleiding naar hulp of behandeling. De zorgsoorten JGZ, jeugd-GGZ, jeugdzorg en jeugd welzijnswerk staan in de schijnwerpers.

Met de stelselwijziging wil de overheid de grote druk op de gespecialiseerde zorg terugdringen. Ook moet de verkokerde manier van werken in de jeugdhulp worden aangepakt en een integrale aanpak door de jeugdhulp makkelijker worden gemaakt. In de nieuwe Jeugdwet, die op 1 juli 2013 naar de Tweede Kamer is gestuurd, worden de doelen van gemeentelijk beleid genoemd.<sup>2</sup> De artikelen in dit themanummer geven sprekende voorbeelden van hoe de jeugdsector hieraan kan bijdragen. Hieronder

volgt een greep uit de artikelen aan de hand van de beleidsdoelen:

- *Het voorkomen en de vroege signalering van en vroege interventie bij opgroei- en opvoedproblemen, psychische problemen en stoornissen.* Wijnhoven et al. evalueren de effectiviteit van het depressie-preventieprogramma ‘Op Volle Kracht’ voor adolescente meisjes met depressieve symptomen. Theunissen et al. beschrijven de ontwikkeling van een standaardsignaleringslijst, te gebruiken in het preventieve gezondheidsonderzoek door de JGZ voor 5/6 en 10/11-jarigen. Bul et al. presenteren een review van de effectiviteit van het gebruik van eHealth in jeugd-GGZ.
  - *Het versterken van het opvoedkundige klimaat in gezinnen, wijken, buurten, scholen, kinderopvang en peuterspeelzalen.* De Wolff et al. beschrijven de nieuw ontwikkelde JGZ-richtlijn opvoedingsondersteuning.
  - *Het bevorderen van de opvoedvaardigheden van de ouders, opdat zij in staat zijn hun verantwoordelijkheid te dragen voor de opvoeding en het opgroeien van jeugdigen.* Distelbrink beschrijft in de rubriek Praktijk de onderbouwing van twee opvoedcursussen voor migrantenouders. Zandbergen houdt in Spectrum een pleidooi voor co-creatie, zodat ouders zelf inhoud geven aan methodieken om met elkaar in gesprek te gaan over opvoeden.
  - *Het inschakelen, herstellen en versterken van de eigen mogelijkheden en het probleemoplossend vermogen van de jeugdige, ouders en de personen die tot hun sociale omgeving behoren, waarbij voor zover mogelijk wordt uitgegaan van hun eigen inbreng.* Went et al. presenteren in Praktijk de resultaten van een omslag in een instelling voor jeugd-GGZ, waarbij zorg op maat wordt gegeven, zo licht mogelijk en dichtbij het gezin. Bontje laat in Praktijk zien hoe een nieuwe methode van inschatten van zorgbehoeften wordt ontwikkeld, waarin de participatie van ouders en jongeren duidelijk voorop staat.
  - *Het bevorderen van de veiligheid van de jeugdige in de opvoedsituatie waarin hij opgroeit.* Bartelink en Kooijman gaan in Forum in op de mogelijkheden en beperkingen van instrumenten voor het inschatten van de kans op kindermishandeling. Alink et al. presenteren het onderzoek van de Tweede Nationale Prevalentie-studie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen.
  - *Integrale hulp aan de jeugdige en zijn ouders, indien sprake is van multiproblematiek.* Strijthagen bepleit in Spectrum een centrale rol voor de JGZ als generalist in wijkteams. Van Eijk en Tuinstra wijzen in Forum op het lerend vermogen van samenwerkende hulpverleners bij het doorontwikkelen van Centra voor Jeugd en Gezin.
- Bovenstaande thema's worden behandeld door auteurs

die afkomstig zijn van diverse zorgsoorten. Dit brengt de integrale zorg voor het kind dichterbij. Een aantal auteurs laat ook voorbeelden zien van de integrale benadering die het eigen werkveld overstijgt. Oosterkamp-Szwajcer et al. wijzen in Praktijk erop dat een aanbod van Begeleide Omgangsregeling bij conflictueuze echtscheidingen preventief kan werken. Voorham et al. doen in Forum verslag van het werk van de Rotterdamse Toetscommissie Interventies Jeugd, die zich niet strikt houdt aan de grenzen van de zorgsoorten. Ook het thema kindveiligheid krijgt in dit themanummer veel aandacht en overstijgt alle zorgsoorten.

De gemeenten en de zorgaanbieders staan voor grote uitdagingen waarvan de uitkomst onzeker is. De initiatieven, projecten en onderzoeken in dit themanummer zijn een bron van inspiratie voor de betrokkenen bij deze transitie en transformatie. Doe er uw voordeel mee! Er zijn ook veel zorgen over de toekomst. Zo moeten gemeenten straks voorzien in een kwalitatief en kwantitatief toereikend aanbod van jeugdhulp, terwijl veel noodzakelijke maatregelen voor een verantwoorde decentralisatie nog niet tot stand zijn gekomen.<sup>3</sup> Ze moeten adviseren over het bepalen en inzetten van de aangewezen vorm van jeugdhulp en een verzoek doen tot onderzoek bij de Raad voor de Kinderbescherming als een kindbeschermingsmaatregel nodig is. Hiermee is op lokaal niveau weinig ervaring. Dit vraagt om weloverwogen besluitvorming op de weg naar de invoering van het nieuwe jeugdstelsel. In Spectrum worden daarover terecht veel kritische vragen gesteld.

We zijn bij de voorbereiding van het themanummer veel enthousiasme en positieve inzet tegen gekomen. De jeugdsector spant zich in het belang van de gezonde ontwikkeling van kinderen enorm in om tot betere en efficiënte zorg te komen. Echter, bij het doorvoeren van veranderingen kijkt de toekomstige financier, de gemeente, over de schouder mee. Het is dan lastig voor de zorg om kritische geluiden te laten horen over de vorm en het tempo waarin het nieuwe jeugdstelsel zijn beslag krijgt. Immers, dezelfde gemeente zal straks ook beslissen of de innovatieve zorgvoorziening in het lokale aanbod wordt opgenomen. Omdat overheid en zorg vastberaden werken aan het nieuwe jeugdstelsel lijkt er geen weg terug te zijn: 'failure is not an option'. Een kritische noot is hier op zijn plaats want ook waar het niet goed gaat, moet dat

op tijd worden gesignaleerd. Daarvoor zijn de belangen te groot. Het is belangrijk dat de bestaande kennis in de jeugdsector goed wordt benut. Ook is een goede onderbouwing door middel van onderzoek naar de veranderingen in de jeugdsector nodig. En het zichtbaar maken van de opbrengsten van best practices kan een kwaliteitsimpuls geven aan de transformatie. Niet iedere gemeente of regio hoeft immers het wiel uit te vinden. Het blijven uitwisselen van kennis en informatie is bij het realiseren van de eerder genoemde beleidsdoelstellingen belangrijk. Dat is een opgave voor de landelijke en voor de regionale kennisinfrastructuur die rond jeugd in de afgelopen jaren is gegroeid. Zo zijn er de academische werkplaatsen jeugd die in veel regio's sinds 2010 bestaan. Zij verbinden beleid, praktijk, onderzoek en onderwijs om onderzoeksprojecten en de bijbehorende noodzakelijke kenniscirculatie te realiseren.

Op 1 januari 2015 zal de (preventieve) zorg voor jeugd er anders uitzien. TSG wil ook in de toekomst blijven volgen wat de stelselwijziging gaat opleveren voor kind en gezin. Uw bijdragen in de vorm van opiniërende stukken, wetenschappelijke en praktijkartikelen zijn meer dan welkom.

De redactie van dit themanummer:

*Paul Kocken*  
*Magda Boere-Boonekamp*  
*Leante van Harten*  
*Loes Hartman*  
*Brigit Rijbroek*  
*Ariëlle de Ruijter*  
*Frans Pijpers*  
*Toon Voorham*

#### **LITERATUUR**

1. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Standpunt advies basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg dd. 25 juni 2013. Kenmerk: 123736-105142-PG. Den Haag: VWS, 2013.
2. Tweede Kamer. Regels over de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor preventie, ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en ouders bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen. Voorstel van wet. 33684. Vergaderjaar 2012-2013. Den Haag, VWS, 2013.
3. Transitiecommissie Stelselherziening Jeugd. Tweede rapportage. Den Haag: VWS, 2013.

Dit themanummer is mogelijk gemaakt met ondersteuning van ZonMw ([www.zonmw.nl/jeugd](http://www.zonmw.nl/jeugd)), Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), TNO, Hogeschool Rotterdam, Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg, Bureau Jeugdzorg Stadsregio Rotterdam en Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Dit themanummer is in z'n geheel ook te vinden op de website van BSL ([www.tsg.bsl.nl](http://www.tsg.bsl.nl)).



*U kunt in de korte signaleringen hieronder zien welke artikelen alleen te vinden zijn in TSG online. Voor de volledige publicaties wordt verwezen naar [www.tsg.bsl.nl](http://www.tsg.bsl.nl).*

## Signaleren in de jeugdgezondheidszorg

In de jeugdgezondheidszorg (JGZ) is gebruikelijk dat ouders en/of het kind voorafgaand aan een preventieve gezondheidsonderzoek zelf een signaleringslijst invullen. Deze signaleringslijsten zijn nauwelijks theoretisch onderbouwd. Daarom is op systematische wijze een standaard signaleringslijst ontwikkeld voor het preventieve gezondheidsonderzoek binnen de jeugdgezondheidszorg van 5-6 en 10-11 jarigen. Deze standaard signaleringslijst is getoetst op bruikbaarheid.

Uit het bruikbaarheidsonderzoek dat Meinou Theunissen en collega's in dit themanummer presenteren blijkt dat de standaard signaleringslijst goed bruikbaar is binnen de JGZ-praktijk. Ouders die dit nieuwe instrument hadden gebruikt reageerden positief. Ook medewerkers uit de JGZ zeggen goed met de nieuwe standaard signaleringslijst te kunnen werken.

De auteurs concluderen dat de bruikbaarheid van dit screeningsinstrument is aangetoond. Aanbevolen wordt om aandacht te geven aan de implementatie van de standaard signaleringslijst in de JGZ en verder onderzoek te doen naar de normaalwaarden en validiteit.

*Meinou Theunissen, Gaby de Lijster, Jeroen de Wilde, Paul Kocken. Signaleren in de JGZ: Ontwikkeling en bruikbaarheid van een standaard vragenlijst ten behoeve van het preventief gezondheidsonderzoek 5-6 en 10-11 jarigen. TSG Online 2013;91:415-421.*

## Etnische verschillen in toegankelijkheid en gebruik van de jeugd-GGz

De organisatie van de jeugdzorg is in de afgelopen tien jaar ingrijpend gewijzigd. Met gegevens van het Rotterdamse psychiatrisch casusregister onderzochten Wierdsma en co-auteurs wat na de invoering van de Wet op de Jeugdzorg (januari 2005) is veranderd in de toegankelijkheid en continuïteit van de geestelijke gezondheidszorg (GGz) voor patiënten in de leeftijd van 0 tot en met 18 jaar. Het accent lag daarbij op de invloed van etnische verschillen.

De conclusie van dit onderzoek is dat de toegankelijkheid van de jeugd-GGz na de invoering van de Wet op de Jeugdzorg voor verschillende groepen allochtonen niet duidelijk is verbeterd. Er zijn geen etnische verschillen gevonden in continuïteit van zorg. De auteurs pleiten voor nader onderzoek naar de achtergronden zodat aanbod en vraag beter afgestemd kunnen worden.

*A.I. Wierdsma, G.W. Mies, A.M. Kamperman. Worden etnische verschillen in de toegankelijkheid en het gebruik van de jeugd-GGz minder? TSG Online 2013;91:422-428.*

## Opvoedingsondersteuning in de jeugdgezondheidszorg

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) is bij uitstek de plaats waar opvoedingsondersteuning wordt aangeboden. Hoewel bijna alle ouders de JGZ bezoeken, zijn lang niet alle ouders tevreden over het gesprek over opvoeding of de adviezen die ze krijgen. Slechts een derde van de kwetsbare gezinnen (met relatief veel risicofactoren) zoekt hulp of advies bij de opvoeding. Marianne de Wolff en collega's beschrijven hoe door TNO en het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) een richtlijn is ontwikkeld om de kwaliteit van opvoedingsondersteuning in de JGZ en het CJG te verhogen.

De richtlijn is opgesteld volgens de methode van evidence-based richtlijnontwikkeling. Omdat voor veel uitgangsvragen geen wetenschappelijke literatuur beschikbaar was, is bij de ontwikkeling dankbaar gebruik gemaakt van de expertise van professionals. Ook ouders hebben via focusgroepen en een chatbox inbreng gehad.

De richtlijn bevat een beslisschema dat de professional kan volgen zodra 'opvoeding' aan de orde komt. Verder biedt de richtlijn een werkkaart met aanbevolen signaleringsinstrumenten en interventies voor opvoedingsondersteuning in de JGZ. Belangrijke aanbevelingen voor de JGZ zijn om tijdens alle contactmomenten opvoeding aan de orde laten komen, een luisterend oor te bieden voor de vragen en zorgen van ouders, en de beschikking te krijgen over één of meer van de aanbevolen signaleringsinstrumenten en interventies.

*Marianne de Wolff, Marjolein Oudhof, Mascha Kamphuis, Monique L'Hoir, Margreet de Ruiter, Bert Prinsen. JGZ richtlijn opvoedingsondersteuning. Een richtlijn voor opvoedingsvragen en lichte opvoedproblemen in de jeugdgezondheidszorg. TSG Online 2013;91:429-436.*

## Is e-health behandeling in de kinder- en jeugdpsychiatrie effectief?

In het kader van ambulantisering en het vergroten van de regie van de patiënt ontstaan steeds meer e-health initiatieven binnen de geestelijke gezondheidszorg. Onderzoek naar de effectiviteit hiervan lijkt recentelijk pas toe te nemen. Kim Bul en collega's presenteren een systematische review naar de effectiviteit van e-health behandeling binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie op basis van gerandomiseerde en gecontroleerde studies. E-health is hierbij ingedeeld naar de toepassingen telepsychiatrie, internet en Serious Games.

Diverse inclusie- en exclusie criteria bepaalden of artikelen wel of niet in aanmerking kwamen. Interventies, populaties en uitkomstmaten bleken te verschillen naar gelang de toepassing van e-health. Uiteindelijk voldeden

23 studies aan de selectiecriteria. De beschikbare gegevens suggereren dat e-health voor een aantal stoornissen even effectief is als face-to-face behandeling maar dat verder onderzoek de meerwaarde van e-health nog dient aan te tonen.

De systematische review laat zien dat e-health behandeling in toenemende mate een belangrijke rol inneemt binnen het spectrum van kinder- en jeugdpsychiatrische behandeling. De eerste resultaten zijn veelbelovend, toch blijken e-health interventies nog niet voor alle stoornisgebieden ontwikkeld of onderzocht te zijn. Verder is nog maar weinig bekend over de oorzaken van uitval en werkzame mechanismen van e-health. Net zoals andere interventies binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie is onderzoek van e-health interventies op gebied van effectiviteit en efficiëntie gewenst.

*K.C.M. Bul, A.M. de Ruijter, M. van Wingerden, A. Maras. Is e-health behandeling binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie effectief? Een systematische review van Randomized Controlled Trials. TSG Online 2013;91:437-447.*



## De transitie en transformatie van zorg voor jeugd: een ruwe diamant

Frans Pijpers<sup>1</sup> Magda Boere-Boonekamp<sup>1</sup> Leanne van Harten<sup>1</sup> Loes Hartman<sup>1</sup> Paul Kocken<sup>1</sup> Brigit Rijbroek<sup>1</sup> Arielle de Ruijter<sup>1</sup> Toon Voorham<sup>1</sup>

*Als gevolg van tekortkomingen in de zorgstructuur vindt een bestuurlijke transitie van het stelsel van zorg voor jeugd en een zorginhoudelijke transformatie plaats. De verplichte Jeugdbescherming, de vrijwillige Jeugdzorg, Jeugdgezondheidszorg, Jeugd-GGZ, Jeugd-LVB (licht verstandelijk beperkten) en welzijn komen in één bestuurlijk kader, waarover de gemeenten, soms op bovengemeentelijk niveau, het beleid bepalen. Voor gemeenten wordt de samenhang tussen het algemene preventief jeugdbeleid, de jeugdgezondheidszorg en de jeugdzorg erg belangrijk, en de Centra voor Jeugd en Gezin vervullen daarin de verbindende schakel.*

Er zijn onzekerheden over de toekomst. De 408 gemeenten moeten straks voorzien in een kwalitatief en kwantitatief toereikend aanbod van jeugdhulp. Ze moeten adviseren over het bepalen en inzetten van de aangewezen vorm van jeugdhulp en een verzoek doen tot onderzoek bij de Raad voor de Kinderbescherming als een kindbeschermingsmaatregel nodig is. Hiermee is op lokaal niveau weinig ervaring. Dit vraagt om weloverwogen besluitvorming op de weg naar de invoering van het nieuwe jeugdstelsel. Vermeiren stelt in zijn bijdrage dan ook

kritische vragen over de toekomstige zorg: krijgen kinderen wel de zorg die zij nodig hebben, als de *gemeente* bepaalt welke zorg dat is? Knorth en Reijneveld commentariëren het vermogen van de zorg om tot een goede inschatting te komen van de kindveiligheid, gezien de uiteenlopende ervaring en diagnostische vaardigheden van professionals. Hebben professionals de goede methodieken om zorgbehoeften te signaleren en om ouders te motiveren om gebruik te maken van de zorg? Zorgen over het jeugdstelsel gelden ook voor het voortraject, wanneer de JGZ aan zet is. Doove, Heller en Feran pleiten voor een integrale blik, preventieve en gepersonaliseerde zorg. Strijthagen stelt dat JGZ de verbinder in het sociale domein zou kunnen zijn. Nog veel vragen. Witte wijst daarom op het belang van actieonderzoek door praktijk, onderwijs en onderzoek gezamenlijk. En Zandbergen geeft aan dat co-creatie met ouders en jeugdigen goede innovatieve ideeën oplevert. Dannenberg wijst op de beleidsruimte die naar zijn idee gemeenten nodig hebben om maatwerk te kunnen leveren. De transitie en transformatie is geen blauwdruk, maar vraagt om een ontwikkelingsbenadering. De zorg voor jeugd zal als een ruwe diamant zorgvuldig geslepen moeten worden.

<sup>1</sup> themaredactie (preventieve) zorg voor de jeugd

## Oude wijn in 408 nieuwe vaten

Robert Vermeiren<sup>1</sup>

*20-12-2012 een prachtige dag, de geboorte van mijn zoon. Een gezond kereltje is het. We doen er uiteraard alles aan om dat zo te houden. Met gezonde voeding, een liefdevolle duidelijke opvoeding, ... nemen we onze verantwoordelijkheid hem gezond en veilig te laten opgroeien. Zoals de overheid het van ons wil.*

Maar stel dat het ondanks alles toch anders gaat. Stel dat dit unieke wezentje het thuis en op school niet blijkt te doen. Stel dat hij psychische problemen krijgt.

Dan zouden we hulp zoeken uiteraard. Hoe dat zal verlopen is anders als de jeugdwet er is.

Nu zouden we wellicht onze huisarts raadplegen. Om verwezen te worden. Voor GGZ zijn we verzekerd, in onze polis staat wat kan. Op voorhand weten we dus waar we aanspraak op kunnen maken. Als we dat anders willen, dan kunnen we ons

volgend jaar extra verzekeren, en zo nodig veranderen van verzekeraar.

### NA 2015

Met de jeugdwet gaat dat drastisch veranderen. Vanaf 2015 zijn we niet langer verzekerd voor zorg bij psychische problemen van ons kind. Psychische problemen vallen dan onder de noemer jeugdhulp. Vanaf dan bepaalt de gemeente welke zorg onze zoon kan krijgen.

De reden zoals de Memorie van toelichting bij de jeugdwet het verwoordt: *'De afgelopen decennia zijn steeds meer ongemakken en problemen het medische circuit in getrokken'. 'Het is een doorgesloten tendens om sociale problemen op te lossen onder het medische regime.'* Gegeven het feit dat slechts 1/5 van alle jeugdzorg gelden aan de medische GGZ worden besteedt, een bijzonder uitgangspunt.

Alle zorg voor jeugd, inclusief de kinderpsychiatrie, wordt

<sup>1</sup> VUMC, Amsterdam

een voorziening onder regie van de gemeente. De inhoud, beschikbaarheid en reikwijdte van jeugdhulp wordt bepaald door lokale democratische besluitvorming (Raad voor het Openbaar Bestuur). Periodiek moeten 408 gemeenten een plan maken voor de jeugdhulp. Omwille van de 'overbodige' medicalisering zijn de ingrediënten: voorkomen en vroegsignalering, opvoedondersteuning en het versterken van de eigen mogelijkheden, vanuit de visie van de pedagogische civil society.

De enige manier om daar invloed te veranderen is via de gemeenteraadsverkiezingen. Verhuizen is een andere optie, in een gemeente gaan wonen die meer biedt.

## SPECIALISTISCHE ZORG

In de toelichting bij de jeugdwet wordt erkend dat soms zwaardere vormen van hulp en zorg nodig zullen blijven. In dat geval wordt een snelle en goede toeleiding nodig geacht. Ook staatssecretaris van Rijn benadrukte dat begin juli in het NRC. Daarom zouden de huisarts, de jeugdarts en de medisch specialist kunnen verwijzen naar de jeugd ggz.

Kan ik dan zoals nu via de huisarts verwezen worden? Nee. De gemeente kan in een verordening aangeven welke vormen van jeugdhulp na verwijzing mogelijk zijn, alsook de voorwaarden.

Een gemeente is er bovendien enkel toe gehouden een voorziening te treffen *"als de jeugdige en zijn ouders er op eigen kracht niet uitkomen."* In een gesprek met de jeugdige, de ouders en het sociale netwerk zal dat worden getoetst. Als er vervolgens jeugdhulp nodig is, dan *"beslist de gemeente of en welke voorziening een jeugdige nodig heeft."*

## DE GEMEENTE CENTRAAL

Geheel in lijn met de jeugdwet heeft de regio Peel en Maas de gezinscoach ingevoerd. Die gaat volgens het principe van 1gezin/1plan, gebruik makend van de eigen kracht, doelen opstellen. Waar nodig wordt specialistische hulp ingeroepen. De gezinscoach blijft de centrale persoon die bewaakt of de doelen worden behaald, of iedereen in het gezin betrokken is en of de afspraken worden nagekomen.

De jeugdwet heeft als doel de zorg eenvoudiger te maken. Met dat doel wordt de indicatie door Bureau Jeugdzorg afschaft. In de nieuwe context wordt Bureau Jeugdzorg gewoon vervangen door een gezinscoach. Een overbodige bureaucratie laag wordt aldus in stand gehouden. Als wij voor eventuele psychische problemen van onze zoon zorg nodig hebben, dan wordt de gezinscoach een verplichte en overbodige tussenkomst. Ons ouders wordt de regie ontnomen.

## TROOST

Als we het als ouders niet eens zijn met de uitkomsten van het gesprek met 'de gemeente' dan rest ons één mogelijkheid. Conform de Algemene Wet Bestuursrecht kunnen we bezwaar en beroep aantekenen. 'Daarmee is de rechtsbescherming van de burger gewaarborgd.'

De private sector gaat vast gouden tijden beleven (voor wie het kan betalen), tot ook deze jeugdwet weer herzien wordt. Hopelijk blijven de gevolgen voor gezinnen en kinderen beperkt. Anders zal de maatschappij een serieuze prijs betalen.

## CORRESPONDENTIEADRES

**Prof. dr. Robert Vermeiren, Endegeesterstraatweg 27,  
2342 AK Oegstgeest, e-mail:  
R.R.J.M.Vermeiren@curium.nl**

# Veiligheid van kinderen; zorgen en kansen in de transformatie van de zorg

E.J. Knorth,<sup>1</sup> S.A. Reijneveld<sup>2</sup>

*Geschat wordt dat in Nederland in 2010 bijna 119.000 minderjarige bloot stonden aan kindermishandeling, dat is 3,4% van alle kinderen. Bij de 12-17 jarigen lag het aantal beduidend hoger; 9,9%. Onveiligheid voor kinderen is met andere woorden overall om ons heen aanwezig. Te verwachten is dat het percentage zal stijgen omdat professionals alerter lijken te worden.<sup>1</sup> Grote vraag is hoe we grip houden op dit grote en groeiende probleem in het veranderende landschap van zorg voor jeugd. En bij voorkeur: hoe gaan we het beter doen? Daar valt nog wat te doen.*

## EEN CASUS ALS VOORBEELD

Bureau Jeugdzorg heeft een melding ontvangen van een leerkracht op een basisschool die zich zorgen maakt over Diana uit groep drie. Het gezin is bekend bij Bureau Jeugdzorg en het maatschappelijk werk, maar er was de afgelopen drie jaar geen bemoeienis met het gezin.

Het gezin woont in een gehuurde flat in een arme buurt. De flat is redelijk schoon en is ingericht met eenvoudig meubilair. Het gezin zit in financiële moeilijkheden sinds de zaak die vader opende failliet ging.

Op school is Diana stilletjes. Ze gaat weinig om met andere kinderen. De lerares meldt dat Diana's cognitieve ontwikkeling achterligt op die van haar leeftijdgenoten, dat Diana in de pauze regelmatig andere kinderen slaat en dat ze verschillende keren onverklaarbare woede-uitbarstingen heeft gehad. De school-

<sup>1</sup> Afdeling Orthopedagogiek, RU Groningen

<sup>2</sup> Afdeling Gezondheidswetenschappen, UMC Groningen

psycholoog en de klassen-assistent hebben geprobeerd om een vertrouwensband met haar op te bouwen, maar Diana weigerde hun vragen te beantwoorden.

De lerares vertelde dat Diana blauwe plekken heeft gehad op haar handen en rug. Afgelopen half jaar kwam Diana bovendien een keer op school met een gebroken arm en een andere keer met een schouder uit de kom.

Wordt er in Nederland 'gemakkelijk' gemeld bij signalen van kindermishandeling of zijn we relatief terughoudend? Dat weten we niet. We zien het aantal meldingen door professionals de laatste jaren duidelijk toenemen,<sup>1</sup> maar hebben reden te veronderstellen dat signalen ook nog geregeld worden gemist. Mede tegen deze achtergrond zijn in ons land 'meldcodes' voor professionals geïntroduceerd: richtlijnen hoe te handelen bij een vermoeden van kindermishandeling en huiselijk geweld. Alhoewel er aanwijzingen zijn dat een meldcode hulpverleners er vaker toe aanzet bij 'vermoedens' in actie te komen dan collega's die geen meldcode hanteren garanderen zij allermist een consistente gedragslijn.

Bovenstaande casusbeschrijving legden we, in veel uitgebreider vorm, recent voor aan ruim 200 professionals, werkzaam bij zes Bureaus Jeugdzorg in Nederland; professionals die wekelijks geconfronteerd worden met mishandelingszaken.<sup>2</sup> De vraag was a. hoe risicovol de situatie werd geacht voor het beschreven kind, en b. wat er diende te gebeuren. Wat betreft de eerste vraag was er een hoge tot flinke mate van overeenstemming. Op het punt van te ondernemen actie was er echter minder consensus: 2/3 deel van de respondenten opteerde voor hulp aan/in het gezin, 1/3 deel adviseerde plaatsing van het kind in een pleeggezin.

De variatie tussen professionals die we vonden is geen uniek resultaat: beslissingen van professionals om al dan niet actie te ondernemen verschillen.<sup>3</sup> Deze verschillen hangen samen met kenmerken van professionals zelf (ervaring, attituden), van de organisatie waarbinnen men werkt (beleid, ondersteuning), en van de culturele/regionale context (regelgeving, beschikbare zorgvoorzieningen).<sup>3,4</sup>

Nu we aan de vooravond staan van een transformatie van de zorg voor jeugd, waarbij beoogd wordt dat de eerstelijnsvoorzieningen (zoals huisarts, CJG, GGD, maatschappelijk werk) méér opgroei- en opvoedingsproblemen zélf tot een oplossing brengen en minder doorverwijzen naar specialistische zorg, rijst de vraag wat dit betekent voor de signalering en aanpak van kindermishandeling. Wordt de professional beter toegerust?

Wordt zijn organisatorische inbedding beter? En misschien nog belangrijker: gaat de civil society dergelijke problemen beter voorkomen en oplossen zodat de werklast van professional en diens organisatie minder wordt?

We zijn er niet gerust op. Er komt nog meer druk op het 'voorveld' te staan dan reeds het geval is.<sup>5</sup> We willen er dan ook voor pleiten dat eerstelijnswerkers ruimte houden/krijgen zich te bekwamen in het signaleren en aanpakken van (vermoedens van) kindermishandeling, met speciale aandacht voor de wijze waarop zij tot het besluit komen al dan niet in actie te komen. Samenwerking met regionale meldpunten voor huiselijk geweld en kindermishandeling ligt in de rede. Er valt veel te winnen in de transformatie van de zorg voor jeugd – maar er valt ook veel te verliezen.

#### LITERATUUR

1. *Alink L, Pannebakker F, IJzendoorn R van, Bakermans-Kranenburg M, Vogels T, Euser S.* Kindermishandeling in Nederland anno 2010: De Tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling Kinderen en Jeugdigen (NPM-2010). Tijdschr Gezondheidswet 2013;91:xx-xx.
2. *Knorth EJ, Koopmans AC, López M.* Besluitvorming bij verdenking van kindermishandeling. Paper Kenniskring 'Entree van zorg voor jeugd', Groningen: Academische Werkplaats C4Youth, UMCG, Groningen, 2012. Zie: [http://www.c4youth.nl/actueel/nieuws/nieuwsbericht/\\_nieuws/item/detail/c4youth-kenniskring-kindermishandeling-van-afwachten-tot-uthuisplaatsen-1/](http://www.c4youth.nl/actueel/nieuws/nieuwsbericht/_nieuws/item/detail/c4youth-kenniskring-kindermishandeling-van-afwachten-tot-uthuisplaatsen-1/)
3. *Arad-Davidson B, Benbenishty R.* Contribution of child protection workers' attitudes to their risk assessments and intervention recommendations: A study in Israel. *Health Soc Care Community* 2009;18:1-9.
4. *Theunissen MH, Vogels AG, Reijneveld SA.* Work experience and style explain variation among pediatricians in the detection of children with psychosocial problems. *Acad Pediatrics* 2012; 2:495-501.
5. *Eijk LM van, Verhage V, Noordik FW, Reijneveld SA, Knorth EJ.* TakeCare Provincie Groningen. Een onderzoek naar kenmerken van jeugdigen en hun ouders in relatie tot de geboden zorg. Groningen: Universitair Medisch Centrum Groningen / Rijksuniversiteit Groningen, 2013.

#### CORRESPONDENTIEADRES

**Prof.dr. Erik J. Knorth, Afdeling Orthopedagogiek, RU Groningen, Groningen, e-mail: e.j.knorth@rug.nl**

## JGZ op de drempel naar gepersonaliseerde zorg

Bernice Doove,<sup>1,2</sup> Jan Heller,<sup>3</sup> Frans Feron<sup>2,3</sup>

*Charles Darwin leerde ons 150 jaar geleden: "It is not the fittest of the species that survives, it is the most adaptable to change". Onze veranderende samenleving en de komende stelselwijzigingen in de jeugdsector vormen continue uitdagingen voor de JGZ om – samen met ouders en andere partners in de zorg – groei, gezondheid en ontwikkeling van kinderen te optimaliseren en waar nodig complexe problemen te reduceren. Cruciaal daarbij blijft de vraag: "En wat heeft het kind er nou aan?"*

JGZ richt zich op het optimaliseren van de interactie tussen de biologisch-genetische baseline van kinderen enerzijds en hun materiële en immateriële omgeving anderzijds, voor zover van belang voor hun gezondheid, groei en ontwikkeling. Uitgangspunt voor de frequentie en inhoud van de contactmomenten binnen de JGZ is het streven naar longitudinale continuïteit van zorg voor kinderen en jeugdigen. Het spanningsveld tussen programma-eisen en de vigerende hulpvraag vanuit de maatschappelijke context impliceert dat JGZ onvoldoende kan anticiperen op actuele probleemdomen zoals psychosociale problemen, overgewicht/obesitas, onveilige kindomgeving (kinder mishandeling, pestproblemen), middelengebruik/verslaving, en chronische ziekten van kinderen en jeugdigen. Bezuinigingsdruk en het streven naar kwaliteitsverbetering, soms gehanteerd als synoniem van bezuinigingen, dwingen de JGZ tot een heroriëntatie op functie, taak en werkwijze. Echter, vanuit de inhoud is die heroriëntatie wellicht nog urgenter.

De interactie tussen kind en omgeving wordt bepaald door multidimensionale dynamische processen in de longitudinale levensloop van kinderen en jeugdigen, resulterend in een oneindige variabiliteit aan unieke individuen. Theoretische ordening is noodzakelijk om de multidimensionale processen begrijpelijk en tevens grijpbaar te maken. Daarnaast zal theoretische ordening niet mogen leiden tot exclusie of reductie van determinanten die van invloed zijn. In dit opzicht is de theoretische clustering van symptomen tot diagnostische entiteiten illustratief: binnen het conventionele medisch model volgt therapie op de diagnose en hebben kinderen met een stoornis zoals gedefinieerd binnen de DSM-V recht op bijvoorbeeld speciaal onderwijs, persoonsgebonden budget, rugzakjes, ambulante begeleiding en andere interventies. Echter, dit medisch model excludeert kinderen van zorg ingeval van problemen waarbij symptomen niet te clusteren zijn tot een diagnose, maar waarbij er wel sprake is van evidente lijdensdruk en/of een stagnerende ontwikkeling. Voor deze groep kinderen biedt een conventionele benadering maar beperkt hulp. Het aantal kinderen waar het evident niet goed mee gaat, maar dat niet binnen

de DSM-criteria valt, is naar schatting anderhalf tot tweemaal groter dan de prevalentie van kinderen mét een DSM-diagnose.<sup>1</sup>

JGZ biedt een uniek kader om de klinische gevolgen van beginnende problemen positief te beïnvloeden, met name de problematiek die (nog) niet binnen een diagnostische classificatie valt. Wanneer een biologische kwetsbaarheid aanwezig is, kan een preklinische, prodromale fase ontstaan waarin nog geen symptomen waarneembaar zijn. De interactie tussen genetisch bepaalde kwetsbaarheid (baseline risico) en stressoren (omgevingsfactoren) leidt in een continuüm in de tijd – via processen van initiatie en progressie van symptomen – uiteindelijk tot een diagnostische entiteit op grond waarvan besloten wordt tot een interventie. Volgens dit concept is er sprake van zogenaamd *'growing into deficit'* binnen een continuüm. Of *'growing into deficit'* van toepassing is, zal bepaald worden door de 'initierende gebeurtenissen' en gezondheidsdeterminanten in de omgevingscontexten.<sup>2,3</sup>

In dit continuüm schiet het conventionele medische model tekort voor het vroegtijdig evalueren van symptomen en problemen voordat deze clusteren tot diagnostische entiteiten. Hier ligt een cruciale verantwoordelijkheid voor de JGZ: binnen de referentiekaders een afweging maken op het snijvlak van symptoomdimensies en diagnostische entiteiten, waarbij op ieder moment determinanten kwantitatief en/of kwalitatief invloed kunnen hebben op het verloop in de tijd. De realiteit is uiteraard veel complexer: zo kunnen meerdere ontwikkelingspaden leiden tot dezelfde manifeste outcome, is verandering mogelijk op verschillende momenten in het leeftijdspectief, en wordt verandering ingekaderd door eerdere adaptatie.<sup>4</sup>

De veranderende maatschappelijke hulpvraag vormt een uitdaging voor de JGZ: de uitdaging tot transformatie van een conventionele benadering (*"find it and fix it"*) naar een toekomstbestendige, dynamisch strategische, aanpak (*"predict it and personalize it"*).<sup>5</sup> Daarbij zal steeds meer accent komen te liggen op het personaliseren van zorg: anticiperen op specifieke individuele behoeften van kinderen en jeugdigen gebruik makend van het vermogen om risico's voor gezondheid, groei en ontwikkeling te voorspellen, vast te stellen en te kwantificeren met nieuwe wetenschappelijke kennis en geavanceerde tools.<sup>6</sup> De JGZ staat op de drempel van transformatie naar een nieuw paradigma: gepersonaliseerde Jeugdgezondheidszorg.

