

Gezamenlijk Inschatten van Zorgbehoeften (GIZ-methodiek)

Werkblad beschrijving GIZ-methodiek

Gebruik de HANDLEIDING bij dit werkblad

Werkblad erkenningscommissie, versie mei 2015

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstituten:



Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam organisatie: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid

Postadres: Churchillaan 11, 3527 GV Utrecht

E-mail: bsterkenburg@ncj.nl of nhensen@ncj.nl

Telefoon: (06) 53 975 268 of (06) 53 975 639

Website (van de interventie): <https://www.ncj.nl/giz/>

Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam : Marjanne Bontje (ontwikkelaar)

E-mail : mbontje@ggdhm.nl

Telefoon : (06) 51 660 450

Referentie in verband met publicatie

Naam auteur interventiebeschrijving: Marjanne Bontje

Titel interventie: GIZ-methodiek; Gezamenlijk Inschatten van Zorgbehoeften

Databank(en):

Plaats, instituut:

Datum:

Inhoud

Colofon	3
Samenvatting	5
Korte samenvatting van de interventie	5
Doelgroep	5
Doel	5
Aanpak	5
Materiaal	5
Onderbouwing	5
Onderzoek	5
1. Uitgebreide beschrijving	7
Beschrijving interventie	7
1.1 Doelgroep	7
1.2 Doel	8
1.3 Aanpak	9
2. Uitvoering	13
3. Onderbouwing	16
4. Onderzoek	22
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	22
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	23
5. Samenvatting werkzame elementen	25
6. Aangehaalde literatuur	26
7. Praktijkvoorbeeld	30

Samenvatting

Korte samenvatting van de interventie

De GIZ-methodiek (**Gezamenlijk Inschatten van Zorgbehoeften**) is ontwikkeld vanuit de Academische werkplaats *Samen voor de Jeugd*, Noordelijk Zuid-Holland, als een innovatieve, integrale gezamenlijke inschattingsmethodiek, waarmee de jeugdprofessional samen met ouders en jeugdigen en eventueel andere professionals de krachten, ontwikkel- en zorgbehoeften van een specifiek kind/gezin snel en adequaat in kaart brengt. Op basis van de wensen, zorgbehoeften en positieve eigenschappen van het gezin, maakt de jeugdprofessional samen met hen een resultaatgericht ondersteuningsplan. Met de GIZ-instrumenten kunnen zij dit plan monitoren. De GIZ-methodiek kent een structuur die voldoet aan wetenschappelijke en professionele inzichten én die afgestemd is op behoeften van ouders, jeugdigen en professionals.

Doelgroep

De GIZ-methodiek richt zich op de intermediaire doelgroep professionals in de preventieve en curatieve basis- en eerstelijns jeugd(gezondheids)zorg. De uiteindelijke doelgroep zijn kinderen van 0-23 jaar en hun ouders/verzorgers die van deze zorg gebruik maken.

Doel

Het hoofddoel is een gezamenlijke inschatting en beslissing met jeugdige en/of ouder/verzorger van krachten, zorgbehoeften en ondersteuning, zodat gezinnen passende, tijdige en effectieve ondersteuning ontvangen en versterkt worden in hun autonomie, competentie en verbondenheid.

Aanpak

Na een introductie, analyseert de professional samen met de cliënt krachten en zorgbehoeften van het kind/gezin, daarna schatten zij samen de benodigde ondersteuning in en beslissen over een eventueel ondersteuningsplan. De professional gebruikt visuele schema's (CAF /GOM), motiverende- en oplossingsgerichte gespreksvaardigheden, werkt transparant, handelingsgericht, vanuit een empathische vraaggerichte basishouding.

Materiaal

Geplastificeerde, doelgroep- en leeftijdsspecifieke, schema's vormen instrumenten van de methodiek. Door de doelgroep- en leeftijdsspecifieke schema's en drie uitvoeringsvarianten is de methodiek geschikt voor een brede doelgroep van kinderen, jongeren en ouders, met of zonder zorgbehoeften. Voor de implementatie zijn handboeken, trainingen, een ondersteuningsleertraject en een GIZ Monitor ontwikkeld.

Onderbouwing

Uit onderzoek blijkt dat er sprake is van een mismatch tussen zorgbehoeften en daadwerkelijke zorg wat leidt tot onder- en overbehandeling. Het is dus van groot belang te komen tot een realistische en met cliënt gedeelde inschatting van de zorgbehoeften. De GIZ-methodiek richt zich op verbeteren van de gezamenlijke inschatting door het beïnvloeden van de kennis, vaardigheden en attitude van professionals. Via deze professionals beoogt de GIZ-methodiek de kennis van ouders en jeugdigen ten aanzien van het opgroeien van kinderen en de attitude en vaardigheden ten aanzien van het actief deel nemen aan de inschatting te versterken. De GIZ-methodiek, de bijbehorende trainingen en GIZ-coaching worden ingezet met als hoofddoel de professional de competenties en tools te bieden om deze verbeteringen tot stand te brengen. Het bio-ecologische model (Bronfenbrenner, 1994), de Ouderschapstheorie (Van der Pas, 2006), positieve psychologie (Seligman, 2000), de Self-Determination theory (Ryan & Deci, 2000) en de Handelingsgerichte diagnostiek (Pameijer, 2011) onderbouwen de uitgangspunten van de GIZ-methodiek. 1) bespreken van zowel kind, opvoedings- als omgevingsbehoeften. 2) gezamenlijk inschatten van zowel sterke kanten als zorgbehoeften 3) versterken van een empathische, vraag-, oplossingsgerichte basisattitude en gespreksvaardigheden 4) transparant en methodisch handelen.

Onderzoek

Procesonderzoek tijdens de ontwikkeling van de methodiek laat zien dat professionals de GIZ-methodiek werkbaar vinden in de jeugdgezondheidszorg (JGZ) en de jeugdhulp. Ouders en jongeren waarderen de GIZ-methodiek, zijn heel tevreden over het verloop, de inhoud en het resultaat van het GIZ-gesprek. Ze vinden de schema's begrijpelijk, zinvol en hun eigen inbreng groot. Lopende ZonMw onderzoeken zijn gericht op de onderbouwing en de doorontwikkeling van de GIZ-methodiek. TNO onderzocht de

implementatie in Haaglanden. Buitenlands onderzoek naar het 'Framework for Children in Need and their Families' beschrijft als resultaat: betere taxaties, een meer holistische en kindgerichte kijk en beter geplande interventies.

1. Uitgebreide beschrijving

Beschrijving interventie

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

Kinderen van 0-23 jaar en hun ouders/verzorgers die gebruik maken van de zorg voor de jeugd (preventief/curatief). Bij jonge kinderen worden gesprekken gevoerd met de ouders/verzorgers. Vanaf 8 jaar wordt ook direct met het kind, de jongere of jong volwassene gewerkt. Deze grote doelgroep verschilt niet alleen in leeftijd, maar ook in geslacht, sociaaleconomische, etnische, culturele en religieuze achtergrond, woonsituatie, taalvaardigheid en in hun ontwikkel- en zorgbehoeften. Door de leeftijds- en doelgroep specifieke instrumenten met pictogrammen is de methodiek ook inzetbaar bij laaggeletterden of mensen met een taalbarrière.

Intermediaire doelgroep

De GIZ-methodiek richt zich op professionals van basis- en eerstelijns voorzieningen: (jeugd)artsen, (jeugd)verpleegkundigen in de jeugdgezondheidszorg 0-18 jaar en sociaal maatschappelijk, psychologen en (ortho)pedagogen werkzaam in gemeentelijke sociale wijkteams voor jeugdigen van 0-23 jaar. Deze intermediaire doelgroep analyseert en beslist samen met de uiteindelijke doelgroep hoe het gaat met kinderen en gezinnen en welke ondersteuning nodig is. De GIZ-methodiek is ook bedoeld om professionals in de keten van preventie tot curatie te ondersteunen in de samenwerking en de continuïteit van de zorg rond gezinnen te waarborgen.

Selectie van doelgroepen

Uiteindelijke doelgroep: jeugdigen 0-23 jaar en hun ouders.

In de preventieve JGZ 0-18 jaar worden alle kinderen en hun ouders standaard uitgenodigd op verschillende contactmomenten, vanaf een zuigelingenhuysbezoek tot aan het 15/16 jarige jongerencontactmoment. Een deel hiervan ontvangt op indicatie aanvullend extra zorg. Bij jonge kinderen voert de JGZ professional gesprekken met de ouder. Vanaf 8 jaar wordt gesproken met kind en ouder. Vanaf de middelbare school met de jongere zelf. Ouders van kinderen vanaf 12 jaar tot 16 jaar worden standaard betrokken (met toestemming van jongeren zelf) bij gesignaleerde zorgen of problemen. Jongeren vanaf 16 hebben recht op informatie en recht om zelfstandig te beslissen. Op deze leeftijd bepalen jongeren dus zelf of ze hun ouders willen betrekken bij de JGZ ondersteuning, tenzij de ontwikkeling bedreigd wordt en de veiligheid in het geding is.

De jeugdhulp bereikt jeugdigen van 0-23 jaar en hun ouders/verzorgers met aanvullende of complexe zorgbehoeften. Zij kunnen zich zelf aanmelden of verwezen worden via derden. Voor de groep van 18-23 jaar is een GIZ versie voor jongvolwassenen ontwikkeld.

De GIZ-methodiek is door de leeftijds- en doelgroep specifieke instrumenten en getrapte werkwijze met drie uitvoeringsvarianten (licht, uitgebreid en multidisciplinair) breed inzetbaar; bij ouders/verzorgers, kinderen, jongeren en jongvolwassenen, in een preventieve setting zoals de JGZ of curatieve zorg, individuele gesprekken of overleggen waar meerdere professionals en gezinsleden aan deel nemen.

Ook laaggeletterden of mensen met een taalbarrière worden bereikt met een pictogrammen versie.

Intermediaire doelgroep: Een organisatie die besluit met de GIZ-methodiek te gaan werken leidt in principe alle professionals die de taak hebben de zorgbehoeften samen met cliënten in kaart te brengen op in het werken met de GIZ-methodiek.

Exclusie

Met de GIZ kunnen signalen van onvoldoende basiszorg en veiligheid in beeld komen en besproken worden (NCJ, 2016). De GIZ is echter niet geschikt als een risicotaxatie-instrument voor kindermishandeling. Het is een generalistische methodiek. Bij bijvoorbeeld signalen van psychische kind- of ouder problematiek of onvoldoende basiszorg en veiligheid zijn aanvullende diagnostische /taxatie-instrumenten en de klinische blik van de professional noodzakelijk.

Betrokkenheid doelgroep

De ontwikkeling van de GIZ-methodiek is geworteld in de samenwerking tussen onderzoek (Leids Universitair Medisch Centrum, TNO), beleid, onderwijs en praktijk Praktijkprofessionals, jongeren en ouders waren betrokken bij de ontwikkeling (www.samenvoordejeugd.nl).

Professionals uit meerdere disciplines en sectoren (waaronder huisartsen, jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen, (ortho)pedagogen, onderwijzers en jeugdhulpverleners van Bureau Jeugdzorg en GGZ instellingen) hebben bijgedragen aan de ontwikkeling, door vragenlijsten in te vullen na ieder GIZ-methodiek gesprek, door feedback te geven tijdens groepsbijeenkomsten (waaronder scholingsbijeenkomsten, tussentijdse evaluaties en intervisie-sessies) en door feedback te geven via de email en via interviews tijdens werkbezoeken.

