

A Child Smiles

Only in a world of freedom,
Can a child unfold and bloom.

Only with the sun piercing right through the dark hut,
Can a child see the wonderful sights of this world.

Only in an ocean of unprejudiced love,
Can a child speak to its heart's content.

Only through the eyes of soft empathy,
Can a child see its true reflection.

Only in surroundings of unadulterated society,
Can a child open its mind wholesomely and dream.

Only when applauded at its tiniest achievement,
Can a child come to know its hidden potential.

Only in lanes without propagation of caste,
Can a child recognize its own identity.

Only in the cradle of happiness,
Can a child fantasize and create.

Only in vicinity of the learned,
Can a child imbibe the essentials of life.

Only in the pages of medieval history,
Can a child understand its ancestors better.

Only in unpolluted waters of the Ganges ,
Can a child splash its hands and wholeheartedly swim.

Only without discrimination of gender and status,
Can a child flourish to achieve its goal.

Only in the gentle hands of its mother,
Can a child shield its eyes and sob.

And Only in an atmosphere of complete equality,
Can a child stimulate his urge for learning, prosper
and SMILE.

Nikhil Parekh

Bemoeizorg in de jeugdgezondheidszorg

In opdracht van

MGZ opleiding 2003
Haagse Hogeschool

Auteur

J.P. van Westen

Publicatiedatum

29 mei 2006

Inhoudsopgave

1. Voorwoord	4
2. Inleiding	5
2.1 Probleembeschrijving	5
2.2 Motivatie	5
2.3 Waarom actueel?	6
2.4 Probleemanalyse.....	7
2.5 Probleemstelling	7
3. De wet	8
3.1 Inleiding.....	8
3.2 Rechten van het kind	8
3.3 Wet op de jeugdzorg.....	9
3.4 Wet bescherming persoonsgegevens (WBP)	9
3.5 Wet Geneeskundige Behandeloovereenkomst (WGBO).....	10
3.6 WGBO en het kind	10
3.7 Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid(WCPV)	11
3.8 Wet Maatschappelijke ondersteuning(WMO).....	13
4. Bereikbaarheid en toegankelijkheid	14
4.1 Inleiding.....	14
4.2 Bereikbaarheid en toegankelijkheid (geografisch, cultureel, financieel, etc.)	14
4.3 Bereikbaarheid in de jeugdgezondheidszorg	15
4.4 Richtlijnen contactmomenten basistakenpakket	17
5. Zorgmijders	19
5.1 Inleiding.....	19
5.2 Wat is een zorgmijder?.....	19
5.3 Wat beweegt een zorgmijder?	20
5.4 Wat is een risicokind?	22
5.5 Welke mogelijke zorgelijke signalen geven kinderen af?	23
5.6 Wat zijn risicogezinnen en wat zijn risicobevorderende omstandigheden?.....	25
6. Bemoeizorg.....	27
6.1 Inleiding.....	27
6.2 Wat is bemoeizorg	27
6.3 De geschiedenis en achtergronden van bemoeizorg.	27
6.4 Bemoeizorg op microniveau.....	28
6.5 Bemoeizorg op mesoniveau	29
6.6 Bemoeizorg op macroniveau.....	29
6.7 Regie over eigen leven? Autonomie versus bemoeizorg	30
6.8 Bemoeizorg een taak voor de jeugdgezondheidszorg?.....	32
6.9 De bekendheid van de effecten van bemoeizorg in de jeugdgezondheidszorg..	34
6.10 Welke competenties zijn er nodig om bemoeizorg uit te voeren	35
6.11 Mogelijke valkuilen van de bemoeizorg.....	36
7. Bemoeizorg geïntegreerd in het jeugdverpleegkundig handelen.....	38
7.1 Inleiding.....	38
7.2 Het competentieprofiel van de jeugdverpleegkundige in relatie tot bemoeizorg	38
7.3 De verpleegkundige theorie in relatie tot bemoeizorg	41
7.4 Interventies die bekend zijn in de JGZ met betrekking tot bemoeizorg	42
8. Discussie en aanbevelingen aanbodkant	43

8.1	Inleiding.....	43
8.2	Bemoeizorg als geïntegreerd onderdeel?	43
8.3	Tijdsplanning binnen het bestaande takenpakket?	44
8.4	Aanbevelingen vanuit het veld van "bemoeizorg"	44
8.5	Aanvullende opleidingen.....	45
9.	Conclusie	48
10.	Nawoord	50
11.	Literatuurlijst	51
11.1	Boeken.....	51
11.2	Brochures en artikelen.....	52
11.3	Onderzoeksrapporten:.....	52
11.4	Internetsites:	52
12.	Bijlagen.....	53
12.1	Bijlage 1 Rechten van het kind.....	53
12.2	Bijlage 2 Richtlijnen gegevensuitwisseling GGD Nederland	54
12.3	Bijlage 3 WGBO in relatie tot het kind	56
12.4	Bijlage 4 Het Model van Lalonde	58
12.5	Bijlage 5 Stroomdiagram gezondheidsplanning	59
12.6	Bijlage 6 Wet op de jeugdzorg	61
12.7	Bijlage 7 De keten van Jeugdzorg	62
12.8	Bijlage 8 Balansmodel van Bakker	64
12.9	Bijlage 9 Stroomschema bemoeizorg gericht op kinderen	65
12.10	Bijlage 10 Schema Richtlijn Contactmomenten Basistakenpakket.....	66

1. Voorwoord

Het jaar 2004 is door de VN uitgeroepen tot "Jaar van het gezin". De positie van het kind als meest kwetsbare deelnemer speelt hierin een belangrijke rol.