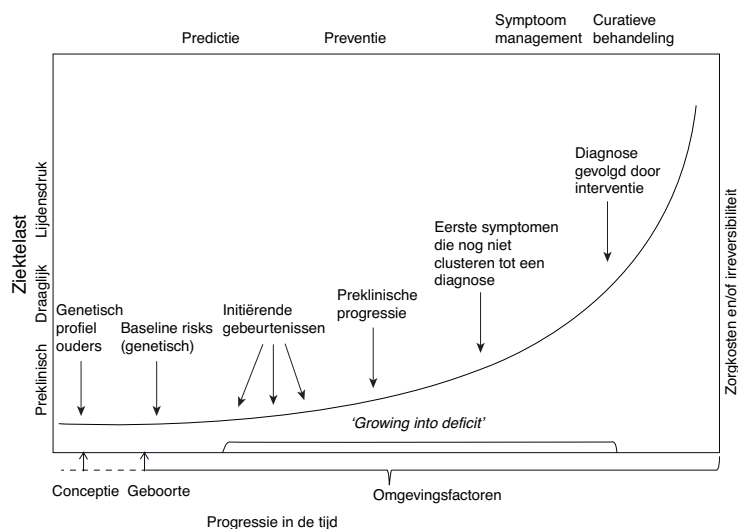
### LITERATUUR

1. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and Task Force on Mental Health. The Future of Pediatrics: Mental Health Competencies for Pediatric Primary Care. *Pediatrics* 2009;124:410-21.
2. Snyderman R. The role of genomics in enabling prospective health care. In: Willard H, Ginsburg GS, eds. *Genomic and personalized medicine*. Durham, NC: Elsevier, 2009:378-85.

<sup>1</sup> Jeugdgezondheidszorg GroenekruisDomicura Maastricht

<sup>2</sup> Vakgroep Sociale Geneeskunde, Universiteit Maastricht

<sup>3</sup> Jeugdgezondheidszorg GGD Zuid Limburg



Figuur 1 'growing into deficit' in het ontwikkelingscontinuüm

3. Syurina EV, Hens K, Feron FJM. Literature Review: Use of Family History for Primary Pediatric Care as the Next Step Towards use of Genomics in Healthcare. *Curr Pediatric Rev* 2013 (in druk).
4. Sroufe LA, Egeland B, Carlson E, Collins WA. *The Development of the Person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood*. New York: Guilford Publications, 2005.
5. Snyderman R. Personalized health care: From theory to practice. *J Biotechnol* 2012;7:973-9.
6. Syurina EV, Schulte in den Bäumen T, Angela Brand A, Ambrosino A, Feron FJM. Concepts for the translation of genome-based innovations into public health: a comprehensive overview. *Personalized Med* 2013;10:163-76.

#### CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. Frans Feron, Vakgroep Sociale Geneeskunde, Universiteit Maastricht, Postbus 626, 6200 MD Maastricht, e-mail: f.feron@maastrichtuniversity.nl

## JGZ als verbinder in het lokale sociale domein

### Over de rol van de JGZ in de keten van de zorg voor jeugd

Ferdinand Strijthagen<sup>1</sup>

*In de uitwerking van de stelselherziening Jeugd wordt duidelijk dat de traditionele rollen van de actoren in de zorg voor jeugd moeten veranderen. De discussie die binnen het jeugddomein gaande is, richt zich onder andere op de vraag of er sprake moet zijn van een generalist, verenigd in de functie van een persoon, of van generalistisch werken, in kleine, gevarieerd samengestelde teams met een brede generalistische blik.*

Veel gemeenten zien een toekomstig jeugdstelsel voor zich waarin lokaal, in wijkgerichte teams van professionals die met jeugd en ouders werken, het merendeel van de vragen en problemen omtrent opvoeden en gezond en veilige opgroeien kan

worden opgepakt. De zogenaamde sociale wijkteams. Er wordt met en binnen dit soort teams nu volop geëxperimenteerd met de jeugd- en gezinsgeneralist als een nieuw soort functie, maar ook als een generalistische werkwijze bij hulp aan jeugd en gezin.

De vraag is nu hoe de Jeugdgezondheidszorg zich verder ontwikkelt in relatie tot de jeugd- en gezinsgeneralist.

Het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) heeft eind 2012 *Betrokken en Nabij, contouren van een visie op de zorg voor jeugd* gepubliceerd. In dit document, dat in nauwe samenwerking met de verschillende partijen uit het brede veld van de zorg voor jeugd is opgesteld, is een eerstelijnszorg voor jeugd beschreven die een spil is in het web van alle partijen in de samenleving, die betrokken zijn bij de zorg voor kinderen. De eerstelijnszorg wordt in het document *Publieke zorg voor jeugd*

<sup>1</sup> Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, Utrecht

(PZJ) genoemd. Om deze eerstelijnszorg heen staan, naast de ouders en het kind, de sociale verbanden van het kind, de overheid (van lokaal naar landelijk), de gemeenschap (van school tot sportvereniging) en de georganiseerde, professionele zorg. In de beschreven eerstelijns zijn verschillende rollen verenigd. Signaleerder, begeleider, behandelaar, belangenbehartiger van het kind en poortwachter voor de tweede en derde lijn. In *Betrokken en Nabij* wordt de functie van de eerstelijnszorg voor Jeugd toegekend aan de PZJ-zorgverlener. Deze zorgverlener biedt concrete hulp en ondersteuning op maat en sluit zoveel mogelijk aan op de leefwereld van het gezin. Het NCJ werkt nu aan de afronding van deze visie waarin de rol van de Jeugdgezondheidszorg nadrukkelijk wordt belicht.

In het nieuwe stelsel van de publieke zorg voor jeugd, vormgegeven in een generalistisch team zoals het sociale wijkteam, is een aantal factoren van belang. Het is belangrijk het kind en het gezin te benaderen met een brede systeemblik. Dat wil zeggen dat sociale, psychische en fysieke aspecten evenals omgevingsfactoren worden meegenomen in de visie op het kind. Daarnaast moet er voldoende reflectie plaatsvinden op het eigen handelen en opvattingen als het gaat om de definiëring van zaken als gezondheid en kwaliteit van leven. Het zou immers een gemiste kans zijn wanneer er in de sociale wijkteams alleen probleemgestuurd gewerkt zou worden. Het gaat toch juist om normaliseren, de eigen kracht van ouders stimuleren en

faciliteren, ontzorgen, en demedicaliseren? Het gaat toch om tijdig ingrijpen om erger te voorkomen; om preventie?

De uitgangspunten die eerder beschreven zijn ten aanzien van de werkzaamheden van de PZJ-zorgverlener gelden dan ook onverminderd voor het sociale wijkteam. Concrete hulp en ondersteuning die aansluit bij de leefwereld van kind en gezin. Waarbij de zorgverleners adviseren en ondersteunen, maar waarin het gezin centraal staat en leidend is. Zoeken naar duurzame oplossingen en versterken van de eigen kracht. Gebruik maken van een vroeg-signaleringsstelsel dat is gebaseerd op geïnformeerde vrouwen. Waar nodig inbrengen van generalistische expertise of opschalen naar expertteams. Na richtinggevende diagnostiek wordt gericht doorverwezen waardoor het zorgproces effectief en efficiënt is.

Deze factoren zijn van groot belang voor het goed kunnen functioneren als sociaal wijkteam en raken de kern en de kracht van de Jeugdgezondheidszorg.

De Jeugdgezondheidszorg kent alle kinderen en hun gezinnen en is laagdrempelig, heeft een brede sociaal-medische blik, is schakelpunt en verbindt naar de eerste, tweede en derde lijn en naar het onderwijs. Dat maakt de Jeugdgezondheidszorg bij uitstek een trekker én kernspeler in het sociale wijkteam.

#### CORRESPONDENTIEADRES

**Ferdinand Strijthagen, Nederlands Centrum  
Jeugdgezondheid, Utrecht, e-mail: [fstrijthagen@ncj.nl](mailto:fstrijthagen@ncj.nl)**

## Activerende welzijnszorg

### *Het verbinden van praktijkonderzoek en onderwijs*

Toby Witte<sup>1</sup>

*Rotterdam telt zo'n 5000 jongeren tussen 17 en 23 jaar van wie niet duidelijk is wat ze overdag doen. Het gaat hier veelal om jongeren zonder startkwalificatie, voortijdige schoolverlaters. Behalve het ontbreken van een zinvolle dagbesteding heeft een groot deel van hen allerlei problemen. Deze jongeren zijn deels zorgmijders en vallen grotendeels buiten de scoop van de Jeugdzorg. Onderwijs-, zorg- en welzijnsinstellingen hebben moeite deze jonge "afglijders" binnen te halen en vervolgens binnenboord te houden.*

Het heeft niet alleen te maken met het gedrag van de jongeren maar eveneens met de ontwikkeling en professionalisering in "jeugdzorgland". Het ontbreekt in veel gevallen aan *integraal maatwerk*. Een effectieve en vooral samenhangende aanpak zijn nodig om de maatschappelijke stijgingskansen en participatie van jongeren in een kwetsbare positie te verhogen. Kwantitatieve en vooral kwalitatieve kennis van de werkzame bestanddelen van interventies zijn helaas beperkt voorradig, terwijl dit

juist zo essentieel is voor de doelbereiking. Analyses van wat nu wel werkt en wat niet werkt, *best practices* maar zeker ook *worst practices* (van fouten kun je immers leren!), zijn regelmatig ontbrekende schakels in onderzoek. Zeker nu het stelsel van zorg en welzijn in Nederland aan het kantelen is en er een 'nieuwe' sociale professional wordt gevraagd, is meer praktijkgericht onderzoek waarin onderwijs, onderzoek en innovatie met elkaar verbonden zijn, onontbeerlijk ook al kijkt de universitaire 'wetenschap' soms met enige dedain neer op dit type van hbo onderzoek.

#### KANTELING

Eerst even de kanteling in de zorg- en welzijnssector. Die kanteling betreft niet alleen de bezuinigingen maar gaat eveneens over vernieuwing van het "zorgdenken". Zorg en welzijn smelten samen tot "welzijnszorg". De decentralisering van de jeugdzorg, de participatiewet, de stelselherziening passend onderwijs en uitbouw van de WMO (welzijn nieuwe stijl) betekenen onder meer dat nadruk komt te liggen op "meedoen": perspectief bieden aan jongeren en gezinnen met psychische en/of ge-

<sup>1</sup> Hogeschool Rotterdam, Rotterdam

dragsproblemen. Daar hebben sociale professionals doorgaans nog te weinig oog voor. Sociaal professionals zouden de talenten (onbenutte kwaliteiten) van risicojongeren en probleemgezinnen meer centraal moeten stellen, leren denken vanuit mogelijkheden in plaats van beperkingen. Perspectiefgericht werken, vraagt om een andere manier van activerend (samen)werken en opleiden, het vraagt deels om andere competenties. Sociale professionals hebben behoefte aan inzicht in een gefundeerd en passend aanbod voor zorgvragers die buiten de boot dreigen te vallen. Allereerst vinden zij het van belang om in kaart te hebben in hoeverre hulp- en ondersteuningsprogramma's aansluiten bij de diversiteit aan wensen en behoeften van de doelgroep. Tevens hebben professionals behoefte aan vertaling van de werkpraktijk in de benodigde competenties van werkers en scholingsmodulen voor ontbrekende competenties. Dit pleit mijns inziens voor meer praktijkgericht en innovatief onderzoek in plaats van fundamenteel onderzoek. Om enigszins gechargeerd te zeggen daar hebben praktijk (het werkveld) en het hbo-onderwijs meer aan.<sup>1</sup>

#### PRAKTIJKONDERZOEK

Praktijkonderzoek heeft een duidelijk belang dat anders is dan het meer op fundamenteel weten gerichte wetenschappelijke onderzoek. Het gaat om het verschil tussen het 'academisch perspectief' en het 'veranderkundig - praktijkgerichte - perspectief'. Bij het laatste genoemde ligt bij de aanleiding voor het onderzoek een concrete hulpvraag ten grondslag. Ook de doelen van het beide perspectieven verschillen: verklarend en conceptueel samenhangend versus beschrijven, begrijpen en oplossen. Academisch onderzoek richt zich doorgaans op de vraag hoe de theorie verder kan worden ontwikkeld door zijn verklarende kracht te versterken, terwijl praktijkonderzoek wil weten hoe het precies zit in een bepaalde situatie en of het anders zou kunnen. Het draait vooral om oplossingsgerichte kennis, waarbij de nadruk ligt op uitvoeren, begrijpen en verbeteren oftewel 'werkt het hier, en zo ja, hoe?' en 'waarom werkt het hier?' Het antwoord leidt in principe tot overdraagbare kennis: een praktijktheorie die professionals kunnen toepassen om maatschappelijke problemen te helpen oplossen.<sup>2</sup> Ter onderbouwing geef ik

een voorbeeld die het belang en mijn pleidooi voor meer praktijkonderzoek onderbouwen. In de projecten 'Jonge moeders in de hulpverlening' en 'multiprobleemgezinnen in nazorgtrajecten' is een groep sociale professionals gevraagd om uit te leggen hoe en waarom zij op welke manier handelen. In enkele bijeenkomsten dachten en luisterden hbo-studenten, docenten en onderzoekers mee met sociale professionals over mogelijkheden en beperkingen in de uitvoering van hun dagelijks werk om zo een verandering of verbetering teweeg te brengen en de competenties van de sociale professional systematisch en onderbouwd te verrijken. Het ging erom preciezer te benoemen welke competenties nodig zijn voor het versterken van het outreachend werken, het volgen van een perspectiefgerichte benadering voor gezinnen, het warm overdragen van cliënten van het ene naar het andere zorgsysteem en het bieden van maatwerk. Dit was nodig omdat in de praktijk bleek dat veel gezinnen na een intensieve aanpak weer terugvallen in oud probleemgedrag. In het praktijkonderzoek steunen werkers, docenten en onderzoekers elkaar om in kaart te brengen wat effectieve en duurzame werkwijzen zijn. Op deze wijze verbinden we onderzoek, onderwijs en praktijk aan elkaar. Het gaat dus niet zozeer om verzameling van kennis omwille van de kennis, maar om kennis die op een bepaalde, positieve manier functioneert in en ten dienste van een maatschappelijke praktijk. Op die manier investeren we in het niveau van de uitvoerend werker en het onderwijs en versterken we de perspectiefgerichte welzijnszorg in de praktijk.

#### LITERATUUR

1. Witte T. Perspectiefgerichte en talentgedreven welzijnszorg. Werken aan de rafelrand. (Openbare les). Rotterdam: Rotterdam University Press, 2012.
2. Berding J, Witte T. Praktijkonderzoek op niveau. Inspelen op onderzoeksdilemma's bij sociale studies. Bussum: Coutinho, 2013.

#### CORRESPONDENTIEADRES

**Dr. G. T. (Toby) Witte, lectoraat Maatschappelijke Zorg, Hogeschool Rotterdam, Rotterdam, e-mail: g.t.witte@hr.nl**

## Van crowdsourcing naar co-creatie

Marian Zandbergen<sup>1</sup>

*Op mijn middelbare school hing een 'ideeënbus'. Die was altijd leeg. Zo'n ideeënbus hing niet alleen op mijn middelbare school, maar is ook voor veel jeugd(zorg)organisaties nog steeds een manier om jeugdigen en hun ouders 'een stem' te geven. Vrijwel altijd zonder resultaat. In de wereld van de marketing snappen ze dat het verzamelen van ideeën en oplossingsrichtingen weinig oplevert. In de marketing is een ontwik-*

*keling gaande waarvan we in de zorg voor jeugd nog veel kunnen leren: van crowdsourcing naar co-creatie.*

#### CROWD-WATTE?

Bij crowdsourcing staat het verzamelen van ideeën en oplossingsrichtingen centraal. Wat er vervolgens met die ideeën en oplossingen gebeurt, is aan de organisatie. Helaas pakt crowdsourcing in de praktijk vaak niet uit als gehoopt. Dat komt vooral omdat met de meeste ideeën simpelweg niets wordt gedaan. Met een beetje geluk komt er nog wel een antwoord terug in de

<sup>1</sup> RadarAdvies, Amsterdam

vorm van "Bedankt, we nemen het mee." Maar meestal hoor je helemaal niets. Het is eenrichtingsverkeer.

## GELIJKWAARDIGHEID

Veel ouders die te maken krijgen met jeugdzorg voelen zich ongehoord. Dat is vreemd, want we hebben het in 'jeugdland' tegenwoordig allemaal over het 'betrekken van het eigen netwerk' en het 'stimuleren van de eigen kracht'. Natuurlijk, iedereen in de zorg voor jeugd bedoelt het goed en organisaties willen jeugdigen en hun ouders echt 'betrekken'. Maar de basishouding van waaruit we cliënten benaderen is nog te weinig gebaseerd op gelijkwaardigheid. De organisatie is leidend en 'betrekt' de ouders bij de zorg aan hun kinderen. Je kunt het vergelijken met een vrouw die zeurt dat haar man niet genoeg 'helpt' bij het huishouden. Hoezo helpen? Het is net zo goed zijn huishouden! Uit de woordkeuze ('helpen') spreekt al een zekere ongelijkwaardigheid. En dat gebeurt in de hulpverlening precies zo. Hulpverlener en cliënt zouden samen naar het probleem moeten kijken, om het ook samen op te lossen.

## DE IDEEËNBUS VOORBIJ

Co-creatie is een actief, creatief en vooral sociaal proces, gebaseerd op een samenwerking tussen 'producenten' en 'gebruikers'. In dit geval zijn dat jeugd(zorg)organisaties enerzijds en jeugdigen en hun ouders of opvoeders anderzijds. Gelijkwaardigheid is daarbij een belangrijk uitgangspunt. Co-creatie is niet nieuw, maar gaat uit van ervaringen op het gebied van marketing, management en psychoanalyse. Aangevuld met elementen uit de psychologie, zoals inzichten in innovatieprocessen en hoe groepen mensen tot beslissingen komen.

## SAMEN

Er is ook kritiek op co-creatie. Klanten weten niet wat ze willen en experts moeten dat voor ze bepalen. En natuurlijk weten mensen soms ook niet precies wat ze willen, en hebben ouders lang niet altijd hét antwoord of dé oplossing paraat. Maar ze zijn vaak wel in staat om zoiets samen te verzinnen. Samen met andere ouders bijvoorbeeld, zoals gebeurt bij 'Opvoeden Samen Aanpakken' en 'Mamma weet alles'. Twee methodieken waar ouders met elkaar praten over hun leuke en minder leuke ervaringen, vragen, onzekerheden of problemen.

## SAMEN POETSEN

Opvoeden Samen Aanpakken en Mamma Weet Alles zijn echt gebaseerd op gelijkwaardigheid. Hulpverleners zorgen ervoor dat ouders elkaar kunnen ontmoeten en verschillende methodieken ter beschikking krijgen om er zelf verder mee aan de slag te gaan. Ouders helpen elkaar bij vragen over opvoeding en zij wisselen kennis en ervaring met elkaar uit. Om terug te keren naar de metafoor, bij co-creatie wordt er door de ouders niet 'geholpen bij het huishouden'. Zo ook bij Opvoeden Samen Aanpakken en Mamma Weet Alles. De jeugd(zorg)organisatie is niet leidend. Op die manier ontstaat er daadwerkelijke gelijkwaardigheid tussen professionals en cliënten in de zorg voor jeugd. De reactie van ouders: "Wat een feest van herkenning!" en "Wat fijn dat je kunt zeggen waar je mee worstelt in de opvoeding zonder dat het in een dossier terecht komt!"

## CORRESPONDENTIEADRES

**Marian Zandbergen, RadarAdvies, Veemarkt 83, 1019 DB Amsterdam, e-mail: [m.zandbergen@radaradvies.nl](mailto:m.zandbergen@radaradvies.nl)**

# Gemeenten wijzigen werkwijze: Nadruk op oplossing in plaats van probleem

Erik Dannenberg<sup>1</sup>

Met de voorbereidingen voor nieuwe jeugdwet, de herziene Wmo en de participatiewet staan we aan de vooravond van de grootste taakverschuiving tussen overheden sinds mensenheugenis. Voor zo'n 16 miljard euro gaat van rijk, provincies en verzekeraars naar de ruim 400 Nederlandse gemeenten. Het volgt op eerdere taakverschuivingen bij onder meer maatschappelijke opvang, hulpmiddelen, woningaanpassingen, gehandicaptenvervoer, jeugdgezondheidszorg, huishoudelijke hulp en bijstand/arbeidsmarkttoeleiding. Nu komen daar ondersteunende, verzorgende taken bij, jeugdhulp en inkomensondersteuning. Het organiseren van dit soort taken op lokaal niveau brengt de taken terug naar de plaats waar ze ontstaan zijn. De huidige scheiding in financiering van de diverse vormen van hulpverlening leidt tot bizarre taferelen in de uitvoering en dat zeker niet alleen bij zogeheten multi-probleemsituaties. In

huishoudens komt er per gesignaleerd probleem een instantie bij, omdat vrijwel elke instantie gericht is op een doelgroep, mensen met een bepaald probleem. In mijn bijna 20-jarige werkverleden in de Maatschappelijke Opvang heb ik vaak verzocht: 'In Nederland wordt je goed geholpen als je één probleem hebt!' Het is dankzij de praktische inslag van veel verstandige hulpverleners en organisaties dat er niet nog veel meer ernstige incidenten ontstaan door de harde scheidslijnen tussen lichte en zware hulpverlening, tussen welzijn en zorg, tussen het wel of niet hebben van een indicatie. Wel lekt er veel energie en geld weg door de versnippering in de geldstromen. Daarnaast blijkt dat de weg in het zorgsysteem dermate ingewikkeld is dat vooral maatschappelijk vaardige burgers hun weg vinden door het indicatiesysteem naar de gewenste hulp. Hoe kwetsbaarder, ongezonder, allochtoner de woonwijk, hoe minder AWBZ-geld er ingezet wordt. Evenzo de jeugdhulp: Enigszins ongenueanceerd: de PGB's zitten in de tweeverdienerswijken, de ontspoorde al-

<sup>1</sup> VNG commissie Jeugdzorg, Zwolle



lichttone jongeren in de justitiële jeugdinstellingen.

Het is van groot belang dat het rijk met de nieuwe wetten beleidsvrijheid geeft aan gemeenten, zowel binnen de genoemde wetten als wat betreft de verbinding tussen de wetten. Het gaat immers niet zelden om dezelfde mensen. Werkloosheid kan financiële problemen veroorzaken, wat spanningen veroorzaakt in de relatie wat vervolgens de opvoeding en veiligheid van de kinderen onder druk kan zetten. En juist als een persoon of gezin het gevoel heeft de regie over het eigen leven te verliezen, moet het nu maximaal regie gaan voeren over de verschillende instanties die zich met het huishouden komen bemoeien.

Ik voorzie dat gemeenten belangrijke wijzigingen aanbrengen in de huidige werkwijze:

- Er komt meer nadruk op de oplossing ('wat heeft u nodig?') dan op het probleem ('waar heeft u recht op?'). Meer dan voorheen worden de eigen mogelijkheden en het sociaal netwerk van de aanvragers betrokken bij het vinden van een oplossing, met in wisselende intensiteit professionele ondersteuning. Er komt maatwerk i.p.v. een rigide, aanbodgestuurd systeem met vastgestelde producten.
- Indicatiesystemen worden grotendeels afgeschaft. Hoe verder een zorgfinancier van z'n burgers/klanten afstaat, hoe meer regelsystemen nodig zijn. Productenboeken, tariefsystemen, indicaties, verantwoordingsystemen. Elementen die creativiteit in hulpverlening belemmeren en hulpverleners van het werk houden vanwege de regel- en registratielast. Daarnaast is gebleken dat het niet helpt om controle over de zorgkosten te houden. Gemeenten werken dermate nauw met instanties samen, dat hulp in partnerschap op basis van vertrouwen vormgegeven kan worden.

- De scheiding tussen welzijn en zorg kan vervagen. Gemeenten willen hulpverleners, in de vorm van sociaal/medische wijkteams, veel ruimte en vertrouwen geven om de hulpvraag en de oplossingsmogelijkheden met hun cliënten te bespreken.
  - De eenzijdige oriëntatie op problemen kan verdwijnen. Het 'wat kunt u niet' kan vervangen worden door 'wat wilt u graag doen, wat wilt u bereiken'. Het maatschappelijk meedoen komt centraal te staan. Sommige persoonlijkheidskenmerken zijn vanuit zorgperspectief een handicap of stoornis, terwijl vanuit arbeidsmarktperspectief het soms bijzondere kansen geeft. Het, waar mogelijk, aanspreken van mensen op hun sterke kanten biedt onverwachte perspectieven.
  - De financiële prikkels moeten anders. Momenteel geldt: hoe zwaarder de problemen omschreven worden en hoe langer de hulpverlening duurt, hoe meer geld een instelling krijgt. Gemeenten zullen de resultaten van hulp meer centraal stellen dat de geleverde productie. Hier is nog een gezamenlijke leerweg te gaan, waarbij ik pleit voor gedegen onderzoek naar goede resultaatbeschrijvingen en effectrapportages.
- De bezuinigingen die met de decentralisaties gepaard gaan zijn fors. Voor gemeenten geldt dat goede participatie, ondersteuning en zorg voor hun inwoners alleen haalbaar is als deze op basis van de nieuwe paradigma's wordt vormgegeven.

#### CORRESPONDENTIEADRES

**Erik Dannenberg, voorzitter van de VNG commissie Jeugdzorg, Gemeente Zwolle, Postbus 10007, 8000 GA Zwolle, e-mail: [HJ.Dannenberg@zwolle.nl](mailto:HJ.Dannenberg@zwolle.nl)**

#### ABSTRACT

## Transition and transformation of the caring for youth: a rough diamond

**Due to shortcomings in the care system the responsibility and the finances for youth support and help are transferred from the central government to the 408 municipalities in the Netherlands. From 2015 on the municipalities have to create comprehensive policy on general preventive youth policy, youth health care and youth care.**

**There are a lot of uncertainties about the future. The 408 municipalities have to provide enough youth help, in quality and quantity. They have to decide on the involvement of the Child Care and Protection Board. The municipalities have not experience in this field. Therefore deliberate decision-making is essential. Vermeiren poses the question: will children get the care they need, if a municipality decides which support and care they can get? Knorth en Reijneveld have their doubts about the competence of youth professionals because their lack in experience and training. There are worries about the early phases in the system. Dove, Heller and Feron**

**suggest an approach in which symptoms are treated as seriously as a diagnosis. Strijthagen advocates to appoint the Youth Health Care as the liaisons officers in the social domain. There are a lot of questions. Therefore Witte pleads to strengthen cooperation of research and practice institutions in research. And Zandbergen shows how co-creation with parents and youths lead to innovative ideas. Dannenberg points to the policy freedom the municipalities need to be able to provide in the specific needs of a child.**

**Transition and transformation of the caring for youth cannot be realized by a blue print. It requests a development approach. As a rough diamond it has to be carefully cut.**

**Keywords: Youth care transition transformation**

## Jeugdgezondheidszorg West-Brabant nieuwe stijl

*Durf te innoveren, durf te kiezen!*

Annemieke van der Zijden<sup>1</sup>

*De jeugdgezondheidszorg kent spannende tijden. Door de huidige maatschappelijke ontwikkelingen, verandert het veld waarin de jeugdgezondheidszorg opereert volledig. Dit vraagt om herijking van rollen, taken en de uitvoering ervan. Het vereist tevens een nauwe samenwerking in de (zorg)keten. De jeugdgezondheidszorg West-Brabant zette deze innovatie en integratie al enkele jaren geleden in. De GGD West-Brabant ziet hierin haar rol vooral als regisseur, aanjager en ketencoördinator. Gemaakte keuzes en investeringen werpen hun eerste vruchten af in de praktijk. Medewerkers met vernieuwde passie werken aan toekomstige uitdagingen.*

### NIEUWE KIJK, NIEUWE STIJL

De bedrijfscoöperatie jeugdgezondheidszorg West-Brabant is volop in beweging. Hierin werkt GGD West-Brabant samen met thuiszorgorganisaties Thuiszorg West-Brabant, Careyn en Thebe. Doel is een integrale benadering, waarin het kind van 0 tot 19 jaar centraal staat en wij vroegtijdig, dichtbij en laagdrempelig willen zijn. Vanuit onze publieke taak heeft de jeugdgezondheidszorg een vanzelfsprekende rol en positie in het preventieve veld voor jeugd. Samen met ketenpartners zijn we vanuit het Centrum voor Jeugd en Gezin verantwoordelijk voor het gezond en veilig opgroeien van kinderen.

Als GGD adviseren wij alle achttien gemeenten in de regio over hun gezondheidsbeleid voor alle kinderen van 4 tot 19 jaar, met aandacht voor kwetsbare

groepen. Naast advisering verzorgen wij een aantal gestandaardiseerde taken uit het basistakenpakket, en werken wij, samen met ketenpartners en klanten ook op maat.

We willen jongeren gezond laten opgroeien zodat ze later kunnen deelnemen aan de maatschappij. Hiervoor moet de individueel gerichte zorg worden omgebogen naar een bredere maatschappelijke zorg. En er moet meer nadruk komen op preventie, waarmee wij ook dienen en willen bijdragen aan lagere zorgkosten.

### POSITIONERING EN PROFILERING

De afgelopen jaren zijn wij transparanter en opener geworden. We gaan de dialoog aan, face-to-face, en steeds meer digitaal.

In het complexe politieke en maatschappelijke krachtenveld geven we helder aan waar we voor staan. In overleg met de gemeente wordt onze rol bepaald. Naast onze preventieve uitvoerende taken is dat steeds meer die van *regisseur* en *anjager*. Hierdoor zijn wij steeds vaker ontwikkelaar van producten die we in de markt zetten. Uitvoerende zorgorganisaties zijn ketenpartners, geen concurrenten.

Daarnaast hebben wij te maken met de beweging naar een 'civil society'. De overheid stimuleert de eigen kracht van burgers, die zelf hun weg vinden naar maatschappelijke instanties, die een meer regisserende rol krijgen. Deze trend bevestigt onze positie en stimuleert ons in de keuze voor een *signaalfunctie*. We willen toegeleiden naar zorg en vervullen zo nodig een overbruggingsrol, maar we zijn vooral van de *preventie*.

### VRAAGGERICHT EN RISICOGESTUURD

Door de externe ontwikkelingen en onze nieuwe positionering werken wij minder volgens strak geprotocolleerde richtlijnen, en meer gericht op (maatschappelijke) vragen en risico's. Het gaat immers goed met 85% van alle kinderen die wij monitoren tijdens onze contactmomenten. Onze aandacht gaat vooral uit naar de 15% kwetsbare kinderen.

Met onze nieuwe aanpak hebben we én elk kind in beeld én werken we meer vraaggericht en risicogestuurd voor de kwetsbare groep kinderen. Screening door de doktersassistente en de jeugdverpleegkundige of jeugdarts zien alleen kinderen die extra zorg nodig hebben. Hierdoor hebben zij meer ruimte om snel in te kunnen grijpen en/of door te verwijzen.

In het voortgezet onderwijs vullen de leerlingen zelf, in aanwezigheid van een jeugdverpleegkundige, klassikaal op school digitale vragenlijsten in over hun gezondheid. De informatie van een jongere kan leiden tot een afspraak met onze arts of verpleegkundige. En op basis van alle gegevens maken we een foto van de school: 'hoe zien jullie leerlingen hun eigen gezondheid en met welke thema's worstelen zij?' Zo'n beeld is een voedingsbodem voor collectieve preventieprogramma's, bijvoorbeeld over overgewicht of rookverslaving.

Ook hoort hierbij digitaal en 'online' werken en beter aansluiten bij de belevingswereld van jongeren: met Hyves- en Facebookcampagnes, online chatsessies of het volgen en zelf actief zijn op jongerenfora. Dáár zijn waar de jongeren zijn, en actief op zoek gaan naar kwetsbare groepen.

<sup>1</sup> GGD West-Brabant, Tilburg

## INNOVATIE ALS KANS

De kunst is om innovatie niet als een bedreiging te ervaren, maar als een kans om je organisatie te vernieuwen en te versterken. Dit innoveren gaat niet vanzelf. Productieprocessen moeten goed op orde zijn, om de nodige tijd vrij te kunnen maken.

Met GGD Next werken wij aan de toekomst. Wij hebben hiermee een stip op de horizon gezet. GGD Next is opgezet via de *VOORT*-methode: een heldere, kortlopende hogedrukpan-aanpak met een duidelijke afrondingsdatum, die bestaat uit vijf fases: Vertrekken, Ontdekken, Ontwikkelen, Reflecteren en Terugkeren.<sup>1</sup> Samen met klantenpanels hebben wij drie concepten uitgewerkt tot mini business cases. Een van die concepten is *MijnKind-in-Beeld.nl*.

## MIJNKIND-IN-BEELD.NL

MijnKind-in-Beeld.nl wordt een interactieve website met smartphone app. Na het invoeren van vragen en antwoorden, krijgen ouders directe feedback en een advies op maat over de huidige gezondheidssituatie van hun kind(eren). Met benchmarkgegevens kunnen we ouders geruststellen dat het (meeste) gedrag van hun kind heel normaal is. Bij vragen kunnen ze altijd persoonlijk contact met ons opnemen. Ouders zijn hiermee zelf in charge, 24 uur per dag, 7 dagen per week, 365 dagen per jaar.

Bovendien willen wij met MijnKind-in-beeld.nl kinderen jaarlijks gaan monitoren, iets wat in de huidige dagelijkse praktijk onuitvoerbaar is. Met een digitale, jaarlijkse vragenlijst zijn kinderen vaker en beter in beeld én is de GGD tegelijkertijd beter in beeld voor opvoeders.

Wij betrekken ouders bij de ontwikkeling. In focusgroepen, klantenpanels en pilots. Uniek is dat ouders zelf informatie over hun kind kunnen toevoegen aan het bestaande digitale dossier. En op termijn kunnen wij collectieve, regionale profielen opstellen, met één druk op de knop.

## ONTWIKKELING EN ACADEMISERING

Naast het volgen van de individuele groei en ontwikkeling van elk kind, staat de maatschappelijke hulpvraag centraal. Deze bepaalt actuele thema's als psychosociale problemen, overgewicht, een onveilige omgeving, middelengebruik en het chronisch zieke kind in zijn omgeving.

We voorzien cruciale veranderingen in de zorg en zorgmogelijkheden: van 'find

and fix it' naar 'predict & personalize it'. Zorg op maat dus; een voorbeeld van zo'n succesvolle aanpak is *M@ZL*.

## M@ZL: SAMENWERKING OP MAAT

*M@ZL* staat voor Medische Advisering Zieke Leerling en wil langdurig ziekteverzuim in het voortgezet onderwijs verminderen, zodat leerlingen weer participeren en hun onderwijskansen optimaal benutten. Achter langdurig en frequent ziekteverzuim zitten vaak meerdere complexe oorzaken. Door snel in te grijpen, kunnen we uitval op school voorkomen. Slimme samenwerking met partners is hierin belangrijk: de school signaleert, de jeugdarts adviseert en de leerplichtambtenaar handhaaft.

Deze integrale aanpak loont en werkt preventief: het ziekteverzuim neemt af, met de leerling gaat het beter en ouders voelen zich meer betrokken bij de school. Als GGD hebben we bijgedragen door te investeren in onze jeugdarts, die hier in een promotietraject met een enorme drive aan werkt.

## ONDERZOEK, BELEID EN PRAKTIJK

### Verbinding tussen onderzoek, beleid en praktijk kenmerkt de GGD

Een project als *M@ZL* toont aan dat we ons richten op maatschappelijke vraagstukken, dat we dicht bij kinderen, leerkrachten en ouders staan en dat we actief op zoek gaan hoe we deze kunnen bereiken. De school is hierbij een enorm belangrijke 'actieplaats' voor ons; leerkrachten signaleren veel en zijn een belangrijke schakel in de opvoeding.

### Samen met partners

Samen met de thuiszorgorganisaties onderzoeken wij de mogelijkheid van integrale teams, los van de organisaties. We dragen overal dezelfde boodschap uit en leren loslaten en laten in vertrouwen zaken aan een ander over. Hierin zit meteen zichtbare winst.

Steeds meer leggen we de verbinding in netwerken: met gemeenten, ouders, scholen, kinderen, welzijns- en jeugdorganisaties. De jeugdgezondheidszorg is hierbij een flexibele spin in het web. Ons project Ketencoördinatie is een goed voorbeeld.