Jongeren en hun ouders hebben de concept schema's en andere aspecten van de werkwijze (bijvoorbeeld de bejegening van jeugdigen en ouders door professionals) besproken in focusgroepen. Hun suggesties voor aanpassingen zijn opgenomen in de methodiek. Jongeren en ouders die betrokken waren tijdens de pilots hebben hun ervaringen met de methodiek kenbaar gemaakt door middel van een vragenlijst.

1.2 Doel

Hoofddoel

Het hoofddoel is een **gezamenlijke inschatting*** met jeugdige en/of ouder/verzorger van krachten, ontwikkel- en zorgbehoeften en ondersteuning, zodat gezinnen **passende, tijdige en effectieve ondersteuning** ontvangen en **versterkt worden in hun autonomie, competentie en verbondenheid**.

Dat gebeurt door de professional (intermediaire doelgroep) te ondersteunen met de GIZ-methodiek (competenties en tools) om in dialoog met de jeugdige / ouders en eventueel andere professionals tot een gezamenlijke inschatting van krachten en de aard, ernst en urgentie van zorgbehoeften en een resultaatgericht ondersteuningsplan te komen.

**Gezamenlijke inschatting' = het proces van het inventariseren en analyseren van krachten, ontwikkel- en zorgbehoeften op lichamelijk, verstandelijk, emotioneel en sociaal gebied in relatie tot opvoeding en omgeving en op basis van deze weging samen met de cliënt te beslissen of en welke ondersteuning nodig is.*

Subdoelen

Subdoelen voor ouder/jeugdige:

- 1.1. De ouder/ jeugdige weet wat belangrijk is voor een gezonde en veilige ontwikkeling van het kind (competentie).
- 1.2. De ouder/ jeugdige neemt actief deel aan het gezamenlijk inschattingsgesprek (autonomie).
- 1.3. De ouder/ jeugdige voelt zich gehoord, begrepen, serieus genomen en tevreden over de eigen inbreng (verbondenheid).

Subdoelen gericht op de intermediaire doelgroep professionals:

- 2.1. De professional bespreekt bij het inschattingsgesprek kind, opvoedings - en omgevingsbehoeften
- 2.2. De professional inventariseert, analyseert gezamenlijk de krachten en zorgbehoeften van jeugdigen en ouders
- 2.3. De professional betreft actief jeugdigen/ouders bij de GIZ-inschatting en besluitvorming en bevordert partnerschap.
- 2.4. De professional werkt transparant en methodisch bij het gezamenlijk inschatten van de krachten en zorgbehoeften.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

De GIZ-methodiek is geïntegreerd in bestaande contactmomenten (regulier /op indicatie) van professionals (JGZ en sociaal domein) met jeugdigen en hun ouders. Gesprekken waarin samen de hulpvraag wordt verhelderd, een krachten en probleemanalyse plaats vindt, resultaatgerichte ondersteuningsplannen worden ontwikkeld en de ingezette ondersteuning of hulp wordt geëvalueerd en gemonitord. De meerwaarde van de GIZ-methodiek ligt vooral in het gezamenlijk in kaart brengen van de zorgbehoeften en gezamenlijk beslissen wat gewenste vervolgstappen zijn (Shared Decision Making).

Centraal staan de vragen: Hoe gaat het? Wat is er aan de hand? Wat is er nodig voor een gezonde, veilige en liefdevolle ontwikkeling van jeugdigen? Hebben de acties geholpen?

De GIZ-methodiek is hiermee een onderdeel van het klinisch redeneren van de professional en relevant voor JGZ en jeugdprofessional om in hun 'gereedschapskist' te hebben. Klinisch redeneren is het continue proces van gegevensverzameling en analyse gericht op de vragen en problemen van een individu en diens naasten, in relatie tot ziekte en gezondheid. Klinisch redeneren omvat risico-inschatting, vroegsignalering, probleemherkenning, interventie en monitoring (Lambregts et al. 2012). De GIZ schema's zijn een hulpmiddel voor een gezamenlijke analyse en besluitvorming. Het vervangt de kennis en ervaring van de professional niet en ook niet de standaard screeninginstrumenten die gebruikt worden in de JGZ (zoals gehoorscreening, signaleringslijsten psychosociale problematiek). De kennis en ervaring van de professional zijn juist nodig om de GIZ methodiek zo te gebruiken dat het juiste informatie oplevert en er goed geïnterpreteerd en beslist wordt.

De GIZ-methodiek kent een getrapte werkwijze met drie uitvoeringsvarianten, wat de flexibele inzetbaarheid en zorg op maat vergroot:

1. de signalerings GIZ (+/- 10 minuten); gebruik in reguliere preventieve JGZ contacten bij alle ouders/ kinderen en jongeren. (gebruik CAF)
2. de uitgebreide GIZ (+/- 20 - 60 minuten); gebruik tijdens extra zorg contacten JGZ (onderzoek op indicatie)/ tijdens intake jeugdhulp, evaluatie en monitoring hulpverleningscontacten. (gebruik CAF en/of GOM)
3. de multidisciplinaire GIZ(+/- 60 minuten); gebruik voorafgaand, tijdens en aan het eind van een 1gezin1plan/ multidisciplinair zorgoverleg. (gebruik CAF en/of GOM)

Als vooraf of tijdens de signalerings GIZ veel zorgbehoeften of een taalbarrière blijken, kan een uitgebreide GIZ worden ingezet. Dit is een onderdeel van zorg op maat binnen de JGZ. Het gebruik van eenzelfde methodiek door meerdere professionals bevordert de samenwerking.

Inhoud van de interventie

De GIZ-methodiek biedt professionals handreikingen voor gespreksvoering met ouders en jeugdigen over hun krachten en problemen. De methodiek kent in 3 uitvoeringsvarianten met een duidelijke structuur bestaande uit 3 fasen: introduceren, analyseren, inschatten.

Tijdens de *introductiefase* legt de professional aan de hand van visuele schema's ('CAF' en/of 'GOM') het doel en de structuur van het gesprek uit en deelt hij/zij zijn/haar kennis en ervaring over het opgroeien van kinderen. Daarbij maakt hij/zij gebruik van een aantal specifieke, motiverende gespreksvaardigheden, om de jeugdige/ouder/andere professionals op zijn/hun gemak te stellen. De professional creëert hierdoor meer ruimte voor eigen inbreng van de jeugdige/ouder/andere gesprekspartners en bevordert oplossingsgericht denken bij de ander.

Tijdens de *analysefase* gaat de professional vooral uit van de krachten en mogelijkheden van de jeugdige/ouder in plaats van problemen en risico's. De professional betreft hen als actieve gesprekspartners bij de analyse van hoe het gaat. Samen bespreken ze aspecten van de ontwikkeling van de jeugdige, zijn opvoeding en omgeving. Bij zorgbehoeften nodigt de professional de cliënt -met hulp van de CAF en/of GOM schema's- uit een inschatting te maken van de impact van de problemen op het functioneren. Op deze manier helpt de professional jeugdige en ouders zich bewust te worden welke aspecten van invloed zijn op een optimale ontwikkeling en in welke mate deze aspecten naar tevredenheid zijn, dan wel stress opleveren en het functioneren beïnvloeden. Met de GIZ kunnen perspectieven van verschillende gezinsleden en eventueel professionals in kaart gebracht en besproken worden.

Tijdens de *inschattingsfase* komt de professional samen met de betreffende jeugdige/ouder/andere professionals tot een weging van aard, ernst en urgentie van de krachten en de zorgbehoeften ten aanzien van de verschillende domeinen van kind-ontwikkeling, opvoeding en omgeving. Daarbij gebruikt de professional zijn observaties, klinische blik, indien beschikbaar door de cliënt vooraf ingevulde vragenlijst. met bijvoorbeeld informatie uit SDQ signaleringsinstrument psychosociale problematiek, dossier informatie en informatie van derden. Na prioritering bepalen zij doelen voor verandering en beslissen zij samen welke acties nodig zijn. Ze bespreken ook wie, wat, wanneer iets kan betekenen voor de jeugdige/het gezin, rekening houdend met de krachten van de jeugdige en ouder(s) zelf en de mogelijkheden binnen het eigen netwerk. Dit vormen de elementen van een resultaatgericht ondersteuningsplan.

Evaluatie, monitoring en registratie

Tijdens een ondersteuningstraject herhaalt de professional de GIZ om de ingezette acties en beoogde doelen te evalueren. Met toestemming van de cliënt is overdracht van de GIZ inschatting mogelijk naar andere professionals.

Specifiek voor de JGZ kan de GIZ een functie hebben om de gezondheid van kinderen samen met ouders te monitoren. Gedurende de levensloop van een kind, tijdens verschillende contactmomenten, herhaalt de professional de GIZ inschatting. Specifieke GIZ registratie in het cliëntdossier ondersteunt deze monitoring.

Kernelementen van de GIZ-methodiek

Professionals worden getraind om de 5 kernelementen van de GIZ-methodiek flexibel in te zetten:

De professional

1. gebruikt de 'CAF' driehoek.
2. gebruikt de Gezonde Ontwikkelings Matrix
3. heeft een empathische, vraag-, oplossingsgerichte basisattitude
4. gebruikt motiverende en oplossingsgerichte gespreksvaardigheden
5. werkt transparant en methodisch (handelingsgericht)

Kernelementen 1 en 2 bepalen het 'Wat' van de methodiek: waar over gesproken wordt tijdens de gezamenlijke inschatting. De laatste drie kernelementen bepalen het 'Hoe' van de methodiek: hoe professionals omgaan met kinderen, jongeren, ouders en andere professionals tijdens de gezamenlijke inschatting. Hieronder een samenvatting van de kernelementen. (zie beschrijving handboek).

1. De 'CAF' (Common Assessment Framework) driehoek.

De CAF driehoek creëert een visueel, overzichtelijk inhoudelijk kader voor het gezamenlijke inschattingsgesprek. Dit schema zorgt ervoor dat de jeugdige en/of ouder kennis en inzicht krijgen in 3 belangrijke dimensies die nodig zijn voor het gezond, veilig en liefdevol opgroeien van jeugdigen: de kindontwikkeling, de opvoeding en de gezins- en omgevingsfactoren en hun onderlinge samenhang. Iedere

dimensie omvat specifieke categorieën. De driehoek helpt professionals de focus van het gesprek voor de jeugdige of ouder te bepalen en in te zoomen op wat goed gaat, waar vragen of zorgen liggen en de onderlinge samenhang tussen de domeinen in te zien. De CAF driehoek kenmerkt zich door eenvoudig taalgebruik, vanuit het perspectief van de jeugdige of ouder om de participatie te bevorderen. [figuren 1a,b,c bijlage 1].

2. *De Gezonde Ontwikkeling Matrix (GOM)*

De gekleurde, leeftijdsspecifieke GOM zorgt ervoor dat jeugdigen/ouders een duidelijk beeld krijgen hoe een gezonde en veilige ontwikkeling, opvoeding en omgeving eruit zien. Zij krijgen ook dankzij de GOM letterlijk 'de pen in eigen hand' bij het analyseren van hun eigen situatie en het vaststellen van hun ontwikkel/zorgbehoeften. De professional vraagt cliënten hun eigen situatie te vergelijken met de beschrijving in de groene kolom van de GOM en vinkjes te zetten of fiches te leggen op de matrix in de kolom (van groen tot rood) die het beste correspondeert met hun analyse van hun situatie op 10 domeinen. Hierdoor geven ze aan 'hoe het gaat' met de ontwikkeling, de opvoeding en de omgeving en daarna 'wat er nodig is om alles in het groen te behouden of te krijgen'. Op deze visuele manier krijgt iedereen inzicht in de krachten die al aanwezig zijn en in 'wat er nodig is' om de ontwikkeling van de cliënt optimaal te ondersteunen. De beschrijvingen in de groene kolom kunnen de basis vormen voor het prioriteren en het opstellen van concrete doelen en acties, die dan eenvoudig te monitoren zijn. Vooruitgang betekent beweging richting deze beschrijvingen. De gekleurde 5-puntsschaal van GOM stelt de gevoelens van de jeugdige/ouder centraal en werkt motiverend. Ervaringen laten zien dat jeugdigen en ouders het heel fijn vinden om op deze overzichtelijke manier over eigen situatie te kunnen reflecteren en in een oogopslag te zien 'hoeveel goed/beter gaat' - ook al zijn er problemen. De 5-delige indeling van de zorgbehoeften (gekleurde kolommen), sluit ook aan bij de zorgbehoeften indeling van de Nederlandse jeugdpopulatie en kan gebruikt worden op organisatieniveau voor management/ onderzoeksdoeleinden. [figuren 2 a, b bijlage 1].

Keurlementen die 'het hoe' van de GIZ-methodiek bepalen:

1. *Een empathische, vraag-, oplossingsgerichte basisattitude*

Om cliënten actief te betrekken bij de gezamenlijke inschatting, is wederzijds vertrouwen noodzakelijk. Om vertrouwen van cliënten te krijgen en te behouden is een basisattitude gekenmerkt door een open, positieve, niet veroordelende houding belangrijk. Vanuit deze houding beschouwt de professional jeugdigen en ouders als mede-experts in het inschattingsproces en gaat hij/zij uit van de krachten, mogelijkheden en wensen in plaats van de problemen en risico's. De professional betreft jongeren/ouders als actieve gesprekspartners bij de analyse, inschatting en beslissing. Op deze manier helpt de professional bij bewustwording van hun eigen expertise en krachten van hun netwerk.

2. *Negen motiverende en oplossingsgerichte gespreksvaardigheden*

Tijdens een GIZ gesprek gebruikt de professional motiverende en oplossingsgerichte gespreksvaardigheden: reflectief luisteren, bekrachtigen, open vragen stellen, samenvatten, vragen naar de gewenste situatie, schaalvragen, toestemming vragen, vragen naar succes ervaringen, vragen naar de uitzonderingen (Berg, 1994; Ryan, 2000, 2006; Miller, 2002; Visser, 2010). Deze vaardigheden geven vorm aan een vraag-, oplossingsgerichte en activerende basisattitude en zorgen ervoor dat acceptatie, vertrouwen en partnerschap centraal staan in de communicatie met jeugdigen, ouders en andere professionals. Zo versterkt de professional veerkracht, motivatie en gevoelens van autonomie, competentie en verbondenheid van cliënten.

3. *Transparant en methodisch (handelingsgericht) werken*

De GIZ-methodiek is gebaseerd op principes van de handelingsgerichte diagnostiek (Pameijer, 2011) om gestructureerd, planmatig, doel- en resultaatgericht de benodigde informatie te verzamelen, te analyseren, doelen te stellen en tot een beslissing te komen of en welke hulp nodig is. Ook verzamelt de professional niet meer informatie dan nodig om tot een goede inschatting te komen. Daarom kent de GIZ-methodiek drie uitvoeringsvarianten (licht, uitgebreid en multidisciplinair) zie handboek.

De GIZ is meer dan een instrument (kernelementen 1 en 2). Omdat de GIZ een doelgerichte en systematische werkwijze is om gezondheid te bevorderen en het gedrag van professionals en ouders en jeugdigen te veranderen, kan de GIZ beschouwd worden als een methodiek, als een interventie. (LoketGezondLeven, 2018). De verplichte basistraining GIZ ondersteunt deze gedragsverandering.

2. Uitvoering

Materialen

De GIZ-methodiek omvat de volgende producten:

- A. **Methodiek Gezamenlijk Inschatten van Zorgbehoeften**
Zeven geplastificeerde GIZ schema's met de CAF en Gezonde Ontwikkeling Matrix (GOM); voor ouders met kinderen van 0-2; 2-4; 4-12; 12+; 0-23 jaar, en jongeren en jongvolwassenen.
Voor mensen met taalbarrière: GIZ schema's met pictogrammen: vijf schema's met de CAF en GOM; ouders met kinderen 0-4, 4-12, 12+ jaar, kinderen en jongeren.
- B. **Handboek en trainingsprogramma (basistraining en train-de-trainer)**; voor specifieke doelgroepen JGZ artsen en verpleegkundigen 0-18 jaar en multidisciplinaire teams in het sociale domein.
- C. **Implementatie ondersteuningstraject GIZ-coaching**
Een training voor GIZ-coaches voor individuele coaching of groepsgerichte intervisie, gebaseerd op video-interactiebegeleidingsprincipes, met competentie matrices voor GIZ uitvoerder, GIZ-coach en GIZ-trainer. Een GIZ coach heeft de taak de kwaliteit van de uitvoering te bevorderen en de implementatie te ondersteunen.
- D. **Monitor GIZ-methodiek** (Bontje, 2014)
Een set van hulpmiddelen om informatie te verzamelen om de implementatie en borging te volgen en te beïnvloeden. Het gaat daarbij om inzicht in het gebruik van de GIZ-methodiek, de tevredenheid van de ouders, de vastgestelde zorgbehoefte van ouders/jongeren, de verwezen (en gevolgde) interventies en in het effect van de ingezette interventies. Met o.a. voorbeelden van registratie in een digitaal kinddossier JGZ of anderszins gezinsplan.

Locatie en type organisatie

De GIZ-methodiek is interessant voor alle organisaties die ambiëren vraaggericht te werken en die kinderen, jongeren en ouders willen betrekken bij de analyse van hoe het gaat met een individueel kind, wat er speelt in het gezin en wat er nodig is om de ontwikkeling en de opvoeding te ondersteunen. Dit kunnen basisvoorzieningen en zorginstanties in de eerste lijn zijn. Hiernaast is de GIZ-methodiek interessant voor organisaties die de toegang tot hulp organiseren en zorgcoördinatie uitvoeren volgens bijvoorbeeld de principes van 1gezin1plan.

Inmiddels zijn al ruim 2000 professionals in de JGZ en gemeentelijke jeugdteams getraind in de GIZ-methodiek. Ook zijn er ervaringen met het werken met de GIZ-methodiek in het onderwijs.

De implementatie is gestart in de jeugdgezondheidszorg 0-18 van GGD Hollands Midden en breidde zich al snel uit naar jeugd en gezinsteam in het sociale domein, in grote delen van Zuid Holland, maar ook in de rest van het land.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

In principe kunnen alle WO- en HBO opgeleide professionals die met jeugd en hun ouders werken de GIZ-methodiek toepassen. Zoals jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen, psychologen, (ortho)pedagogen en (school)maatschappelijke werkers. De 5 kernelementen en de GIZ-specifieke attitudes, kennis en vaardigheden vormen de basis voor de training. (zie handboek). De verplichte bijbehorende training - toegesneden op specifieke doelgroepen - en het sterk aanbevolen ondersteuningstraject helpen professionals om deze competenties te leren en onderhouden (onderbouwing zie bijlage).

Structuur en inhoud van de GIZ-methodiek basistraining voor uitvoerders (2 dagdelen, tenminste 1 maand 'oefentijd' tussen dagdeel 1 en 2. Uitgaande van aanwezige basiscommunicatievaardigheden bij de professional):

Dagdeel 1: De deelnemer

- maakt kennis met de kernelementen van de GIZ-methodiek (m.n. GIZ schema's).
- leert a.d.h.v. demonstraties en oefeningen de GIZ-methodiek signalerings GIZ en uitgebreide GIZ uit te voeren.
- krijgt als huiswerkopdracht: oefenen met de GIZ-methodiek signalering- en uitgebreide GIZ in de praktijk.

Dagdeel 2: De deelnemer

- deelt zijn ervaringen met de huiswerkopdracht.
- leert motiverende/oplossingsgerichte communicatievaardigheden in te zetten in een GIZ gesprek ter versterking van autonomie, competentie en verbondenheid van ouders en jeugdigen.
- oefent met de 9 specifieke gespreksvaardigheden die horen bij de verschillende GIZ-methodiek varianten.
- oefent met de uitvoeringsvariant multidisciplinaire GIZ.

Kwaliteitsbewaking

De gebruikersvoorwaarden GIZ-methodiek zijn ontwikkeld om de kwaliteit van de methodiek te waarborgen. De basistraining GIZ-methodiek is verplicht om met de GIZ-methodiek te kunnen werken.

Voor de borging van de GIZ-methodiek en als onderdeel van het kwaliteits- en opleidingsbeleid van de organisatie zijn ontwikkeld:

- *GIZ-coachingstraject (optioneel)*. Organisaties worden sterk aanbevolen medewerkers te ondersteunen en intervisiemogelijkheid te bieden. Voor stafleden is hiervoor een training voor GIZ-coach ontwikkeld om GIZ uitvoerders te coachen, individueel of in een groep, met behulp van eigen gemaakte video-opnames van GIZ gesprekken. Coaches hebben de taak de kwaliteit van de uitvoering te bevorderen. Voor GIZ-uitvoerders en GIZ-coaches zijn tools ontwikkeld voor zelfevaluatie van de minimaal vereiste kennis, vaardigheden en attitudes in het werken met de GIZ-methodiek.
- *GIZ verdiepingstraining (optioneel)*. Een training om te inspireren, op te frissen en te verdiepen van de GIZ-methodiek.
- *Landelijke twee jaarlijkse intervisie voor GIZ-coördinatoren*, organisatie NCJ. Verplichting minimaal 1 keer per jaar deel te nemen. Een GIZ coördinator is verantwoordelijk voor de implementatie en borging van de GIZ binnen de eigen organisatie.
- *Landelijke twee jaarlijkse intervisie voor GIZ-trainers*, organisatie NCJ, in samenwerking met GGD Hollands Midden. Verplichting minimaal 1 keer per jaar deel te nemen.

Randvoorwaarden

Voor een succesvolle invoering van de GIZ-methodiek zijn de volgende randvoorwaarden nodig (Durlak, 2008; Fleuren, 2012).

Randvoorwaarden:

- formele bekrachtiging van bestuur
- steun van management en staf
- draagvlak bij de medewerkers
- basistraining GIZ-methodiek, inclusief handboek, materialen: CAF/ GOM schema's
- aangepast registratiesysteem
- financiële middelen en tijd voor scholing, voor het zich eigen maken van een nieuwe methodiek, begeleiding, deelname aan intervisie, en voor de materialen
- communicatieplan
- GIZ-coördinator die de innovatie trekt en verantwoordelijk is voor implementatie van de GIZ-methodiek in de organisatie.

Implementatie

De invoeringsstrategie voor een organisatie die de GIZ wil implementeren:

- voorlichting GIZ-methodiek aan uitvoerend professionals, managers en staf
- vertalen GIZ-methodiek in concrete doelstellingen die passen bij de ambities van de organisatie en haar omgeving
- flexibele invoering van de GIZ is mogelijk. Een organisatie besluit vooraf hoe de GIZ ingevoerd gaat worden; welke uitvoeringsvarianten, op welke (contact)momenten, door welke disciplines, de mate waarin de GIZ wordt ingezet als basismethodiek of als onderdeel van de 'gereedheidskist' van de professional naast andere methodieken en instrumenten. De implementatiestrategie wordt hierop afgestemd.
- aanwijzen van een GIZ-coördinator, verantwoordelijk voor implementatie en borging
- basis scholing voor uitvoerders
- ondersteuning en leertraject voor uitvoerders
- op indicatie voor borging, training GIZ-coaches
- op indicatie, verdiepende vaardigheidstraining
- fasegewijze invoering met aandacht voor integratie van de GIZ-methodiek in de alledaagse werkprocessen, b.v. registratie van GIZ inschattingen en ondersteuningsplannen
- continuering van monitoring voor het verkrijgen van zicht op de effecten en het bijstellen van de methodiek.