### Medewerkers zijn ons kapitaal

De innovatie is verankerd door medewerkers verantwoordelijk te maken voor

processen en projecten. Dat kan alleen door zelf onze boodschap sterk uit dragen én goed voorbeeldgedrag laten zien. Maar ook door steeds kritisch naar ons zelf te kijken: doen we de goede dingen? Daarom krijgt management development veel aandacht, met leiderschap als belangrijk thema.

Als we gemeenten willen meenemen in onze nieuwe rol, kan dat alleen door onze professionals te ontwikkelen. Door begeleiding, scholing, de stimulans om meer naar buiten te gaan en zelf ideeën en projecten aan te dragen. Door uit te gaan van talenten, betrokkenheid en passie, bij onze medewerkers. En ook accepteren als niet alles goed gaat. Bij innovatie moet je durven investeren in je medewerkers. En afscheid nemen van mensen, die zich niet meer thuis voelen in de nieuwe opzet.

## ABSTRACT

### *Youth Health Care West-Brabant new style*

The current changes in and around Youth Health Care (YHC) make it necessary to develop new strategies, new products and new ways to deliver the care and to reach children and parents. The four YHC organisations in West-Brabant have joint forces in an organisational cooperation. The role of the Municipal Health Services is as director, stimulator and coordinator. The first successes are visible. In the new approach it is possible to keep track of every child and to give children with risks what they need. The organisations develop new products with communities and parents in close cooperation. An example is the sick leave guidance of pupils. The changes in and around YHC offer many chances.

Keywords: Youth Health Care, innovation

## LITERATUUR

1. *Eck E van, Kroesbergen I*. Innovatie als antwoord. TSG 2012;3:140-1.

## CORRESPONDENTIEADRES

**Annemieke van der Zijden, GGD West-Brabant, Postbus 3024, 5003 DA Tilburg, e-mail: a.zijden@ggdwestbrabant.nl**

# Van risicotaxatie naar gezamenlijk inschatten zorgbehoeften (GIZ)

## *Samen met ouders en jeugdigen krachten en behoeften in beeld brengen*

Marjanne Bontje<sup>1</sup>

*De flexibilisering van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) en veranderingen in de indicatiestelling vragen om een nieuwe werkwijze voor het vaststellen van de zorgbehoefte van jeugdigen en hun gezin. Preventieve zorg moet voor alle gezinnen beschikbaar zijn, maar de uitvoering kan variëren. Deze is afhankelijk van de specifieke situatie van een kind, gezin en omgeving en de behoeften van ouders en kinderen. Hiervoor is een nieuwe werkwijze gezamenlijk inschatten van zorgbehoeften (GIZ) ontwikkeld. Het doel van deze werkwijze is dat de juiste kinderen en gezinnen passende ondersteuning ontvangen. Door participatie in het taxatieproces worden zelfzicht en zelfsturing van ouders en jongeren verstrekt. Dit artikel beschrijft hoe de GIZ werkwijze tot stand komt op basis van de wisselwerking tussen onderzoek en praktijk.*

### ACHTERGROND

Met de transitie van jeugdzorg, jeugd-ggz en jeugd-lvb naar gemeenten vervalt de huidige indicatiestelling voor jeugdzorg, jeugd-ggz en jeugd-lvb. Hierdoor zal naar verwachting het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) een rol krijgen in het organiseren van ondersteuning voor jeugd en gezin. Een andere ontwikkeling is de modernisering en flexibilisering van de JGZ. Dit betekent dat niet ieder kind en gezin dezelfde zorgbehoeften hebben en dat in overleg met ouders wordt bepaald wat wel en niet wordt aangeboden.

In het project Samen Opletten van de Academische Werkplaats Publieke ge-

zondheid - jeugd Noordelijk Zuid-Holland wordt een werkwijze voor risicotaxatie en -management voor het CJG ontwikkeld, in de regio Hollands Midden. Deze werkwijze heeft als doel om de zorgbehoeften van jeugdigen en gezinnen te bepalen en op basis daarvan de juiste ondersteuning in te zetten. Deze werkwijze kan gebruikt worden om het basistakenpakket JGZ flexibel uit te voeren. Het kan ook gebruikt worden om bij het verdwijnen van de indicatiestelling gezinnen met aanvullende en complexe zorgbehoefte te identificeren, en naar de juiste zorg toe te leiden en goed samen te werken voor deze gezinnen.

### VAN RISICOTAXATIE NAAR GEZAMENLIJK INSCHATTEN VAN ZORGBEHOEFTE

Het project is gestart met een literatuurstudie en met gesprekken met stakeholders en focusgroepen met ouders. Er komt een aantal knelpunten naar voren over de wijze waarop de zorg voor de jeugd is georganiseerd. De zorgvraag groeit, terwijl de prevalentie van psychische stoornissen niet toeneemt.<sup>1</sup> Tegelijkertijd krijgen niet alle kinderen de zorg waar ze behoefte aan hebben. Preventieve voorzieningen lijken onvoldoende in staat de juiste kinderen en gezinnen op tijd in beeld te krijgen en hen de adequate ondersteuning te bieden.<sup>2</sup> De hulpverlening is dikwijls niet effectief en verkokerd georganiseerd. De aandacht richt zich vaak op problemen. Ontwikkelingsmogelijkheden, eigen krachten en het eigen sociale netwerk blijven onderbelicht.<sup>3</sup> Er is te weinig aandacht voor afstemming tussen ouders en (professionele) opvoeders over wat belangrijk is voor de ontwikkeling van jeugdigen. Een gemeenschappelijke werkwijze om sa-

men met ouders/jeugdigen de zorgbehoefte vast te stellen ontbreekt. De indicatiestelling gebeurt onvoldoende doelgericht, gestructureerd en transparant. Ze is onvoldoende gebaseerd op actuele kennis over 'wat werkt'.<sup>4</sup> In focusgroepen gaven ouders aan dat zij zich beoordeeld voelen en op hun hoede zijn met het delen van informatie met instanties, "voor je het weet wordt je kind uit huis gehaald". Herstel van vertrouwen tussen professional en gezinnen is een belangrijke uitdaging voor instellingen. Boven genoemde knelpunten hebben gevolgen voor de effectiviteit van de zorg en de daarmee samenhangende kosten.<sup>5</sup>

De term risicotaxatie past minder bij een visie waar ontwikkelingsmogelijkheden en krachten van jeugdige en gezin het vertrekpunt vormen. De term "gezamenlijk inschatten van zorgbehoeften" sluit hier beter op aan, waarbij de inschatting van de zorgbehoeften in dialoog met ouder/jeugdige tot stand komt.

Om jeugdigen en gezinnen effectiever te ondersteunen zijn in het project 'Samen Opletten' drie doelstellingen geformuleerd:

- Ontwikkel voor het CJG een gemeenschappelijke taal en theoretisch kader om beter samen te werken met gezinnen en professionals.
- Versterk de gezamenlijke analyse om de juiste kinderen en gezinnen, de passende ondersteuning te bieden.
- Versterk de zelfsturing van ouders en jongeren door samen zorgbehoeften in te schatten. Zo ontstaat een grotere motivatie voor noodzakelijke vervolgstappen.

<sup>1</sup> GGD Hollands Midden / Academische Werkplaats Publieke Gezondheid-jeugd Noordelijk Zuid-Holland, Leiden

## DE ONTWIKKELING VAN DE WERKWIJZE GIZ

In samenwerking met wetenschappers en praktijkprofessionals is de werkwijze GIZ ontwikkeld. Hierbij is voortgebouwd op het Brits Common Assessment Framework (CAF) en het Ernsttaxatie-instrument van het CJG Rijnmond.<sup>6</sup> De zogenaamde CAF driehoek (figuur 1) is een theoretisch denkkader waarin de ontwikkelingstaken van jeugdigen, de opvoedingscapaciteiten van ouders en de gezins- en omgevingsfactoren op een eenvoudige wijze in beeld worden gebracht. Het raamwerk is ontwikkeld door Horwath<sup>7</sup> en gebaseerd op diverse metatheorieën van o.a. Bronfenbrenner, Sameroff, Belsky. De CAF driehoek introduceert een gemeenschappelijke taal en visualiseert wat belangrijk is in de ontwikkeling van een kind. Het creëert overzicht. Er is oog voor wat goed gaat en waar eventuele zorgen liggen. De CAF driehoek helpt om samen met ouders/jongeren te reflecteren op hun eigen situatie.

De tweede inspiratiebron is het Ernsttaxatie-instrument van CJG Rijnmond. Deze matrix is ontwikkeld om professionals te ondersteunen bij het bepalen van de zorgbehoefte op basis van hun inschatting van aard en ernst van problemen.

In het project 'Samen Opletten' is het ernsttaxatie-instrument in een werkwijze doorontwikkeld om samen met een

ouder/jongere het gesprek aan te gaan over de ontwikkeling van een kind. Hiervoor is de matrix in de taal van de ouder/jongere gezet en geschikt gemaakt voor een dialoog. In de matrix is aandacht voor dezelfde domeinen als in de CAF driehoek: de ontwikkelingstaken van jeugdigen, de opvoedingscapaciteiten van ouders en de gezins- en omgevingsfactoren. De matrix wordt 'Gezonde Ontwikkeling Matrix' (GOM) genoemd.

De GIZ-werkwijze is meer dan een screeningsinstrument. Het is een werkwijze waarin oplossingsgerichte en motiverende gesprekstechnieken nodig zijn om in dialoog met ouder/jongere de krachten en behoeften in kaart te brengen. De attitude en de competenties van professionals zijn daarbij heel belangrijk.

De GOM helpt ouders en jongeren om naast de aard, ook de ernst van de ontwikkeling- en opvoedings situatie in kaart te brengen. Bij de ernstinschatting is het gevoel en de perceptie van de ouder/jongere bepalend, want hun ervaren zorgen hebben een grote invloed op de opvoeding en de ontwikkeling.<sup>8,9</sup> De ernstinschatting loopt van "Ik kan dit aan" tot "Ik voel me machteloos". Op basis van de aard- en ernstinschatting wordt met de GOM de zorgbehoefte bepaald. Deze kan zijn: bevestiging, voorlichting en advies, begeleiding of intensieve zorgcoördinatie. Er zijn verschillende

leeftijdsspecifieke matrixen ontwikkeld en de CAF driehoek 'mijn leven' voor jongeren.

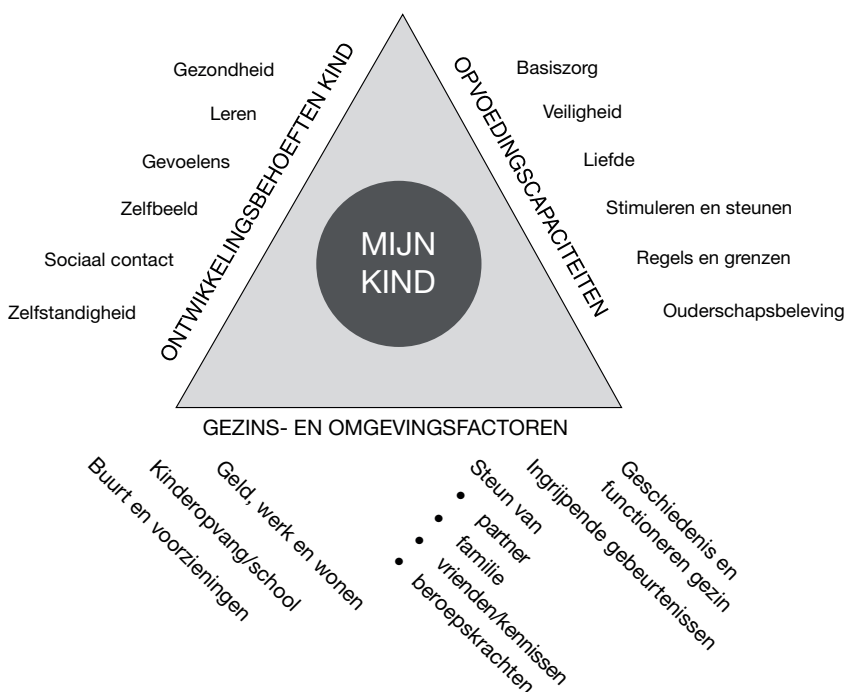
## TOEPASSINGEN

De GIZ werkwijze kent verschillende toepassingen in het proces van risicomanaagement:

- Normaliseren, het op basis van een inschatting van de zorgbehoefte verhelderen van problemen, aangeven wat tot de normale ontwikkeling behoort en de zorg van ouders wegnemen.<sup>10</sup>
- Versterken van zelfinzicht en eigen kracht. Wat is belangrijk in mijn ontwikkeling of de ontwikkeling van mijn kind, wat gaat goed en waar maak ik me eventueel zorgen over?
- Vroegsignaleren en inschatten van zorgbehoeften; wat is er aan de hand en wat is er nodig, wat kan ik zelf aan, wat met hulp van mijn familie en netwerk en waar heb ik professionele hulp bij nodig?
- Toeiden naar zorg, bij aanvullende en complexe zorgbehoeften kan op basis van aard, ernst en zorgbehoefte de passende expertise en interventie ingezet worden.
- Gezamenlijk analyseren met gezinnen en hulpverleners, waarop de meest effectieve aanpak gekozen kan worden en een juiste onderlinge afstemming. Bovendien zorgt het ervoor dat bij alle betrokken professionals een totaalbeeld van doelen en problemen aanwezig is.<sup>11</sup>
- Monitoren van voortgang en resultaten van de ingezette interventies.

## EERSTE RESULTATEN

Toepassing van de GIZ in een pilot in de JGZ-praktijk, in extra zorgcontacten JGZ en in het CJG heeft waardevolle feedback opgeleverd. D.m.v. afname van vragenlijsten bij ouders/jongeren en professionals is de bruikbaarheid geëvalueerd. Ouders en jongeren zijn (zeer) tevreden over de nieuwe werkwijze, het gesprek, de inhoud, het resultaat en hun eigen inbreng. Ouders en jongeren vinden de CAF en GOM begrijpelijk en zinvol. Professionals geven aan dat GIZ-werkwijze helpt transparant te zijn naar gezinnen en de signalering verbetert. De gesprekken verlopen plezierig. Op basis van de pilot is de GIZ-werkwijze aangepast.



Ouder: "Ik vind het een hele andere invulling van een afspraak. Je denkt bewuster na over de opvoeding van je kind. Ook ben ik van mening dat je door het gebruik van de gekleurde kaart er eerder achter komt dat sommige dingen niet zo lekker gaan of nog beter kunnen dan ze nu gaan."

Jongere: "Het was een super zinvol gesprek!"

Jeugdverpleegkundige: "Met de GOM werk je vanuit een ander perspectief. Je biedt een structuur aan waarin ouders en jongeren hun eigen verhaal kunnen vertellen en hun eigen krachten en behoeften kunnen ontdekken. Dat geeft veel gelegenheid voor bewondering en bevestiging. Op de ene of de andere manier word je dan niet meer de enige expert, de enige beoordelaar. Dat motiveert."

## DISCUSSIE

Bij een flexibele JGZ komen er meer mogelijkheden te differentiëren binnen het basisaanbod van de JGZ. Een gezin met een gezond kind, competente ouders in gunstige omstandigheden, kan een JGZ contactmoment overslaan of deelnemen aan een JGZ groepsbijeenkomst. Bij een gezin met een ongunstige situatie zal afgesproken worden elkaar eerder en vaker te zien. Het GIZ helpt jongeren en ouders te laten participeren in dit inschattingsproces. Ook kan de werkwijze behulpzaam zijn bij de uitdagingen van de transitie Jeugdzorg om de regie bij ouders/jongere te vergroten, de juiste kinderen/ gezinnen op tijd in beeld te krijgen en om beter samen te werken als zorgpartijen. De evaluatie onder ouders/jongeren en professionals laat zien dat de werkwijze begrijpelijk, zinvol en werkbaar is binnen de JGZ. Management en bestuurders van de JGZ Hollands Midden hebben besloten een tweede pilot fase in te gaan om de werkwijze te implementeren tijdens verschillende contactmomenten. Er zal hierbij opnieuw gemonitord worden hoe de implementatie verloopt. Een randvoorwaarde voor een goede implementatie is de scholing van de professionals die de GIZ-werkwijze uitvoeren. Om te weten of deze werkwijze daadwerkelijk leidt tot betere zelfsturing en tot ondersteuning van de juiste kinderen met de juiste zorgzwaarte, is nader onderzoek nodig.

## MET DANK AAN

Alison Sutton, Childrearing Matters, Matty Crone, LUMC en Paul Kocken, TNO.

## ABSTRACT

*From risk taxation to joint assessment of care needs. Mapping strengths and needs together with parents and young people*

The flexibility of Preventive Youth Health Care and the reform of assessment procedures demand a new method for jointly estimating the health needs of children and their families. Preventive care should be available to all families, but the level and sort of care may vary, depending on the specific situation of a child, family and environment and the needs of parents and children. A new method for assessment of care needs (GIZ) was developed. The purpose of this method is to ensure that the right children and families receive the right support appropriate to their situation and care needs. The GIZ method facilitates a dialogue between parents, young people and professionals about what is important in the development of the child, in families and in their communities. Through participation in the appraisal process, self-understanding and self-guidance of child and parent is made possible. This article describes the development of the research- and practice-based GIZ method.

Keywords: assessment, needs, children, families, dialogue

## LITERATUUR

1. *Hermanns J.* Het opvoeden verleerd. Amsterdam Vossiuspers, UvA, 2009.
2. *Bot S, Roos S de, Sadiraj K, Keuzenkamp S, Broek A van den, Kleijnen E.* Terecht in de jeugdzorg, voorspellers van kind- en opvoedproblematiek en jeugdzorggebruik. Den Haag SCP, 2013.

3. RMO & RVZ. Investeren rondom kinderen. Den Haag: RMO & RVZ, 2009.
4. *Bartelink C, Berge I ten, Yperen T van.* Beslissen over effectieve hulp. Wat werkt in indicatiestelling? Utrecht: NJI, 2010.
5. Taskforce beheersing van zorguitgaven, 2012.
6. *Sutton A.* Oudervriendelijke gezinstaxatie. *Ned Ver Orthoped Bull* 2013; 14,4:14-5.
7. *Horwath J.* Child's world. The Comprehensive Guide to Assessing Children in Need. 2<sup>nd</sup> ed. London: Jessica Kingsley Publishers, 2010.
8. *Cornelis A.* Logica van het gevoel, filosofie van de stabiliteitslagen in de cultuur als nesteling der emoties. Amsterdam/Brussel/Middelburg: Stichting Essence, 1998.
9. *Glascow FP.* Using Parents' Concerns to Detect and Address Developmental and Behavioral Problems. *J Specialists Pediatric Nursing* 1999;4:24-35.
10. VWS. Brief advies standpunt advies basispakket jeugdgezondheidszorg. Den Haag: VWS, 2013.
11. Verantwoorde zorg aan gezinnen met geringe sociale redzaamheid in Leiden. Nota van Bevindingen Integraal Toezicht Jeugd, Utrecht, 2012.

## CORRESPONDENTIEADRES

**Marjanne Bontje, GGD Hollands Midden, Leiden, Parmentierweg 49, 2316 ZV Leiden, e-mail: mbontje@ggdhm.nl**

# Flexibele (klinische) zorg voor jonge kinderen

Anna Went,<sup>1</sup> Marco Braam,<sup>1</sup> Bertine Lahuis<sup>1</sup>

*In de afgelopen paar jaar heeft de gezondheidszorg, en dus ook de kinderpsychiatrie te maken met veel veranderingen. Veranderingen door externe omstandigheden (oplopende kosten, toegenomen verantwoordingsdrang, politieke wensen) en interne vakinhoudelijke veranderingen (gewijzigde visie op zorg, toegenomen kennis). Dit maakt de kinderpsychiatrie een dynamisch – en bij tijden turbulent- werkveld.*

## INLEIDING

Wat is er gebeurd? Van zorg waarbij het lot in handen van professionals kwam, is de visie nu maximaal de patiënt en zijn ouders / verzorgers te ondersteunen in hun vraag, en zo min mogelijk 'over te nemen'. Vanuit een professionele houding (dus niet 'u roept, wij draaien') bijdragen aan de kennis en kunde van ouders. Waar we voorheen regelmatig kinderen gedurende maanden opnamen in 24-uurs voorzieningen, is nu het adagium 'Beter worden doe je thuis'. Resultaat is dat het ambulante aanbod fors uitgebreid is in volume en vorm en het aantal bedden en de ligduur drastisch zijn afgebouwd. Van professionals vraagt dit omscholing in kennis, kunde en cultuur. Door onderzoek weten we scherper welke interventies zinvol zijn, welke niet en welke onderzocht dienen te worden. Gecombineerd met de wens tot meer doelmatigheid en maatschappelijke verantwoording (aanleveren indicatoren op tevredenheid en kwaliteit van zorg) vertaald zich dit in de noodzaak te werken met zorgprogrammering waar monitoren van de voortgang (Routine Outcome Monitoring) en besluitvorming samen met patiënt en ouder (zgn. Shared-Decision Making), onderdeel van zijn. Verwachtingen voor patiënt en professional worden zo helderder en het draagt bij aan een verbeterde logistiek en inzicht in de bedrijfsvoering (kosten en opbrengsten). Ook dit vereist een andere manier van werken van professionals. Echter ook van

patiënt en ouders wordt een andere houding gevraagd: het behouden van regie, actiever participeren in de behandeling en langer en vaker thuis behandelen. De maatschappelijke belangen (reductie zorgkosten) en politieke vertaling om meer dichtbij (lees 1<sup>e</sup> lijn) te handelen en doorverwijzing naar specialistische zorg te verminderen, vraagt om een goede positionering en gebruik van de specialistische zorg. Deze zogenaamde 'voorwaartse beweging', ook wel vertaald als basis GGZ, betekent een betere bereikbaarheid en beschikbaarheid van psychiatrische zorg voor de eerste lijn. Triage, consultatie en scholing (dienstverlening) zijn daarbij geschikte instrumenten. Onze innovatiekracht en flexibiliteit wordt voor het grootste deel bepaald door onze (hoogopgeleide) professionals. Onze ervaring is dat het daadwerkelijk starten met een project waar professionals direct zelf bij betrokken zijn bij de opzet, uitvoering (zicht op inhoud en financiën!) en de directe feedback ontvangen van patiënt en ouders, leidt tot daadwerkelijke – nodige! – cultuurverandering en daarmee nieuwe werkwijzen: de professional 2.0!

## EEN SUCCESVOL VOORBEELD

In april 2011 is bij Karakter (locatie Ede) het zogenaamde 'project Idefix' gestart, een ambitieus verandertraject in de klinische behandeling van jonge kinderen met een psychiatrische stoornis. Inmiddels is het twee jaar durend proces afgerond en vanwege groot succes binnen de organisatie als standaard werkwijze vastgesteld op de voormalige klinieken. Uitgangspunten: Beter worden doe je thuis, behandeling maximaal ambulante en opname alleen als zo kort mogelijke interventie.

## Aanleiding van het project

Eind 2010 stelden leidinggevenden vragen over de langdurig klinische opname van kinderen tussen de 4 en 8 jaar. Het besef groeide dat de behandeling meer thuis moest en kon plaatsvinden: beter

voor het kind en meer effect van de behandeling. Voordeel van opname is goede observatie en diagnostiek los van de interactiepatronen in de gezinssituatie. Er werd besloten een projectplan te schrijven en dit voor te leggen aan stakeholders (ouders, ziektekostenverzekeraars, professionals en bestuur). Alle partijen waren enthousiast wat is omgezet in het daadwerkelijk vormgeven van een vernieuwend, voor klinische begrippen onconventioneel behandelaanbod.

Belangrijke uitgangspunten:

- Zorg op maat, passend bij de ontwikkeling van het kind en de draagkracht van het gezin
- Zo licht als mogelijk en zo zwaar als nodig
- Ieder gezin krijgt psychiatrische gezinsbehandeling als onderdeel van de behandeling
- Ouders zijn co-behandelaar en houden de regie over de opvoeding van hun kind, uiteraard neemt de hulpverlener professionele verantwoordelijkheid (maar niet meer alles overnemen)
- Multidisciplinair team en ouders kijken wekelijks naar wat de meest effectieve stap is in de behandeling
- Het multidisciplinair team is gelijkwaardig, wel zijn er verschillen in expertise en verantwoordelijkheid
- Fouten maken mag, verantwoordelijkheid nemen moet

## Doel van het project

Doel was een situatie te creëren waarin zo kort mogelijk klinisch wordt behandeld, en zo snel mogelijk naar lichte behandelvormen wordt toewerkt. Een goed, deskundig multidisciplinair team dat hand in hand samenwerkt met ouders, de behandelgroep als een soort bijenkorf waar iedereen 'in en uit vliegt' met verschillende doelen en taken. De klassieke klinische behandelgroep is omgevormd tot een behandelunit met de volgende mogelijkheden:

- Klinische opname voor observatie, diagnostiek en (begin van ) behandeling

<sup>1</sup> Karakter, Ede

- Deeltijdklinisch (aantal dagen opname per week, aantal dagen thuis)
- Dagbehandeling (1- 5 dagen per week, eventueel in combinatie met klinische opname)
- Psychiatrische gezinsbehandeling in de thuissituatie en op de behandelgroep
- Rijk aanbod aan behandelingen en trainingen uitgevoerd door HBO+ opgeleide medewerkers (uitbreider dan in de oude situatie)
- Nazorg in de gezinssituatie wanneer het kind weer volledig thuis is zolang als nodig

### Proces

Belangrijk was om degelijk te werk te gaan. Er was aandacht voor de cultuur in de groep waarmee we deze veranderingen hebben vormgegeven. Het team van de Idefix had van oudsher een gestructureerde cultuur. Dit liep parallel aan de behoefte van jonge kinderen om gestructureerd begeleid te worden. Taken waren goed verdeeld, afspraken werden nagekomen en niemand verzaakte zijn of haar taak. Een geoliede machine met hoge betrokkenheid op kinderen en ouders.

In de nieuwe situatie werd aan de sociotherapeuten gevraagd om niet langer meer alleen in het team te werken maar ook individueel in gezinnen thuis. Voor velen een grote verandering. Door middel van intervisie en individuele gesprekken is er begeleiding en ondersteuning in dit proces van verder gaande autonomie als professionaal geboden: toewerken voor een ieder om zich in eigen tempo comfortabel te voelen in de rol van hulpverlener die veel meer op eigen beoordeling de juiste interventies moet gaan doen. Alle medewerkers zijn extra opgeleid met een post-HBO opleiding psychiatrische gezinsbehandeling

die is ontwikkeld in een samenwerkingsverband tussen de HAN en Karakter. Een onderdeel is een jaar onder supervisie werken. Inmiddels zijn door InCompany training alle sociotherapeuten van heel Karakter getraind. De rollen van de ouderbegeleider en systeemtherapeut zijn ook veranderd: meer coachen van sociotherapeuten en minder zelf doen. Supervisie en kwaliteitstrajecten zijn ontwikkeld.

### Resultaten

De resultaten zijn goed. De ligdagen zijn teruggebracht van 2100 naar 700. In plaats van die 1400 ligdagen zijn volwaardige ambulante alternatieven ontwikkeld. De patiënttevredenheid en professionalttevredenheid scoort hoog, de feedback van ouders is zeer positief. De sociotherapeuten bieden nu een breder scala aan behandelingen en trainingen. Niemand wil meer terug naar de oude situatie. Inmiddels zijn of worden op dit moment alle kind, en jeugdgroepen binnen de gehele organisatie omgebouwd naar deze flexibele behandelvormen. Het project Idefix heeft de Spieringprijs gewonnen voor meest creatieve innovatie waarin volgens de jury vooral is gekeken naar de behoefte van de patiënt en haar gezin. De prijs is besteed aan verdere opleidingen voor sociotherapeuten om de rugzak van mogelijkheden verder te vullen van de medewerkers. Financieel wordt inmiddels neutraal gedraaid in het dbc-tijdperk, de projectstatus is voorbij en de bedvergoeding die de ziektekostenverzekeraar is blijven financieren gedurende deze experimenteer periode is goed gebruikt. Het project heeft tot een drastische vernieuwing geleid. We gaan door met het ontwikkelen van verdergaande innovatieve zorg waarbij dia-

gnostiek en behandeling van licht tot intensief geboden kan worden. Een fantastisch avontuur wat alleen maar mogelijk was met fantastische mensen.

### ABSTRACT

#### *Project Idefix*

Project Idefix is a new developed concept, regarding the treatment of children with a severe psychiatric disorder. Idefix used to be a 'classic' clinical facility where (very) young children were treated for their psychiatric diseases. Sometimes there was a long period of 24 hours care, sometimes even one year or longer. We changed our way of treating these children because of a paradigm-shift about treating patients. 'You are getting better at home' is the central thought now. The consequences of this thought is that parents stay in charge (and stay responsible) for the upbringing of their children. And we support the families as psychiatric specialists. There is a couple of important changes in the clinical treatment for these children, we offer flexible care that is complementary to the phase of development of the child and the family around the child. The results are promising, the important influence of the parents is a winner. (Really) working together with parents is a key succesfactor in the treatment!

Keywords: flexible treatment, young children, psychiatric disorders

### CORRESPONDENTIEADRES

Marco Braam, Karakter, Ede, e-mail: [m.braam@karakter.com](mailto:m.braam@karakter.com)

## Migrantenouders beter ondersteund

Marjolijn Distelbrink<sup>1</sup> Abdellah Mehrzaz<sup>2</sup> Wilma Aarts<sup>3</sup>

*Migrantenouders hebben soms andere vragen over opvoeding dan autochtone ouders; vragen die samenhangen met*

*hun positie als migrant, het vinden van een balans tussen eigen waarden en die uit de omgeving en het begeleiden van kinderen daarbij, vraagstukken rond de religieuze opvoeding. Ze herkennen zich niet altijd in het reguliere aanbod van preventieve opvoedsteun, hebben er*

*soms weinig vertrouwen in en de taal kan een belemmering vormen. Gezinnen komen daardoor niet zelden pas in beeld als problemen ouders boven het hoofd groeien. Een belangrijk doel van de transitie in het jeugdstelsel is ouders eerder te helpen en meer bij hun vragen*

<sup>1</sup> Verwey-Jonker Instituut, Utrecht

<sup>2</sup> Trias Pedagogica, Amsterdam

<sup>3</sup> SIPI, Amsterdam



*en kracht aan te sluiten. Dit artikel beschrijft twee interessante practice based aanpakken, ontwikkeld in samenspraak met migrantenouders. Twee voorbeelden hoe migrantenouders met afstand tot voorzieningen wel te bereiken.*

### DE GRENZEN VAN REGULIERE HULP

Van veel jeugdigen in de grote steden migreerden een of beide ouders als kind of volwassene naar Nederland. Deze ouders worden niet altijd even goed bereikt door steun bij de opvoeding, zeker niet in het preventieve veld.<sup>1</sup> In de transitie van het jeugdveld is belangrijk dat er zicht komt op wat werkt bij juist het bereiken van ouders en jeugdigen die verder van het reguliere aanbod af staan; doordat zij dit aanbod minder goed kennen, het minder goed begrijpen of er geen vertrouwen in hebben. Of doordat andere zaken hun aandacht vragen, of zij minder gewend zijn te reflecteren op hun rol als opvoeder. Al dit soort aspecten kunnen zich voordoen bij migrantenouders. Vooral bij degenen die ook verder hun weg niet gemakkelijk weten te vinden in Nederland.<sup>2</sup> Dit terwijl ouders en jeugdigen steun goed kunnen gebruiken: bepaalde groepen migrantenjeugd zijn oververtegenwoordigd in criminaliteitsstatistiek, niet-westerse jeugdigen vertonen vaker dan andere groepen probleemgedrag, hebben meer internaliserende problematiek (vooral meisjes) en ook in het onderwijs zijn er achterstanden.<sup>3</sup> Ouders zijn soms de regie over de kinderen kwijt; zij vragen zich af hoe zij hun kinderen kunnen begeleiden in een zo vrije omgeving, hoe ze aan kunnen sluiten bij de Nederlandse omgeving, maar tegelijkertijd hun eigen waarden kunnen overbrengen, en hoe ze hun kinderen wapenen tegen discriminatie en negatieve beeldvorming.<sup>3</sup> Doordat vraagstukken ouders boven het hoofd groeien, zijn niet-westerse jeugdigen in de zwaardere hulpverlening oververtegenwoordigd.<sup>2</sup>

Er zijn diverse programma's voor opvoedhulp. Deels bereiken zij migrantenouders en jeugdigen, deels niet of minder goed. De programma's die groot worden ingezet, zoals Triple P, ontberen doorgaans 'evidence' voor migranten en/of laaggeschoolden.<sup>4</sup> Dit wil niet zeggen dat zij (een subgroep van) migrantenouders niet kunnen ondersteunen of helpen; met enige aanpassing lukt dat.<sup>5</sup> Er

is echter ook een groep ouders voor wie dit type reguliere hulp veel stappen te ver is. Dit zijn ouders met bovengenoemde kenmerken.<sup>3</sup>

### VAN ONDEROP ONTWIKKELDE AANPAKKEN VOOR MIGRANTENOUDERS

In Amsterdam zijn twee interessante initiatieven die weten aan te sluiten bij een groep ouders die zich normaal niet meldt bij professionele preventieve opvoedsteun, maar dergelijke steun wel goed kan gebruiken. Dit zijn het thuisprogramma Coach je Kind en de methodiek Opvoeddebatten met Marokkaanse vaders. Beide initiatieven hebben zich langzaam een plek weten te verwerven tussen de reguliere evidence based interventies. Daarbij is er, zowel vanuit de ontwikkelaars, als bij de opdrachtgevers, behoefte aan versterking van de evidence base. Hierin is de afgelopen jaren geïnvesteerd met steun van ZonMw, de gemeente Amsterdam en (bij de opvoeddebatten) Stichting Kinderpostzegels Nederland. Onderzoekers van de Kenniswerkplaats Tienplus werkten met de ontwikkelaars aan het op papier zetten en onderbouwen van de methodiek. Kenniswerkplaats Tienplus is een van de drie academische werkplaatsen Diversiteit in het Jeugdbeleid en heeft veel kennis opgeleverd over hoe opvoedsteun te laten landen bij en werken voor de diverse populatie van Amsterdam. De Kenniswerkplaats adviseert de gemeente Amsterdam over de transitie en de borging van maatwerk voor uiteenlopende groepen daarbij. De methodiekbeschrijvingen en andere informatie over de kenniswerkplaats zijn te vinden op [www.kenniswerkplaatstienplus.nl](http://www.kenniswerkplaatstienplus.nl).<sup>3,6</sup>

### COACH JE KIND

Coach je Kind is een practice based opvoedprogramma aan huis, dat is ontwikkeld voor Marokkaanse en Turkse ouders. Sinds 2007 wordt het ingezet in verschillende stadsdelen in Amsterdam. Gezinnen worden aangemeld bij Coach je Kind via scholen of Ouder-en-kindcentra. Het komt ook voor dat zij zichzelf melden bij de Stichting Interculturele Participatie en Integratie (SIPI), die dit aanbod ontwikkelde. Het aanbod richt zich op vaders en moeders. Coach je Kind is ontwikkeld voor migrantenouders met opvoedonzekerheid of -onmacht, die samenhangt met hun positie als migrant.

Het betreft ouders voor wie de stap naar de reguliere hulpverlening te groot is. De ouders worden 24 keer bezocht (doorgaans wekelijks) door een Coach met dezelfde taal- en culturele achtergrond. Op dit moment werkt Coach je Kind vooral met Marokkaanse en Turkse gezinnen. De coaches zijn herkenbaar voor ouders en herkennen andersom veel problemen of dilemma's waar deze ouders tegenaan lopen.

Het hoofddoel van het programma is opvoedonmacht en -onzekerheid te verminderen. In de eerste fase van begeleiding gaat veel tijd en aandacht uit naar het ontwikkelen van een vertrouwensband. Coaches kijken met ouders naar hoe zij in het leven staan, welke problemen ze hebben, luisteren veel, proberen latente vragen te verhelderen, besteden veel tijd aan de ouder als persoon. Wat speelt er in hun gezin, in de relatie tussen gezin en omgeving, tussen vaders en moeders, in de relatie met de (schoon)familie? Hoe voelen ouders zich in Nederland? Hebben zij bewust een keuze gemaakt voor Nederland, of zijn ze met hun hart nog in het herkomstland? Met ouders samen komen de coaches tot een punt waarop een ouder helder heeft wat een toekomst in Nederland betekent en wat dit van hem of haar vraagt als opvoeder. De begeleiding is coachend, waar nodig in de eigen taal, samen met ouders onderzoekend, volgens een aantal vast omschreven principes. De invulling is flexibel en hangt af van de (al dan niet manifeste) vraag van ouders.