Beheer GIZ-methodiek

Het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) is verantwoordelijk voor de landelijke verspreiding van de GIZ-methodiek en ondersteunt JGZ en andere jeugdhulporganisaties bij de implementatie en borging van de GIZ. Ze organiseert verschillende bijeenkomsten voor de landelijke GIZ trainerspool, GIZ coördinatoren en management van GIZ organisaties. Het NCJ verbindt uitvoerders zodat zij knelpunten kunnen bespreken en van elkaar kunnen leren. Een klankbordgroep adviseert het NCJ hierbij. Via diverse communicatiekanalen (congressen, website, nieuwsbrief etc.) zorgt het NCJ voor meer bekendheid van de GIZ-methodiek. Wanneer organisaties geïnteresseerd zijn in het gebruik van de GIZ-methodiek gaat het NCJ met hen in gesprek om de mogelijkheden voor implementatie te verkennen. Contactpersonen GIZ-methodiek NCJ: Bronwynn Sterkenburg, bsterkenburg@ncj.nl en Natascha Hensen, nhensen@ncj.nl, (www.ncj.nl/GIZ).

GGD Hollands Midden en Academische werkplaats droegen de verantwoordelijkheid voor de landelijke verspreiding en implementatie van de GIZ-methodiek per 1 juli 2016 over aan het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ). De GGD Hollands Midden en de Academische werkplaats behouden een rol bij de doorontwikkeling van en onderzoek naar de GIZ-methodiek.

Alison Sutton (stichting GIZ-methodiek), met de GGD HM auteursrechthebbend, werkt onafhankelijk aan de verspreiding van de methodiek.

Kosten

Incidente kosten:

- Basistraining GIZ-methodiek € 250,- per deelnemer (*prijzen vanaf 2018), inclusief accreditatie en materiaal. (Totaal 12 uur per deelnemer voorbereiding /uitvoering).

Structurele kosten:

- De organisaties die de GIZ-methodiek gebruiken, betalen aan het NCJ een jaarlijkse bijdrage voor het landelijk beheer. Hiervoor sluiten zij een overeenkomst af met het NCJ. De kosten variëren van € 2500 tot € 6000* per jaar afhankelijk van de grootte van de organisaties. * Aan deze bedragen kunnen geen rechten worden ontleend.
- Organisaties dienen rekening te houden met kosten voor intervisie en registratie in dossiers. De uitvoering van de GIZ-methodiek kan in principe budgettair neutraal, door de integratie in werkprocessen. Bij aanvang zal soms extra tijd nodig zijn om de nieuwe werkwijze eigen te maken.

3. Onderbouwing

Probleem

Uit onderzoek blijkt dat er sprake is van een mismatch tussen zorgbehoeften en daadwerkelijke zorg wat leidt tot onder- en overbehandeling (Bot, 2013). De GIZ-methode richt zich op verbeteren van de gezamenlijke inschatting door het beïnvloeden van de kennis, vaardigheden en attitude van professionals. Een goede analyse en inschatting van zorgbehoeften is een voorwaarde voor effectieve hulp (Bruyn, 2003; Poston, 2010). Zonder goede gezamenlijke inschatting 'missen' jeugdprofessionals hulpbehoevende jeugdigen, krijgen ze hen later in beeld of sluiten zij onvoldoende aan bij persoonlijke voorkeuren en werkelijke zorgbehoeften (Hielkema, 2014).

Het inschattingsproces is vaak een eendimensionaal proces waarin de professional in het hoofd risicofactoren en beschermende factoren analyseert op basis van vragenlijsten of interviews. Zo zijn veel professionals opgeleid. Participatie van de cliënt bij de analyse en de gedeelde besluitvorming, is hierdoor (nog) gering. Het is dus van groot belang te komen tot een realistische en met cliënt gedeelde inschatting van de zorgbehoeften.

De afgelopen jaren is er veel gedaan om de signalering te verbeteren. Gevalideerde instrumenten ondersteunen professionals bij het signaleren van problemen (Vogels, 2009).

- Deze instrumenten zijn echter vaak gericht op deeldomeinen van de ontwikkeling van het kind. Voor een goede inschatting is het nodig de ontwikkelbehoeften van het kind, zijn ouders, of zijn sociale en culturele omgeving in samenhang te bekijken (NCJ, 2015; NJi, 2017).
- De inschattingen zijn veelal gericht op het signaleren van risico's en problemen en te weinig op de sterke kanten van gezinnen (Seligman, 2000; Bohlmeijer, 2013; Huber, 2016).
- De jeugdige en ouders zelf zijn nog onvoldoende actief betrokken in het analyse, inschattings- en besluitvormingsproces. De stem van het kind zelf ontbreekt vaak (Bartelink, 2010).
- Door veel organisaties is flink geïnvesteerd in een vraaggerichte houding en gespreksvoering. Professionals geven echter aan het moeilijk te blijven vinden om gezinnen actief te betrekken in het beslissingsproces. (Bartelink, 2010; NCJ, 2015, van Heerwaarden, 2015).

Door de transformatie met o.a. het verdwijnen van indicatiestellingen, flexibele dienstverlening bij de JGZ en maatschappelijke veranderingen bij ouders om actiever betrokken te zijn bij beslissingen over hun kinderen, ontstaat behoefte bij professionals aan een methodiek voor gedeelde besluitvorming (Integraal Toezicht Jeugd, 2012; Yperen, 2010; VWS, 2011; Winter, 2013; Dubbeldam-Weststrate, 2012).

Spreiding

Het Sociaal Cultureel Planbureau constateert een discrepantie tussen problemen en jeugdzorggebruik. Zo'n 3% van de gezinnen die geen ernstige problemen rapporteerden, maakte toch gebruik van tweedelijnsjeugdzorg. Van de gezinnen die wel ernstige problemen rapporteerden, maakt meer dan de helft geen gebruik van tweedelijns-jeugdzorgvoorzieningen (Bot, 2013).

Het literatuuronderzoek van het NJi en kritiek op de inschattingsprocessen van zorgverleners in de pers en elders maken duidelijk dat het probleem van beperkte gezamenlijke inschattingen breed verspreid is binnen het Nederlandse jeugdzorgstelsel (Bartelink, 2010; Ouders online, 2011). Dit wordt onderstreept door onderzoek naar de verlangens van jongeren om actief betrokken te zijn bij het beoordelings- en besluitvormingsproces (Heerwaarden, 2012; Klooster, 2012).

Gevolgen

De 'mismatch' tussen de zorgbehoeften van Nederlandse jeugd en de ondersteuning die ze daadwerkelijk krijgen heeft persoonlijke en maatschappelijke kosten tot gevolg. Bij 'onderbehandeling' kunnen problemen escaleren en leiden tot persoonlijk leed, waaronder jeugdtrauma's, ontsporingen en zelfs de dood (Boon, 2010; Alink, 2011). Onderzoekers wijzen op de risico's van schooluitval, werkloosheid, criminaliteit en

uithuisplaatsingen, ongezonde leefgewoonten, psychosociale problemen, slechte onderwijsprestaties en geringe participatie in de samenleving (Seligman, 1995; Masten, 2001; Bogt, 2003; Dorsseleers, 2010; Romijn, 2010; Put, 2013). Overbehandeling leidt tot verspilling van schaarse zorgmiddelen (Taskforce beheersing van zorguitgaven; 2012). Hiernaast ondermijnt het de 'kracht van de burger', waaronder het zelfvertrouwen en motivatie om eigen problemen te overwinnen zonder professionele hulp (Jumelet, 2012).

Oorzaken

Een belangrijk probleem waar professionals mee te maken krijgen is dat problemen vaak complex en dynamisch zijn en kinderen zich snel ontwikkelen. Veel factoren zijn van invloed op de problemen die ze tegen komen: het gezin, de school en de omgeving. Volgens onderzoek van het NJi zijn er drie verklaringen voor de mismatch tussen zorgbehoeften en daadwerkelijke zorg (Bartelink, 2010):

1. *Een onvoldoende wetenschappelijk onderbouwde inschatting:*

Onderzoek van NJi, Bartelink (2010) *Beslissen over effectieve hulp* stelt vast dat professionals in de jeugdhulp, jeugd GGZ en jeugdgezondheid vaak onvoldoende gebruik maken van de meest recente wetenschappelijke en praktijkinzichten in 'wat werkt'. De laatste jaren is er veel geïnvesteerd in richtlijnen voor jeugdhulp en JGZ (richtlijnenjeugdhulp.nl / www.NCJ.nl/richtlijnen). Voor professionals is het een uitdaging deze te gebruiken zoals bedoeld (Jobse, 2015).

Daarnaast is de focus meer gericht op risicotaxatie in plaats van de krachten en het gezamenlijk inschatten van zorgbehoeften (Bontje, 201; Bohlmeijer, 2013; Huber, 2016).

Ook richten screeningsinstrumenten of vragenlijsten zich op deelaspecten van de kindontwikkeling of opvoeding. Voor professionals is het lastig de context gestructureerd mee te nemen in het gesprek. Zij stellen eerder vragen over hun eigen vakgebied. (eigen observaties implementatieonderzoek GIZ, Bontje, 2013). Voor een juiste inschatting en oplossingsrichting is een 'brede blik' noodzakelijk (Horwath, 2010; NCJ, 2015; NJi, 2017, Integraal Toezicht Jeugd, 2012)

2. *Het onvoldoende actief betrekken van de doelgroep bij het hele inschattingsproces.*

Actieve participatie van cliënten in de inschatting draagt bij aan effectieve ondersteuning. Voor signalering van ontwikkelings- en gedragsproblemen spelen ouderlijke zorgen een grote rol (Glascoe, 1999). Vanuit de medische wereld is bekend dat participatie van patiënten in besluitvormingsprocessen de kwaliteit van de zorg en effectiviteit vergroten (Stiggelbout, 2012; RVZ, 2013). Maar ook in de JGZ lijkt een gezamenlijke en gezinsgerichte analyse te zorgen voor meer en eerdere signalering van risico's op sociale en emotionele problemen en van gezinnen met extra zorgbehoeften (Reijneveld, 2017). Een actieve rol van ouders met extra zorgbehoeften in de besluitvorming heeft ook positieve effecten op het opvolgen van adviezen en vervolcontacten en op uitkomsten zoals kindermishandeling (Littell 2001; Fuller 2017).

ZonMw ziet gedeelde besluitvorming in Nederland als onderdeel van noodzakelijke verbetering van de kwaliteit van de zorg (Haaft, 2016). Ook bij cliënten is een toenemende behoefte om zeggenschap te hebben over het eigen leven en mee te willen beslissen over ondersteuning (zelfmanagement) (Jumelet, 2013). Zij missen vaak transparantie over doel en beoordelingskaders en ervaren onvoldoende vertrouwen in het nut van hulpverlening (Bot, 2013).

Nieuwe professionele kaders vragen professionals minder als expert, maar meer als coach gezinnen te begeleiden en regie van cliënten te versterken (NCJ, 2015; NJi, 2017).

Echter de vertaling van een gezamenlijke en gezinsgerichte inschatting en de bij behorende ondersteuning naar de praktijk gaat niet vanzelf. Zo vinden bijvoorbeeld professionals die een taak hebben bij kinderen met langdurige zorgbehoeften de implementatie ervan in de praktijk moeilijk en ook zijn er vragen over hun veranderde rol (Smith 2015).