In de latere gezinsbezoeken ligt meer nadruk op het aanleren van opvoedvaardigheden. Dit kunnen ouders die de doelgroep vormen van Coach je Kind pas als zij, in termen van de ontwikkelaars 'oud zeer' uit de weg hebben geruimd en meer bewust de keuze maken voor een toekomst in Nederland. Onderdeel van de begeleiding is informatieoverdracht en kennisvergaring over de Nederlandse omgeving en voorzieningen. Veel ouders hebben vragen over de school of 'de Nederlandse opvoeding'. Een belangrijk element is voorts empowerment; ouders leren zich sterker op te stellen en meer grip te krijgen op zowel de relatie met hun partner, de (schoon)familie als voorzieningen rond het gezin zoals de school.

Coach je Kind is positief geëvalueerd in kleinschalige evaluaties, door ouders en coaches.<sup>3</sup> De methodiek, met pro-

bleemachtergrond, omschrijving van doel en doelgroep, subdoelen en daaraan gerelateerde werkzame elementen en wetenschappelijke onderbouwing staat op papier.<sup>3,7</sup> De methodiek is onlangs ingediend bij de commissie effectieve jeugdinterventies van het Nji met als doel opname in de databank effectieve jeugdinterventies.

### OPVOEDDEBATTEN MET MAROKKAANSE VADERS

Trias Pedagogica is gespecialiseerd in opvoeden, vaderschap en interculturele pedagogiek.

De opvoeddebatten met Marokkaanse vaders werden ontwikkeld vanuit het besef dat veel van deze vaders niet gemakkelijk over individuele opvoedproblemen praten, en dat zij als opvoeders versterkt kunnen en moeten worden. Daarbij is heel belangrijk – dat geldt voor meer (migranten)vaders – dat zij op een aansprekende en vertrouwenswekkende manier worden benaderd. De vorm van debat is gekozen omdat dit minder bedreigend is, en vaders aanspreekt. De debatten hebben twee hoofddoelen: informatieoverdracht (pedagogische kennis over opvoeding en ontwikkeling van kinderen; het belang van de rol van vaders; opvoeding in Nederland) en bewustwording (van de eigen invloed als vader op kinderen en hoe die vorm te geven). De oorspronkelijke doelgroep vormden eerste generatie vaders, maar Trias Pedagogica bereikt ook steeds meer vaders van jongere migratiegeneraties. Enkele honderden vaders zijn de afgelopen jaren bereikt, in Amsterdam en daarbuiten. De debatten trekken de aandacht van lokale beleidsmakers; de discussies zijn levendig, vaders hebben hun hart op de tong, en zijn zeer betrokken bij het onderwerp. In 2012 ontving Trias Pedagogica de innovatieprijs voor veelbelovend initiatief voor de preventie van kindermishandeling. De aanpak is pas in heel beperkte mate geëvalueerd (gesprekken met vaders achteraf).<sup>6</sup>

Enkele kernelementen in de aanpak zijn het gebruik van film (met vaders in debat, en enkele voor vaders zeer herkenbare gespeelde scènes in gezinnen), de specifieke wijze van benaderen (naast vaders gaan staan, ze respectvol aanspreken, (h)erkenning van hun problemen), het feit dat de gesprekken op vertrouwde locaties en in eigen kring (en de

eigen taal) plaatsvinden en aandacht voor religie en opvoeding. De aanpak is flexibel, er zijn veel mogelijkheden om in te springen op de vragen en behoeften van de groep. Een belangrijk element in de werkwijze is dat vaak in eerste instantie een eenmalige bijeenkomst wordt georganiseerd; een 'cursus' schrijft veel vaders af. Tijdens de bijeenkomst ontstaat vanuit de groep doorgaans de behoefte aan meer; aangepast op de behoeften worden dan een aantal vervolgbijeenkomsten gepland. Er is keuze uit een aantal thema's.<sup>6</sup>

De opvoeddebatten hebben zich in een aantal jaar ontwikkeld door uitwerking van nieuwe thema's, filmmateriaal dat aansluit daarbij en bij jongere vaders; en recent ook door uitbreiding naar nieuwe varianten en doelgroepen (Somalische, Turkse vaders; vaders en moeders samen; vaders en kinderen; vaders en professionals met elkaar in gesprek).

### SLOT

Beide methodieken zijn ontwikkeld met veel kennis van binnenuit over doelgroep en zijn veelbelovend in wie en wat ze weten te bereiken. Juist in de transitie zijn aansluiten bij eigen kracht van ouders en hen vroeg bereiken, voordat problemen te groot worden, cruciaal. Daarbij kunnen deze methodieken of werkzame elementen eruit voor bredere groepen ouders meehelpen om te komen tot inclusief preventief beleid.

### ABSTRACT

#### *Better support for ethnic minority parents*

**Institutions for parental support do not always reach parents from ethnic minority backgrounds; these parents sometimes have little trust in and experience with these institutions and may have specific questions and doubts regarding the upbringing of their children that are not addressed by these institutions. This article describes two promising initiatives supporting immigrant parents, developed in close collaboration with these parents, in Amsterdam. Researchers work together with the initiators in strengthening their 'evidence base' and incorporation in the general support system.**

**Keywords:** parental support, ethnic minority parents, practice based

### LITERATUUR

1. *Distelbrink M, Pels T, Jansma A, Gaag R van der*. Ouderschap versterken: Literatuurstudie over opvoeding in migrantengezinnen en de relatie met preventieve voorzieningen. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 2012.
2. *Pels T, Distelbrink M, Postma L.* Opvoeding in de migratiecontext: review van onderzoek naar de opvoeding in gezinnen van nieuwe Nederlanders. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 2009.
3. *Distelbrink M, Pels T, Tan S, Aarts W*. Coach je Kind, theoretische onderbouwing: methodiekhandleiding deel 2. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 2013.
4. *Distelbrink M, Ketner S*. Triple P voor niet-westerse ouders: Een literatuurreview. Amsterdam / Utrecht: Kenniswerkplaats Tienplus / Verwey-Jonker Instituut, 2012.
5. *Distelbrink M, Essayah O, Heerebeek M van, Ketner S, Winkelman C*. Triple P Divers: Ervaringen met een opvoedprogramma in veelkleurig Amsterdam (Kenniswerkplaats Tienplus). Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 2011.
6. *Distelbrink M, Gaag R van der, Halane S, Knippels V, Mehrzad A, Naber P*. Opvoeddebatten met Marokkaanse vaders: Een methodiekbeschrijving. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 2012.
7. *Aarts W, Marinissen H, Mahdi - el Yakoubi E, Salama E, Stevens G*. Coach je kind, methodiekbeschrijving. Methodiekhandleiding deel 1. Amsterdam: Stichting Interculturele Participatie en Integratie, 2013.

### CORRESPONDENTIEADRES

**Marjolijn Distelbrink, Verwey-Jonker Instituut, Kromme Nieuwegracht 6, 3512 HG Utrecht, e-mail: mdistelbrink@verwey-jonker.nl**

# Motivaties van maatschappelijk werkers voor het wel of niet verwijzen naar de Begeleide OmgangsRegeling van Humanitas

E.M. Oosterkamp-Szwajcer,<sup>1</sup> M.T. Cerneus-Hoffman,<sup>2</sup> M. Elferink,<sup>3</sup> I. Harmsen,<sup>3</sup> M.R. Kamp,<sup>3</sup> M.M.M. Krijnsen<sup>3</sup>

*In Twente voert Humanitas sinds 2007 de Begeleide Omgangsregeling uit (BOR). Ouders in conflictueuze echtscheidings-situaties worden ondersteund bij het realiseren of herstellen van de omgangs-regeling tussen kinderen van nul tot twaalf jaar en de uitwonende ouder.<sup>1</sup> De BOR krijgt veelal verwijzingen uit de rechtbank, kindbescherming, jeugdzorg en het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling, maar nauwelijks vanuit het preventieve veld. Dit artikel beschrijft welke motieven(school)maatschappelijk werkers hebben in het al dan niet verwijzen naar de BOR. Daarnaast komt aan de orde op welke wijze de resultaten uit het onderzoek in de praktijk worden toegepast.*

## INLEIDING

Partners uit het preventieve veld, zoals (school)maatschappelijk werk kunnen een signalerende en adviserende rol hebben bij omgangsproblematiek ten gevolge van een (echt)scheiding. Eventueel kunnen zij verwijzen en daar bemiddelend bij optreden. Voor BOR Humanitas was niet duidelijk waarom er weinig verwijzingen vanuit het preventieve veld plaatsvinden. Voor dit probleem hebben zij de Academische Werkplaats Jeugd in Twente (AWJT) benaderd. Deze startte een praktijkonderzoek om antwoord te vinden op de vraag: Waarom verwijzen (school) maatschappelijk werkers in de regio Twente, al dan niet door naar de Begeleide Omgangsregeling van Humanitas voor kinderen van nul tot twaalf jaar die problemen hebben in de omgang met de uitwonende ouder na een (echt)scheiding?

## METHODEN VAN ONDERZOEK

### Projectorganisatie

Het onderzoek is uitgevoerd als Klein-en-Fijn project binnen de AWJT, gesubsidiëerd door ZonMw. De AWJT probeert wetenschap en onderwijs enerzijds en praktijk en beleid anderzijds dichter bij elkaar te brengen. Klein-en-Fijn projecten worden als middel ingezet om deze brug te slechten.<sup>2</sup> De projectleider van BOR Humanitas was de opdrachtgever voor dit project. Daarnaast is een projectgroep opgezet bestaande uit de volgende personen:

- Drie eindejaarsstudenten HBO-verpleegkunde met een specialisatie in Jeugd van Saxion Hogeschool; deze voerden het project uit.
- Een hoofddocent Community, Care and Youth van Saxion; deze trad op als leermeester bij de bacheloropdracht voor de betrokken studenten.
- Een praktijkprofessional van de GGD Twente en een vrijwilliger van BOR Humanitas; zij zorgden voor input vanuit de praktijk; zij werden door de hoofddocent van Saxion actief gecoacht in het proces van het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek.

### Dataverzameling

De studenten verzamelden de data middels semi-gestructureerde interviews met elf maatschappelijk werkers uit de regio Twente. Criteria voor inclusie van deze professionals waren:

- werkzaam zijn als maatschappelijk werker bij Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Enschede-Haaksbergen of Maatschappelijk Werk Noord West Twente;
- in aanraking komen met kinderen van nul tot twaalf jaar die te maken hebben met problemen rond de (echt)scheiding van hun ouders of de omgang

tussen het kind en de uitwonende ouder;

- bekend zijn met de BOR van Humanitas en wel of niet verwijzen naar BOR. Het bewerkstelligen van een effectieve innovatie, zoals de verwijzing van (school)maatschappelijk werkers naar BOR Humanitas, is een complex proces. Theorieën over de implementatie van een innovatie geven aan, onder welke condities de implementatie ervan succesvol verlopen.<sup>3</sup>

Daarom zijn de interviews opgebouwd uit theoretische elementen van het organisatie- en innovatiemodel van Rogers<sup>4</sup> en het implementatiemodel van Grol.<sup>3</sup> In deze modellen zijn verschillende kenmerken die het gebruik van een innovatie bevorderen, beschreven. De vragen in de interviews betreffen de volgende constructen: kennis, inzicht, attitude, werkcultuur en communicatie in relatie tot (verwijzing naar) BOR Humanitas. De interviews zijn geoptimaliseerd door eerst vier proef interviews te doen. Uiteindelijk zijn 11 maatschappelijk werkers geïnterviewd.

## RESULTATEN

### Kennis en inzicht ten aanzien van echtscheidingsproblematiek

Uit de interviews blijkt dat maatschappelijk werkers op een methodische wijze werken, maar hun aanpak blijft wel afhankelijk van hun eigen ervaring en intuïtie.

Echtscheidingsproblematiek wordt opgemerkt doordat:

- Ouders het bij een hulpvraag zelf aangeven.
- Signalen bij het kind worden opgemerkt.
- Professionals in bijvoorbeeld het Zorgen Adviesteam dit aangeven. Maatschappelijk werkers hebben bij de signalering van (echt)scheidingsproble-

<sup>1</sup> Saxion University of Applied Sciences, kenniscentrum Gezondheid, Welzijn & Technologie

<sup>2</sup> GGD Twente, Academische Werkplaats Jeugd in Twente

<sup>3</sup> BOR Humanitas

matiek de keuze uit een breed aanbod van oplossingsmogelijkheden en hulpverleningsinstanties waar zij naar kunnen doorverwijzen. Bij twijfel schakelen zij vaak een collega in om te overleggen over de aanpak bij deze specifieke hulpvraag. Maatschappelijk werkers geven aan dat zij veel informatie krijgen van verschillende instanties over hun mogelijkheden. Het is voor maatschappelijk werkers lastig om de “ins en outs” te kennen van alle hulpverleningsinstanties. Zij geven aan te maken te hebben met een veelheid aan hulpvraagstukken. Bij elke hulpvraag zijn er meerdere instanties waar maatschappelijk werkers naar kunnen verwijzen. Maatschappelijk werkers geven aan dat dit er te veel zijn om een actueel overzicht van te hebben.

#### Attitude en werkcultuur

Uit de interviews kwamen drie ‘typen’ maatschappelijk werkers naar voren die kenmerkend zijn voor de doorverwijzing naar BOR Humanitas:

- De ‘twijfelaars’ twijfelen of zij het beste kunnen kiezen voor uitbesteding of interne oplossing.
- De ‘zelfplossers’ zoeken naar een oplossing binnen de eigen organisatie.
- De ‘uitbesteders’ besteden uit aan BOR Humanitas (denken ‘out of the box’).

Elke maatschappelijk werker heeft zijn eigen motivatie om afhankelijk van de situatie al dan niet door te verwijzen naar BOR Humanitas. De kenmerken van de twijfelaars, zelfplossers en uitbesteders zijn weergegeven in tabel 1. Alle maatschappelijk werkers vinden BOR Humanitas een goed initiatief.

#### Attitude en communicatie naar ouders

(School)maatschappelijk werkers communiceren verschillend over BOR Humanitas richting ouders: Sommigen benoemen het als mogelijkheid, anderen advi-

seren/raden het aan en weer anderen motiveren en begeleiden cliënten.

Daarnaast blijkt dat een advies vanuit maatschappelijk werk voor verwijzing naar BOR Humanitas niet altijd wordt overgenomen door ouders. Niet alle ouders zien volgens de maatschappelijk werkers de noodzaak van externe begeleiding in. Maatschappelijk werkers geven aan dat sommige ouders de stap naar begeleiding vanuit BOR Humanitas te groot vinden. Anderen geven aan dat ze niet samen met de ex-partner aan de situatie willen werken.

#### Attitude en communicatie tussen BOR Humanitas en maatschappelijk werk

Voor maatschappelijk werkers is BOR Humanitas in het algemeen gemakkelijk toegankelijk. Zij ervaren het vragen van advies bij BOR Humanitas als prettig. Wel signaleren de maatschappelijk werkers enkele verbeterpunten:

- Presentaties die door BOR Humanitas zijn gegeven aan maatschappelijk werk zijn positief ervaren, maar mogen herhaald worden. Ook is het belangrijk dat BOR Humanitas op verschillende manieren aandacht geeft aan de regeling bijvoorbeeld door folders, mailing en publicaties in huis-aan-huis bladen. Ook aansluiten bij overleggen van (potentiële) verwijzers is belangrijk.
- Terugkoppeling van BOR Humanitas over begeleidingstrajecten loopt niet altijd gewenst.
- BOR Humanitas is niet altijd direct bereikbaar voor overleg over situaties.
- In verband met privacy-gevoeligheid wordt het als lastig ervaren dat er bij aanmelding bij BOR Humanitas zowel situatie- als persoonsgegevens vermeld moeten worden.
- BOR Humanitas zou soms meer outreachend mogen werken, bijvoorbeeld zou men met cliënten kunnen afspreken dat BOR Humanitas de cli-

ënten benadert in plaats van andersom.

#### BESCHOUWING

Tot nu toe was er weinig bekend over hoe maatschappelijk werkers omgaan met conflictueuze (echt)scheidingssituaties. Dit onderzoek heeft hierin nieuwe inzichten gegeven. In een implementatie-bijeenkomst tussen BOR Humanitas en organisaties voor maatschappelijk werk zijn de resultaten besproken. Daarbij zijn afspraken gemaakt over de wijze waarop de verwijzing naar BOR Humanitas door (school)maatschappelijk werk verbeterd kan worden:

- BOR Humanitas gaat in haar communicatie meer inhaken op de verschillende typologieën van maatschappelijk werkers die kunnen verwijzen. Bijvoorbeeld door ook advies te geven over of een situatie wel of niet geschikt is voor begeleiding vanuit BOR Humanitas (belangrijk bij twijfelaars).
- Presentaties vanuit BOR Humanitas worden herhaald.
- Er zijn afspraken gemaakt over terugkoppeling van begeleidingstrajecten.
- Besproken is op welke wijze BOR Humanitas meer outreachend kan werken. Bijvoorbeeld door cliënten zelf na advies van maatschappelijk werk ook actief te benaderen. Ook is besproken het aanbod van BOR Humanitas dichterbij cliënten te organiseren (bijvoorbeeld door in gebouwen van maatschappelijk werk BOR uit te voeren). Aanbevolen wordt dit onderzoek te herhalen onder meer (school)maatschappelijk werkers. Daarnaast zijn er nog andere potentiële verwijzers in het preventieve veld, zoals de Jeugdgezondheidszorg. Het is van belang dat de resultaten uit het onderzoek ook met deze professionals worden besproken.

Tabel 1 Karakteristieken van maatschappelijk werkers in relatie tot doorverwijzing naar BOR Humanitas

Twijfelaars	Zelfplossers	Uitbesteders
Twijfelen of de situatie geschikt is voor uitbesteding (aan BOR) of een interne oplossing. Zijn niet (voldoende) op de hoogte van BOR Humanitas. Hebben weinig ervaring met het doorverwijzen naar hulpprogramma's.	Zoeken naar een oplossing binnen de eigen organisatie. Kennen BOR oppervlakkig.	Besteden uit aan BOR Humanitas (denken buiten de kaders van de eigen organisatie). Zijn goed op de hoogte van BOR Humanitas.
Hebben weinig ervaring met conflictueuze (echt)scheidingssituaties.	Prefereren eigen trajecten.	Kiezen voor uitbesteding aangezien maatschappelijk werkers niet de intensieve begeleiding kunnen bieden zoals BOR dat kan. Hebben ervaring met conflictueuze (echt)scheidingssituaties.

**ABSTRACT**

*Motivations of social workers to refer to the intervention of Humanitas to arrange good visitation plans between a parent who is in an adversarial divorce and their children.*

Since 2007 Humanitas, a nonprofit social services association which aims to support people who, for a range of different reasons, temporarily can not manage on their own, accompanies parents who are in an adversarial divorce, in order to realise or restore good visitation plans between children in the age of zero to twelve years and the parent who lives elsewhere. Humanitas gets many referrals from youth care but hardly any from pro-

fessionals in the preventive domain. This article describes the motivations of social workers to refer to the intervention of Humanitas. The way the results of this research are implemented is addressed as well.

**Keywords:** adversarial divorce, visitation plan, prevention, social work, implementation

**LITERATUUR**

1. BOR Humanitas. De Begeleide OmgangsRegeling van Humanitas. Hengelo: BOR Twente, 2011.
2. Academische Werkplaats Jeugd in Twente. Klein-en-Fijn projecten 2011. Beschikbaar via: [http://www.awjtwente.nl/index.php?option=com\\_](http://www.awjtwente.nl/index.php?option=com_)

[content&view=article&id=16&Itemid=49](#).

3. *Hulscher M, Wensing M, Grol R.* Effectieve implementatie: theorieën en strategieën. Den Haag: Zorgonderzoek Nederland, 2000.
4. *Rogers EM.* Diffusion of innovations. Simon & Schuster Ltd, 2003.

**CORRESPONDENTIEADRES**

**Ellen Oosterkamp-Szwajcer, Saxion University of Applied Sciences, Kenniscentrum Gezondheid, Welzijn & Technologie, Community Care & Youth, Postbus 70.000, 7500 KB Enschede, tel. 053- 5376824, e-mail: [e.m.oosterkamp@saxion.nl](mailto:e.m.oosterkamp@saxion.nl)**

# Dubbele winst

Inge Steinbuch,<sup>1</sup> Paul Dam<sup>2</sup>

*Jeugdgezondheidszorg draagt op grote schaal bij aan de gezondheid van alle burgers en aan de economie van Nederland. De kosteneffectiviteitsanalyse van Verdonck, Klooster & Associates (VKA) in opdracht van ActiZ bevestigt dit. Preventie door jeugdgezondheidszorg loont!*

## JEUGDGEZONDHEIDSZORG

Vrijwel ieder kind in Nederland wordt regelmatig door de jeugdgezondheidszorg gezien: kinderen van 0 tot 4 jaar in de consultatiebureaus en daarna via school. Eén van de verklaringen voor de hoge opkomst van ouders met hun kinderen bij het consultatiebureau is de combinatie van medische en psychosociale zorg en opvoedingsondersteuning. Het potentieel hiervan als basis voor andere vormen van preventie en zorg gericht op de gehele populatie is daardoor groot. De kinderen krijgen vaccinaties aangeboden en worden op hun ontwikkeling en gezondheid gescreend. Vaak gaat alles goed, maar soms is er iets aan de hand en volgt er advies, hulp of ondersteuning. Loont al deze moeite wel?

De tegenstelling tussen de roep om meer preventie en de schaarste van financiële middelen geeft aanleiding om de waarde van preventie te onderzoeken. De transitie van de zorg voor jeugd (Jeugdzorg, Jeugd-GGZ en Jeugd-VB) naar de gemeenten versterkt de noodzaak hiertoe omdat gemeenten verantwoordelijk worden voor de verdeling van middelen tussen preventieve zorg door onder andere de jeugdgezondheidszorg en de curatieve zorg door specialistische zorg voor jeugd.

## ONDERZOEKSOPZET

Het onderzoek<sup>1</sup> naar kosten en baten van de JGZ (2012) betreft een analyse per interventie van de verschillen tussen de situatie in Nederland met de betreffende interventie en zonder de interventie. De analyse is statisch: de verondersteld stabiele situatie in Nederland waarin de interventie langdurig plaatsvindt wordt vergeleken met de situatie in Nederland die zou bestaan indien de interventie langdurig niet plaatsvindt en alle overige omstandigheden gelijk blijven. De analyse per interventie beperkt zich tot de effecten van de meest voorkomende ziektebeelden, complicaties en typische behandelingspaden. Alleen interventies waarvoor voldoende cijfermatig bronmateriaal beschikbaar is, zijn in de analyse meegenomen. Dit criterium heeft geleid tot de selectie van onderstaande onderwerpen uit het uniforme Basistakenpakket van de JGZ:

- het Rijksvaccinatieprogramma;
- de hielprik (screening op 17 aandoeeningen);
- oogpathologie;
- maldescensus testis;
- hartafwijkingen;
- spraak- en taal, en
- perceptief gehoorverlies.

De analyse van al deze interventies start met het bereik van de doelgroep. Een groter bereik leidt tot hogere uitvoeringskosten en een hogere effectiviteit (er worden immers meer kinderen bereikt). Bij alle interventies wordt rekening gehouden met kosten van bijwerkingen, die veelal ten laste komen van de Zorgverzekeringswet. De incidentie en prevalentie van ziekten en aangeboren afwijkingen hebben een rechtstreekse invloed op de kosten voor behandelingen (veelal gefinancierd op basis van de Zorgverzekeringswet) en langdurige zorg (veelal gefinancierd op basis van de Awbz). De analyse omvat zowel de kosten van behandeling van vroegtijdig in de jeugdgezondheidszorg opgespoorde aangeboren afwijkingen als de latere kosten van be-

Forum biedt onder meer plaats aan ingezonden commentaren en reacties, korte praktijkbijdragen, congresverslagen en boekbesprekingen. Aanwijzingen inzake lengte, opmaak en wijze van inzending (per e-mail) zijn verkrijgbaar bij het redactiesecretariaat. De redactie behoudt zich het recht voor om te redigeren en/of te bekorten.

Forum

handeling van niet-eerder opgespoorde afwijkingen.

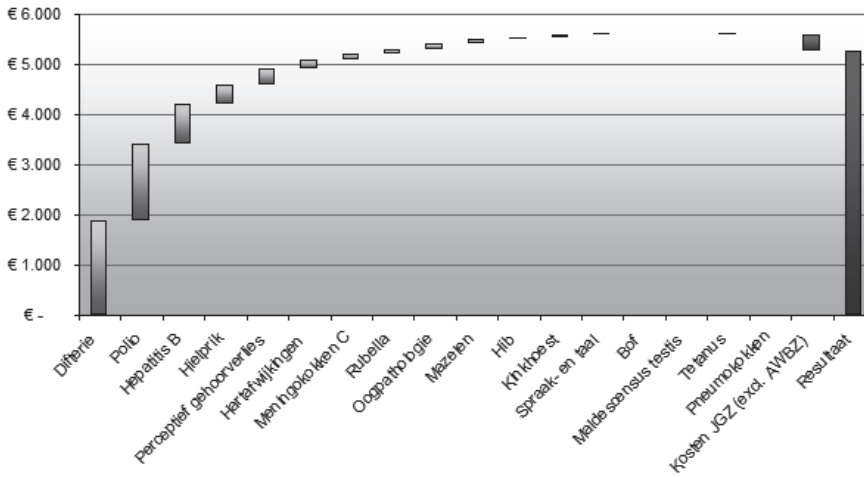
Door de diversiteit tussen gemeenten in uitvoering van de Wmo en het ontbreken van financiële gegevens daarover zijn de effecten op de Wmo-gefinancierde zorg niet meegenomen. Op geen van de effecten is disconto toegepast. De verschillen in overhead en salariering tussen zorgorganisaties en gemeentelijke gezondheidsdiensten zijn in de kostprijs voor uitvoering van de jeugdgezondheidszorg<sup>2</sup> buiten beschouwing gelaten.

## FINANCIERING VAN DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG

De totale uitgaven aan jeugdgezondheidszorg voor 0 tot 19-jarigen in Nederland worden geschat op € 433 miljoen.<sup>3</sup> De hielprik en het Rijksvaccinatieprogramma worden uit de Awbz gefinancierd. De gemeenten financieren de overige uitgaven voor jeugdgezondheidszorg. Ervan uit gaande dat de totale uitgaven aan jeugdgezondheidszorg € 433 miljoen en de uitgaven aan Awbz-gefinancierde zorg € 110 miljoen bedragen, geven de gemeenten € 323 miljoen uit aan jeugdgezondheidszorg.

<sup>1</sup> ActiZ, Utrecht

<sup>2</sup> Verdonck, Klooster & Associates, Zoetermeer



**Figuur 1** Onderzochte interventies in aflopende volgorde van economische bijdrage (in € miljoen per jaar)

## GEZONDHEIDSWINST: NEDERLANDERS 1 JAAR GEZOND OUDER

Van de onderzochte interventies leveren de vaccinaties tegen difterie en kinkhoest (onderdeel van het DKTP-vaccin) en hepatitis B de grootste bijdrage gemeten in gewonnen gezonde levensjaren. De overige onderzochte interventies zijn gezamenlijk goed voor 33% van de totale gezondheidswinst. Het totaal aantal gewonnen gezonde levensjaren bedraagt ruim 200 duizend jaar, per jaar. Anders gezegd: alle inwoners van Nederland worden gemiddeld 1 jaar gezond ouder. Immers, Nederland telt ruim 16 miljoen inwoners en kent een gemiddelde levensverwachting van circa 80 jaar.

Een voorbeeld: het voorkomen van difterie is door vaccinatie gedaald van ruim 13 duizend zieke kinderen per jaar tot circa 1 ziektegeval per jaar. De kans op overlijden bij difterie bedraagt naar schatting gemiddeld 7,5% van de gevallen die difterie hebben. Een groot deel daarvan betreft zeer jonge kinderen (en een ander deel hoogbejaarden). Deze factoren zorgen ervoor dat de gezondheidswinst met name bestaat uit gewonnen levensjaren door vermeden sterfte van jonge kinderen.

## ECONOMISCHE WINST: IEDERE GEÏNVESTEERDE EURO LEVERT ELF EURO OP

De onderzochte interventies leveren Nederland in totaal € 5,6 miljard per jaar op door verminderde behoefte aan zorg en vermeden productiviteitsverlies. Daar zijn de kosten van de jeugdgezondheidszorg tegen afgezet, die € 433 miljoen per jaar bedragen. Het netto resultaat is dus € 5,2 miljard per jaar, ofwel ruim € 300 per inwoner per jaar. Anders gezegd: iedere euro die jaarlijks in de jeugdgezondheidszorg wordt geïnvesteerd levert elf euro op. Ook hier leveren de vaccinaties de grootste bijdrage aan de economische winst van de jeugdgezondheidszorg namelijk ruim 76%. De grootste bijdrage wordt geleverd aan het verdienvermogen van burgers door een langere gezonde levensduur.

In figuur 1 zijn de opbrengsten per onderzochte interventie samengevat.

Stel dat we de baten van de vaccinaties buiten beschouwing laten, dan nog wegen de baten van de geanalyseerde screenings (oogafwijkingen, gehoorstoornissen, hartafwijkingen, spraak- en taalontwikkeling en indaling testikels) ruim op tegen de kosten van de totale jeugdgezondheidszorg. Alleen al de baten van de gehoorsceening zijn gelijk aan (breakeven) de kosten van de gehele jeugdgezondheidszorg. De jeugdgezondheidszorg voert echter nog vele andere interventies uit op het gebied van de lichamelijke, psychische, sociale en cognitieve ontwikkeling van de jeugd.

Ook wanneer slechts de effecten op de zorgrekeningen worden beschouwd (in het rapport samengevat als de effecten op de Zorgverzekeringswet- en Awbz-bekostigde zorg), is het effect positief. Dat wil zeggen: de besparingen in zorg die bekostigd wordt op grond van de Zorgverzekeringswet, Awbz en in het speciaal onderwijs wegen ruim op tegen de kosten voor de jeugdgezondheidszorg. Het netto effect is zo berekend € 1,8 miljard positief.

Op het totaal van de Awbz-bekostigde zorg in Nederland van € 23,7 miljard vormt de Awbz-bekostigde jeugdgezondheidszorg (Rijksvaccinatieprogramma en hielprik) met € 110 miljoen minder dan 0,5% van de jaarlijkse Awbz-uitgaven. De besparingen op de Awbz-uitgaven door de onderzochte interventies bedragen € 1,9 miljard, dat is 8% van de jaarlijkse Awbz-uitgaven.

## CONCLUSIE

In het onderzoek is de waarde van preventie in de jeugdgezondheidszorg inzichtelijk gemaakt op basis van een aantal preventieve interventies en komen we tot de volgende conclusies:

- Alle inwoners van Nederland hebben 1 jaar van hun gezonde levensverwachting te danken aan de jeugdgezondheidszorg. Het gewonnen aantal gezonde levensjaren bedraagt ruim 200 duizend jaar, per jaar in Nederland.
- Iedere euro die jaarlijks in de jeugdgezondheidszorg wordt geïnvesteerd levert elf euro op. De geanalyseerde interventies leveren € 5,6 miljard op. De jeugdgezondheidszorg kost € 433 miljoen per jaar. Het resultaat van de jeugdgezondheidszorg bedraagt daarmee € 5,2 miljard per jaar.
- Van alle onderzochte interventies leveren de vaccinaties de grootste bijdrage in zowel gezondheidswinst als economische winst.
- De waarde van veel meer preventieve activiteiten zou onderzocht moeten worden.

## NAWOORD

In september 2013 is een tweede kosten-effectiviteit analyse, Investeren in opvoeden en opgroeien loont, over een aantal andere activiteiten van de JGZ versche-

nen. Afhankelijk van de activiteit levert de investering van 1 euro 3 tot 50 euro op.

## ABSTRACT

### *Double benefits*

The Dutch Youth Health Care (DYHC) contributes to the health of all citizens and to the economy of the Netherlands on a large scale. The cost-effectiveness analysis of Verdonck, Klooster & Associates (VKA) commissioned by ActiZ confirms this. Prevention by Youth Health Care pays! Virtually all children are reached by the DYHC. This high reach provides a wide focus, connec-

tion with both parents and children and ensures a basis of trust. Every euro invested yearly in the Dutch Youth Health Care yields € 11. Of all researched interventions, vaccinations provide the largest contribution in both health and economic profit. This is achieved by the high ratio of vaccination, among other aspects. Due to the efforts of the DYHC, the citizens live healthy for an extra year. Especially the vaccinations against poliomyelitis and measles provide a decrease in cases of illness and more healthy years of life.

Keywords: Youth Health Care, cost-effectiveness analysis, prevention, vaccination

## LITERATUUR

1. *Dam P.* Kosteneffectiviteit van de Jeugdgezondheidszorg. Zoetermeer: Verdonck, Klooster & Associates, 2012.
2. PGGM HR Advies. Onderzoek ontwikkeling salariskosten als gevolg van overgang JGZ naar GGD. PGGM HR Advies, 2009.
3. *Verloove-Vanhorick SP en Reijneveld SA.* Jeugdgezondheidszorg: meer preventie voor weinig geld. Tijdschr Gezondheidswet 2007; 85:371-3.

## CORRESPONDENTIEADRES

**Inge Steinbuch, ActiZ, Postbus 8258, 3503 RG Utrecht, e-mail [i.steinbuch@actiz.nl](mailto:i.steinbuch@actiz.nl)**

# Verkenning jeugdgezondheid: landelijk overzicht gezondheid Nederlandse jeugd

Heleen H. Hamberg-van Reenen,<sup>1</sup> Susan A. Meijer,<sup>1</sup> Manon Savelkoul,<sup>1</sup> Paul F. van Gils,<sup>2</sup> Frans I.M. Pijpers<sup>3</sup>

*De Verkenning jeugdgezondheid geeft een samenhangend landelijk overzicht van de gezondheid van de Nederlandse jeugd en de rol van de jeugdgezondheidszorg hierin. Ook geeft de Verkenning inzicht in leemtes in kennis en data. Eind 2013 wordt het rapport aangeboden. De informatie wordt ook digitaal beschikbaar gemaakt via de websites van het Nationaal Kompas Volksgezondheid en het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid.*

## SAMENHANGEND OVERZICHT ONTBREEKT TOT NU TOE

Door de aankomende stelselwijziging jeugd hebben gemeenten en jeugd(gezondheids)zorgorganisaties extra behoefte aan inzicht in de gezondheid van

de jeugd en in het gewenste zorgaanbod.<sup>1</sup> Een landelijk overzicht van de gezondheid van kinderen en jongeren is essentieel om een adequaat en onderbouwd jeugdgezondheidsbeleid te kunnen voeren. Zo'n overzicht kan als benchmark voor de lokale situatie dienen.

Via verschillende databanken in Nederland worden gegevens verzameld over de gezondheid van jeugdigen. Dit betreft echter voornamelijk lokale gegevens, of gegevens over specifieke gezondheidsthema's of voor specifieke doelgroepen. Op dit moment bestaat er geen goed samenhangend landelijk overzicht van de gezondheid van de Nederlandse jeugd. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft daarom de afdeling Gezondheid en Maatschappij van het RIVM opdracht gegeven om samen met het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid een eerste Verkenning jeugdgezondheid uit te brengen.

De doelen van de Verkenning jeugdgezondheid zijn:

- 1 Een overzicht bieden van de gezondheid van kinderen en jongeren (0-19 jaar) in Nederland;
- 2 Inzicht geven in de rol van de JGZ in de gezondheid van kinderen en jongeren (0-19 jaar) in Nederland;
- 3 Leemtes opsporen in kennis en data over jeugdgezondheid en JGZ.

De Verkenning jeugdgezondheid is bedoeld voor landelijke en lokale beleidsmedewerkers, management, beleids- en stafmedewerkers van jeugdgezondheidszorgorganisaties en andere partners in de zorg voor jeugd. Een drietal commissies adviseert over respectievelijk de wetenschappelijke kwaliteit, de beleidsrelevantie en de bruikbaarheid van de Verkenning jeugdgezondheid in de praktijk en voor (lokaal) beleid. Het RIVM is uitvoerder van het project. Het NCJ adviseert het RIVM vanuit haar rol als 'speler in het veld van de jeugdgezondheidszorg'. Het streven is dat de Verkenning jeugdgezondheid een plaats krijgt in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) als onderdeel van de vierjaarlijkse preventiecyclus.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> RIVM Centrum Gezondheid en Maatschappij, Bilthoven

<sup>2</sup> RIVM Centrum Voeding, Preventie en Zorg, Bilthoven

<sup>3</sup> Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, Utrecht



## VERKENNING JEUGDGEZONDHEID GEEFT INZICHT IN GEZONDHEID IN RELATIE TOT JGZ

De Verkenning jeugdgezondheid schetst een overall beeld van de gezondheid van de Nederlandse jeugd, gebaseerd op verschillende gezondheidsthema's. Daarbij is ook aandacht voor 'positieve gezondheid',<sup>3</sup> ervaren gezondheid en onderwijsparticipatie. Door de gezondheid van de Nederlandse jeugd naast het aanbod en effectiviteit van JGZ-taken te zetten kan antwoord worden gegeven op verschillende vragen, zoals: "Richt de JGZ zich op de meest voorkomende en/of ernstigste gezondheidsproblemen?" of: "Welke gezondheidsproblemen verdienen vanuit de JGZ meer aandacht?"

De belangrijkste resultaten worden beschouwd in het licht van ontwikkelingen in beleid en praktijk, waaronder de stelselwijziging jeugd en ontwikkelingen in de JGZ. Voorbeelden van ontwikkelingen in de JGZ zijn een toename in het aantal richtlijnen, flexibilisering in het aantal en frequentie van contactmomenten en de invoering van een extra contactmoment voor kinderen van 15/16 jaar. De gezondheid van de Nederlandse jeugd wordt gezien in relatie tot de fysieke en sociale omgeving (gezin, school, wijk) en in relatie tot de jeugdgezondheid in andere landen. Ook is aandacht voor de clustering van gezondheidsproblemen.

## GEZONDHEIDGERELATEERD GEDRAG, PSYCHOSOCIALE EN FYSIEKE GEZONDHEID

In de Verkenning jeugdgezondheid wordt een groot aantal gezondheidsthema's uitgewerkt volgens de VTV-aanpak (Volksgezondheid Toekomst Verkenningen). De gezondheidsthema's bestaan uit drie hoofdgroepen: gezondheidgerelateerd gedrag (leefstijl), psychosociale gezondheid en fysieke gezondheid. De keuze van de thema's is gebaseerd op de speerpunten van het huidige landelijke beleid en op het vóórkomen en de ernst van gezondheidsproblemen. Waar mogelijk zijn databronnen gebruikt met recente en representatieve landelijke ge-

gevens over de gezondheidstoestand van de Nederlandse jeugd, zoals de Gezondheidsenquête van het CBS, de LINH (Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg)-database, het HBSC (Health Behaviour in School-aged Children)-onderzoek en het Peilstationsonderzoek Scholieren. De Verkenning beschrijft naast de omvang van gezondheidsthema's (prevalentie) ook kort de belangrijkste kenmerken, determinanten en gevolgen. Waar mogelijk is aandacht voor gezondheidsverschillen naar leeftijd, geslacht, etniciteit, sociaaleconomische status en/of gezinssituatie, en voor trends in de tijd.

## JGZ ALS GEHEEL EN IN RELATIE TOT GESELECTEERDE GEZONDHEIDSTHEMA'S

De Verkenning geeft een overzicht van het aanbod, bereik en (kosten)effectiviteit van de JGZ als geheel en in relatie tot de geselecteerde gezondheidsthema's. De JGZ als geheel wordt beschreven aan de hand van het basistakenpakket. Informatie over de rol van de JGZ komt uit richtlijnen, wetenschappelijke literatuur en in een enkel geval uit het digitaal dossier JGZ (DD-JGZ). De JGZ-activiteiten kunnen niet los gezien worden van andere preventieve interventies, zoals schoolinterventies gericht op leefstijl, gezondheid, weerbaarheid of schooluitval. Waar mogelijk geeft de Verkenning ook inzicht in het verwijsgedrag en vervolgtraject na doorverwijzing vanuit de JGZ. Deze informatie komt onder andere uit richtlijnen, interventiedatabases en wetenschappelijke literatuur.

Tot op heden is er nog weinig inzicht in welke zorg de JGZ zelf inzet of naar welke zorg de JGZ doorverwijst. In 2009 ging bijna 80% van een steekproef van JGZ-organisaties niet systematisch na welke hulp was ingezet en wanneer deze beëindigd werd.<sup>4</sup> Ook is niet bekend hoeveel kinderen bereikt worden met (erkende) interventies binnen de JGZ of na doorverwijzing vanuit de JGZ. Daarnaast is onbekend in hoeverre de huidige JGZ-richtlijnen voor vroegsignalering, monitoring en advisering in de praktijk worden toegepast en in hoeverre uniform wordt gewerkt. Wel bekend is dat jeugd-

artsen erg gemotiveerd zijn om gebruik te maken van (het groeiende aantal) richtlijnen.<sup>5</sup>

## ONTWIKKELINGEN IN DATA BIEDEN KANSEN VOOR VOLGENDE VERKENNING IN 2018

De ernst en omvang van verschillende gezondheidsproblemen bij de Nederlandse jeugd zijn niet altijd rechtstreeks met elkaar te vergelijken, omdat de cijfers uit verschillende landelijke databronnen komen, met elk hun eigen onderzoeksmethode. Ook is de landelijke situatie (nog) niet voldoende geschikt als benchmark voor de lokale situatie. Inzicht in bereik, effectiviteit en kosteneffectiviteit van JGZ-interventies en vervolgenterventies is ook beperkt. Meerdere ontwikkelingen bieden de kans om een deel van deze 'witte vlekken' in te vullen voor de volgende Verkenning jeugdgezondheid in 2018.

Vanaf 2015 wordt het door de harmonisatie van de GGD-jeugdmonitors mogelijk om cijfers uit verschillende regio's met elkaar te vergelijken. Een vergelijkbare ontwikkeling vindt plaats met de harmonisatie van de landelijke leefstijlmonitor.<sup>6</sup> Daarnaast biedt de informatie uit het DD-JGZ van jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen een potentiële schat aan informatie over de gezondheid van de Nederlandse jeugd. De JGZ ziet ruim 90% van de kinderen van nul tot vier jaar, zowel autochtoon als allochtoon.<sup>7</sup> Na het vierde levensjaar gaat 90% van de kinderen naar een jeugdarts (meestal op school), zo blijkt uit een vragenlijstonderzoek onder bijna 1000 ouders.<sup>8</sup> Daardoor is van het gros van de kinderen tot 12 jaar bekend hoe gezond ze zijn. Via het project Jeugd in Beeld (JIB) worden de gegevens uit het DD-JGZ in één databestand geanonimiseerd bijeengebracht. JIB wordt fasegewijs ontwikkeld; op dit moment is alleen informatie uit de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) en het percentage kinderen met overgewicht van een deel van de JGZ-organisaties te gebruiken. In overleg met koepel- en JGZ-organisaties zal het aantal onderwerpen de komende jaren worden uitgebreid. Ten slotte zijn er ontwikkelingen in de beschikbaarheid

van informatie over bereik en effectiviteit van interventies in de zorg voor jeugd.<sup>1</sup> Mede via ZonMw-programma's ('Ver-nieuwing Uitvoeringspraktijk Jeugdgezondheidszorg' en 'Richtlijnen JGZ 2013-2018') wordt geïnvesteerd in onderzoek binnen de JGZ.

## RAPPORT EN DIGITALE INFORMATIE

Eind 2013 wordt het rapport aangeboden. De informatie wordt ook digitaal beschikbaar gemaakt via de websites van het Nationaal Kompas Volksgezondheid en het NCJ.

## ABSTRACT

*Dutch Youth Health Status and Forecast: nationwide survey of the health of the Dutch youth*

The Dutch Youth Health Status and Forecast provides a coherent nationwide survey of the health of the Dutch youth and the role of youth health

services. Also, the Status and Forecast provides insight in lacking knowledge and data. The report will be presented at the end of 2013. The information will be made available electronically via the websites of the National Public Health Compass and Dutch Youth Health Centre.

**Keywords:** youth health, nationwide survey, forecast, policy, public health, health-related behaviour, psychosocial health

## LITERATUUR

1. *Yperen T van*. Met kennis oogsten. Monitoring en doorontwikkeling van een integrale zorg voor jeugd. Groningen: Nederlands Jeugdinstituut; Rijksuniversiteit Groningen, 2013.
2. *Winter M de, Yperen T van, Zebe-van der AA T van e.a.* Een stevig fundament. Evaluatie van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg 2013. Zie <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2013/03/07/een-stevig-fundament.html>; publicatie van de Commissie evaluatie basistakenpakket JGZ.
3. *Huber*. Naar een nieuw begrip van

gezondheid: Pijlers voor Positieve Gezondheid. Tijdschr Gezondheidswet 2013;91:133-4.

4. Inspectie voor de Gezondheidszorg. De jeugdgezondheidszorg in beweging. Den Haag: IGZ, 2009.
5. Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. Tussenevaluatie Landelijke implementatie Richtlijnen in de JGZ, 2013.
6. *Brink CL van den, Kramers, PGN, Berg M van den, Wilk EA van der, Oers JAM van*. Monitoring van leefstijl in Nederland: hoe kan het beter en efficiënter? Tijdschr Gezondheidswet 2013;91:88-9.
7. Ouders online. Code Oranje (wees alert). Het kwetsbare vertrouwen van ouders in de jeugdgezondheidszorg 2011. Ouders online, 2011.
8. Centraal Bureau voor de Statistiek. Waardering voor activiteiten consultatiebureau. CBS: Webmagazine, 18 juli 2005.

## CORRESPONDENTIEADRES

**Heleen Hamberg-van Reenen, Centrum Gezondheid en Maatschappij, Afdeling Verkenningen Zorg en Preventie, RIVM, Postbus 1, 3720 BA Bilthoven, tel. 030-2742735, e-mail: [heleen.hamberg@rivm.nl](mailto:heleen.hamberg@rivm.nl)**

# Gemeente Rotterdam toetst eigen jeugdinterventies

Toetscommissie Interventies Jeugd (TIJ)<sup>1</sup>

*In het voorjaar van 2012 heeft de wethouder Onderwijs, Jeugd en Gezin (OJG) van de gemeente Rotterdam de Toetscommissie Interventies Jeugd (TIJ) geïnstalleerd (noot a). TIJ heeft de opdracht het huidige pakket aan jeugdinterventies (0 tot 23 jaar) zoals door de gemeente Rotterdam gesubsidieerd, te toetsen op potentiële effectiviteit. Het uiteindelijke doel van TIJ is het optimaliseren van het (deel)gemeentelijk aanbod van jeugdinterventies en het verder professionaliseren van het opdrachtgeverschap in het jeugddomein. In dit artikel worden de werkwijze en de resultaten tot op heden beschreven.*

TIJ gebruikt een kortdurende review methode, een vorm van auditing gebaseerd op literatuuronderzoek (o.a. gebruik makend van de bestaande databases), interviews en werkbezoeken. Dus het is geen empirisch evaluatieonderzoek, maar TIJ geeft antwoord op vragen zoals:

- Zit de interventie goed in elkaar?
- Is er voldoende theoretische basis?
- Wordt de interventie ook uitgevoerd zoals bedoeld?
- Worden de doelen behaald? Hoe wordt dat vastgesteld?

Door het werk van TIJ kan de gemeente Rotterdam relatief snel méér aandacht vragen voor de potentiële effectiviteit van de interventies, bij zowel de opdrachtgevers (gemeente en deelge-

meenten) als bij de opdrachtnemers ofwel de uitvoerders van de interventies.

## WAT IS EEN INTERVENTIE?

Het is geen overbodige luxe om bij deze vraag stil te staan omdat binnen het jeugddomein veel verschillende opvattingen over de term interventie bestaan. Binnen de toetscommissie kwam die discussie in het begin met regelmaat terug omdat de groslijst van de subsidiebeschikkingen ook over voorzieningen en programma's gaat.

Bijvoorbeeld: Stichting Opboxen runt een sportschool in Hoogvliet waar jon-

<sup>1</sup> Gemeente Rotterdam

geren zonder zinvolle dagbesteding in een vast weekprogramma met trainingen en persoonlijke begeleiding werken aan zelfvertrouwen en zelfredzaamheid. In de ochtend zijn er trainingen, zoals sociale vaardigheid, bedrijfshulpverlening, typevaardigheid, en in de middag sport ... en inderdaad ook boksen. Is Opboxen een interventie of een voorziening? (Gemeente Rotterdam, 2012a, p. 28).<sup>1</sup> Uiteindelijk is TIJ tot de volgende definitie gekomen:

*Een interventie is een planmatige en doelgerichte aanpak om opvattingen, gedrag en/of vaardigheden van jongeren te veranderen en/of hun omstandigheden te beïnvloeden, met als (hoofd)doel de kans op crimineel, overlastgevend of gewelddadig gedrag van die jongeren te verkleinen, en/of de kans om veilig en gezond op te groeien te vergroten.*

Een interventie is geen instelling, organisatie of voorziening (zoals de voorziening basisschool of kinderdagverblijf) en is ook geen losse activiteit. Er is altijd een voorziening, organisatie of instelling nodig om een interventie te kunnen (laten) uitvoeren. Een interventie kan deel uitmaken van een programma. Een programma is een combinatie van verschillende interventies die gecoördineerd en gefaseerd worden uitgevoerd, om een bepaald beleidsdoel te realiseren.

## SELECTIE VAN INTERVENTIES

TIJ selecteert de jeugdinterventies die zij toetst op basis van de subsidiebeschikkingen van de (deel)gemeente. In de huidige eerste fase worden interventies gekozen die het voorkomen van criminaliteit en overlast tot doel hebben. Er wordt bij voorkeur gekozen voor een bepaald cluster van interventies, zoals bijvoorbeeld alle vormen van intensief case management voor jongeren die dreigen uit te vallen. Daardoor is de toetscommissie in staat om, naast uitspraken over de kans op effectiviteit van individuele interventies, te kijken naar de samenhang in het aanbod, alsmede overlap en witte vlekken op te sporen. Naarmate de activiteiten van TIJ vorderen, zal de aandacht steeds meer verschuiven richting jeugdinterventies ter preventie van gezondheidsproblemen.

## ADVIES AAN WIE?

De toetscommissie brengt advies uit aan de wethouder Onderwijs, Jeugd en Gezin, de (ambtelijke) opdrachtgevers en de uitvoerende partijen. TIJ geeft aan of een jeugdinterventie 1) kansrijk, 2) voor verbetering vatbaar dan wel 3) kansarm is, en zij doet verbetervoorstellen. Een interventie is *kansrijk* als de beoogde doelen volgens rapportages zijn gerealiseerd en als middels onderzoek(sliteratuur) aannemelijk kan worden gemaakt dat de interventie zoals die is uitgevoerd hieraan substantieel heeft bijgedragen. TIJ noemt een interventie een *project ter verbetering* als niet kan worden getoond dat de beoogde doelen zijn gerealiseerd maar middels onderzoek(sliteratuur) is wel minimaal aannemelijk gemaakt dat de interventie bij een juiste (integere) uitvoering wel tot de beoogde doelen kan leiden. Een interventie is *kansarm* als de beoogde doelen niet gerealiseerd zijn noch middels (onderzoeks)literatuur aannemelijk kan worden gemaakt dat de interventie bij integere uitvoering tot realisatie van beoogde doelen zal leiden.

TIJ opereert los van de belangen van gemeentelijke diensten, deelgemeenten en uitvoerende partijen. Alleen op deze manier kan zij haar onafhankelijkheid garanderen. De uiteindelijke adviezen zijn openbaar.

## DE DETERMINANTEN MODELLEN

In het jeugddomein komen de wereld van de criminaliteitspreventie en de wereld van de publieke zorg bij elkaar. TIJ is gestart vanuit het zogenoemde Kennisfundament,<sup>2</sup> een model ontwikkeld door het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) van het Ministerie voor Veiligheid en Justitie. Het Kennisfundament gaat uit van drie lijnen die in elke interventie aandacht verdienen: 1) grenzen stellen, 2) risicoreductie bij het individu, het gezin en bij leeftijdsgenoten, en 3) gewetensvorming en binding. Dit model biedt goede aangrijpingspunten om interventies te beoordelen op het gebied van preventie van de overlast- en criminaliteitsreductie. Voor interventies gericht op gezondheidsbevordering is

het model echter niet geschikt. Daarvoor zijn wel veel andere gevalideerde modellen beschikbaar, zoals Preffi (het Preventie Effectiviteitinstrument) waarin vooral nadruk ligt op de planmatige wijze van de ontwikkeling van de interventie.<sup>3</sup> Een ander model dat zich richt op de zorg voor jeugd in brede zin is het Integratief Werkzame Factorenmodel, een overkoepelend model waarin alle mogelijke werkzame factoren beschreven staan.<sup>4</sup> TIJ heeft deze modellen in haar manier van toetsen enigszins eclecticisch gecombineerd en afhankelijk van de doelstellingen van de interventie valt de nadruk op één van de modellen.

## DE CHECKLIST

Op basis van deze modellen heeft TIJ een vragenlijst c.q. checklist ontwikkeld als leidraad bij de beschrijving van de interventies door de uitvoerders. De hoofdlijn van de checklist is als volgt:

- Volledigheid van de beschrijving:
  - Zijn alle relevante kenmerken van de doelgroep beschreven?
  - Zijn er gegevens over indicatie en contra-indicatie?
  - Zijn er expliciete doelen geformuleerd, zonodig onderscheiden in voorwaardelijke doelen en einddoelen?
  - Is de methodiek/werkwijze volledig beschreven op het niveau van concrete activiteiten?
- Degelijkheid van de methodiek:
  - Is de interventie opgenomen in één van de databases met effectieve interventies, o.a. ErkenningscIE Interventies van het Nederlands Jeugd instituut (NJI) en Centrum Gezond Leven (CGL) bij het RIVM?
  - Worden er technieken gebruikt die in de literatuur als bewezen effectief bekend staan?
- Uitvoeringsintegriteit:
  - Wordt de interventie uitgevoerd zoals bedoeld?
  - Welke knelpunten zijn er?
  - Hoe staat het met de ecologische validiteit? In hoeverre is de aanpak/zijn de resultaten generaliseerbaar naar andere situaties?
  - Vindt de uitvoering plaats door professionals?

- Is er sprake van proportionaliteit (hoe zwaarder problemen, hoe zwaarder interventie)?
- Resultaten:
  - In hoeverre zijn de beoogde doelen gerealiseerd?
  - Welke neveneffecten (positief en negatief) hebben zich voorgedaan?

## STAND VAN ZAKEN

Op dit moment (begin 2013) heeft TIJ twee rapportages over in totaal 13 interventies uitgebracht. De eerste ronde betrof 7 zeer verschillende interventies teneinde de reikwijdte van de werkwijze te ontwerpen en vervolgens te testen.<sup>1</sup> Één interventie werd als kansarm beoordeeld, één als kansrijk en de overige vijf als projecten ter verbetering. De tweede ronde van interventies bestond uit zes soortgelijke interventies, namelijk zes varianten van intensief casemanagement (ICM) voor jongeren van 12 tot 24 jaar.<sup>5</sup> Al deze uitvoeringsvarianten zijn beoordeeld als *project ter verbetering*. Er valt namelijk veel te verbeteren; in de uitvoering én in de aansturing door de gemeente.

TIJ ziet bij deze interventies over het algemeen de volgende kritiekpunten:

- Er is relatief weinig aandacht voor planmatigheid en wetenschappelijk theoretische onderbouwing van de interventies;
- Er is relatief weinig aandacht voor de logische samenhang tussen de te behalen doelstellingen en de inzet van middelen en methoden;
- Er wordt relatief weinig aandacht besteed aan monitoring van bereik of van uitgevoerde activiteiten.

Deze situatie is vermoedelijk gegroeid vanwege de aard van het jeugddomein: steeds moesten acuut oplossingen voor urgente problemen worden gezocht zonder dat er genoeg tijd is voor planmatige interventieontwikkeling. Mogelijk ook vanuit de onjuiste opvatting 'Baat het niet, dan schaadt het niet!'

## CONCLUSIE EN DISCUSSIE

Op het gevaar af om in de val van WC-eend te lopen ("Wij van WC-eend adviseren WC-eend!") willen we een aantal voorlopige conclusies trekken. Rotterdam heeft met TIJ een relatief snelle methode in huis om aandacht voor de effectiviteit van interventies te vragen bij opdrachtgevers en opdrachtnemers. Het laat snel zien waar verbetering mogelijk en zinvol is. Bovendien laat het zien waar welk soort onderzoek gestimuleerd moet worden. Uiteindelijk gaat het om verbetering van de uitvoeringspraktijk en een effectiever en efficiënter jeugdbeleid. Dat proces kan worden versneld door te investeren in kenniscirculatie over de resultaten van de toetsingen. Het debat met de betrokkenen over de analyses die in het proces van toetsing zijn gemaakt, zal voor de impuls voor verandering moeten zorgen. Het gevaar bestaat dat anders de toetsingen door TIJ al snel worden opgevat als bezuinigingsinstrument, zónder de kwaliteitsimpuls.

## NOOT

- a De TIJ bestaat dd. 2-2-2013 uit de Rotterdamse ambtenaren: Fatima Amrani, AnneMarijke Bannink, Pascal Bisscheroux, Yeter Demirci, Maurice Geluk, Alex Hekelaar, Ton Legerstee, Toon Voorham.

## ABSTRACT

*City of Rotterdam audits all interventions for the youth*

Like any other communality in The Netherlands the city of Rotterdam is restructuring the health and welfare care for the youth. One of the measures taken is the auditing of all interventions for the youth that are contracted by the city of Rotterdam. This method of auditing is not empirical research but is based on literature research, interviews with stakeholders

and site visits. It gives answer to the questions like: Is this intervention in potential an effective intervention? What is the theoretical basis? Is it executed as described? Are the goals reached? This method of auditing proves to be a very quick method to stimulate the debate about effectiveness, and stimulates the quality of the interventions and the quality of the public tenders in the field of youth care.

**Keywords:** auditing, effectiveness, youth health and welfare care

## LITERATUUR

1. Gemeente Rotterdam. Eerste TIJ-rapportage over 7 interventies (toetsing juni 2012). Rotterdam: Directie Veiligheid, Gemeente Rotterdam, 2012.
2. Brons D, Hilhorst N, Willemsen F. Het kennisfundament ten behoeve van de aanpak van criminele Marokkaanse jongeren. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum/ Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2008.
3. Kok H, Molleman G, Saan H, Ploeg M. Handboek Preffi 2.0: richtlijn voor effectieve gezondheidsbevordering en preventie. Woerden: NIGZ, 2005
4. Pijnenburg H, Hermans J, Yperen T van, Hutschemakers G, Montfoort A van (red). Zorgen dat het werkt. Werkzame factoren in de zorg voor jeugd. Nijmegen: Hogeschool Arnhem en Nijmegen / Amsterdam: SWP, 2010.
5. Gemeente Rotterdam. ICM Jeugd in Rotterdam. Toetsing van zes varianten intensief casemanagement voor jongeren van 12 tot 24 jaar (toetsing november 2012). Rotterdam: Directie Veiligheid, Gemeente Rotterdam, 2012.

## CORRESPONDENTIEADRES

**A.J.J. Voorham, GGD Rotterdam Rijnmond, Postbus 70032, 3000 LP, Rotterdam, tel. 010-4339556, e-mail: [ajj.voorham@rotterdam.nl](mailto:ajj.voorham@rotterdam.nl)**

# Inschatten van veiligheid en kans op kindermishandeling: noodzaak, instrumenten en ontwikkelingen

Cora Bartelink,<sup>1</sup> Klaas Kooijman<sup>1</sup>

*Veiligheid van kinderen is een belangrijk aandachtspunt voor iedereen die werkt met kinderen. Invoering van de wet Verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling maakt dit duidelijk. Gestructureerd beslissen is nodig om verkeerde inschattingen te voorkomen. Dit artikel gaat in op verschillende instrumenten, de mogelijkheden en beperkingen ervan.*

## KNELPUNTEN IN BEOORDELEN EN BESLISSEN

Wie in zijn werk dagelijks te maken heeft met ouders en kinderen, moet soms ook beoordelen of er sprake is van kindermishandeling of een problematische opvoedingssituatie en beslissen over de beste aanpak. Dat is niet eenvoudig. Hulpverleners hebben vaak maar beperkte informatie. Als er vermoedens zijn van een voor het kind bedreigende situatie, is het echter zaak snel te handelen.

Uit onderzoek blijkt dat het nemen van beslissingen in dit soort onzekere situaties tot allerlei beoordelingsfouten kan leiden:<sup>1,2</sup>

- mensen trekken conclusies op basis van slechts een deel van de beschikbare informatie;
- mensen passen hun eerste oordeel niet snel aan als zij nieuwe informatie krijgen;
- mensen zoeken informatie die het eerste oordeel bevestigt en negeren tegenstrijdige informatie;
- recente of opvallende voorbeelden vertekenen het oordeel;
- mensen veronderstellen oorzaak-gevolgrelaties, terwijl die er niet hoeven te zijn.

Een protocol en goede instrumenten kan hulpverleners ondersteunen bij het nemen van beslissingen.

## WAT IS VEILIGHEIDS- EN RISCOTAXATIE?

Het beoordelen van de veiligheid vraagt om een inschatting van de huidige situatie (veiligheidstaxatie) en van mogelijke risico's voor de veiligheid in de toekomst (risicotaxatie). Veiligheids- en risicotaxatie zijn beide essentiële onderdelen van de beoordeling van mogelijk bedreigende opvoedingssituaties. Ze liggen in elkaars verlengde, maar hebben een ander doel. Het doel van veiligheidstaxatie is na te gaan in hoeverre er op dit moment bedreigingen zijn in de veiligheid van het kind, waarvoor een beschermende interventie nodig is.

Risicotaxatie heeft tot doel mogelijke toekomstige risico's in kaart te brengen, zodat met effectieve hulp de kans op kindermishandeling verkleind kan worden. Risicotaxatie geeft antwoord op de vragen:

- Wat kan er gebeuren?
- Hoe waarschijnlijk is het dat dit gebeurt?
- Hoe ernstig is het als dit gebeurt?

Op deze manier kunnen ook verschillende risicoscenario's opgesteld worden. Een goede risicotaxatie is alleen mogelijk als éérst de bestaande situatie in beeld is gebracht.<sup>3</sup>

## HOE BEOORDEEL JE DE VEILIGHEID VAN EEN KIND ZORGVULDIG?

Gezien de mogelijke valkuilen die zich kunnen voordoen, is het belangrijk de

veiligheid en risico's gestructureerd in te schatten. Risicotaxatie instrumenten geven een betere inschatting van de kans op kindermishandeling dan wanneer professionals zelf een inschatting maken.<sup>4</sup> Er zijn verschillende soorten risicotaxatie instrumenten en er is discussie over de vraag welke soort de beste inschatting van de risico's oplevert. *Actuariële risicotaxatie instrumenten* zijn gebaseerd op empirisch onderzoek in kindbescherminszaken naar kenmerken van ouders, kinderen, gezin en omgeving die de kans op (herhaling van) kindermishandeling voorspellen. Bij *consensus-based risicotaxatie instrumenten* bepalen experts op basis van praktijkervaring en wetenschappelijke literatuur welke risico- en beschermende factoren in een instrument worden opgenomen. Professionals beoordelen de aanwezigheid van risicofactoren in het gezin volgens het instrument en vellen vervolgens een eigen gestructureerd professioneel oordeel over het risico van toekomstige mishandeling en verwaarlozing.<sup>5</sup>

## IN NEDERLAND GEBRUIKTE INSTRUMENTEN

In Nederland is er een aantal veiligheids- en risicotaxatie instrumenten:

- California Family Risk Assessment (CFRA): vragenlijst om een objectieve inschatting te maken van de kans dat een kind waarover vermoedens van kindermishandeling zijn gemeld, in de komende 18 tot 24 maanden binnen het gezin mishandeld of verwaarloosd wordt. Voor Californië is dit een actueel instrument.
- Child Abuse Potential Inventory (CAPI): consensus-based vragenlijst voor het inschatten van de kans op fysieke kindermishandeling in gezinnen met een

<sup>1</sup> Nederlands Jeugdinstituut, Utrecht

kind van nul tot achttien jaar. De CAPI wordt alleen voor onderzoeksdoeleinden gebruikt.

- Child Abuse Risk Evaluation – Nederlandse versie (CARE-NL): consensus-based instrument voor gestructureerd professioneel oordeel voor de inschatting van het risico van kindermishandeling. De CARE-NL wordt bij de AMK's en bureaus jeugdzorg gebruikt.
- Delta Veiligheidslijst: consensus-based checklist voor gezinsvoogden om de huidige veiligheid van het kind en het risico van kindermishandeling te beoordelen.
- Licht Instrument Risicotaxatie Kindveiligheid (LIRIK): consensus-based checklist voor het onderkennen van een vermoeden van kindermishandeling of anderszins onveilige opvoedingssituatie en het inschatten van het risico op kindermishandeling in de nabije toekomst in gezinnen met een kind van nul tot achttien jaar. De LIRIK, van oorsprong voor bureau jeugdzorg en de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling ontwikkeld, wordt inmiddels in allerlei sectoren gebruikt, onder andere bij jeugdzorginstellingen, centra voor jeugd en gezin, maar ook in de kinderopvang en het onderwijs.

## MOGELIJKHEDEN EN BEPERKINGEN VAN INSTRUMENTEN

Veiligheids- en risicotaxatie instrumenten zijn geen wondermiddel. Sommige verbeteren weliswaar de inschatting van de veiligheid en de risico's, maar geen enkel instrument levert een perfecte voorspelling op over de vraag of kindermishandeling zich in de toekomst zal voordoen. Ze voorkomen wel dat professionals – onbedoeld – complexe situaties versimpelen.

Buitenlands onderzoek laat zien dat hulpverleners met actuariële instrumenten beter kunnen voorspellen welke kinderen een hoog risico op kindermishandeling lopen dan met consensus-based instrumenten.<sup>4</sup> Tegelijkertijd blijken deze instrumenten nog een behoorlijke foutmarge te hebben: gezinnen met een hoog risico, waar kindermishandeling zich niet voordoet (vals positieven) en gezinnen met een laag risico waar zich wel kindermishandeling voordoet (vals negatieven). Bij het gebruik ervan in de

dagelijkse praktijk moet een professional in het oog houden dat geen enkel risicotaxatie-instrument met 100% zekerheid kan voorspellen of een kind morgen, overmorgen of volgende maand thuis niet meer veilig is.<sup>8</sup>

Actuariële instrumenten bevatten meestal alleen statische (niet-veranderbare) risicofactoren en zijn alleen bedoeld om toekomstige risico's te voorspellen.<sup>9</sup> Inzicht in veranderbare kenmerken en beschermende factoren is noodzakelijk voor een weloverwogen beslissing over de meest geschikte hulp.<sup>10</sup> Dat vraagt in veel gevallen om een breder onderzoek naar de gezinssituatie waarin aandacht is voor sterke kanten en mogelijke hulpbronnen in het sociaal netwerk. Het beste is daarom een valide veiligheids- en risicotaxatie instrument en het gestructureerd professioneel oordeel te combineren.<sup>4</sup>

Van nog geen van de in Nederland gebruikte instrumenten is de betrouwbaarheid en validiteit echt goed onderzocht. De Ruiters, De Jong en Reus (2013) hebben een eerste verkennend onderzoek gedaan naar de CARE-NL en concluderen dat dit instrument mogelijk bijdraagt aan een meer gestructureerde inschatting van de risico's, hoewel hun bevindingen ook laten zien dat mensen die de CARE-NL gebruiken nog steeds belangrijke risicofactoren onderbelichten.<sup>6</sup> Van der Elst en collega's (2012) hebben een valideringsonderzoek naar de CFRA gedaan. De voorspellende waarde bleek laag te zijn: van de gezinnen die op de CFRA als hoog tot zeer hoog risico waren beoordeeld, was na zes maanden 11% gemeld bij een AMK, en waren er voor 7% indicaties voor mishandeling in de dossiers. Geconcludeerd mag worden dat de CFRA professionals niet ondersteunt bij het beslissen over de veiligheid van kinderen.<sup>7</sup>

Voor een zorgvuldige beslissing hebben professionals kennis over 'wat werkt' (effectieve interventies) en goede gespreksvaardigheden nodig om in dialoog met ouders en jeugdige beslissingen te nemen over de best passende interventie.

## RANDVOORWAARDEN

Recent onderzoek laat zien dat risicotaxatie instrumenten onbedoeld schadelijke effecten kunnen hebben, als er te

weinig aandacht is voor de implementatie en borging in de organisatie.<sup>11,12</sup> Implementatie en borging vragen goede training van de professional en supervisie, en ondersteunende sturing vanuit het management voor het gebruik van een instrument en actieve betrokkenheid van de supervisors en managers bij de implementatie. Essentieel is dat een instrument ingebed is in het werkproces binnen de organisatie door verankering in het veiligheidsbeleid.

## VEILIGHEIDS- EN RISICOTAXATIE ALS ACTUEEL THEMA

Veiligheid is niet meer alleen een vraagstuk voor jeugdzorgwerkers, maar vraagt in de komende jaren de aandacht van professionals op het brede terrein van de zorg voor jeugd. Op 1 juli 2013 trad de wet Verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling in werking. De wet bepaalt dat organisaties en professionals in de sectoren onderwijs, gezondheidszorg, kinderopvang, maatschappelijke ondersteuning, sport, jeugdzorg en justitie een meldcode moeten hebben én het gebruik ervan moeten bevorderen.<sup>13</sup> Een essentieel onderdeel van de meldcode is dat een professional beoordeelt of de situatie zodanig onveilig is voor het kind dat verdere stappen nodig zijn, zoals een melding bij een Advies- en meldpunt Kindermishandeling (AMK). Voor sommige beroepsgroepen gelden daarnaast ook sector-specifieke richtlijnen, zoals voor de jeugdgezondheidszorg de JGZ-richtlijn Secundaire preventie kindermishandeling.<sup>14</sup> Ook daarin wordt de nodige aandacht besteed aan de stappen om tot een verantwoorde taxatie en besluitvorming te komen. Eerder genoemde instrumenten kunnen hier mogelijk aan bijdragen.

Een aansluitende ontwikkeling vindt plaats in het kader van de nieuwe Jeugdwet en de daarmee gepaard gaande herziening van het jeugdstelsel. Formele indicatiestelling lijkt afgeschaft te worden, maar beslissen over hulp blijft een belangrijke activiteit in de zorg voor jeugd. In de praktijk wordt ervoor gekozen om te werken met jeugd- en gezinsgeneralisten, die onder andere in staat moeten zijn om te beslissen welke (spe-

cialistische) hulp nodig is voor problematische opvoedingssituaties.<sup>15</sup> Veiligheid van kinderen is hierbij een aandachtspunt. Hiervoor zijn goed opgeleide en toegeruste professionals nodig, die adequate kennis over zowel opvoedingsproblemen en -risico's als effectieve interventies hebben.

## ABSTRACT

### *Assessing children's safety and the risk of child abuse: necessity, instruments and developments*

Child safety is a major concern for anyone working with children. This is illustrated by the introduction of the law Mandatory reporting of domestic violence and child abuse. Structured decisions are necessary to prevent wrongful accusations. This article discusses various instruments, its possibilities and limitations.