3. *Een onvoldoende transparante, gestructureerd en doelgerichte werkwijze*

Het NJi onderzoek beschrijft valkuilen zoals het gevaar dat professionals intuïtief indiceren, gekenmerkt door oordelen op grond van beperkte informatie en geringe onderbouwing van besluiten Munro (2008). De Kwaadsteniet (2009) toont aan dat verschillen in de besluitvorming te maken

hebben met verschillende theoretische kaders van hulpverleners. Zelfs ervaren hulpverleners blijken als zij een instrument gebruiken tot betere oordelen over problemen te komen (Spengler, 2009). Mogelijkheden om de kwaliteit van de besluitvorming te verbeteren ligt volgens het NJI onderzoek (Bartelink, 2010) dan ook in professioneel indiceren. Dit betekent dat de indicatie methodisch tot stand komt onderbouwd, toetsbaar en transparant is, op basis van voor de sector geldende richtlijnen en een gedegen theoretisch kader, met geschikte instrumenten. Methodisch werken zorgt ervoor dat er gestructureerd, planmatig en doelgericht informatie verzameld, geanalyseerd wordt zodat onderbouwde beslissingen gemaakt kunnen worden over welke ondersteuning nodig is (Pameijer, 2011). Professionals geven echter aan behoefte te hebben aan ondersteuning bij professioneel handelen. Praktische tools kunnen structuur en houvast bieden voor een effectieve gezamenlijke inschatting (Bartelink 2010).

Aan te pakken factoren

Om de gezamenlijke inschatting van zorgbehoeften te bevorderen, richt de GIZ zich op:

- De kennis en vaardigheden van de professional om zowel risicofactoren als beschermende factoren op verschillende ontwikkelingsdomeinen te verkennen die van invloed zijn op de ontwikkeling en het welzijn van kinderen en gezinnen.
- De kennis, attitudes en vaardigheden van professional om samen met ouders en jeugdigen de zorgbehoeften en sterke punten in te schatten en te beslissen over passende ondersteuning. Algemeen werkzame factoren zoals de cliënt-zorgverlener relatie de gespreksvaardigheden en het structureren van de hulp en doelgericht werken dragen bij aan de effectiviteit en versterken de werkzaamheid van de specifieke methodiek (Yperen, van, 2010).

Door deze kennis en vaardigheden van professionals beoogt de GIZ de kennis van ouders en jeugdigen over wat belangrijk is in de ontwikkeling van kinderen om veilig, liefdevol en gezond op te groeien te vergroten. Daarnaast wil het hiermee de attitudes en vaardigheden van ouders en jeugdigen vergroten om actief deel te nemen aan de inschattingen.

Deze factoren staan centraal in verschillende gedragsveranderingsmodellen (o.a. self-efficacy theorie van Bandura (1977) en de Theorie van gepland gedrag van Ajzen, (1991)) en zijn belangrijk voor het vertrouwen van een persoon om invloed uit te kunnen oefenen op zijn omgeving en bij het aanleren en vasthouden van nieuw gedrag.

Verantwoording

GIZ-methodiek heeft een aantal centrale uitgangspunten:

- Bespreken van zowel kind, opvoedings- als omgevingsbehoeften door gebruik CAF en GOM (kernelementen 1 en 2).
- Gezamenlijk inschatten van zowel sterke kanten als zorgbehoeften door gebruik GOM (kernelement 2)
- Versterken van de empathische, motiverende en oplossingsgerichte attitude en gespreksvaardigheden door gebruik van motiverende gespreksvaardigheden (kernelementen 3 en 4).
- Transparant en methodisch handelen (handelingsgericht) door gebruik van gestructureerde processtappen (kernelement 5).

Hieronder wordt deze elementen verder toegelicht.

Bespreken van zowel kind, ouder als omgevingsbehoeften aan de hand van de CAF en GOM.

Om breed te kijken naar de ontwikkeling leert de professional de CAF driehoek en de Gezonde Ontwikkelings Matrix te gebruiken tijdens het inschattingsgesprek. De CAF driehoek is een doorontwikkeling van het theoretische raamwerk van het Britse Common Assessment Framework (Department of Health, 2000; Horwath, 2010; Bontje, 2012; Léveillé, 2010) ontwikkeld als 'needs assessment' en om de samenwerking tussen verschillende zorgprofessionals te bevorderen. Het ecologisch model van

Bronfenbrenner ligt hieraan ten grondslag. Om een kind te begrijpen is het van belang de ontwikkeling van een kind te beschouwen in de context van zijn opvoeding en omgeving. Er is een wisselwerking tussen de kindontwikkeling en de opvoedingscapaciteiten van de ouders of verzorgers, maar ook de gezins- en omgevingsfactoren spelen een rol. Zij kunnen bronnen van stress of steun zijn en de capaciteiten van de ouders om in de ontwikkelbehoeften van kinderen te voorzien positief of negatief beïnvloeden. Het ecologisch model benadrukt het belang van de invloed van gezinnen en de sociale en culturele omgeving op de ontwikkeling van kinderen en hun onderlinge wisselwerking (Bronfenbrenner, 1994).

De GOM is een doorontwikkeling van het onderbouwde Ernsttaxatie model, CJG Rijnmond (Kousemaker en Timmers-Huigens, 1985; Bronfenbrenner, 1994; Slot en Spanjaard, 1996; CJG Rijnmond, 2012; Sutton, 2013).

Tijdens het gesprek met de ouders en jeugdigen deelt de professional met behulp van de CAF en de GOM zijn kennis over belangrijke factoren die het opgroeien van een kind beïnvloeden ten aanzien van zijn ontwikkeling, zijn opvoeding en omgeving, zijn opvoeding en zijn omgeving.

Bartelink (2010) noemt drie redenen om instrumenten te gebruiken; het zorgt voor objectivering van de oordeelsvorming, systematisch informatie verzamelen blijkt tot betere voorspellingen te leiden dan wanneer een hulpverlener een ongestructureerd oordeel vormt en tot slot bestaat er minder kans op vertekening, doordat de hulpverlener die factoren meeweegt in zijn oordeelsvorming waarvan uit literatuur is gebleken dat deze van belang zijn.

Onderzoek van Westermann, (2010) toont tal van onderzoeken die de voordelen van visuele hulpmiddelen beschrijven boven schriftelijke of mondelinge informatie. Door visuele informatie versterkt begrip, herinneringen, het onthouden, creatief denken, verbanden leggen, actieve deelname en het nemen van beslissingen. Deze hulpmiddelen ondersteunen de professional inhoudelijk, bij het actief betrekken van de cliënt in het inschattingsgesprek en in het gestructureerd en doelgericht werken.

Gezamenlijk inschatten van zowel sterke kanten als zorgbehoeften in de ontwikkeling

De GIZ-methodiek heeft als doel ouders en jeugdigen te betrekken en daarbij expliciet te kijken naar de krachten van gezinnen, maar ook onvervulde ontwikkel- en zorgbehoeften in kaart te brengen. De professionals leren om met de CAF en GOM beiden met ouders/jeugdigen te bespreken. Met de GOM leert de professional om ouders en jeugdigen zelf te laten beschrijven wat er goed gaat in de ontwikkeling, wat spanning en wat stress oplevert. Hiermee kan de professional ouders en jeugdigen hun sterke kanten bekrachtigen. Vanuit Positieve Psychologie groeit inzicht over kracht van positieve emoties op persoonlijke groei en ontwikkeling (Seligman, 2000; Fredrickson, 2003). Uit een meta-analyse blijkt dat interventies die werken vanuit empowerment en zich richten op versterking van krachten en het sociale netwerk van het gezin effectiever zijn dan interventies die deze aspecten niet bevatten. Interventies die cliënten bij het programma betrekken, blijken meer effect te hebben dan interventies die dit niet deden (MacLeod, 2000).

Empathische, motiverende en oplossingsgerichte attitude en gespreksvaardigheden

Voor de GIZ-methodiek gebruiken en leren de professionals oplossingsgerichte en motiverende gespreksvoering om gezinnen actief te betrekken bij het inschatten van hun risico- en beschermende factoren. Hiermee wil de GIZ-methodiek autonomie, competenties en verbondenheid van gezinnen versterken. Volgens de Self-Determination Theory functioneren mensen optimaal en zijn intrinsiek gemotiveerd bij voldoende gevoelens van autonomie, competentie en verbondenheid. Motiverende gespreksvoering (Miller, Rollnick, 2002) is een effectieve methode om gedrag van mensen te veranderen, omdat het beantwoordt aan deze basisbehoeften, waardoor mensen in staat zijn om in beweging te komen en verandering in hun leven teweeg te kunnen brengen (Bartelink, 2013). De GIZ-methodiek gebruikt oplossingsgerichte en motiverende gespreksvoering om gezinnen actief te betrekken bij het inschatten van hun risico- en beschermende factoren.

Transparant en methodisch handelen (handelingsgericht).

De GIZ-methodiek, met de bijbehorende leeftijds- en doelgroep specifieke GIZ schema's ondersteunt de professionals transparant en methodisch te werken. Zo kent iedere uitvoeringsvariant de fasen van introductie, analyse en gezamenlijke inschatting, wordt het kind in relatie tot zijn ontwikkeling, opvoeding en omgeving beschouwd en is er ook voor krachten en zorgbehoeften. Het handboek, de verplichte training en intervisie ondersteunen de professional in het leerproces. Methodisch werken betekent dat zorgverleners

gestructureerd, planmatig en doelgericht de benodigde informatie verzamelen en analyseren, zodat zij kunnen beslissen welke hulp nodig is. Gestructureerde processtappen dragen bij aan betere besluitvorming (Bartelink, 2010). De diagnostische cyclus van de Bruijn (2003) en het praktijkmodel Handelingsgerichte diagnostiek dat ruim 15 jaar wordt gebruikt in onderwijs en jeugdhulp (Pameijer, 2011) onderbouwen de systematische stappen van de GIZ-methodiek.

Om vertrouwen en een goede samenwerkingsrelatie te bevorderen is de professional transparant over de inhoud, het proces en de besluitvorming. De GIZ schema's zijn hierbij een ondersteunend hulpmiddel. Uit praktijk onderzoek (Bontje, 2013) blijkt dat deze transparantie door cliënten en professionals wordt gewaardeerd.

Om een effectieve gezamenlijke inschatting uit te voeren worden professionals opgeleid. In een cyclus van informatieoverdracht, demonstratie, instructie, oefenen tijdens training en in praktijk, zelfreflectie met behulp van eigen video-opnames en observatielijst en feedback van coaches maken zij zich de GIZ specifieke competenties eigen.

In onderstaande tabel wordt verantwoord met welke onderbouwde methoden (Kok, 2016) de GIZ aanpak de doelen bereikt.

Aan te pakken determinanten	Subdoelen	Methode	Praktische aanpak
Hoofdoel: gezamenlijke inschatting met jeugdige en/of ouder/verzorger van krachten, ontwikkel- en zorgbehoeften, zodat gezinnen passende, tijdige en effectieve ondersteuning ontvangen en versterkt worden in hun autonomie, competentie en verbondenheid.			
Subdoelen ouders/ jeugdigen			
<i>Kennis</i>	1.1. Ouder/ jeugdige weet wat belangrijk is voor een gezonde en veilige ontwikkeling van het kind.	Informatieoverdracht Demonstratie, (Social Cognitive Theory; theories of learning; Kazdin 2008; Kelder et al., 2015)	De professional informeert de cliënt over het doel en de structuur van het GIZ-gesprek en demonstreert hoe de GIZ schema's werken. Aan de hand van de leeftijdsspecifieke CAF en GOM bespreekt en informeert de professional de krachten en zorgbehoeften van het kind/ gezin. (kernelementen 1 en 2) Met hulp van de CAF en de GOM brengen professional en ouder/ jeugdige belangrijke kind, gezins- en contextuele factoren die de ontwikkeling van het kind beïnvloeden in kaart, naar aard, ernst en urgentie. De professional bevordert bij ouders/jeugdigen inzicht in de samenhang van hun problemen en oplossingen. Door uitleg over ontwikkelbehoeften en opvoedcapaciteiten worden competenties uitgebreid.
<i>Vaardigheden</i>	1.2. De ouder/ jeugdige kan actief deelnemen aan het GIZ gesprek	Oplossingsgerichte en motiverende gespreksvaardigheden; Miller, Rollnick, 2002,	De professional gebruikt op GIZ toegespitste oplossingsgerichte en motiverende en gespreksvaardigheden om gezinnen actief te betrekken bij het inschatten van hun krachten en zorgbehoeften. (kernelement 4) De professional nodigt de cliënt uit krachten en zorgbehoeften te identificeren, te analyseren, te prioriteren en eigen doelen te stellen. Door ouders/jeugdigen letterlijk een pen of fiche in de hand te geven om zelf hun situatie te waarderen en mee te beslissen over gewenste ondersteuning, ervaren zij autonomie.
<i>Attitude</i>	1.3. De ouder/ jeugdige voelt zich gehoord, begrepen, serieus genomen en tevreden over de eigen inbreng	Oplossingsgerichte en motiverende gespreksvaardigheden;	De professional heeft een empathische, niet-veroordelende houding om cliënten op hun gemak te stellen en actief deel te laten nemen aan de taxatie. (kernelement 3 en 4). De professional nodigt de cliënt uit krachten te identificeren, geeft complimenten. De vraag "Wat zijn mijn krachten en behoeften?" en de positieve beschrijvingen op de GOM, helpen het bewustzijn van krachten bij cliënt en netwerk te activeren bij de oplossingen voor ervaren problemen. Door oog te hebben voor krachten (o.a. goede ouderschapservaringen) ervaren ouders hun competenties (van der pas, 2006).

Subdoelen professionals			
			In een cyclus van demonstratie, instructie, literatuur, oefenen tijdens training en in praktijk, zelfreflectie met behulp van eigen video-opnames en observatielijst en feedback van coaches leert, oefent en ervaart de professional:
<i>Kennis en vaardigheden</i>	2.1. De professional bespreekt bij het inschattingsgesprek kind, opvoedings- en omgevingsbehoeften .	Informatieoverdracht demonstratie, oefenen, positieve feedback	<ul style="list-style-type: none"> - de ontwikkel- en opvoedtaken en kind-, ouder-, en omgevingsfactoren die de ontwikkeling van een kind beïnvloeden. - de GIZ-schema's (CAF en GOM) en gespreksvaardigheden in te zetten die belangrijk zijn om samen met de cliënt krachten en zorgbehoeften te identificeren. (kernelementen 1 en 2)
<i>Kennis en vaardigheden</i>	2.2. De professional inventariseert, analyseert gezamenlijk de krachten en zorgbehoeften van jeugdigen en ouders	Informatieoverdracht demonstratie, oefenen, positieve feedback	<ul style="list-style-type: none"> - over de kracht van positieve emoties op persoonlijke groei en ontwikkeling - de GOM te gebruiken om ouders en jeugdigen zelf te laten beschrijven wat er goed gaat in de ontwikkeling, wat spanning en wat stress oplevert. (kernelement 2)
<i>Attitude en vaardigheden</i>	2.3. De professional betreft actief jeugdigen/ ouders bij de inschatting en besluitvorming en bevordert partnerschap	Discussie, oefenen, positieve feedback	<ul style="list-style-type: none"> - hoe een open en niet-beoordelende attitude en oplossingsgerichte en motiverende gespreksvaardigheden gevoelens van autonomie, competentie en verbondenheid versterken - zich te verplaatsen in het perspectief van ouders en jeugdigen - regie te geven aan de cliënt bij de gezamenlijke inschatting. (kernelementen 3 en 4)
<i>Vaardigheden</i>	2.4. De professional werkt transparant, en methodisch bij het gezamenlijk inschatten van de krachten en zorgbehoeften.	Informatieoverdracht, demonstratie, oefenen, positieve feedback	<ul style="list-style-type: none"> - gestructureerd en doelgericht te werken; doel en werkwijze uit te leggen, samen krachten en behoeften te analyseren, samen een inschatting van aard, ernst en urgentie van de zorgbehoeften te maken en samen over doelen, acties en passende hulp te beslissen. - de CAF en GOM te gebruiken om transparant te zijn over inhoud, proces en besluiten. "Wat eerst in mijn hoofd zat, ligt nu op tafel". (kernelement 5).

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

Samenvatting onderzoek naar de GIZ-methodiek in de JGZ Hollands Midden.

- A. Bontje, M., Crone, M., van Dijk, A. (2013). (interne, niet gepubliceerde publicatie).
- B. Procesevaluatie. De pilot werd uitgevoerd in het voorjaar 2013, in zes gemeenten in de regio Hollands Midden, d.m.v. :
- Vragenlijsten onder ouders van 0-6 jarigen en jongeren van 13/14 jaar die tijdens preventieve gezondheidsonderzoeken JGZ kennis maakten met de GIZ-methodiek
 - Vragenlijsten van JGZ professionals
 - Evaluatiebijeenkomsten met JGZ professionals

Het onderzoek richt zich op de in- en de uitvoering van de GIZ-methodiek in de JGZ. Een deel van de onderzoeksvragen gaat over hoe het uitgevoerd wordt en een deel over in hoeverre het GIZ gesprek tot tevredenheid (verloop, inhoud, resultaat gesprek), participatie van de ouder en de jongere en consensus leidt. Tevens is de perceptie van ouders en jongeren ten aanzien van de gebruikte schema's onderzocht. (begrijpelijk, zinvol).

- C. Totaal hebben (n= 236) ouders, (n=264) jongeren en (n=634) professionals de vragenlijsten ingevuld.

D. *Uitvoering*

Bij ouders worden in 85% de CAF en in 91% de GOM gebruikt. Bij de jongeren wordt voornamelijk de CAF gebruikt en enkele malen de GOM. De pilot heeft aangetoond dat de methodiek binnen de tijd van een PGO uitvoerbaar is. Gemiddeld duurt de GIZ-methodiek 10 minuten. De duur varieert, per professional, mate van ervaring met de GIZ en de hoeveelheid vragen, zorgen die bij de inventarisatie en analyse naar voren komen. Bij veel zorgen wordt een extra zorgcontact afgesproken. De GIZ-methodiek blijkt goed te integreren in het huidige preventieve gezondheidsonderzoek.

Tevredenheid, participatie en consensus.

De ouders en jongeren waarderen de nieuwe methodiek en zijn tevreden tot zeer tevreden over het verloop, de inhoud en het resultaat van het gesprek. Ze vinden dat hun eigen inbreng groot tot zeer groot was en zijn daar zeer tevreden over. Er is sprake van een significante relatie ($p < 0.0$) tussen de eigen gewaardeerde grootte van de inbreng van ouder of jongeren en de mate waarin ze tevreden zijn over deze inbreng. Ook geven de ouders en jongeren een hoog cijfer (respectievelijk 8,7 en 9) voor de professional die deze uitvoert (competent, vriendelijk, duidelijk, meelevend, betrouwbaar, rekening houdend met de cliënt). De gebruikte hulpmiddelen (CAF/GOM) vinden ze begrijpelijk en zinvol.

De professionals geven aan dat de GIZ-methodiek anders is dan ze gewend zijn te werken:

- Het gezamenlijke doel van JGZ voor ouders en jongeren wordt duidelijker aangegeven.
- De ontwikkeling van een jeugdige wordt in relatie tot de opvoeding en omgeving gezien.
- Meer oog voor de positieve ontwikkeling en krachten van de het kind, ouders en omgeving, waardoor gelegenheid voor complimenten en bekrachtiging.
- Ouders en jongeren zijn actief betrokken bij de gezamenlijke inschatting.
- Samenwerking met andere professionals: iedereen denkt en communiceert vanuit hetzelfde kader dat de ontwikkelbehoeften van jeugdigen centraal stelt.

Aanbevelingen

- De GIZ schema's zijn behulpzaam, maar het contact met de arts/verpleegkundige blijft een zeer belangrijke voorwaarde voor een waardevol contact. Scholing en intervisie zijn belangrijk voor een succesvolle implementatie.
- Het is gewenst een voorkeursmethodiek te ontwikkelen met ruimte voor de professional aan te sluiten bij de cliënt.
- In de methodiekbeschrijving zal het gebruik binnen regulier PGO, een extra zorg contact en een multidisciplinair overleg worden beschreven.
- Voor doelgroepen met een verstandelijke beperking is een vereenvoudigde versie gewenst.

Conclusie

Op basis van informatie uit het onderzoek, intervisie en evaluaties met de JGZ professionals zijn er eerste aanwijzingen dat de GIZ-methodiek helpt bij:

- het vergroten van de actieve betrokkenheid van ouders en jongeren in het GIZ gesprek
- versterking van zelfinzicht en zelfsturing bij cliënten
- verbetering van de gezamenlijke analyse en inschatting van zorgbehoeften
- klanttevredenheid
- het leveren van zorg op maat binnen een flexibele JGZ.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Onderzoek in Nederland

Lopend effect onderzoek naar de GIZ-methodiek

1. ZonMw onderzoek, Gezamenlijk Inschatten van Zorgbehoeften; effecten op motivatie, gedrag en zorgbehoeften. (april 2016 – december 2018)
2. ZonMw onderzoek Kraamzorg op maat met de GIZ-methodiek (1 november 2016 – 1 augustus 2019)
3. ZonMw onderzoek Digitale GIZ-methodiek (1 maart 2017 – 1 maart 2019)
4. Implementatie onderzoek Gemeenten Haaglanden, uitvoering TNO (1 december 2016 – 30 juni 2017)

In het eerst genoemde onderzoek wordt de effectiviteit van de GIZ-methodiek onderzocht door JGZ-organisaties die met de GIZ-methodiek werken en die er nog niet mee werken. JGZ Zuid-Holland West & GGD Hollands Midden zijn de interventieregio, en de GGD Hart voor Brabant is controle regio. We gaan vergelijken in welke mate ouders en professionals de zorgbehoeften inschatten. Ook zijn we benieuwd naar de ervaringen van ouders met de gezamenlijke besluitvorming. En wat hun motivatie is om aan de slag te gaan met vervolgacties. Ook willen we weten of hun behoefte aan zorg verandert na vier maanden.

Het tweede onderzoek zal de GIZ-methodiek, die al bij de JGZ en sociaal domein wordt toegepast om de zorgbehoeften samen met gezinnen te bepalen, worden aangepast voor de kraamzorg. Dit zal worden getest in de praktijk en onderzocht op o.a. effecten van signalen ongunstige opgroeiomstandigheden, tevredenheid intake met GIZ, geleverde uren kraamzorg. Deelnemers: TNO (projectleiding), LUMC, 4 Kraamzorgorganisaties en de GGD Hollands Midden.