**Keywords:** safety, child abuse, domestic violence, risk assessment, safety assessment

## LITERATUUR

1. Garb HN. Clinical judgment and decision making. *Ann Rev Clin Psychol*, 2005;1:67-89.
2. Munro E. *Effective child protection*. London: Sage, 2008.
3. Berge I ten, Bakker A. Veilig thuis? Handreiking voor het beoordelen en bespreken van veiligheid van kinderen in hun thuis-situatie. Utrecht: NIZW Jeugd/Expertise-centrum Kindermishandeling; 2005.
4. Barlow J, Fisher JD, Jones D. *Systematic review of models of analysing significant harm*. Oxford: Oxford University, 2012.
5. Baird C, Wagner D. The relative validity of actuarial- and consensus-based risk assessment systems. *Children & Youth Services Review*, 2000;22:839-871.
6. Ruiter C de, Jong EM de, Reus M. Risicotaxatie van kindermishandeling in teamverband: Een experimenteel onderzoek. *Kind en Adolescent*, 2013;34:30-44.
7. Elst M van der, Sondeijker F, Vogel I, Jansen W, Hermanns J. Veiligheidsrisicotaxatie bij opvoedhulp en opgroeihulp aan gezinnen met kinderen van 0-12 jaar. Validering van de California Family Risk Assessment. Rotterdam/Woerden: GGD Rotterdam Rijnmond/Van Montfoort Collegio, 2012.
8. Turney D, Platt D, Selwyn J, Farmer E. Social work assessment of children in need: what do we know? Messages from research. London: Department for Education, 2011.
9. Berge I ten. Tovermiddel of nieuwe valkuil? Voordelen en beperkingen van risicotaxatie. *Tijdschr Kindermishandeling*, 2005;19(4):8-10.
10. Bolton A, Lennings C. Clinical opinions of structured risk assessments for forensic child protection: The development of a clinically relevant device. *Childr Youth Serv Rev*, 2010;32:1300-10.
11. Gillingham P. Decision making tools and the development of expertise in child protection practitioners: are we "just breeding workers who are good at ticking boxes"? *Child Family Soc Work*, 2011;16:412-21.
12. Gillingham P, Humphreys C. Child protection practitioners and decision making tools: observations and reflections from the front-line. *Br J Soc Work*, 2010;40:2598-2616.
13. <http://www.meldcode.n> (Veel gestelde vragen meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling) 2012
14. Wagenaar-Fischer MM, Heerdink-Obenhuijsen N, Kamphuis, M, Wilde J de. JGZ-Richtlijn Secundaire preventie kindermishandeling. Handelen bij een vermoeden van kindermishandeling. Bilthoven: RIVM/Centrum Jeugdgezondheid, 2010.
15. Zijden Q van der, Kooijman K (2013). Effectieve besluitvorming in jeugdhulp. <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/45/435.html>.

**CORRESPONDENTIEADRES**  
**C. Bartelink, Nji, Postbus 19221,**  
**3501 DE Utrecht,**  
**e-mail: c.bartelink@nji.nl**

# De Leerfabriek, onderzoekend leren met professionals in de Groningse zorg voor jeugd

Lucienne van Eijk,<sup>1</sup> Jolanda Tuinstra<sup>2</sup>

*Een praktijkcasus, een groep bijbehorende professionals vanuit verschillende organisaties en twaalf puddingprincipes. Dat is grofweg het recept voor de bijeenkomsten van de Leerfabriek. Soms kennen de professionals elkaar, soms ook niet. Buiten de bestaande structuren, volledig gebaseerd op gedeelde principes gaan professionals aan de slag.*

*Wat zien zij? Wat is nodig? Sluit dit aan bij de huidige gezamenlijke aanpak?*

## LEERFABRIEK 1.0: AL DOENDE LEREN EN AL LERENDE DOEN

Bestuurders van acht jeugdzorgorganisaties in de provincie Groningen stonden aan de basis van de Leerfabriek (noot a). Zij kwamen in 2010 bij elkaar in de voormalige puddingfabriek van Saroma in de stad Groningen en formuleerden samen

twaalf basisprincipes (zie tekstbox 1) voor samenwerking rondom de cliënt. Met deze principes gaven de bestuurders vorm aan hun gezamenlijke zorgvisie en creëerden een leeromgeving voor professionals waarin bottom-up leren plaatsvindt. Processen worden al werkend bijgesteld en nieuwe inzichten worden stap voor stap toegepast in de organisaties, als onderdeel van het professionaliserings- en scholingsbeleid.<sup>1</sup>

In de werkwijze van Leerfabriek 1.0 vormde een recente, afgeronde en complexe casus de basis voor een gesprek

<sup>1</sup> *Academische Werkplaats C4Youth, UMCG, Afdeling Gezondheidswetenschappen*  
<sup>2</sup> *Toegepast Gezondheidsonderzoek, UMCG Afdeling Gezondheidswetenschappen*

### Basisprincipes

Wij nemen elke melding, elk signaal en elke signaalgever even serieus.

- 1 Wij zorgen ervoor dat iedere cliënt op de juiste plaats terecht komt, ongeacht de deur waardoor hij/zij binnenkomt.
- 2 Wij verwijzen niet, maar dragen over en laten pas los als een ander vast heeft.
- 3 Wij streven ernaar dat ieder kind en gezin altijd weet waar het aan toe is.
- 4 Wij streven ernaar dat ieder kind en ieder gezin binnen 5 dagen op de juiste plek is.
- 5 Als er hulp en steun aan jeugdigen en gezinnen nodig is, dan is deze samenhangend en goed gecoördineerd: één gezin, één plan.
- 6 Wij betrekken cliënt en systeem bij het vaststellen van het probleem en het formuleren van de hulpverlening.
- 7 Wij gaan zoveel mogelijk uit van de kracht van kind en gezin.
- 8 Wij maken gebruik van de diversiteit in ons gezamenlijke aanbod, waarbij het aantal betrokken hulpverleners zo beperkt mogelijk is.
- 9 Wij ondersteunen waar mogelijk, maar nemen over wanneer dat nodig is.
- 10 Wij achten elk professioneel oordeel even waardevol.
- 11 Wij laten een kind pas los als de risico's in het opgroeien en opvoeden beheersbaar zijn geworden.

### Toegevoegde principes

- 1 Wij interveniëren in een vroegtijdig stadium en investeren in preventie.
- 2 Wij richten ons bij de ondersteuning en hulpverlening op het vergroten van het zelfoplossend vermogen.
- 3 Wij betrekken ouders en jeugd nadrukkelijk bij het oplossen van hun vragen en problemen.
- 4 Wij bieden de ondersteuning en hulpverlening waar mogelijk aan binnen de sociale omgeving van het kind.
- 5 Wij versterken de samenwerking tussen specialistische hulp en voorliggende voorzieningen en richten ons primair op terugkeer in de maatschappij en participatie.
- 6 Bij ondersteuning en hulpverlening buiten de sociale context stimuleren wij de terugkeer van het kind naar de eigen sociale omgeving.
- 7 Wij zetten specialistische hulp in voor medewerkers van basisvoorzieningen voor het versterken van hun expertise.

tussen de betrokken professionals. In twee bijeenkomsten van elk 3 uur werd gereflecteerd op het verloop van de hulpverlening aan de hand van de puddingprincipes. Hoe belangrijk was elk puddingprincipe voor de hulpverlener? Welke principes verliepen goed bij deze casus? Bij welke had het beter gekund? Wat was hiervoor nodig? Door casuïstiek op deze manier reflectief te bespreken, gingen professionals op zoek naar op de cliënt gerichte en integrale hulp en kwamen werkzame factoren voor ontschotting boven tafel. De procesbegeleiding vond plaats op basis van de U-theorie.<sup>2</sup> Een belangrijk kenmerk van deze theorie is dat men leert 'kijken naar de eigen manier van kijken'. Met andere woorden, dat men los komt van de eigen veronderstellingen en deze niet langer als vanzelfsprekend en juist houdt.

Op basis van een evaluatie door het programmateam werden de resultaten van Leerfabriek 1.0 opgetekend en aan de bestuurders van de acht jeugdzorgorganisaties voorgelegd. Leerfabriek 1.0 bleek een omgeving waarin professionals elkaar, elkaars werkwijze en taal (beter) leren kennen. Succes- en faalfactoren voor de samenwerking in de jeugdzorg-

keten werden op een rij gezet, zoals vroegtijdig overleg, afspraken over regievoering en de beschikking over niet-declarabele overlegtijd, zogenaamde 'scharrelruimte'. Uit de evaluatie werd ook duidelijk dat de huidige zorginfrastructuur de uitvoering van een aantal principes in de weg staat. Zo hebben de deelnemende organisaties ieder hun eigen regels voor indicatiestelling en worden op verschillende manieren afgerekend op hun prestaties. Er ligt hoge prioriteit bij de verantwoording binnen de eigen organisatie en minder bij de samenwerking in de jeugdzorgketen. Verder bleken er bij complexe casussen geen mechanismen te zijn die de toevloed van hulpverleners afremmen en regelen zodat het met zo min mogelijk hulpverleners kan. Niemand stelde de vraag: is er wel zoveel hulp nodig bij dit gezin? Ook is er geen mechanisme om de hulpverlening te coördineren: wie stemt een en ander af? Belangrijke conclusie van deze evaluatie was dat het moeilijk is om deze problemen op te lossen, omdat ze het niveau van individuele organisaties overstijgen.

## LEERFABRIEK 2.0: NAAR CO-CREATIE MET GEMEENTEN

De bestuurders van de acht jeugdzorgorganisaties vonden de evaluatie van Leerfabriek 1.0 pijnlijk, maar realistisch. Het resultaat daagde uit om volgende stappen te zetten en te erkennen dat er nog veel te leren valt. Tegelijkertijd deed zich de vraag voor of het zin heeft om de Leerfabriek door te ontwikkelen, als de jeugdzorgketen na de transitie anders gaat werken. De bestuurders zagen de meerwaarde van Leerfabriek 2.0, want goed communiceren en afstemmen blijft essentieel, ongeacht veranderde structuren, geldstromen en verhoudingen.

Besloten werd om op drie plekken in de provincie Groningen op lokaal niveau te gaan experimenteren. Anders dan Leerfabriek 1.0 gaat het nu om samenwerkende hulpverleners in een specifieke buurt, gemeente of regio. Er wordt gewerkt met actuele, 'lopende' casussen en de experimenteerperiode wordt langer. Van de ervaringen van Leerfabriek 1.0 wordt geleerd: er worden afspraken gemaakt over het inzetten van niet-de-



clarabele tijd door professionals en over mandatering om te handelen, soms buiten de regels van de eigen organisatie om. Ook worden de gemeenten op de hoogte gebracht van de experimenten in Leerfabriek 2.0. De gemeenten zijn, als toekomstige regisseurs van zorg voor jeugd, zo geïnteresseerd dat bij de drie experimenten een co-creatie wordt aangegaan tussen de praktijkorganisaties en gemeenten.<sup>3</sup>

De co-creatie geeft twee van de drie geplande experimenten een bredere focus. Naast zorg voor jeugd worden ook andere ontwikkelingen betrokken, zoals de uitbreiding van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de participatiewet en het Passend Onderwijs. Beide experimenten zijn nog volop aan de gang. Het derde experiment bleef bij de focus van Leerfabriek 2.0, de zorg voor jeugd. Daarbij werd aangesloten bij de doorontwikkeling van de Centra voor Jeugd en Gezin, op drie locaties in de stad Groningen. Aan de oorspronkelijke 12 puddingprincipes werden 7 toegevoegd (zie tekstbox 1). Deze kwamen voort uit de visie van het CJG: 'één gezin, één plan, één regisseur'. De experimenteerperiode was kort, 4 sessies in 4 maanden. Het experiment werd geëvalueerd<sup>4</sup> en de resultaten beschreven.<sup>5</sup> Uit de evaluatie bleek dat de methodiek van Leerfabriek 2.0 in belangrijke mate bijdroeg aan de beoogde ontwikkeling van het CJG. Volgens de deelnemende professionals was het experiment te kort, want: "Er is nog een lange weg te gaan".

## HET LEREND VERMOGEN VAN DE LEERFABRIEK

De Leerfabriek blijkt een sterk concept met een adaptief vermogen. Welke werkzame bestanddelen kunnen er worden afgeleid uit de evaluaties van Leerfabriek 1.0 en 2.0? Om te beginnen blijven de organisaties zich scharen achter hun gezamenlijk puddingprincipes, deze blijken 'transitieproof'. Daarnaast blijven de organisaties met elkaar in gesprek en

trachten open te zijn over doelen en belangen. Door de werkwijze van de Leerfabriek gebeurt dit in alle lagen van de organisatie: zowel op bestuurlijk, middenmanagement als uitvoerend niveau. Doordat de Leerfabriek buiten de eigen werkomgeving is, buiten de 'waan van alledag', voelen deelnemers de ruimte om te reflecteren op hun eigen handelen. Dit gebeurt 'met de benen op tafel', er is veel tijd voor gesprek, reflectie en interactie. De U-theorie blijkt een goed hulpmiddel te zijn om mensen los te maken van hun veronderstellingen en gedragspatronen. Het bespreken van recente, complexe en reële casussen zorgt ervoor dat deelnemers zich goed kunnen inleven en de moeilijkheden die men tegenkwam in de hulpverlening goed naar voren kunnen brengen. Hulpverleners leren elkaar persoonlijk kennen en weten elkaar door de ontstane korte lijnen bij toekomstige casussen goed te vinden. Een belangrijke toegevoegde waarde van Leerfabriek 2.0 is ten slotte dat gemeenten, als nieuwe deelnemers aan de experimenten, inzicht krijgen in hoe de uitvoering van hun beleid in de praktijk werkt. Op deze manier krijgt het onderzoekend leren dat de Leerfabriek beoogt, ook betekenis voor toekomstige beleidsontwikkelingen.

## NOOT

- a Het betreft de volgende acht organisaties: Accare, JonxLentis (beiden jeugd-GGZ), Elker (provinciale jeugdzorg), Bureau Jeugdzorg Groningen, Leger des Heils Noord, Maatschappelijke en Juridische Dienstverlening (MJD, maatschappelijk werk), GGD Groningen, het Regionaal Samenwerkingsverband Noord en Oost Groningen (RSNOG, voortgezet onderwijs). De Leerfabriek is als kenniskring verbonden aan de Academische Werkplaats C4Youth. Het Breuer institute en de Hanzehogeschool zijn betrokken als procesbegeleiders bij de experimenten.

## ABSTRACT

*The Learning Factory, inquiry-based learning with professionals in the Groningen care for youth*

A practice case, a group of associated professionals from various organizations and twelve pudding principles. That's roughly the recipe for the meetings of the Learning Factory. The professionals sometimes know each other, sometimes they don't. Outside the existing structures, fully based on shared principles, the professionals get to work. What do they see? What is needed? Does the case correspond with the current joint approach?

**Keywords:** learning factory, experimental, collaboration, professionals, care for youth

## LITERATUUR

1. Zeilemaker H. De Leerfabriek, Proefdraaien en verbinden. Groningen: Bureau Jeugdzorg (BJZ), 2010.
2. Scharmer CO. Theorie U. Leiding vanuit de toekomst die zich aandient. Zeist: Christofloor, 2010.
3. Zeilemaker H. Project Leerfabriek 2.0, Samen werken, Samen leren. Groningen: Bureau Jeugdzorg (BJZ), 2012.
4. Eijk L van, Tuinstra J. Procesevaluatie van het project Doorbraak in Jeugdhulpverlening. Een experiment in de context van Leerfabriek 2.0. Groningen: UMCG/RuG, 2013.
5. Löwik P. Rapportage Bouwstenen, vervolg CJG. Groningen: Breuer institute, 2013.

**CORRESPONDENTIEADRES**  
**Lucienne van Eijk, Universitair Medisch Centrum Groningen, afdeling Gezondheidswetenschappen, Antonius Deusinglaan 1, huispostcode FA10, 9713 AV Groningen, tel. 050-3638717/06-48141063, e-mail: L.M.van.Eijk@umcg.nl**

# Kindermishandeling in Nederland Anno 2010

## *De Tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (NPM-2010)*

Lenneke Alink,<sup>1</sup> Fieke Pannebakker,<sup>2</sup> Saskia Euser<sup>1</sup> Marian Bakermans-Kranenburg,<sup>1</sup> Ton Vogels,<sup>2</sup>  
Rien van IJzendoorn,<sup>1</sup>

In deze studie (noot a) is onderzocht wat de jaarprevalentie was van kindermishandeling in 2010, hoe dit getal zich verhoudt tot de prevalentie in 2005 en wat de belangrijkste risicofactoren waren. Ruim 1100 beroepskrachten die in verschillende sectoren met kinderen te maken hebben, is gevraagd alle gevallen van kindermishandeling te rapporteren. Ook zijn alle kinderen geteld die gemeld waren bij de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling in 2010. Verder hebben bijna 2000 middelbare scholieren gerapporteerd over mishandeling. De prevalentieschatting op basis van informant-rapportages en AMK-meldingen kwam neer op 34 per 1000 (bijna 119.000) kinderen. De toename (68%) in het aantal AMK-meldingen van 2005-2010 was opvallend. De prevalentieschatting op basis van zelfrapportage was 99 per 1000, hetzelfde aantal als in 2005. Gezinnen met (zeer) laag opgeleide ouders, werkloze ouders, eenoudergezinnen, gezinnen met drie of meer kinderen en stiefgezinnen hadden een groter risico op kindermishandeling. Ook allochtone achtergrond betekende een verhoogd risico. Voor gezinnen van Marokkaanse, Turkse, Surinaamse, of Antilliaanse herkomst viel dat extra risico weg als rekening werd gehouden met het gemiddeld lagere opleidingsniveau. De toegenomen aandacht voor kindermishandeling in de afgelopen jaren heeft geleid tot een toename in het aantal (AMK-)meldingen, maar niet tot een merkbare daling in het aantal slachtoffers.

Trefwoorden: kindermishandeling, prevalentie, risicofactoren

### **INLEIDING**

Kindermishandeling wordt gezien als de aantasting van de integriteit van het kind als persoon. Zo schreef de Raad voor het Jeugdbeleid in 1988 in de nota Kindermishandeling vermeldenswaard: 'Vanuit de erkenning van het grondrecht van de integriteit van het eigen lichaam, vanuit het erkennen en waarderen van de persoonlijkheid van jongeren en kinderen, en vanuit een visie op opvoeding volgens het persoonsmodel, komt de Raad tot de conclusie dat het gebruik van geweld tegen kinderen afgewezen moet worden en niet verdedigbaar is.' Op 20 november 1989 werd in New York het Verdrag inzake de Rechten van het Kind van de Verenigde Naties opgesteld, dat op 8 maart 1995 voor Nederland in werking trad. Artikel 19 van het Verdrag inzake de Rechten van het Kind verplicht de overheid alle passende maatregelen te nemen ter bescherming van kinderen tegen alle vormen van geweld, misbruik of verwaarlozing.

Het begrip kindermishandeling kent vele verschillende

definities en de definities die er zijn worden steeds aangepast en verscherpt. In 2005 is de volgende definitie van kindermishandeling vastgelegd in de Wet op de Jeugdzorg (artikel 1, lid m): Kindermishandeling is "...elke vorm van voor een minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die de ouders of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel." Vooral van belang hierbij is de relatie van afhankelijkheid of onvrijheid van het kind ten opzichte van diegene door wie het wordt mishandeld. Het is deze wettelijk verankerde omschrijving van kindermishandeling die leidraad is in deze studie.

Studies in binnen- en buitenland hebben aangetoond dat kindermishandeling en verwaarlozing op korte termijn leiden tot ernstig verstoorde gehechtheidsrelaties.<sup>1</sup> en op langere termijn tot psychiatrische klachten en cognitieve en neurobiologische veranderingen. Kindermishandeling gaat samen met een verhoogde kans op het

<sup>1</sup> Universiteit Leiden, Algemene en Gezinspedagogiek, Leiden

<sup>2</sup> TNO, Leiden

ontwikkelen van depressie en angst, maar kan ook leiden tot bijvoorbeeld slechter functioneren van het werkgeheugen. Daarnaast zijn er epigenetische veranderingen gevonden in de hersenen van mensen die in hun jeugd mishandeld werden.<sup>2,3</sup> Deze bevindingen sluiten nauw aan bij experimenteel dieronderzoek naar de gevolgen van chronische stress op emotioneel, cognitief en neurobiologisch functioneren.<sup>4</sup>

Pas enkele jaren geleden is voor het eerst onderzocht hoeveel kinderen (0-17 jaar) in Nederland het slachtoffer van kindermishandeling (waaronder ook verwaarlozing valt) zijn in één jaar tijd (de jaarprevalentie). In de Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van kinderen en jeugdigen uit 2005 (NPM-2005) werd de omvang van kindermishandeling geschat op ruim 107.000 gevallen.<sup>5</sup> De prevalentie voor 2005 is daarmee ongeveer 30 gevallen van kindermishandeling op iedere 1000 kinderen. De meerderheid van de gevallen betrof vormen van verwaarlozing, te weten fysieke en emotionele verwaarlozing en verwaarlozing van het onderwijs.

In 2005 werd ook het Scholieren Over Mishandeling (SOM) onderzoek uitgevoerd. Hier werd gebruik gemaakt van zelfrapportage door scholieren uit de eerste vier klassen van het middelbaar onderwijs. Dit onderzoek liet hogere prevalenties zien dan de NPM-2005. Per 1000 jongeren gaven 195 jongeren aan met mishandeling te maken te hebben gehad.<sup>6</sup> De spreiding van de onderzochte scholen over het land was echter onvolledig (een aantal grote provincies bleef buiten beschouwing) en het aantal onderzochte scholen (N = 14) was klein. Daarnaast kwam de operationele definitie van het begrip kindermishandeling niet exact overeen met die in NPM-2005. In de Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van kinderen en jeugdigen 2010 (NPM-2010) rapporteren we over een tweede scholierenstudie met een breder bereik. Daarin is ook de definitie van kindermishandeling meer in lijn gebracht met die van het eerste deel van de studie, waarin we beroepskrachten werkzaam met kinderen vroegen over mishandeling te rapporteren (de informantenstudie).

Het doel van dit onderzoek, de NPM-2010, is inzicht verschaffen in de prevalentie van verschillende typen van kindermishandeling in Nederland en het vergelijken van de prevalentie met die uit 2005. Daarbij worden ook risicogroepen omlijnd ten behoeve van het gericht opzetten van preventie- en interventieprogramma's. Het onderzoek is een herhaling van de NPM-2005. Hiermee

## Kernpunten

- De geschatte jaarprevalentie van kindermishandeling in 2010 is ongeveer 34 gevallen van kindermishandeling op iedere 1000 kinderen.
- Vooral fysieke verwaarlozing, verwaarlozing van het onderwijs, en emotionele verwaarlozing, waaronder ook het getuige zijn van huiselijk geweld, komen veel voor.
- Zelfrapportage door middelbare scholieren in 2010 wijst uit dat ongeveer 99 per 1000 jongeren zich slachtoffer voelt van kindermishandeling.
- Gezinnen met (zeer) laag opgeleide ouders, werkloze ouders, eenoudergezinnen, gezinnen met drie of meer kinderen, stiefgezinnen en nieuw-allochtonengezinnen hebben een groter risico op kindermishandeling.
- Zowel de prevalentie als de risicofactoren van kindermishandeling blijven in 2010 ongeveer gelijk aan 2005. Wel is het aantal meldingen bij de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling toegenomen.

wordt een periodieke monitor gerealiseerd waarmee de invloed van beleid en hulpverlening kan worden getraceerd.

De volgende onderzoeksvragen stonden centraal:

- 1 Bij hoeveel kinderen van 0-17 jaar vindt kindermishandeling plaats per jaar in Nederland?
- 2 Welke typen mishandeling komen voor?
- 3 Wat kenmerkt de slachtoffers van kindermishandeling en de gezinnen waarin kindermishandeling plaatsvindt?
- 4 Wat zijn de verschillen in prevalentie van kindermishandeling en in de risicofactoren ten opzichte van de NPM-2005?

## METHODE

Schattingen over de omvang van kindermishandeling worden vaak getypeerd als 'het topje van de ijsberg', omdat slechts een beperkt deel van alle kindermishandeling zichtbaar is.<sup>7</sup> Voor de zichtbaarheid van kindermishandeling worden vijf niveaus onderscheiden: (1) gevallen gemeld bij Child Protective Services (CPS; vergelijkbaar met de Nederlandse Advies en Meldpunten Kindermishandeling; (AMK)); (2) gevallen gemeld bij andere overheidsinstanties (bijvoorbeeld politie, rechtbank); (3) gevallen gemeld door professionals die niet tot een justitiële instantie behoren (bijvoorbeeld scholen, huisartsen, ziekenhuizen, consultatiebureaus); (4) gevallen bekend binnen de maatschappij (buren, gezinsleden, familieleden) die niet gemeld worden bij 1 of 2; (5) alle overige, onbekende gevallen van kindermishandeling.<sup>7</sup>

In de NPM-2010 worden alle niveaus onderzocht: de *informantenstudie* is gebaseerd op de niveaus 1, 2, 3 en in de *scholierenstudie* zijn de niveaus 4 en 5 eveneens in beschouwing genomen. De methoden van beide studies worden hieronder beschreven.

## Steekproeftrekking

### Informantenstudie

Er werd gewerkt met een nationaal representatieve steekproef. Voor iedere regio of zone (zie onder Steekproefgrootte) werden gegevens verzameld bij de volgende instanties:

AMK's: Bevestigde cases van alle AMK's in Nederland voor 2010 zijn betrokken in het onderzoek. De gegevens van de AMK's worden enigszins anders behandeld dan de gegevens van de andere informanten: de AMK-gegevens gaan over een heel jaar en over de hele bevolking en de

gegevens van de andere informanten worden geëxtrapoleerd naar een heel jaar en de hele bevolking (zie “Berekening van de prevalentieschatting”). Uiteindelijk worden de gegevens van de AMK’s en de andere informanten samengevoegd om te komen tot een prevalentieschatting voor 2010. In die zin zijn de AMK-gegevens integraal onderdeel van de NPM-2010.

Informanten niet verbonden aan AMK’s: Het gaat hier om instanties of organisaties die regelmatig direct contact hebben met kinderen en/of gezinnen en die met een grote waarschijnlijkheid in aanraking kunnen komen met mishandelde kinderen. Deze professionals gaven gedurende drie maanden (september-december 2010) via gestandaardiseerde formulieren informatie over alle gevallen van mishandeling bij kinderen met wie ze tijdens de duur van het onderzoek in hun beroep direct contact hadden.

In de NPM-2010 werd informatie verzameld bij:

- Onderwijs: Basisscholen en scholen voortgezet onderwijs
- Juridisch systeem: Raad voor de Kinderbescherming en de 25 Nederlandse politieregio’s
- Sociaal-medische zorg: Consultatiebureaus, huisartsen, spoedeisende hulp en aandachtsfunctionarissen van ziekenhuizen
- Andere diensten: Kinderdagverblijven, gastouderopvang, peuterspeelzalen, en vrouwenopvang

#### Scholierenstudie

De scholen voor voortgezet onderwijs die meededen aan de informantstudie zijn ook benaderd voor de scholierenstudie. Uit de leerjaren 1 tot 4 werd willekeurig steeds één klas gekozen. In totaal ging het om vier klassen per school. De leerlingen van deze klassen werden benaderd met het verzoek een vragenlijst in te vullen

#### Steekproefgrootte

Om de NPM-2005 te repliceren zouden we voor de NPM-2010 moeten uitkomen op minstens 1100 informanten die niet verbonden waren aan AMK’s. Binnen de afzonderlijke werksoorten werd gestreefd naar een zodanig aantal informanten dat per geografisch gebied ongeveer dezelfde aantallen kinderen (potentieel of daadwerkelijk) worden gezien.

Voor elke werksoort werd een steekproef getrokken. Verder werden steeds drie schaduwsteekproeven getrok-

ken van instellingen en informanten om bij uitval (weigeren om aan het onderzoek te participeren) de schade te beperken door op random wijze uitval te vervangen. Dat is van belang om tot een betrouwbare schatting te komen.

## Respons

#### Informantenstudie

In totaal hebben 461 organisaties hun medewerking aan het onderzoek toegezegd (zie Tabel 1). Werksoorten waar de medewerking (op directieniveau) minder goed was dan gehoopt zijn het voortgezet onderwijs, de politie, spoedeisende hulp en de Raden voor de Kinderbescherming. In Tabel 1 staan ook de aantallen informanten die daadwerkelijk aan het onderzoek hebben bijgedragen (zie voor meer informatie over de steekproeftrekking het volledige rapport, noot a).

#### Scholierenstudie

In totaal hebben 1936 leerlingen van 29 scholen (108 klassen) meegedaan aan het onderzoek. Dertien vragenlijsten vielen af (leerlingen ouder dan 17 jaar, vragen over mishandeling niet ingevuld of maximumscore bij alle vragen ingevuld). Dit resulteerde in een steekproef van 1923.

Een deel van de vragenlijst bestond uit items over sociale wenselijkheid (afkomstig uit de Dating Violence Questionnaire<sup>8</sup>). Drie respondenten hadden een uitblijvende score op deze schaal<sup>9</sup> en zijn niet meegenomen in de analyses. De uiteindelijke steekproef was daarmee 1920 leerlingen (zie voor meer informatie over de respons het volledige rapport, noot a).

## Instrumenten

#### Informantenstudie

Het gestandaardiseerde registratieformulier waarvan gebruik gemaakt werd in de NPM-2005 is zo precies mogelijk overgenomen van het originele Amerikaanse formulier van de National Incidence Studies (NIS<sup>10</sup>). Het formulier is op grond van ervaringen uit NPM-2005 bijgesteld. Het bestaat uit vragen over het kind, de thuis-situatie, de opvoeders van het kind, en de mishandeling die wordt vermoed. Ook enige kenmerken van het kind die globale geografische plaatsbepaling mogelijk maken

**Tabel 1** Totaal aantal organisaties en informanten per beroepsgroep/werkveld dat deelnam aan de informantstudie

	Totaal aantal organisaties	Totaal aantal informanten
Basisscholen	59	342
Voortgezet onderwijs	28	108
Vrouwenopvang	48	87
Kinderopvang	53	147
Gastouder	24	24
Peuterspeelzaal	27	42
Politie	17	31
Raad vd Kinderbescherming	12	25
Consultatiebureaus	26	139
Huisartsen	131	131
Spoedeisende Hulp	6	21
Aandachtsfunctionaris	30	30
Totaal	461	1127

(postcode), voornaam en initialen worden genoteerd om dubbeltelling te kunnen opsporen en voorkomen (een kind dat door verschillende informanten werd gemeld, is maar één keer meegeteld). Het kind dat (mogelijk) met mishandeling te maken heeft staat centraal in het formulier. Aan de informanten is gevraagd voor elk kind bij wie ze tijdens de onderzoeksperiode een vermoeden van mishandeling hadden het formulier in te vullen en op te sturen. Een toelichting bij het formulier en het formulier zelf waren digitaal en in schriftelijke vorm beschikbaar. De mishandeling die de informanten op de formulieren beschreven werd door getrainde codeurs gecodeerd in één of meer van de volgende categorieën van mishandeling: seksueel misbruik, fysieke mishandeling, emotionele mishandeling, fysieke verwaarlozing, emotionele en onderwijsverwaarlozing (hieronder valt ook het getuige zijn van huiselijk geweld; onder onderwijsverwaarlozing wordt bijvoorbeeld het bewust toestaan van chronisch spijbelen of geen aandacht hebben voor onderwijskundige noden) en andere vormen van mishandeling (zie voor de definities het volledige rapport, noot a). De definitie uit de Wet op de Jeugdzorg (pag. 3) was hierbij leidend. Wanneer bij een kind meerdere typen mishandeling werden gecodeerd, is bovenstaande rangorde aangehouden. Ieder kind werd de vorm van mishandeling toegerekend met de hoogste rang zodat ieder kind slechts één maal werd geteld. De gemiddelde intercodeurbetrouwbaarheid (over 12% van de formulieren) was goed: Kappa's over de verschillende categorieën varieerden tussen 0,76 en 0,94. De gemiddelde overeenstemming tussen de codeurs was  $K = 0,84$  (95%, range 0,65-1,00). Alle formulieren zijn door twee codeurs gecodeerd. Als er geen overeenstemming was, werd een expert geconsulteerd.

### **Scholierenstudie**

De vragenlijst in deze studie was grotendeels gelijk aan die van de SOM-2005 (Scholieren over Mishandeling<sup>6</sup>) om vergelijking met gegevens uit 2005 mogelijk te maken. De Vragenlijst Vervelende en Nare Gebeurtenissen (VVNG) bestond uit vijf categorieën met vragen over: 1) vormen van kindermishandeling uit de Dating Violence Questionnaire<sup>8</sup> en de Parent-Child Conflict Tactics Scales;<sup>11</sup> 2) vervelende en nare gebeurtenissen in een breder kader, zoals pesten op school, ontleend aan de vragenlijst 'Gezondheid en geluk van scholieren; voortgezet onderwijs' (Trimbos Instituut) en de vragenlijst 'Nationaal Scholierenonderzoek 2001' (Sociaal en Cultureel Planbureau); 3) niet-gewelddadige disciplineren en conflicthantering door ouders, uit de Parent-Child Conflict Tactics Scales; 4) indicaties van de mate waarin jongeren geneigd zijn sociaal-wenselijke antwoorden te geven, uit de Dating Violence Questionnaire; en 5) een aantal biografische en sociaal-demografische gegevens van de jongeren. Bij de vragen over mishandeling (32 items in totaal) en andere vervelende gebeurtenissen werd steeds gevraagd of (en hoe vaak) dit het afgelopen jaar (2010) was voorgekomen (zie voor de specifieke vragen het volledige rapport, noot a).

## **Berekening van de prevalentieschatting**

### **Informantenstudie**

Om tot een schatting van de prevalentie te komen werd per informantengroep het aantal meldingen geteld. Alle kinderen die door meer dan één informant, of door een informant en bij het AMK waren gemeld, zijn slechts één keer meegeteld. De eerste stap in de berekening betrof het komen tot een schatting van het aantal meldingen per jaar. De onderzoeksperiode betrof drie maanden. Op basis van het AMK-bestand is de seizoensvariabiliteit nagegaan; 22,6% van alle meldingen van 2010 vond plaats in de onderzoeksperiode. Daarom werden de aantallen meldingen in de NPM-2010 periode vermenigvuldigd met factor 4,43 voor een schatting op jaarbasis. Vervolgens werd bij alle informanten nagegaan met hoeveel kinderen zij zodanig contact hadden dat zij over eventuele mishandeling konden rapporteren. Zo kon voor elke informantengroep een proportie worden berekend van het totaal aantal gemelde kinderen op jaarbasis ten opzichte van het aantal kinderen in de steekproef van die informanten. Ten slotte werd deze proportie vermenigvuldigd met het totaal aantal kinderen dat tot de populatie van een informantencategorie behoort. Een optelling van alle schattingen voor de informantengroepen leidde tot de totale prevalentieschatting.

## **RESULTATEN**

### **Prevalentie kindermishandeling**

#### **Informantenstudie**

Meer dan 1100 informanten verspreid over Nederland rapporteerden 760 gevallen van kindermishandeling in een periode van drie maanden. Als we deze gegevens extrapoleren naar de populatie van kinderen in de leeftijd van 0-17 jaar komen we tot een schatting van 96.175 slachtoffers van kindermishandeling. In datzelfde jaar 2010 zijn 22.661 kinderen gemeld bij de 15 AMK's voor wie mishandeling is vastgesteld bij afsluiting van de casus. Uit deze cijfers zijn de dubbele meldingen al verwijderd. Rekening houdend met de dubbel gemelde gevallen bedraagt de uiteindelijke prevalentie voor 2010 naar schatting 118.836 gevallen. In een proportie uitgedrukt zien we dat bijna 34 per 1000 kinderen in 2010 in Nederland zijn mishandeld.

De schatting op basis van de informantenrapportages (niet verbonden aan AMK's) was 96.175. Dit zijn ruim vier keer zoveel kinderen als uit de AMK-gegevens naar voren komt (22.661). Strikt genomen is de 'dekkingsgraad' van de AMK's nog steeds aan de lage kant.

#### **Scholierenstudie**

Bijna 2000 scholieren hebben aan onze Scholierenstudie meegedaan. Ze zijn afkomstig uit meer dan 100 klassen van 29 scholen verspreid over Nederland en over de verschillende schooltypen. Daarbij waren VMBO scholen goed vertegenwoordigd (meer dan 60%), en was de spreiding over diverse etnische groepen redelijk goed. Gebruik makend van de criteria voor kindermishandeling

zoals die bij de SOM-2006 zijn gehanteerd, komen we tot de volgende prevalentieschatting: in 2010 rapporteerden 187 per 1000 jongeren, dus bijna 19%, dat ze in dat jaar slachtoffer van mishandeling waren geworden. We hebben de vragen over mishandeling ook laten beoordelen door experts van de informantenstudie. Deze zeven getrainde en betrouwbare codeurs beoordeelden unaniem 13 van de 32 vragen als adequate indicatoren voor kindermishandeling volgens de strengere NIS/NPM-definities (en dus volgens de definitie van mishandeling in de Wet op de Jeugdzorg) die we in de informantenstudie hebben gebruikt. Dit maakt de vergelijking met de informantenstudie beter mogelijk. Met deze aangepaste set van items komen we op een prevalentie van 99 per 1000 jongeren die aangeven met mishandeling te maken te hebben gehad in 2010. Een schatting van het absolute aantal mishandelde jongeren komt dan uit op 97.212 jongeren. In 2006 was de schatting op basis van dezelfde items 95 per 1000. Dit verschil is niet van de schatting over 2010. Hiermee hebben we dus een schatting van de prevalentie van kindermishandeling conform de NIS/NPM-definities op basis van zelfrapportage door scholieren.