In het derde onderzoek wordt, in nauwe samenspraak met gebruikers, een Digitale GIZ ontwikkeld en getest bij GGD HM, JGZ ZHW en Kwadraad. Deze Digitale GIZ kent alle voordelen van de GIZ plus de voordelen die digitalisering biedt en is te gebruiken via laptop of tablet tijdens contactmomenten tussen professionals en cliënten en het zorgtraject daarna. Om de doelstelling te realiseren verricht de projectgroep een proefimplementatie van de Digitale GIZ en onderzoekt effecten DIGIZ op tevredenheid, gebruik, kwaliteit en efficiency van het zorgproces. Samenwerking: TNO (coördinatie), GGD Hollands Midden, JGZ Zuid-Holland West, Kwadraad, LUMC, Eagle Science Software B.V. en het NCJ.

Het laatste onderzoek is gericht op de implementatie van de GIZ-methodiek in de regio Haaglanden bij de jeugdteams en de jeugdgezondheidszorg en het draagvlak van het invoeren van een gezamenlijke taal en de rol van de GIZ-methodiek hierbij (Pannebakker, 2017).

Onderzoek in het buitenland

Toward a general model for child welfare and protection services: meta-evaluation of international experiences regarding the adoption of the Framework for the Assessment of Children in Need and their Families (FACNF). Léveillé, S., Chamberland, C. (2010).

Door Léveillé e.a. is een meta evaluatie gedaan op basis van 50 documenten naar internationale ervaringen met betrekking tot de adoptie van het Framework for the Children in Need and their Families (FACNF). Dit is het theoretische model met drie dimensies van kind welzijn, waarop de CAF driehoek is gebaseerd (Horwath,2010). Dit analytische en interventie Framework is sinds de ontwikkeling in Engeland en Wales geadopteerd in vijftien landen.

Resultaten: professionals die het model gebruiken maken uiteindelijk betere inschattingen van complexe situaties die zijn ondervonden, hebben een meer holistische en kindgerichte kijk en plannen consequent betere interventies. Het model bevordert interprofessionele en inter-organisatie samenwerking. Het bevordert participatie van kinderen en ouders, hoewel minder dan verwacht. *(het FACNF model is ontwikkeld voor professionals en niet zoals de Nederlandse CAF als visuele tool in de taal van de cliënt, met als doel de participatie van de cliënt in de gezamenlijke inschatting te bevorderen.)*

Ouders waren ontevreden als de documenten meer als vragenlijsten werden gebruikt dan een tool voor klinisch redeneren. Veel ouders waardeerden de transparantie in het proces, de openheid en het vertrouwen dat zij ontwikkelde met de professionals. Anderen merkten op dat hun invloed beperkt was en zij hun visie niet terug zagen in de plannen. Anderzijds voelden ouders zich betrokken bij het besluitvormingsproces en verklaarden aanzienlijke invloed te hebben.

5. Samenvatting werkzame elementen

Werkzame elementen uit de literatuur die een onderdeel vormen van de GIZ-methodiek (Yperen, 2010; Nji, 2013).

Inhoudelijke elementen:

Subdoel 1 wetenschappelijk onderbouwd

- Activeren van sociale netwerken rond ouders en kinderen. (1.3. Aanpak: Specifiek CAF en GOM domeinen en methodische stappen).

Subdoel 3,5 participatie /autonomie, competentie, verbondenheid

- Kwaliteiten van de uitvoerder, zoals empathisch vermogen en een respectvolle houding, het opbouwen en onderhouden van een vertrouwensrelatie met de jeugdige en de ouder (1.3. aanpak: kernelementen: basisattitude, en gespreksvaardigheden, 5. Onderzoek naar praktijk ervaring).
- Aansluiten bij de door jeugdige en ouders zelf ervaren zorgbehoefte, mogelijkheden en motivatie bevordert participatie in de gezamenlijke inschatting. (3. Onderbouwing, 4.1. Onderzoek naar praktijk ervaring).

Subdoel 4 transparant, doelgericht en methodisch

- Transparant over het doel, gestructureerd, gericht op concrete doelen (1.3. Aanpak, 3. Onderbouwing).
- Routinematig monitoren; meten van de problemen bij het begin, tijdens en aan het eind van de behandeling; met de cliënt bijhouden of deze tevreden is, of voldoende aan doelen is gewerkt, of afname van problematiek is bereikt. (1.3. Aanpak; beschrijving kernelement GOM)
- De duur van de interventie afgestemd op de aard, zwaarte en complexiteit van de problematiek (1.1. Doelgroep).
- Een goede fit van aanpak probleem en hulpvraag. (1.2. Doel).

Werkzame praktische elementen

Randvoorwaarden

- Aandacht voor implementatie en kwaliteitsborging (2. Uitvoering).
- Er is aandacht voor opleiding, begeleiding van uitvoerders (2. Uitvoering)

6. Aangehaalde literatuur

- Alink, L., van IJzendoorn, R., Bakermans-Kranenburg, M., Pannebakker, F., Vogels, T., & Euser, S. (2011). *De Tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (NPM-2010)*. Leiden: Universiteit Leiden / TNO.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review* Vol. 84, No. 2, 191-215
- Bannink, F., (2013). *Oplossingsgerichte vragen; Handboek oplossingsgerichte gespreksvoering*. Amsterdam: Pearson.
- Bartelink, C. (2013). *Wat werk: Motiverende gespreksvoering?*. Utrecht: NJI.
- Bartelink, C., ten Berge, I., & van Yperen, T. (2010). *Beslissen over effectieve hulp. Wat werkt in indicatiestelling?* Utrecht: NJI.
- Bartelink, C., Vink, C. (2010). *Het Engelse Common Assessment Framework instrument: een model voor het Centrum voor Jeugd en Gezin*. Utrecht: NJI.
- Berg, I. K. (1994). *Family based services: a solution-focussed approach*. New York: WW. Norton.
- Bogt, T. ter, van Dorsellaer, S., Volleberg, W. (2003). *Psychische gezondheid risicogedrag en welbevinden Nederlandse scholieren*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Bohlmeijer, E., Bolier, L., Westerhof, G., Walburg J. (2013). *Handboek positieve psychologie; theorie, onderzoek, toepassingen*. Amsterdam: Boom.
- Bontje, M. (2012). *Factsheet: Common Assessment Framework. Bewezen Engelse methodiek bruikbaar voor Nederland?* Leiden: GGD Hollands Midden.
- Bontje, M. (2013). Van risicotaxatie naar gezamenlijk inschatten van zorgbehoeften (GIZ). *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 91, 374-376.
- Bontje, M. (2014). *Monitor GIZ-methodiek*. Leiden: GGD Hollands Midden.
- Boon, A., de Haan, A., & de Boer, S. (2010). 'Marokkaanse daderpopulaties' en de jeugd GGZ. Onbehandelde gedragsstoornissen en maatschappelijke problemen. *Maandblad GGZ*. 65, 10; 758-769.
- Boon, A., de Haan, A., & de Boer, S. (2010). Verschillen in etnische achtergrond van forensische en reguliere jeugd-GGZ-cliënten. *Kind en Adolescent*, 31, 16-28.
- Bot, S., de Roos, S., Sadiraj, K., Keuzenkamp, S., van den Broek, A., & Kleijnen, E. (2013). *Terecht in de jeugdzorg, voorspellende van kind- en opvoedproblematiek en jeugdzorggebruik*. Den Haag: SCP.
- Bronfenbrenner U, Ceci SJ (october 1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: a bio-ecological model. *Psychological Review*, 101 (4): 568-586.
- Bruyn, E. E. J. de, Ruijsenaars, A. J. J. M., Pameijer, N. K., & Aarle, E. J. M. van. (2003). *De diagnostische cyclus: Een praktijkleer*. Leuven/Leusden: Acco.
- Centrum voor Jeugd en Gezin Rijnmond. (2012). *Nieuwe werkwijze voor CJG Rijnmond*. 15 mei 2017. <http://www.cephir.nl/files/pdf/seminar%2020%20november%202013/Factsheet%20Nieuwe%20werk%20wijze%20voor%20CJG%20Rijnmond%20definitief%2020130109.pdf>.
- Collins, W.A., Maccoby, E.E., Steinberg, L., Hetherington, E.M., Bornstein, M.H. (2000). Contemporary Research on Parenting. The Case for Nature and Nurture. *American Psychologist*. Vol 55, No. 2. 218-232.
- Deci, E. (1971). Effects of externally mediated rewards on intrinsic motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 18, 105-115.
- Deci, E. L., Koestner, R. & Ryan, R. M. (1999). A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on extrinsic motivation. *Psychological Bulletin*, 125, 627-668.
- Deci, E., Ryan, R. (2000). The 'what' and the 'why' of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- Deci, E., Ryan, R. (2008). Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains. *Canadian Psychology*, 49, 14-23.
- Department of Health. (2000). *Framework for the assessment of children in need and their families*. London: The Stationary Office.

- Dorsselaer, S. van, de Looze M., Vermeulen-Smit, E., de Roos, S., Verdurmen, J., ter Bogt, T., & Vollebergh, W. (2010). *Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Dubbeldam-Weststrate, E., Beckers, M. (2012). *Handreiking scenario's voor flexibilisering in de JGZ*. Utrecht: NCJ.
- Durlak, J.A., DuPre. E.P. (2008). Implementation Matters: A review of research on the influence of implementation on Program Outcomes and factors Affecting Implementation. *American Journal of Community Psychologie*. 41: 327-350.
- Fleuren, M., Paulussen, T., Dommelen, P. van, & Buuren, S. van (2012). *Meet Instrument voor Determinanten van Innovaties (MIDI)*. Leiden: TNO.
- Fredrickson, B.L. (2003). The Value of Positive Emotions. *American Scientist*, Volume 91.330-335.
- Fuller T, Zhang S. (2017). The Impact of Family Engagement and Child Welfare Services on Maltreatment Re-reports and Substantiated Re-reports. *Child Maltreat*. Aug;22(3):183-193.
- Glascoe, F. (1999). Using Parents' Concerns to Detect and Address Developmental and Behavioral Problems. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 4:24-35.
- H. Jumelet, J. Weninck (red.) (2012). *Zorg voor onszelf? Eigen kracht van jeugdigen, opvoeders en omgeving. Grenzen en mogelijkheden voor beleid en praktijk*. Amsterdam: SWP.
- Haaft, G. ter, Veenendaal, H. van, (2016). *Versnellen van gedeelde besluitvorming in Nederland. Opmaat naar een onderzoeks-/innovatieprogramma Samen beslissen*. Den Haag: ZonMw. Health and Longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3 (1), 1–43.
- Heerwaarden, Y. van, Winnubst, P. (2012). *Handreiking Het vertrouwen krijgen van jongeren*. Utrecht: NCJ.
- Heerwaarden, Y. van, Pijpers, F. (2015). *De kracht van zelfregie; samen komen tot passende hulp en ondersteuning*. Utrecht: NCJ.
- Hielkema M, De Winter AF, Feddema E, Stewart RE, Reijneveld SA. (2014). Impact of a family-centered approach on attunement of care and parents' disclosure of concerns: a quasi-experimental study. *J Dev Behav Pediatr*. May;35(4):292-300.
- Horwath, J. (2010). *Child's world. The Comprehensive Guide to Assessing Children in Need*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- www.samenvoordejeugd.nl/projecten1/lopende-projecten/samen-oplekken.(2017).
- Huber, M., Vliet, M. van, Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P.C., Knottnerus, J.A. (2016). Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: A mixed methods study. *BMJ Open* 2016 Jan 12;6(1):e010091.
- Integraal Toezicht Jeugd. (2012). *Verantwoorde zorg aan gezinnen met geringe sociale redzaamheid in Leiden, Nota van Bevindingen Integraal Toezicht Jeugd*, Utrecht: ITJ
- Jobse, M., Dunnink, T. (2015). *Eindevaluatie project Landelijke implementatie richtlijnen 2012-2015*. Utrecht: NCJ.
- Klooster, E., Hendrix, L., & Kulkens, M. (2012). *Gezond? Dat is als je je goed voelt. Een verkenning van de behoefte aan preventieve zorg onder jongeren van 13 tot 19 jaar*. Utrecht: NCJ.
- Kok. G., Gottlieb, N., Peters, G., Dolan Mullen. P., Parcel, G., Ruiters, R., Fernández, M., Markham C., & Bartholomew, L. (2016). A taxonomy of behaviour change methods: an Intervention Mapping approach, *Health Psychology Review*, 10:3, 297-312, DOI: 10.1080/17437199.2015.1077155
- Kwaadsteniet, L. de (2009). *Clinicians als mechanics? : Causal reasoning in clinical judgment and decision making*. Nijmegen: Ipskamp Drukkers.
- Lambregts, J., Grotendorst, A., & Merwijk, C. van. (2012). *Leren van de toekomst: verpleegkundigen & verzorgenden 2020*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Léveillé, S., Chamberland, C. (2010). Toward a general model for child welfare and protection services: meta-evaluation of international experiences regarding the adoption of the Framework for the Assessment of Children in Need and their Families (FACNF). *Child and Youth Services Review*. 32 (201), 929-944, Elsevier Ltd.
- Littell, J. H. (2001). Client participation and outcomes of intensive family preservation services. *Social Work Research*, 25, 103–113.