## Typen mishandeling

### *Informantenstudie*

Bijna de helft van de mishandelde kinderen is slachtoffer van meerdere vormen van mishandeling. Onderscheid naar type mishandeling is dus tot op zekere hoogte arbitrair. We kunnen wel constateren dat seksueel misbruik het minst voorkomt van alle vormen van mishandeling. De meest voorkomende vorm van kindermishandeling is emotionele verwaarlozing; hieronder valt ook het getuige zijn van huiselijk geweld. De prevalenties van de verschillende typen mishandeling in 2005 en 2010 zijn weergegeven in Figuur 1.

### *Scholierenstudie*

Van de mishandelde scholieren heeft 57% één vorm van mishandeling ervaren. Bijna een kwart (24%) van deze kinderen rapporteert twee vormen van mishandeling, bijna 13% drie, 5% vier en minder dan 1% zegt vijf (alle) vormen van mishandeling te hebben meegemaakt. Alle combinaties van typen mishandeling komen voor maar het vaakst worden fysiek geweld en psychologische agressie gecombineerd (bij 65 per 1000 kinderen). Het is dus lastig de afzonderlijke typen mishandeling te beschrijven. Ook in de Scholierenstudie is seksueel misbruik binnen het gezin de minst frequente vorm van mishandeling. Zo gaven 14 op de 1000 scholieren aan minstens eenmaal in 2010 door een volwassene gedwongen te zijn naar de geslachtsdelen te kijken of aan te raken. Fysieke en psychologische agressie zijn de meest voorkomende vormen van mishandeling gemeld door de scholieren. In 45 op de 1000 gevallen sloeg een ouder de jongere met de vuist of schopte hem of haar hard.

## Risicofactoren

Op basis van de drie onderdelen van de studie vonden we dat gezinnen met (zeer) laag opgeleide ouders, met werkloze ouders, eenoudergezinnen, gezinnen met drie of meer kinderen, en stiefgezinnen een groter risico op kindermishandeling laten zien (zie Figuur 2). Ook een allochtone achtergrond betekent een verhoogd risico. Voor traditioneel-allochtone gezinnen van Marokkaanse, Turkse, Surinaamse, of Antilliaanse herkomst valt dat extra risico weg als rekening wordt gehouden met het gemiddeld lagere opleidingsniveau. Voor gezinnen van nieuw-allochtone herkomst uit landen die op een vluchtelingstatus duiden blijft het risico bestaan. (zie voor meer informatie over de statistische analyses het volledige rapport, noot a).

## Vergelijking 2005 en 2010

Sinds 2005 is het aantal meldingen van mishandeling gestegen (zie Figuur 3). Bij de AMK's steeg het aantal meldingen van 3,8 naar 6,4 per 1000 kinderen, een stijging van 68%. De schattingen op basis van meldingen door beroepskrachten stegen van 24,1 tot 27,4 per 1000 kinderen. Vooral onderwijs- en emotionele verwaarlozing zijn toegenomen (zie Figuur 1). Ook getuige zijn van geweld in het gezin werd vaker gemeld. Verder gaven ongeveer 99 per 1000 middelbare scholieren aan in 2010 te zijn mishandeld, hetzelfde aantal als vijf jaar geleden.

## CONCLUSIE EN DISCUSSIE

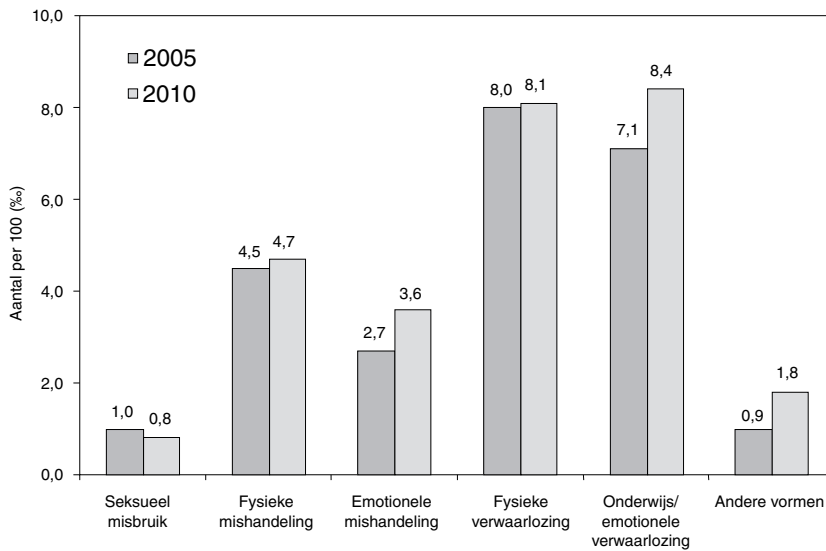
De prevalentiestudie laat zien dat een groot aantal kinderen wordt mishandeld. De informantenstudie en vooral de AMK-registraties laten een stijging zien in meldingen vergeleken met de eerste prevalentiestudies in 2005, met name voor onderwijs- en emotionele verwaarlozing en getuige zijn van geweld in het gezin (dat strikt genomen onder emotionele verwaarlozing valt). Er werd geen verschil gevonden tussen 2006 en 2010 in het aantal scholieren dat zelf rapporteert te zijn mishandeld.

In Nederland zijn bijna 34 per 1000 kinderen in 2010 mishandeld. De vergelijking met de uitkomsten van een recente soortgelijke studie uitgevoerd in de VS laat zien dat in Nederland slechts een marginaal lagere prevalentie is geobserveerd: 34 per 1000 in Nederland, tegen 39,5 per 1000 in de VS.<sup>10</sup>

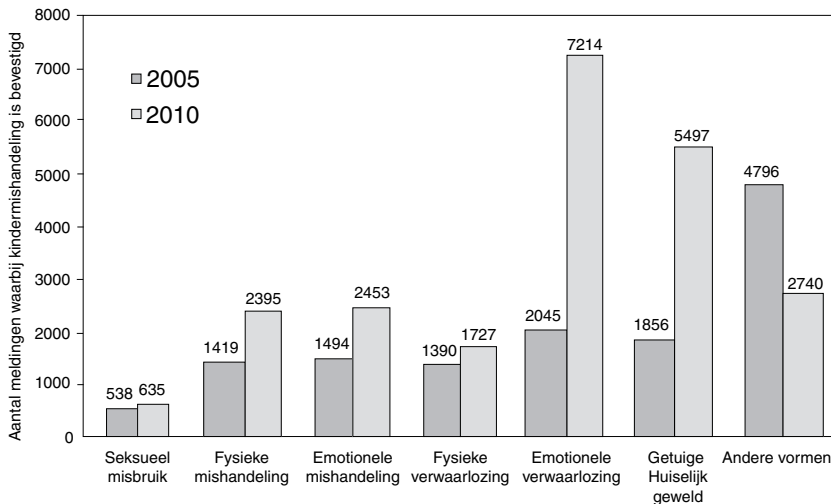
De uitkomsten van de prevalentiestudie wijzen er misschien op dat door intensievere politieke en publieke aandacht voor kindermishandeling van de laatste jaren professionals alerter zijn geworden op kindermishandeling en de signalen ervan beter onderkennen en eerder rapporteren. Het feitelijke aantal slachtoffers van kindermishandeling lijkt echter gelijk te zijn gebleven. Ook de risicofactoren zijn ongeveer dezelfde gebleven, te weten zeer lage opleiding, werkloosheid, nieuw-allochtone herkomst, alleenstaand ouderschap en een groter gezin.

Gesteld kan worden dat kindermishandeling in de eerste plaats een sociaal-maatschappelijk probleem is. De sterkste voorspellers van kindermishandeling zijn opleiding en werk. We kunnen met prevalentiestudies geen causaal verband aantonen tussen risicofactoren en kindermishandeling. Maar maatschappelijke uitsluiting en

Informanten:



AMK:



**Figuur 1** Schattingen van het aantal mishandelde kinderen basis van informantengegevens en het aantal kinderen gemeld bij de AMK's in 2005 en 2010 per type mishandeling

verpaupering door een afgebroken opleiding of door werkloosheid drukken hun stempel op het gezinsleven. Isolement is vaak genoemd als kenmerk van gezinnen waarin geweld voorkomt.<sup>12</sup> Effectief scholings- en werkgelegenheidsbeleid dat uitval van ouders uit de maatschappij voorkomt zal daarom naar verwachting ook de prevalentie van kindermishandeling doen verminderen.

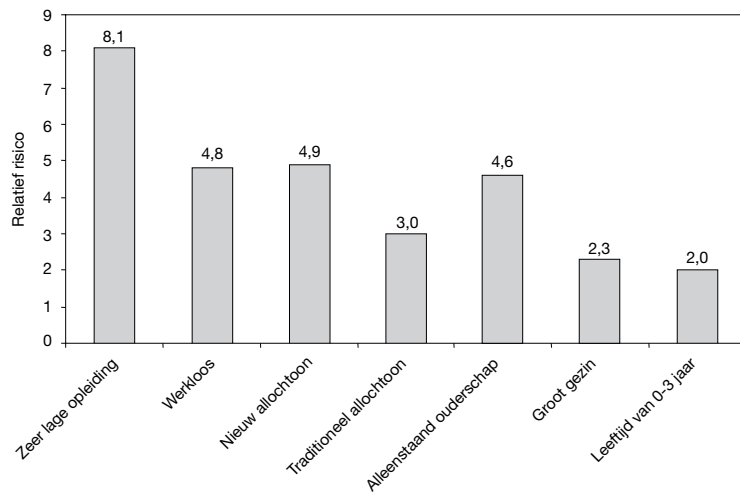
Opleiding en werk lijken belangrijker dan etnisch-culturele achtergrond. Als we namelijk controleren voor het laagste opleidingsniveau dan blijkt in allochtone gezinnen eigenlijk nauwelijks meer sprake van een verhoogd risico op kindermishandeling, zeker niet in traditioneel-allochtone gezinnen. Bij gezinnen van nieuw-allochtone herkomst, veelal afkomstig uit Afrikaanse of Oost-Europese landen, spelen mogelijk andere factoren een rol, zoals traumatische ervaringen van de ouders opgedaan in het land van herkomst. Voor ouders met dergelijke traumatische ervaringen is behandeling noodza-

kelijk om intergenerationale overdracht van geweld te voorkomen.

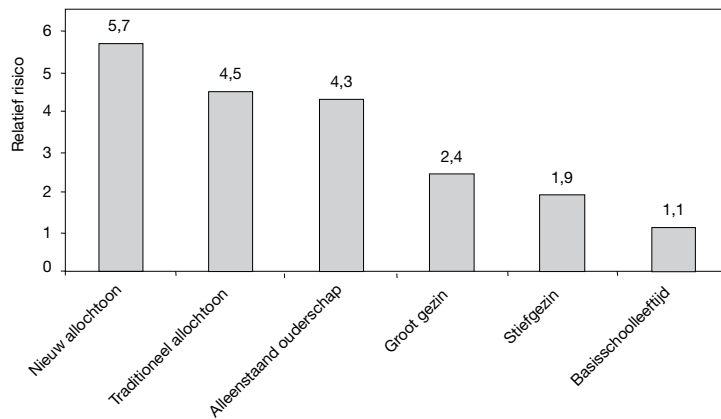
In de tweede plaats is kindermishandeling een gezinsprobleem. Kindermishandeling vindt relatief vaak plaats in gezinnen met alleenstaande ouders en in grotere gezinnen (drie of meer kinderen). Het kan zijn dat dit samenhangt met overbelasting, ook omdat de mishandeling doorgaans verwaarlozing is. Overbelaste gezinnen hebben ondersteuning nodig bij hun moeilijke taak kinderen in stressvolle omstandigheden toch goed groot te brengen. Preventieve interventies zouden in deze risicogroepen belangrijke steun kunnen bieden.

Overigens zou preventief beleid zich niet alleen op gezinnen moeten richten die gekenmerkt worden door de diverse risicofactoren. De risicofactoren hangen samen met een verhoogd aantal slachtoffers van kindermishandeling maar ze verklaren vaak bescheiden porties van de verschillen tussen aan- of afwezigheid van kindermis-

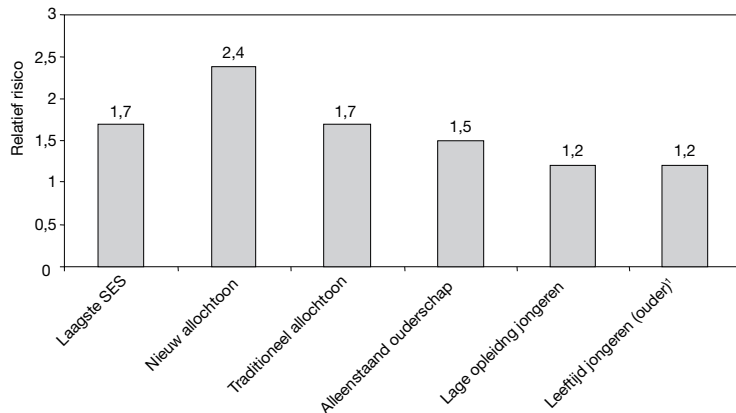
(a) Informantenstudie



(b) AMK



(c) Scholierenstudie



<sup>1</sup>Voor 'Leeftijd jongeren' in Figuur (c) is een odds ratio berekend met mishandeling (ja/nee) als uitkomstmaat en de continue variabele leeftijd als onafhankelijke variabele.

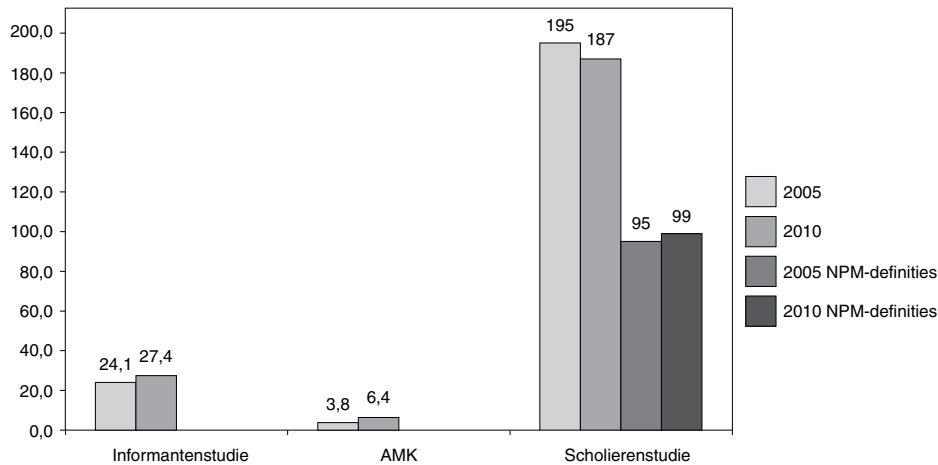
Noot. De verticale as geeft het relatieve risico weer, d.w.z. het aantal keer dat de risicofactor voorkomt in de groep waarin mishandeling plaatsvindt vergeleken met de algemene populatie (en zonder controle voor de overige risicofactoren). De relatieve risico's zijn berekend op basis van (a) de NPM-2010 informantengegevens, (b) de AMK-registraties over 2010 (niet voldoende informatie beschikbaar over SES en werkloosheid) en (c) de gegevens uit de scholierenstudie over 2010 (werkloosheid is hier een indicator van SES, over stiefgezinnen was niet voldoende informatie).

**Figuur 2** Demografische en gezinsfactoren die gepaard gaan met een hogere prevalentie van kindermishandeling.

<sup>1</sup> Voor 'Leeftijd jongeren' in Figuur (c) is een odds ratio berekend met mishandeling (ja/nee) als uitkomstmaat en de continue variabele leeftijd als onafhankelijke variabele.

Noot. De verticale as geeft het relatieve risico weer, d.w.z. het aantal keer dat de risicofactor vaker voorkomt in de groep waarin mishandeling plaatsvindt vergeleken met de algemene populatie (en zonder controle voor de overige risicofactoren). De relatieve risico's zijn berekend op basis van (a) de NPM-2010 informantengegevens, (b) de AMK-registraties over 2010 (niet voldoende informatie beschikbaar over SES en werkloosheid) en (c) de gegevens uit de scholierenstudie over 2010 (werkloosheid is hier een indicator van SES, over stiefgezinnen was niet voldoende informatie).





**Figuur 3** Schattingen van het aantal mishandelde kinderen per 1000 in 2005 en 2010: informanten-, AMK- en scholierengegevens

handeling. Ook in gezinnen die niet in de risicocategorieën vallen vindt kindermishandeling plaats. Meer aandacht voor preventie door ondersteuning van alle jonge ouders bij hun opvoedingstaak heeft als voordeel dat gezinnen met specifieke kenmerken zich niet gestigmatiseerd hoeven voelen bij gebruik van gezinsondersteuning, bijvoorbeeld in de vorm van oudercursussen op basis van videofeedback.

Onze prevalentiestudie heeft beperkingen die ertoe leiden dat onze prevalentiecijfers schattingen zijn met een onzekerheidsmarge. Zo bleken niet alle beroepsgroepen bereid tot medewerking; vooral scholen voor voortgezet onderwijs waren terughoudend. Welke invloed deze non-respons op onze schattingen heeft gehad, kunnen we niet vaststellen. Een andere beperking ligt in de methode van zelfrapportage over kindermishandeling. Door vragenlijsten voor te leggen aan scholieren in het middelbaar onderwijs kunnen verschillende bedreigingen van de (interne) validiteit ontstaan, zoals over- of onderrapportage vanwege het verkeerd begrijpen van de vragen. Desalniettemin is vergelijking tussen de eerste en tweede prevalentiestudies zeer goed mogelijk, omdat dezelfde methoden zijn gebruikt. Die vergelijking laat geen verschillen zien tussen het aantal jongeren dat in 2005 en 2010 mishandeling rapporteert.

Helaas heeft meer aandacht voor kindermishandeling in beleidsmatige en preventieve zin niet geleid tot een merkbare daling in aantallen slachtoffers. Wellicht is er meer tijd nodig om veranderd beleid te zien uitmonden in een vermindering van kindermishandeling en afname van emotionele verwaarlozing en geweld in het gezin. Daarnaast zijn structurele investeringen in een krachtiger aanpak wenselijk, door opvoedingsondersteuning voor ouders in het eerste jaar als voorbereiding op adequaat ouderschap algemeen te maken.

## NOOT

a Dit artikel is een samenvatting van het rapport *Kindermishandeling in Nederland Anno 2010: De Tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (NPM-2010)*, van dezelfde auteurs.

## ABSTRACT

*Child maltreatment in the Netherlands in 2010: The second Netherlands' Prevalence study on Maltreatment of children and youth (NPM-2010)*

The current study assesses the year prevalence of child maltreatment in the Netherlands. We estimated the prevalence of sexual, physical, and emotional abuse and physical and emotional neglect using different methods: informant-, CPS-, and self-reports. We also tested which family and demographic factors increased the risk for child maltreatment. Results showed that the prevalence, based on both informant-reports and self-reports has not decreased from 2005 to 2010 and that risk factors remained similar. The number of reports to CPS did increase from 2005 to 2010. It is likely that this is the result of increased awareness of the problem. Based on our results, recommendations for policy makers are formulated.

**Keywords:** child maltreatment, prevalence, risk factors

## LITERATUUR

1. Cyr C, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ, IJzendoorn MH van. Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Develop Psychopathol* 2010;22:87-108.
2. McGowan PO, Sasaki A, D'Álessio AC et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature Neuroscience* 2009; 12:342-8.
3. IJzendoorn MH van, Caspers K, Bakermans-Kranenburg MJ, Beach SRH, Philibert R. Methylation matters: Interaction between methylation density and serotonin transporter genotype predicts unresolved loss or trauma. *Biol Psychiatry* 2010;68: 405-7.
4. Meaney MJ. Epigenetics and the biological definition of gene x environment interactions. *Child Develop* 2010;81:41-79.
5. IJzendoorn MH van, Prinzie PJ, Euser EM et al. Kindermishandeling in Nederland anno 2005: De nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen (NPM-2005). Leiden: Casimir Publishers, 2007.
6. Lamers-Winkelmann F, Slot NW, Bijl B, Vijlbrief AC. Scholieren over mishandeling: Resultaten van een landelijk onderzoek naar de omvang van kindermishandeling onder leerlingen van

- het voortgezet onderwijs. PI Research, Vrije Universiteit Amsterdam, Faculteit der Psychologie en Pedagogiek, WODC, 2007.
7. *Creighton SJ*. Recognising changes in incidence and prevalence. In: Browne KD, Hanks H, Stratton P, Hamilton C (Eds). Early prediction and prevention of child abuse. A handbook. Chichester: Wiley, 2002: 5-22.
  8. *Douglas EM, Straus MA*. Assault and injury of dating partners by university students in 19 countries and its relation to corporal punishment experienced as a child. *Eur J Criminol* 2006; 3:293-318.
  9. *Tabachnick BG, Fidell LS*. Using multivariate statistics. Boston: Allyn and Bacon 2001.
  10. *Sedlak AJ, Mettenburg J, Basena M, Petta I, McPherson K, Greene A, Li S*. Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4): Report to Congress. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, 2010.
  11. *Straus MA, Hamby S, Finkelhor D, Moore DW, Runyan D*. Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse Neglect* 1998;22:249-70.
  12. *Cicchetti D, Valentino K*. An ecological transactional perspective on child maltreatment: Failure of the average expectable environment and its influence upon child development. In: Cicchetti D, Cohen DJ (Eds.). *Developmental Psychopathology* (2nd ed.): Risk, Disorder, and Adaptation (Vol. 3). New York, New York: Wiley, 2006: 129-201.

#### **CORRESPONDENTIEADRES**

**Lenneke Alink, Universiteit Leiden, Algemene en  
Gezinspedagogiek, Leiden, tel. 071-5273432,  
e-mail: [alinklra@fsw.leidenuniv.nl](mailto:alinklra@fsw.leidenuniv.nl)**

# De effectiviteit van een depressie preventie programma ('Op Volle Kracht') bij adolescenten meisjes met verhoogde depressieve symptomen

*Een gerandomiseerde studie*

Lieke A.M.W. Wijnhoven,<sup>1,2</sup> Daan H.M. Creemers,<sup>1,2</sup> Ad A. Vermulst,<sup>1</sup> Ron H.J. Scholte,<sup>1</sup> Rutger C.M.E. Engels<sup>1</sup>

Jonge adolescenten meisjes met depressieve symptomen hebben een verhoogd risico om een depressie te ontwikkelen later in de adolescentie of in volwassenheid. Daarom is preventie in deze risicogroep belangrijk. Het doel van de huidige studie was het onderzoeken van het effect van de Cognitieve Gedrags Therapie (CGT) component van het depressie preventie programma 'Op Volle Kracht' (OVK) bij Nederlandse adolescenten meisjes met verhoogde depressieve symptomen. In het totaal namen 102 adolescenten meisjes (11-15 jaar) deel aan de huidige studie. De meisjes in de experimentele groep ( $n = 50$ ) volgden de acht CGT-lessen van OVK en rapporteerden hun depressieve klachten één week voor de start van de lessen, na iedere les, na één maand follow-up en na zes maanden follow-up. De meisjes in de controle groep ( $n = 52$ ) rapporteerden alleen hun depressieve klachten op dezelfde tijdstippen als de experimentele groep. Analyses lieten zien dat de afname van depressieve symptomen significant groter was voor de meisjes in de experimentele groep dan voor de meisjes in de controle groep, en dat de meisjes in de experimentele groep op de zes maanden follow-up significant minder depressieve symptomen hadden dan de meisjes in de controle groep. Deze bevindingen laten zien dat de CGT-component van OVK effectief is in het reduceren van depressieve symptomen.

Keywords: preventie, depressie, adolescenten meisjes, cognitieve gedragstherapie, Op Volle Kracht

## **INLEIDING**

Depressie is één van de meest voorkomende oorzaken van emotionele stress<sup>1</sup> en ziektelast.<sup>2</sup> Adolescentie vertegenwoordigt een belangrijke periode met betrekking tot klinische depressie, omdat depressie aantallen aanzienlijk stijgen van de vroege naar de late adolescentie.<sup>3,4</sup> Vooral adolescenten meisjes hebben in de vroege adolescentie vaak subklinische of verhoogde niveaus van depressieve klachten, welke een verhoogd risico vormen voor het ontwikkelen van een klinische depressie.<sup>5,6</sup> Hierdoor vormen meisjes in de vroege adolescentie een hoog-risico groep voor wie preventie van depressie belangrijk is.

Het Penn Resiliency Program (PRP) is een universeel depressie preventie programma dat in Amerika ontwikkeld is voor kinderen en adolescenten in de leeftijd van 10

tot 14 jaar.<sup>7</sup> Dit programma bestaat uit een Cognitieve Gedragstherapie (CGT) component, en een component gericht op sociale probleem-oplossing (SPS). In Nederland is PRP onlangs aangepast, wat geresulteerd heeft in het programma 'Op Volle Kracht' (OVK). Net als PRP heeft OVK een CGT-component en een SPS-component. Dit is al aangeboden als een universeel preventie programma aan Nederlandse adolescenten<sup>8</sup> en aan Nederlandse adolescenten die in hoog-risico omgevingen leven.<sup>9</sup> OVK is echter nog nooit onderzocht onder geselecteerde groepen adolescenten die een verhoogd risico hebben om een depressie te ontwikkelen. Daarom is het huidige onderzoek een gerandomiseerde studie die gericht is op het evalueren van het effect van de CGT-component van OVK bij adolescenten meisjes met verhoogde depressieve symptomen. In deze studie is alleen de CGT-component geëvalueerd, omdat<sup>10</sup> lieten zien dat een kortere programmaduur het effect van een depressie

<sup>1</sup> Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit, Nijmegen

<sup>2</sup> GGZ Oost-Brabant, Oss

preventie programma zou kunnen vergroten. Dit impliceert dat het aanbieden van alleen de CGT-component zou kunnen bijdragen aan het effect van OVK.

Cognitieve kwetsbaarheid van adolescenten voor het ontwikkelen van depressieve symptomen is gerelateerd aan interne stress die samengaat met de belangrijke ontwikkelingstaken die vervuld moeten worden tijdens de transitie van de kindertijd naar volwassenheid. Volgens de Cognitieve Gedragstheorie,<sup>11</sup> waar CGT op is gebaseerd, wordt deze interne stress gekenmerkt door de aanwezigheid van maladaptieve zelf-schema's. Beck<sup>11,12</sup> definieert deze maladaptieve zelf-schema's als negatieve assumpties over de zelf, de huidige omstandigheden, of de toekomst, welke geactiveerd worden door negatieve gebeurtenissen of een negatieve stemming die samengaan met het vervullen van de ontwikkelingstaken. Als adolescenten eenmaal frequent negatieve assumpties over zichzelf maken als gevolg van negatieve gebeurtenissen, dan kunnen deze assumpties automatische gedachten worden die geactiveerd worden wanneer eenzelfde gebeurtenis ervaren wordt. Dit kan leiden tot negatieve gevoelens en disfunctioneel gedrag,<sup>13</sup> welke uiteindelijk kunnen resulteren in verhoogde depressieve symptomen.<sup>14</sup>

De maladaptieve zelf-schema's kunnen echter ook mogelijkheden bieden voor de preventie van depressie. Omdat de cognitieve functies van adolescenten nog niet volledig zijn ontwikkeld, zijn de maladaptieve zelf-schema's van adolescenten nog vormbaar.<sup>14</sup> Daardoor kunnen de negatieve assumpties, die gerelateerd zijn aan de ontwikkeling van depressieve symptomen, nog steeds veranderd worden in meer positieve assumpties.<sup>15</sup> Dit betekent dat de Cognitieve Gedragstheorie niet alleen kan dienen als richtlijn voor de behandeling (CGT), maar ook voor het veranderen van maladaptieve zelf-schema's in de preventie van depressie.

In de CGT-component van OVK worden CGT-technieken gebruikt om maladaptieve zelf-schema's van adolescenten te veranderen, door hen te leren zich bewust te zijn van hun negatieve gedachten, deze te evalueren en uit te dagen en uiteindelijk alternatieve of positievere gedachten te formuleren (cognitieve herstructurering;<sup>7</sup>). Het eerste doel van de huidige studie was te onderzoeken of dit CGT-component van OVK effectief was in het reduceren van verhoogde depressieve symptomen onder adolescenten meisjes. Er werd verwacht dat dit component effectief was en dat het de verhoogde depressieve symptomen van de deelnemende meisjes significant kon verminderen. Het tweede doel van de huidige studie was om de veranderingen in depressieve symptomen tijdens de

## Kernpunten

- Jonge adolescente meisjes met depressieve symptomen hebben een verhoogd risico om een depressie te ontwikkelen.
- Het is daarom belangrijk dat er in deze risicogroep effectieve depressie preventie programma's worden ingezet.
- De effectiviteit van de Cognitieve Gedragstherapie (CGT) component van het preventie programma 'Op Volle Kracht' (OVK) is onderzocht bij 102 Nederlandse adolescente meisjes met verhoogde depressieve symptomen.
- De bevindingen lieten zien dat de CGT-component van OVK effectief is in het reduceren van depressieve symptomen.

lessen in beeld te brengen. Dit werd gerealiseerd door de depressieve symptomen iedere week na iedere CGT-les van OVK te meten. Dit komt overeen met de aanbevelingen voor psychotherapie onderzoek van Kazdin,<sup>16</sup> die rapporteerde dat een meting op meerdere momenten tijdens de interventie de evaluatie van klachtenvermindering toestaat, wat uiteindelijk kan leiden tot meer kennis over de werkingsmechanismen.

## METHODE

### Procedure

Allereerst heeft de Facultaire Ethische Commissie Gedragswetenschappelijk Onderzoek van de Radboud Universiteit in Nijmegen goedkeuring gegeven voor de huidige studie. Vervolgens gaven drie middelbare scholen in Nederland toestemming voor deelname aan het OVK-project. Ouders van de leerlingen in het eerste en tweede jaar van de middelbare school kregen vervolgens een brief met informatie over het project. In deze informatiebrief werd uitgelegd dat de jongeren geselecteerd konden worden voor een training gericht op weerbaarheid en veerkracht. Tevens was er een formulier voor passieve toestemming aan de ouderbrief toegevoegd. Vervolgens werden in totaal 800 meisjes gescreend op depressieve symptomen, waarvoor de Child Depression Inventory (CDI;<sup>17</sup>) werd gebruikt. Hiervan hadden 130 meisjes verhoogde depressieve symptomen (CDI score  $\geq 16$ ). Wanneer de meisjes al psychische hulp hadden ( $n = 9$ ), of wanneer ze een klinische CDI-score en suïcidale ideatie hadden (CDI score  $> 19$  en score 2 op item 9,  $n = 3$ ), werden ze geëxcludeerd van verdere deelname. In het laatste geval werden de meisjes doorverwezen naar een hulpverlener van GGZ Oost-Brabant.

Uiteindelijk werden de overgebleven 118 meisjes met verhoogde depressieve symptomen benaderd om deel te nemen aan de studie. Deze meisjes werden random toegewezen aan de experimentele en controle groep. Een onafhankelijke onderzoeker voerde de randomisatie op schoolniveau uit op basis van de CDI score op de screening, resulterend in vergelijkbare CDI scores in de experimentele en controle groep ( $t = 0,19$ ,  $p = 0,85$ ). Na de randomisatie werden de 59 meisjes die waren toegewezen aan de experimentele groep benaderd om deel te nemen aan de lessen van OVK en om vragenlijsten in te vullen. De 59 meisjes die waren toegewezen aan de controle groep werden gevraagd om alleen de vragenlijsten in te vullen op dezelfde tijdstipmomenten. Verdere informatie over de participanten aantallen van baseline naar follow-up is in Figuur 1 te zien.

De screening met de CDI werd gedefinieerd als tijdstip T0. De CDI-scores op T0 werden gebruikt als ba-

seline score. Verdere tijdstippen (T4-T12 en T16) werden uitgedrukt in het aantal weken na de screening. Meisjes in de experimentele groep volgden de eerste acht lessen van 'Op Volle Kracht'. Elke week volgden de meisjes één les op hun eigen middelbare school na schooltijd. Bovendien vulden zij één week voor de start van de eerste les en vier weken na de screening (T4), na de vierde les (T8), na de laatste les (T12), na 1-maand follow-up (T16) en na 6-maanden follow-up thuis een online versie van de CDI in. Verder vulden zij één week voor de start van de eerste les (T4), na elke les (T5-T12), na 1-maand follow-up (T16) en na 6-maanden follow-up thuis een online versie van de Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D;<sup>18</sup>) in. De meisjes in de controle groep vulden thuis de online versie van de CDI en CES-D in op dezelfde tijdstippen. De meisjes die ten minste zes metingen invulden ( $n = 98$ ), ontvingen een geldbeloning van 20 euro (controle groep) of 50 euro (experimentele groep) voor hun participatie aan het onderzoeksproject. Deze procedure werd ook geregistreerd voor de start van de lessen in het Trial Register voor gerandomiseerde studies ([www.trialregister.nl](http://www.trialregister.nl); Trial ID: NTR3126).

## Participanten

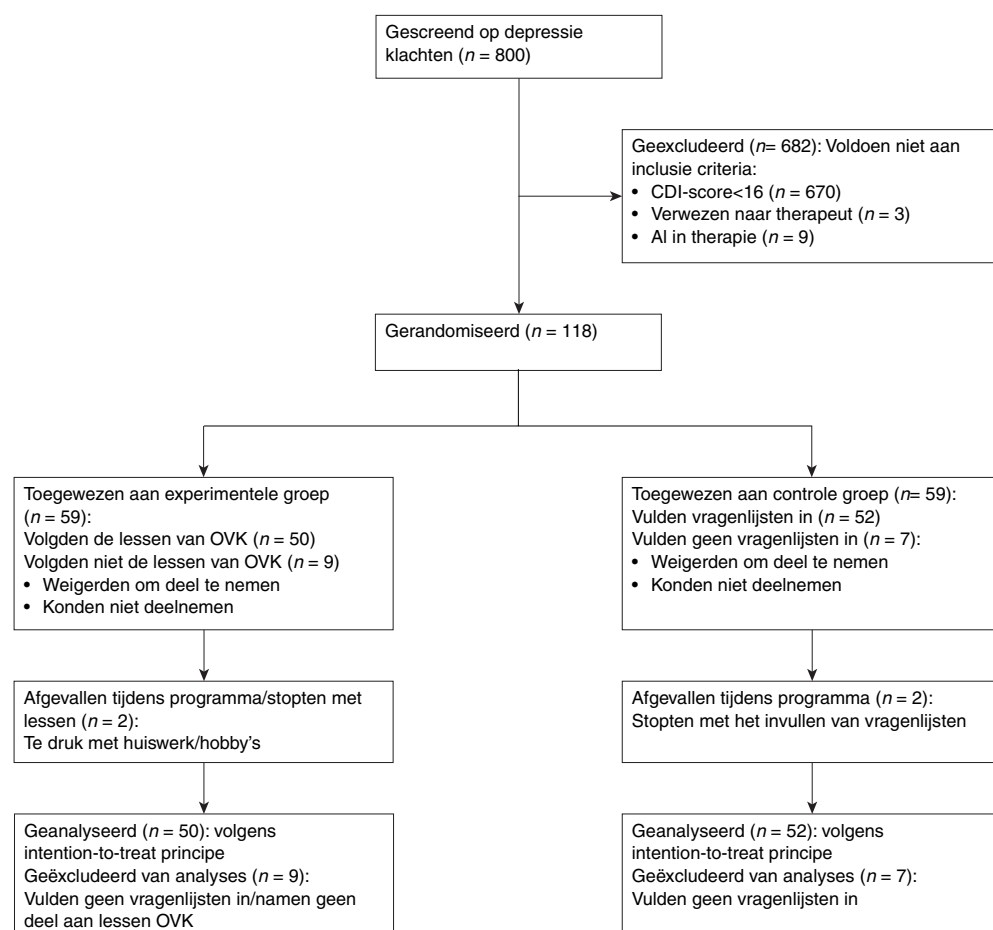
In het totaal namen 102 vrouwelijke adolescenten met verhoogde depressieve symptomen deel aan de huidige

studie. Hun leeftijd was tussen de 11 en 15 jaar ( $M = 13,30$ ,  $SD = 0,64$ ) en zij zaten in het eerste of tweede jaar van de middelbare school. Van de meisjes volgde 12,9% Vmbo, 12,9% Vmbo/Havo, 19,8% Havo, 31,7% Havo/Vwo, en 22,8% Vwo. De meeste adolescenten waren van Nederlandse afkomst (98%).

## Onafhankelijke Variabele

### Op Volle Kracht (OVK)

OVK is een bestaand depressie preventie programma, waarvan alle meisjes in de experimentele groep de eerste acht lessen volgden. Deze lessen duurden 50 minuten en werden gegeven door één ervaren groepstherapeut in vier verschillende groepen. OVK is een aangepaste versie van het Amerikaanse Penn Resiliency Program, en belangrijke culturele en inhoudsgerelateerde veranderingen zijn gemaakt om het programma geschikt te maken voor Nederlandse adolescenten.<sup>8</sup> De eerste acht lessen van OVK zijn een cognitieve training gebaseerd op CGT-principes. In dit CGT-component, wordt kinderen geleerd om zich bewust te zijn van hun negatieve gedachten, om deze gedachten te evalueren en uiteindelijk om deze uit te dagen en positievere gedachten te formuleren. Hierdoor krijgen ze vaardigheden aangeleerd waarmee zij hun maladaptieve zelf-schema's kunnen veranderen in meer po-



**Figuur 1** Stroomdiagram van werving, randomisatie, follow-up en analyses. CDI = Child Depression Inventory; OVK = Op Volle Kracht.

satieve zelf-schema's.<sup>19</sup> Na elke les kregen de adolescenten huiswerk voor de volgende les.

## Instrumenten

### Depressieve symptomen

Een Nederlandse vertaling van de Child Depression Inventory<sup>17</sup> werd gebruikt om de meer stabiele depressieve symptomen te meten. De CDI bestaat uit 27 items op een 3-puntsschaal (bijv. 'Ik voel me niet alleen', 'Ik voel me vaak alleen', 'Ik voel me altijd alleen'; 'Ik ben soms verdrietig', 'Ik ben vaak verdrietig', 'Ik ben altijd verdrietig'). De adolescenten moesten een antwoord kiezen dat het meest overeenkwam met hun eigen gedachten en gevoelens. Scores op de items varieerden van 0 tot 2, waarbij een hogere score duidde op meer depressieve symptomen. De Cronbach's alpha varieerde over de verschillende metingen van 0,83 tot 0,90.

Een Nederlandse vertaling van de Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)<sup>18</sup> werd gebruikt om de meer fluctuerende depressieve symptomen te meten. De CES-D bestaat uit 20 items op een 4-puntsschaal, variërend van sporadisch/nooit tot vaak/altijd (bijv. 'Afgelopen week voelde ik mij gedeprimeerd'; 'Afgelopen week voelde ik me verdrietig'). De adolescenten moesten een antwoord kiezen dat het meest overeenkwam met de gedachten en gevoelens die ze tijdens de voorafgaande week hadden. Scores op de items varieerden van 0 tot 3, waarbij hogere scores duidde op meer depressieve symptomen. De Cronbach's alpha varieerde over de metingen van 0,89 en 0,96.

### Statistische analyses

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden, werden eerst de veranderingen in depressieve symptomen over de vijf tijdspunten gemeten met de CDI op T0, T4, T8, T12 en T16, met T0 als baseline waarde. T-testen voor onafhankelijke groepen werden gebruikt om de verschillen in depressieve symptomen tussen de experimentele en controle groep te meten voor elk van de vijf metingen. Latent Growth Curve Modeling (LGCM) werd toegepast met het statistische programma Mplus versie 6.11<sup>20</sup> om het verloop van depressieve symptomen over tijd te onderzoeken. De Full Information Maximum Likelihood (FIML)-schatter<sup>21</sup> werd gebruikt voor de incidentele missende waardes (At T0: 0%, T4: 2%, T8: 9%, T12: 11%, T16: 6%), omdat dit een bewezen goede methode is om met missende data om te gaan.<sup>22</sup> De chi-square waarde met *df*, de Root Mean Square of Approximation (RMSEA;<sup>23</sup>) en de Comparative Fit Index (CFI;<sup>24</sup>) fungeerden als passingsmaten voor de onderzochte groei modellen. Een significante toename in chi-square tussen twee modellen was een indicatie dat de onderzochte component (intercept, lineair, quadratisch) verschillend was voor de controle en experimentele groep.

Vervolgens werden de verschillen in depressieve symptomen (gemeten met de CES-D op T4-T12 en T16) getoetst over de 10 tijdstipmomenten. De CES-D werd niet afgenomen op T0, dus de CES-D op T4 werd gebruikt als

baseline waarde. T-testen voor onafhankelijke groepen werden gebruikt om de verschillen in depressieve symptomen te toetsen voor de 10 tijdstipmomenten. De Full Information Maximum Likelihood (FIML)-schatter<sup>22</sup> werd gebruikt voor de incidentele missende waardes (At T4: 3%, T5: 4%, T6: 6%, T7: 10%, T8: 9%, T9: 10%, T10: 13%, T11: 10%, T12: 12%, T16: 6%). LGCM werd gebruikt om de groeifuncties voor de experimentele en controle groep te bepalen en om de verschillen in groei parameters tussen de twee groepen te toetsen op dezelfde manier als hierboven beschreven voor de CDI.

Bovendien werd de invloed van OVK op depressieve symptomen (gemeten met de CDI en de CES-D) getoetst na 6 maanden follow-up. Omdat het tijdsinterval tussen 1 maand en 6 maanden follow-up relatief lang was vergeleken met de intervallen tussen de andere tijdstipmomenten (T0-T16), werden er aparte analyses uitgevoerd om het effect van OVK op 6 maanden follow-up te onderzoeken. Regressie analyses werden uitgevoerd met Mplus om te onderzoeken of conditie (0=controle groep en 1=experimentele groep) een voorspeller was van depressieve symptomen op 6 maanden follow-up. De baseline waardes (CDI op T0 en CES-D op T4) werden gebruikt als controle variabelen. De Full Information Maximum Likelihood (FIML)-schatter<sup>22</sup> werd gebruikt voor de missende waardes (6 maanden follow-up: 17,6%).

## RESULTATEN

### Pre-interventie verschillen

Voordat de analyses werden uitgevoerd, is getest of de experimentele en controle groep verschillen in leeftijd, opleiding van het kind (vijf niveaus), en huwelijkse staat van de ouders. De demografische analyse lieten geen verschil in etniciteit zien (98% van de meisjes waren van Nederlandse afkomst). Verder werden er geen significante verschillen gevonden tussen de experimentele en controle groep in leeftijd ( $t(100) = 0,66, p = 0,51$ ), opleiding van het kind ( $\chi^2(4) = 2,66, p = 0,617$ ) en huwelijkse staat van ouders ( $\chi^2(1) = 0,12, p = 0,735$ ).

### Descriptieve Statistieken

Figuur 1 laat zien dat 16,3% van de gescreende adolescente meisjes verhoogde depressieve symptomen (CDI-score  $\geq 16$ ) had in de huidige studie. Dit percentage komt ongeveer overeen met het landelijk percentage jongeren met een subklinische depressie (21,4%;<sup>25</sup>).

Tabel 1 laat de gemiddelden, standaard deviaties en t-waarden zien voor de CDI scores op T0, T4, T8, T12, T16, en op 6 maanden follow-up voor de totale groep van adolescenten en voor de experimentele en controle groep apart. Op T4, T8, T12 en op 6 maanden follow-up had de controle groep significant hogere scores op depressieve symptomen dan de experimentele groep. Op T0 en T16 was er geen significant verschil tussen de depressieve symptomen van de experimentele en controle groep.

Tabel 2 laat de gemiddelden, standaard deviaties en t-waarden voor de CES-D op T4-T12, T16 en 6 maanden

follow-up zien voor de totale groep van adolescenten en voor de experimentele en controle groep apart. Op T4, T7, T10-T12, en op 6-maanden follow-up had de controle groep significant hogere scores op depressieve symptomen dan de experimentele groep. Op de andere tijdspunten was er geen significant verschil tussen de depressieve symptomen van de experimentele en controle groep.

### Latent Growth Curve Modeling: CDI-Scores op To, T4, T8, T12 en T16

Om te onderzoeken welke groeifunctie het meest geschikt was voor de verandering in depressieve symptomen over tijd, werd een lineaire groeifunctie met intercept en helling (Engels: slope) als latente variabelen voor beide groepen apart getest. De passing van dit model was  $\chi^2(10) = 40,32$ ,  $p < 0,001$ , CFI = 0,806 en RMSEA = 0,241 voor de controle groep en  $\chi^2(10) = 70,67$ ,  $p < 0,001$ , CFI = 0,644 en RMSEA = 0,338 voor de experimentele groep. Deze waarden geven een onvoldoende passing zodat vervolgens een kwadratisch element werd geïntroduceerd in de groeifunctie. De kwadratische groeifunctie met intercept ( $i$ ), een lineaire component van de groeicurve ( $s$ ) en een kwadratische component van de groeicurve ( $q$ ) als latente variabelen lieten een passing zien van  $\chi^2(6) = 12,39$ ,  $p = 0,054$ , CFI = 0,959 en RMSEA = 0,143 voor de controle groep  $\chi^2(6) = 3,80$ ,  $p = 0,703$ , CFI = 1,000 en RMSEA = 0,000 voor de experimentele groep. De passing was perfect voor de experimentele groep. Voor de controle groep was de  $p$ -waarde  $> 0,05$  en de CFI-waarde  $> 0,95$ , welke beiden indicaties zijn voor een goed passend model. De RMSEA-waarde was te hoog ( $> 0,05$ ). De RMSEA werkt echter goed voor grotere steekproeven ( $n > 200$ ), maar voor kleinere steekproeven (in ons geval  $n = 52$  [controle] en  $n = 50$  [experimenteel]) zijn grenzen van 0,05 of 0,10 voor RMSEA te restrictief,<sup>26</sup> waardoor acceptabele modellen te snel verworpen worden.<sup>27</sup> Een kubisch model werd niet meer getest, omdat dan de kans op 'overfitting' toeneemt. Daarom werd een kwadratisch model voor beide groepen geaccepteerd. De schattingen van de parameters voor de controle groep waren  $i = 21,130$  ( $p = 0,001$ ),  $s = -0,444$  ( $p = 0,018$ ),  $q = 0,015$  ( $p = 0,117$ ) en voor de experimentele groep  $i = 20,676$  ( $p < 0,001$ ),  $s = -1,237$  ( $p < 0,001$ ),  $q = 0,055$  ( $p < 0,001$ ). De kwadratische component in de controle groep was niet significant, maar werd wel geïncludeerd om vergelijkingen te kunnen maken met de experimentele groep.

Ten slotte werden de verschillen in de parameter-

schattingen tussen de experimentele en controle groep getest, beginnend met het baseline groei-model voor de experimentele en controle groep simultaan (zie Tabel 3). Het baseline model liet een goede passing zien,  $p > 0,05$ . De RMSEA-waarden waren te hoog ( $> 0,05$ ), maar zoals al eerder genoemd hierboven, is deze maat minder geschikt voor kleinere steekproeven. Er werden geen significante verschillen tussen de groepen gevonden voor het intercept ( $\Delta\chi^2(1) = 0,274$ ,  $p = 0,601$ ) en de kwadratische component ( $\Delta\chi^2(1) = 0,002$ ,  $p = 0,964$ ). De lineaire component liet een significant verschil zien ( $\Delta\chi^2(1) = 8,737$ ,  $p = 0,003$ ), wat betekent dat de lineaire afname in depressieve symptomen significant groter was in de experimentele groep ( $s = -1,237$ ) dan in de controle groep ( $s = -0,444$ ) (zie Figuur 2).

### Latent Growth Curve Modeling: CES-D Scores op T4-T12 en T16

Een lineair groei-model voor de experimentele groep liet een passing zien van  $\chi^2(50) = 89,34$ ,  $p = 0,001$ , CFI = 0,899 en RMSEA = 0,125 en een passing van  $\chi^2(50) = 163,72$ ,  $p < 0,001$ , CFI = 0,737 en RMSEA = 0,209 voor de controle groep. Een kwadratisch model liet een passing zien van  $\chi^2(46) = 75,31$ ,  $p = 0,004$ , CFI = 0,925 and RMSEA = 0,113 voor de experimentele groep, en een passing van  $\chi^2(46) = 143,95$ ,  $p < 0,001$ , CFI = 0,773 en RMSEA = 0,202 voor de controle groep. Een kubisch model kon niet worden geïdentificeerd, wat mogelijk veroorzaakt werd door 'overfitting' of door een teveel aan parameters in vergelijking met de steekproefgrootte (24 parameters met een steekproefgrootte van 50 en 52). De passing van een kwadratisch model was acceptabel voor experimentele groep, maar niet voor de controle groep. Desondanks werd het kwadratisch model ook voor de controle groep geaccepteerd, om vergelijkingen te kunnen maken met de experimentele groep. De schattingen van de parameters voor de controle groep waren  $i = 22,178$  ( $p < 0,001$ ),  $s = -0,375$  ( $p = 0,352$ ),  $q = 0,028$  ( $p = 0,352$ ) en voor de experimentele groep  $i = 19,255$  ( $p < 0,001$ ),  $s = -0,020$  ( $p = 0,001$ ),  $q = 0,068$  ( $p = 0,002$ ).

Zoals te zien is in Figuur 3, was er een afname in depressieve symptomen in de experimentele groep van T4 tot T12. Na het einde van de lessen namen de depressieve symptomen weer toe (T16). De controle groep liet een constant niveau van depressieve symptomen zien na de baseline meting. Er werden geen significante verschillen tussen de groepen gevonden voor het intercept ( $\Delta\chi^2(1) = 2,139$ ,  $p = 0,144$ ), de lineaire component ( $\Delta\chi^2$

**Tabel 1** Gemiddelden ( $M$ ), Standaard Deviaties ( $SD$ ) en  $t$ -waarden voor de CDI-scores (CDI) op To, T4, T8, T12, T16, en na Zes-Maanden Follow-up (6-maanden FU) voor de Totale Groep (Totaal), de Experimentele Groep (OVK) en de Controle Groep (Controle)

	Totaal ( $n = 102$ ) $M$ ( $SD$ )	OVK ( $n = 50$ ) $M$ ( $SD$ )	Controle ( $n = 52$ ) $M$ ( $SD$ )	$t$ -waarde ( $df$ )
CDI To	20,91 (4,42)	20,80 (4,01)	21,02 (4,83)	0,25 (100)
CDI T4	17,60 (6,88)	15,82 (6,62)	19,31 (6,74)	2,62 (98)**
CDI T8	16,55 (7,58)	15,02 (8,37)	18,04 (6,47)	1,95 (91)*
CDI T12	15,90 (8,28)	13,61 (8,53)	18,24 (7,40)	2,78 (89)**
CDI T16	16,48 (7,59)	15,11 (7,76)	17,80 (7,26)	1,75 (94)
CDI 6-maanden FU	14,88 (8,71)	11,70 (8,24)	17,77 (8,17)	3,39 (83)**

Noot: \*  $p \leq 0,05$ . \*\*  $p \leq 0,01$ .

**Tabel 2** Gemiddelden (M), Standaard Deviaties (SD) en t-waarden voor de CESD-scores (CESD) op T4-T12, T16, en na Zes-Maanden Follow-up (6-maanden FU) voor de Totale Groep (Totaal), de Experimentele Groep (OVK) en de Controle Groep (Controle)

	Totaal (n = 102) M (SD)	OVK (n = 50) M (SD)	Controle (n = 52) M (SD)	t-waarde (df)
CESD T4	22,13 (10,72)	19,53 (9,80)	24,68 (11,07)	2,45 (97)*
CESD T5	18,62 (10,96)	16,53 (10,57)	20,71 (11,05)	1,92 (96)
CESD T6	19,13 (10,93)	18,65 (11,24)	19,60 (10,71)	0,43 (94)
CESD T7	19,10 (11,76)	16,43 (9,77)	21,76 (13,02)	2,22 (90)*
CESD T8	19,84 (11,78)	18,54 (12,42)	21,11 (11,11)	1,05 (91)
CESD T9	19,01 (12,20)	16,80 (12,94)	21,13 (11,17)	1,72 (90)
CESD T10	18,18 (12,64)	15,49 (12,08)	20,70 (12,76)	1,97 (87)*
CESD T11	18,45 (12,06)	15,53 (11,23)	21,23 (12,25)	2,32 (90)*
CESD T12	18,10 (13,56)	14,24 (11,84)	21,96 (14,18)	2,80 (88)**
CESD T16	19,42 (11,82)	17,06 (11,26)	21,67 (12,03)	1,94 (94)
CESD 6-maanden FU	19,14 (13,31)	14,45 (12,67)	23,41 (12,55)	3,25 (82)**

Noot: \*  $p \leq 0,05$ . \*\*  $p \leq 0,01$ .

**Tabel 3** Toetsingsresultaten over Verschillen in Groeiparameters tussen Experimentele en Controle Groep (CDI)

	$\chi^2$	df	p	RMSEA	CFI	$\Delta\chi^2$ (1)	p
baseline model	16,195	12	0,182	0,083	0,987		
i gelijkgesteld	16,469	13	0,225	0,072	0,989	0,274	0,601
i + s gelijkgesteld	25,206	14	0,033	0,125	0,966	8,737	0,003
i + s + q gelijkgesteld	25,208	15	0,047	0,116	0,969	0,002	0,964

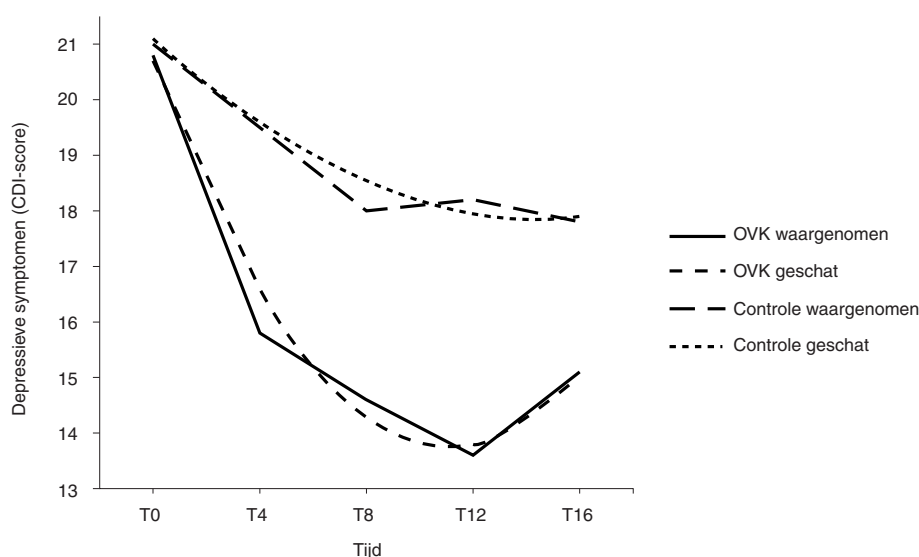
Noot: RMSEA = Root Mean Square of Approximation; CFI = Comparative Fit Index

(1) = 3,615,  $p = 0,057$ ), en de kwadratische component ( $\Delta\chi^2$  (1) = 0,636,  $p = 0,425$ ) (zie Tabel 4). De lineaire component was marginaal significant ( $p = 0,057$ ), waaruit met enig voorbehoud geconcludeerd kan worden dat de lineaire afname voor de experimentele groep groter was dan voor de controle groep, zoals te zien in Figuur 3.

### CDI/CES-D Scores op 6-maanden follow-up

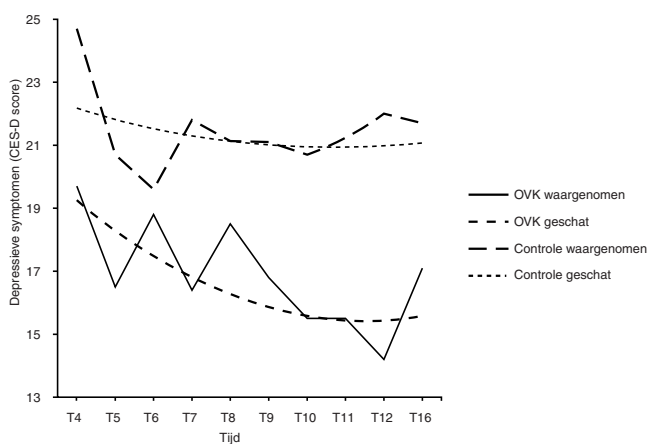
Om het effect van het programma op depressieve symptomen na 6-maanden follow-up te analyseren (gemeten met de CDI en CES-D), werden additionele analyses uit-

gevoerd. Allereerst werd een regressie analyse uitgevoerd, waarbij werd getoetst of conditie (experimentele of controle groep) de CDI-score op 6-maanden follow-up voorspelde. Hierbij werd er gecontroleerd voor de CDI-score van de participanten op T0. Resultaten lieten zien dat er een significant effect was van conditie:  $\beta = -0,36$ ,  $p < 0,001$ . Cohen's  $d = -0,74$ , wat een medium tot grote effectgrootte indiceert. Dit betekent dat de CGT-component van OVK een significant effect had op de depressieve symptomen van de deelnemende meisjes op 6-maanden follow-up.



**Figuur 2.** Waargenomen en geschatte gemiddelden van depressieve symptomen (CDI-score): een interactie tussen tijd (T0-T16) en conditie (OVK/controle). Formules geschatte gemiddelden: OVK:  $DEP = 20,676 - 1,237 * T + 0,055 * T^2$ ; Controle:  $DEP = 21,130 - 0,444 * T + 0,015 * T^2$ , waarbij DEP voor depressie (CDI-score) staat en T voor het aantal weken na de baseline (0, 4, 8, 12 en 16).





**Figuur 3** Waargenomen en geschatte gemiddelden (van depressieve symptomen (CESD-score): een interactie tussen tijd (T4-T16) en conditie (OVK/controle). Formules geschatte gemiddelden: OVK:  $DEP = 19,255 - 1,020 \cdot T + 0,068 \cdot T^2$ ; Controle:  $DEP = 22,178 - 0,375 \cdot T + 0,028 \cdot T^2$ , waarbij DEP voor depressie (CESD-score) staat en T voor het aantal weken na de baseline (4-12 en 16).

Vervolgens werd een regressie analyse uitgevoerd om te toetsen of conditie een voorspeller was van de CES-D score op 6 maanden follow-up. Hierbij werd er gecontroleerd voor de CESD-score van de participanten op T4. De resultaten lieten wederom een significant effect van conditie zien:  $\beta = -0,26$ ,  $p = 0,01$ . Cohen's  $d = -0,71$ , wat een medium tot grote effectgrootte indiceert. Ook dit betekent dat de CGT-component van OVK een significant effect had op depressieve symptomen van de deelnemende meiden op 6 maanden follow-up. Over het algemeen onderschrijven deze resultaten dus het effect van de CGT-component van OVK op verhoogde depressieve symptomen.

## DISCUSSIE

Het doel van de huidige studie was om het effect van de CGT-component van het depressie preventie programma 'Op Volle Kracht' bij Nederlandse adolescente meisjes met verhoogde depressieve symptomen te onderzoeken. Resultaten lieten zien dat tijdens de interventie de afname van depressieve symptomen van de meisjes in de experimentele groep significant groter was dan de afname van depressieve symptomen van de meisjes in de controle groep. Bovendien hadden de meisjes in de experimentele groep na 6 maanden follow-up minder depressieve klachten dan de meisjes in de controle groep. Dit indiceert dat de CGT-component van OVK effectief is in het op korte termijn verminderen van verhoogde depressieve

symptomen bij jonge adolescente meisjes. Uit de resultaten bleek tevens dat de grootste afname in depressieve symptomen plaatsvond direct na de screening. Dit kan worden verklaard door a-specifieke factoren die een belangrijke rol spelen in het genereren van interventie effecten, zoals het krijgen van hoop en de motivatie of wil om te veranderen.<sup>28,29</sup>

Het significante korte-termijn effect van OVK is in overeenstemming met eerdere bevindingen van Gillham et al.<sup>30</sup> en Jaycox et al.,<sup>31</sup> die lieten zien dat de selectieve benadering van PRP de depressieve symptomen van Amerikaanse adolescenten significant verminderde. Dit is echter de eerste studie die het effect laat zien van alleen de CGT-component van de Nederlandse, aangepaste versie van PRP. Dit betekent dat de CGT-component ook effectief lijkt te zijn wanneer het zonder de SPS-component wordt aangeboden.<sup>10</sup> Toekomstig onderzoek zou kunnen uitwijzen in welke mate en op welke manier de SPS-component bijdraagt aan het preventieve effect van het programma.

Deze studie heeft enkele beperkingen. Ten eerste is de huidige studie uitgevoerd in een Nederlandse stad, waardoor de bevindingen niet gegeneraliseerd kunnen worden naar heel Nederland. Ten tweede is de CES-D om praktische redenen niet afgenomen bij de screening, waardoor randomisatie alleen gebaseerd was op de CDI score bij de screening (T0). Daardoor lieten analyses van de CES-D zien dat de experimentele en controle groep bij de baseline (T4) al verschilden in niveaus van depressieve symptomen. Het is mogelijk dat dit ook de reden is waarom de analyses van de CES-D minder overtuigende resultaten hadden dan de analyses van de CDI, omdat de grootste afname van depressieve symptomen in de experimentele groep plaatsvond direct na de screening (T0-T4). Een laatste beperking van de huidige studie is dat de werkingsmechanismen die verantwoordelijk zijn voor de afname van depressieve symptomen niet gemeten zijn gedurende de interventie. Hierdoor kunnen we alleen speculatieve uitspraken doen over de werkzame factoren van OVK in de huidige context. Het is bijvoorbeeld ook mogelijk dat de eerder beschreven aspecifieke factoren voor een deel verantwoordelijk zijn voor de gevonden effecten in de huidige studie.<sup>28,29</sup> Toekomstig onderzoek zal uit moeten wijzen wat de precieze werkingsmechanismen van OVK zijn.

Een andere suggestie voor verder onderzoek is een lange-termijn studie die onderzoekt in welke mate OVK een selectief preventief effect heeft op klinische depressie onder adolescente meisjes. Bovendien is het relevant om te onderzoeken of het programma effectief is in het verminderen van depressieve symptomen onder andere hoog-risico adolescenten in Nederland, zoals jongens met

**Tabel 4** Toetsingsresultaten over Verschillen in Groeiparameters tussen Experimentele en Controle Groep (CESD)

	$\chi^2$	df	p	RMSEA	CFI	$\Delta\chi^2$ (t)	p
baseline model	219,262	92	0,000	0,165	0,845		
i gelijkgesteld	221,401	93	0,000	0,165	0,844	2,139	0,144
i + s gelijkgesteld	225,016	94	0,000	0,165	0,841	3,615	0,057
i + s + q gelijkgesteld	225,652	95	0,000	0,164	0,841	0,636	0,425

Not: RMSEA = Root Mean Square of Approximation; CFI = Comparative Fit Index

verhoogde depressieve symptomen en adolescenten met depressieve ouders of ouders met huwelijksproblemen. Ten slotte hebben de resultaten een aantal praktische implicaties. Wanneer toekomstige studies naar OVK het positieve effect van de CGT-component op depressieve symptomen repliceren, en wanneer longitudinaal onderzoek laat zien dat dit component inderdaad effectief is in het voorkomen van depressie onder adolescente meisjes met verhoogde depressieve symptomen, dan zou de CGT-component van OVK als een geïndiceerd depressie preventie programma geïmplementeerd kunnen worden in het curriculum van Nederlandse middelbare scholen.

## ABSTRACT

### *Randomized Controlled Trial Testing the Effectiveness of a Depression Prevention Program ('Op Volle Kracht') Among Adolescent Girls with Elevated Depressive Symptoms*

Young adolescent girls with elevated depressive symptoms are at high risk to develop a depression during adolescence or adulthood. Therefore, prevention of depression in this high-risk group is important. The aim of the present study was to examine the effectiveness of the Cognitive Behavioural Therapy (CBT) component of the depression prevention program 'Op Volle Kracht' (OVK) among Dutch adolescent girls with elevated depressive symptoms. In total, 102 adolescent girls (11-15 years) participated in this study. The girls in the experimental group ( $n = 50$ ) followed the eight CBT-lessons of OVK and reported depressive symptoms one week prior to the start of the lessons, after every lesson, at one-month and six-months follow-up. The girls in the control group ( $n = 52$ ) exclusively reported depressive symptoms at the same time points. Latent Growth Curve Modeling showed that the decrease in depressive symptoms was significantly larger for the girls in the experimental group than for the girls in the control group. Furthermore, it was found that at six-months follow-up, the girls in the experimental group had significantly lower levels of depressive symptoms than the girls in the control group. These findings indicate that the CBT-component of OVK is effective in reducing depressive symptoms.

Keywords: prevention, depression, adolescent girls, cognitive-behavioural therapy, Op Volle Kracht

## LITERATUUR

- Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global burden of disease study. *Lancet* 1997;349:1498-1504. doi: 10.1016/S0140-6736(96)07492-2.
- Caspi A, Sugden K, Moffitt TE et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003;301:386-9. doi: 10.1126/science.1083968.
- Chaplin TM, Gillham JE, Reivich K et al. Depression prevention for early adolescent girls: a pilot study of all girls versus co-ed groups. *J Early Adoles* 2006;26:110-6. doi: 10.1177/0272431605282655.
- Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Major depressive disorder in older adolescents: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clin Psych Rev* 1998;18:76594. doi: 10.1016/S0272-7358(98)00010-5.
- Nolen-Hoeksema S, Girgus JS. The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychol Bull* 1994;115:424-43. doi: 10.1037/0033-2909.115.3.424.
- Gotlib IH, Lewinsohn PM, Seeley JR. Symptoms versus a diagnosis of depression: Differences in psychosocial functioning. *J ConsultClin Psych* 1995;63:90-100. doi: 10.1037/0022-006X.63.1.90.
- Gillham JE, Brunwasser SM, Freres DR. Handbook of depression in children and adolescents. New York: The Guilford Press, 2008.
- TakYR, Zundert RMP van, Kuijpers RCWM et al. (2012). A randomized controlled trial testing the effectiveness of a universal school-based depression prevention program 'Op Volle Kracht' in the Netherlands. *BMC Public Health* 2012;12:21-29. doi: 10.1186/1471-2458-12-21.
- Kindt KCM, Zundert RMP van, Engels RCME. Evaluation of a Dutch school-based depression prevention program for youths in high-risk neighborhoods: study protocol of a two-armed randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 2012;12:212-8. doi: 10.1186/1471-2458-12-212.
- Stice E, Shaw H, Bohon C, Marti CN, Rohde P. A meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: factors that predict magnitude of intervention effects. *J Consul Clin Psych* 2009;77:486-503. doi: 10.1037/a0015168.
- Beck AT. Depression: Causes and treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1967.
- Beck AT. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press, 1976.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: The Guilford Press, 1979.
- Steinberg L. Cognitive and affective development in adolescence. *Trends Cogn Sciences* 2005;9:69-74. doi:10.1016/j.tics.2004.12.005.
- Cicchetti D, Rogosch FA. A developmental psychopathology perspective on adolescence. *J Consul Clin Psych* 2002;70:6-20. doi: 10.1037/0022-006X.70.1.6.
- Kazdin AE. Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychother Res* 2009; 19:418-28. doi: 10.1080/10503300802448899.
- Timbremont B, Braet C. Children's Depression Inventory: Handleiding Nederlandse versie. Lisse: Swets Test Publishers, 2002.
- Hanewald GJFP. CES-D. De Nederlandse versie. Een onderzoek naar de betrouwbaarheid en de validiteit. Amsterdam, Vakgroep klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam, interne publicatie, 1987.
- Gillham JE, Reivich KJ. Cultivating optimism in childhood and adolescence. *Ann Am Acad Polit Soc Science* 2004;591:146-63. doi: 10.1177/0002716203260095.
- Muthén LA, Muthén BO. Mplus user's guide, fifth ed., Los Angeles, CA: Muthén and Muthén, 1998-2007.
- Enders CK. Applied missing data analysis. New York, London: The Guilford Press, 2010.
- Johnson DR, Young R. Toward best practices in analyzing datasets with missing data: comparisons and recommendations. *J Marriage Family* 2011;73:926-45. doi: 10.1111/j.1741-3737.2011.00861.x.
- Byrne BM. (1998). Structural Equation Modeling with LISREL,

- PRELIS and SIMPLIS: Basic concepts, applications, and programming. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1998.
24. *Bentler PM*. Comparative fit indexes in structural equation models. *Psych Bull* 1990;107: 238-46. doi: 10.1037/0033-2909.107.2.238.
  25. *Smit F, Bohlmeijer E, Cuijpers P*. Wetenschappelijke onderbouwing depressiepreventie. Epidemiologie, aangrijpingspunten, huidige praktijk, nieuwe richtingen. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.
  26. *Chen F, Curran PJ, Bollen KA, Kirby J, Paxton P*. An empirical evaluation of the use of fixed cutoff points in RMSEA test statistic in structural equation models. *Soc Res Meth* 2008;36: 462-94. doi: 10.1177/0049124108314720.
  27. *Herzog W, Boomsma A*. Small-sample robust estimators of noncentrality-based and incremental model fit. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal* 2009; 16:1-27. doi: 10.1080/10705510802561279.
  28. *Stice E, Rohde P, Seeley JR, Gau JM*. Testing mediators of intervention effects in randomized controlled trials: an evaluation of three depression prevention programs. *J Consult Clin Psych* 2010;78:273-80. doi: 10.1037/a0018396.
  29. *Arrindell WA*. Changes in waiting-list patients over time: data on some commonly-used measures. Beware! *Behav Res Ther* 2001;39:1227-47. doi: 10.1016/S0005-7967(00)00104-2.
  30. *Gillham JE, Hamilton J, Freres DR, Patton K, Gallop R*. Preventing depression among early adolescents in the primary care setting: A randomized controlled study of the Penn Resiliency Program. *J Abnorm Child Psych* 2006;34:203-19. doi: 10.1007/s10802-005-9014-7.
  31. *Jaycox LH, Reivich KJ, Gillham J, Seligman MEP*. (1994). Prevention of depressive symptoms in school children. *Behav Res Ther* 1994;32:801-16. doi: 10.1016/0005-7967(94)90160-0.

#### **CORRESPONDENTIEADRES**

**Ron H.J. Scholte, Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit Nijmegen, 6500 HE Nijmegen, tel. 024-3612801, e-mail: r.scholte@pwo.ru.nl**

## Bent u up-to-date?



**Bent u, als professional, volledig op de hoogte van de laatste ontwikkelingen op het gebied van maatschappij, arbeid en gezondheid? Hoe beschikt u over de juiste en meest actuele informatie?**

### **NSPOH: de grootste aanbieder van bij- en nascholing!**

Jaarlijks voert de NSPOH ruim 150 verschillende modules uit als bij- en nascholing. Elk jaar volgen circa 4000 deelnemers opleidingen bij de NSPOH. Daarnaast nemen honderden deelnemers deel aan in-company onderwijs, op maat voor organisaties. Hiermee is de NSPOH de grootste aanbieder van bij- en nascholing in Nederland op het gebied van public en occupational health.

### **Een selectie uit onze opleidingen:**

- **Medische vervolgoopleidingen sociale geneeskunde**
  - Bedrijfsgeneeskunde
  - Verzekeringsgeneeskunde
  - Maatschappij en gezondheid met in de 1e fase keuze uit de profielen:
    - Jeugdgezondheidszorg
    - Infectieziektebestrijding
    - Forensische Geneeskunde
    - Tuberculosebestrijding
    - Medische Milieukunde
    - Beleid & Advies / Sociaal medische indicatiestelling en advisering
- **Master of Public Health**
- **Leergang Adviseur Arbeid & Gezondheid**
- **Opleidingen Sociaal verpleegkundige AGZ en Jeugdverpleegkundige in de JGZ**

Een uitgebreid overzicht van ons onderwijs vindt u op:  
[www.nspoh.nl](http://www.nspoh.nl)



De NSPOH is hét opleidingsinstituut op het snijvlak van maatschappij, arbeid en gezondheid. Onze onderwijsprogramma's slaan een brug tussen beleid, onderzoek en praktijk. De NSPOH werkt samen met AMC – UvA in de Academische Opleidingswerkplaats AMC/NSPOH. Andere samenwerkingspartners zijn o.a. Erasmus MC, VU MC, UMCG, TNO, RIVM, GGD Nederland, Actiz, UWV, Hogeschool Utrecht en arbodiensten.