- MacLeod, J., Geoffrey Nelson, G. (2000). Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*. Vol.24, 9, 1127-1149.
- Masten, A. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people to change*. New York/London: The Guilford Press.
- Munro, E.,(1999) Common errors in reasoning in child protection work. *Child Abuse & Neglect*. 23(8), 745 - 758.
- NCJ. (2015) *Landelijk professioneel kader. Uitvoering basispakket Jeugdgezondheidszorg (JGZ)*. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid.
- NCJ.(2016) JGZ richtlijn: Kindermishandeling (2016). <https://www.ncj.nl/richtlijnen/alle-richtlijnen/richtlijn/?richtlijn=12&rlpag=1604>
- NCJ.(2016) JGZ richtlijn Psychosociale problemen
- NJI. (2017). *Richtlijn jeugdhulp en jeugdbescherming, samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp*. <http://richtlijnenjeugdhulp.nl/samen-beslissen-over-passende-hulp/>
- Ouders Online. (2011). Code Oranje (wees alert). *Het kwetsbare vertrouwen van ouders in de jeugdgezondheidszorg*. Ouders Online, febr. 2011.
- Pameijer, N., Draaisma, N. (2011). *Handelingsgerichte diagnostiek in de Jeugdzorg, een kader voor besluitvorming*. Leuven/Den Haag: Acco.
- Pannebakker N.M., van Harten L.V. & Pannebakker, F.D. (2017). *De GIZ-methodiek en een gezamenlijke taal in de regio Haaglanden*. Leiden; TNO.
- Pas, A. van der (2006). *Ouderbegeleiding als methodiek*. Amsterdam: SWP.
- Poston, J. M., & Hanson, W. E. (2010). Meta-analysis of psychological assessment as a therapeutic intervention. *Psychological Assessment*, 22(2), 203-212.
- Put, C. van der, Assink, M., Bindels, A., Stam, G., & Vries, S. de. (2013). *Effectief vroegtijdig ingrijpen, een verkennend onderzoek naar effectief vroegtijdig ingrijpen ter voorkoming van ernstig delinquent gedrag*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2013). *De participerende patiënt*. Den Haag: OBT Opmeer b.v.
- Reijneveld SA, Hielkema M, Stewart RE, de Winter AF. (2017).The added value of a family-centered approach to optimize infants' social-emotional development: A quasi-experimental study. *PLoS One*. 2017 Dec 21;12(12): e0187750.
- Romijn, G., Graaf, I. de, Jonge, M. de. (2010). *Kwetsbare kinderen, literatuurstudie over verhoogde risicogroepen onder kinderen van ouders met psychische of verslavingsproblemen*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self-Determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being, *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Ryan, R. M., Deci, E. L., Grolnick, W.S., & La Guardia, J. G. (2006). The significance of autonomy and autonomy support in psychological development and psychopathology. In D. Cicchetti en D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology: Volume 1, Theory and Methods* (2nd ed., pp 295-849). New York: John Wiley & Sons.
- Sanders, M.R., Kirby, J.N., Tellegen, C.L., Day, J.J. (2014).The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical Psychology Review* 34 (2014) 337–357.
- Seligman, M., Csikszentmihalyi, M. (2000). "Positive Psychology: An Introduction". *American Psychologist* 55 (1): 5–14.
- Seligman, M., Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology, An Introduction. *American Psychologist*. Vol 55. No 1, 5-14.
- Seligman, M., Reivich, K., Jaycox, L., Gillham, J. (1995). *The optimistic child*. New York: Houghton Mifflin.
- Smith J, Swallow V, Coyne I. (2015). Involving parents in managing their child's long-term condition-a concept synthesis of family-centered care and partnership-in-care. *J Pediatr Nurs*. Jan-Feb;30(1):143-59.

- Stiggelbout, A.M., Weijden, T. van der, Frosch, D., Wit, M. P. T.de, Légaré, F. de, Montori, V.M., Trevena, L., & Elwyn G., Shared decision making: really putting patients at the center of healthcare. *BMJ* 2012;344:e256 doi: 10.1136/bmj.e256 (Published 27 January 2012) Page 1 of 6.
- Sutton, A. (2013). *Oudervriendelijke gezinstaxatie*. Nederlandse Vereniging Orthopedagogen Bulletin, 14, 4: 14-15.
- Taskforce beheersing van zorguitgaven. (2012). *Naar beter betaalbare zorg*. Den Haag; Rijksoverheid / VWS.
- Visser, C.F. (2010). Self-Determination theory meets solution-focused Change: autonomy, competence and relatedness support In action, *InterAction - The Journal of Solution Focus in Organizations*, Volume 2, Number 1, May 2010 , pp. 7-26(20).
- Visser, C.F. (2010). Self-Determination theory meets solution-focused Change: autonomy, competence and relatedness support In action, *InterAction - The Journal of Solution Focus in Organizations*, Volume 2, Number 1, May 2010 , pp. 7-26(20).
- Vogels, A.G.C., Crone, M.R., Hoekstra, F., & Reijneveld, S. A. (2009). Comparing three short questionnaires to detect psychosocial dysfunction among primary school children: a randomized method. *BMC Public Health*, 9, 489.
- VWS. (2011). *Beleidsbrief stelselwijziging "Geen kind buiten spel"*, Den Haag: VWS.
- Westermann, G. (2010). Ouders adviseren in de jeugd-GGZ. Het ontwerp van een gestructureerd adviesgesprek. Sittard: Universitaire Pers Maastricht.
- Winter, M. de, commissie evaluatie basistakenpakket (2013). Een stevig fundament, evaluatie van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg.
www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/erkenningstraject/beoordeling-interventies
www.movisie.nl/databank-effectieve-sociale-interventies/over-databank
[www. NJI.nl/wat werkt](http://www.NJI.nl/wat_werkt). (2017).
www.ncj.nl/GIZ. (2017).
- Yperen, T. van, van der Steege, M., Addink, A., & Boendermaker, L. (2010). Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg. Utrecht: NJI.
- Yperen, T. van, Zijden, Q., van der. (2010). Indiciestelling in de Jeugdzorg niet afschaffen, maar verbeteren. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 10.
- Zuckerman, M., Porac, J., Lathin, D., Smith, R., & Deci, E. L. (1978). On the importance of self-determination for intrinsically motivated behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 4, 443–446.

7. Praktijkvoorbeeld

Mishandeld

Toen de GIZ werd geïntroduceerd bij de GGD dacht ik, jeetje mina, worden we weer in een methodiek gepropt. Ik heb zo veel gesprekservaring, dat heb ik niet nodig. Toen we de methode gingen oefenen, vond ik het ook heel lastig en gekunsteld om de overgang te maken van een gesprek met een leerling naar een methodiek.

Mijn eerste goede ervaring met de GIZ was met een geadopteerd jongetje. Ik deed een preventief gezondheidsonderzoek op een VMBO.

Vlak voordat ik begon, schoot de mentor mij aan. Een jongetje in zijn klas had gezegd dat hij werd mishandeld. Maar zijn vragenlijst liet helemaal geen bijzonderheden zien. Toen het jongetje daarna kwam voor een gesprek, ben ik erover begonnen. Ik ben mij heel erg gaan focussen op mijn vragen over de mishandeling zelf. Maar daar kwam niet zoveel uit. Alleen dat hij geslagen werd door zijn vader bij het maken van zijn huiswerk. Hij kon het verder niet verwoorden, dus ik liep vast in dat gesprek.

Dat vond ik heel lastig. Ik dacht: ik moet hier wat mee. Ik heb tegen het jongetje gezegd, ik ga met mijn collega's overleggen. Dit mag niet gebeuren, je mag niet geslagen worden door je ouders. Ik ga informeren en ik zal niets doen achter je rug om. Daarna heb ik de mentor gesproken. Hij had zelf nog niet de ouders gesproken. Hij had begrepen dat het jongetjes ook op de basisschool al eens gezegd had dat hij was mishandeld. Ik heb informatie ingewonnen bij de basisschool en die zeiden, dat klopt. Maar die hadden de ouders ook nooit gesproken, want die kwamen niet. Toen dacht ik: oei, zorgzame zorgmijders, hoe nu verder?

Daarna heb ik met mijn collega's gesproken. Ze zeiden: ga nog een keer in gesprek met het jongetje en gebruik dan de GIZ. Dat heb ik toen gedaan. Tijdens een volgend gesprek ben ik niet gelijk gaan focussen op die mishandeling. We hebben de vragen een voor een doorgenomen waardoor het hele leventje aan bod kwam. Waardoor ik de jongen zag kijken: o, er is meer, en ik zag hem ook gaan denken. Er kwam steeds meer naar boven dat leren niet goed ging. Hij kon zich niet concentreren, was dyslectisch en zijn vader las hem tijdens het huiswerk maken alles voor. Dat was ook de reden waarom zijn vader – die heel ongeduldig werd – hem hard beetpakte als hij afgeleid was. En hem niet zozeer sloeg. Het werd duidelijk dat het mishandelen toch niet zo heel erg was als ik in mijn fantasie had. Dat bleek ook wel uit de vraag: houden je ouders van je? Toen zag ik dat hij tranen in zijn ogen kreeg. Ik zag bij hem een soort kwartje zag vallen, toen hij 'ja' knikte. Dat emotioneerde mij ook.

Ik heb daarna de ouders gevraagd om bij mij op een gesprek te komen. Aan de hand van de GIZ heb ik hen uitgelegd wat er allemaal naar voren is gekomen. Ze schrokken zichtbaar, omdat ze niet wisten dat het zo'n impact op hun zoon had. Dus toen hebben we afspraken gemaakt met de ouders hoe daarmee om te gaan. En we zijn nog een keer met zijn drieën om de tafel gaan zitten, om gezamenlijk afspraken te maken. Dat was wel een happy end.

Wat voor mij de meerwaarde van de GIZ is geweest, is dat het verhaal van het jongetje veel breder werd getrokken. Het omvatte het hele leventje, met zijn ouders erbij. Ik vond het echt een openbaring!

Marianne, Sociaalverpleegkundige GGD Hollands Midden