Problemen van kinderen gaan vaak terug tot het gezin, de opvoeding en de maatschappelijke positie van het individu. Ouders moeten dit als eerste zelf oplossen. De overheid sluit hierop aan door onder andere het ondersteunen en begeleiden van gezinnen met complexe problemen die het niet meer zelf kunnen.¹ Staatssecretaris Ross sprak in dit kader dan ook op het congres over Bemoeizorg in 2004 over de noodzaak van het actief benaderen van "probleemgezinnen" die zich niet vrijwillig bij een hulpverlener melden. Voor de gemeenten ligt volgens de staatssecretaris een belangrijke rol weggelegd in het regisseren van de hulpverlening, ondersteund door de Wet Maatschappelijke Ondersteuning.²(WMO)

De actualiteit van het onderwerp heeft mij doen nadenken over wat het nu in de praktijk betekent voor de jeugdgezondheidszorg en in specifieke zin voor de rol van de jeugdverpleegkundige.

Doordat ik door mijn vorige werkplekken voortdurend ben geconfronteerd met "risicokinderen" en de gezinnen waarin zij opgroeiden heeft dit onderwerp ook mijn speciale interesse. Ik vind het dan ook belangrijk dat bemoeizorg een goede plek gaat vinden binnen het verpleegkundige takenpakket.

Daar het onderwerp betrekkelijk nieuw is binnen de jeugdgezondheidszorg zijn er op verschillende GGD'en in Nederland initiatieven ontwikkeld om de bemoeizorg vorm te gaan geven. Het staat echter nog steeds in de kinderschoenen en er is nog geen uniforme aanpak aanwezig. De eerste evaluaties komen voorzichtig op gang.

Ik heb vanaf november 2005 de GGD Den Haag, de GGD Amsterdam en de GGD Brabant actief benaderd en interviews gehouden met leidinggevenden en werknemers van de teams "bemoeizorg" binnen de jeugdgezondheidszorg. Mijn dank gaat dan ook in het bijzonder uit naar hen. Het enthousiasme en de interesse die zij hadden om mij met dit onderwerp verder te helpen was hartverwarmend en zeer educatief.

De GGD Zuid-Hollandse Eilanden waar ik zelf werk is voor mij educatief geweest door alle informatie die ik heb gekregen van Henk Visch, leidinggevende afdeling jeugdgezondheidszorg, die inmiddels een methodiekboek "gezinsbegeleiding op maat" heeft geschreven. Deze methodiek richt zich op gezinnen, waarbij ouders/verzorgers niet in staat zijn zelf een hulpvraag bij een passende voorziening voor opvoedondersteuning te stellen dan wel vroegtijdig vrijwillige hulpverlening onderbreken.³

Ook een speciaal dankwoord voor mijn naaste collega's die met interesse mijn vorderingen met mijn scriptie hebben gevolgd en mij met raad en daad hebben bijgestaan.

De scriptie zal een zoektocht zijn naar begripsverheldering en doelgroepen, wettelijke kaders en de plek van het onderwerp binnen de jeugdgezondheidszorg. Specifiek wil ik onderzoeken wat de jeugdverpleegkundige aan competenties bezit en wat er nodig is om bemoeizorg uit te kunnen voeren.

¹ Uit Gezinsbegeleiding Speciale JGZ/Bemoeizorg GGD Den Haag

² Uit De Volkskrant van 25 februari 2005 "Ross wil landelijke bemoeizorg" + www.Regering.nl "bemoeizorg, desnoods onder dwang" 2004.

³ Uit projectopdracht "gezinsbegeleiding op maat" GGD Zuid-Hollandse Eilanden maart 2006

2. Inleiding

2.1 Probleembeschrijving

Ondanks de lage drempel en het hoge bereik van de jeugdgezondheidszorg blijkt er toch sprake te zijn van een groep ouders die geen gebruik maakt van de diensten van de jeugdgezondheidszorg. De kinderen van deze gezinnen worden dus niet in hun ontwikkeling gevolgd en raken dus voor een gedeelte uit beeld. Wanneer er sprake is van zorgen over bovenstaande gezinnen doordat er signalen geuit worden door derden, waaronder de scholen, is naar mijn mening de jeugdverpleegkundige de aangewezen persoon die deze signalen serieus moet nemen. Het ondernemen van actie op deze signalen heeft dan als doel om het belang van de kinderen te beschermen en hun gezondheid te bevorderen.

Er is dan ook een ontwikkeling gaande binnen de jeugdgezondheidszorg om het uitvoeren van bemoeizorg aan "zorgwekkende zorgmijders" op een veel nadrukkelijker wijze gestalte te laten krijgen dan dat voorheen het geval was. De vraag is echter of de jeugdverpleegkundige voldoende kennis bezit om deze complexe situaties aan te kunnen en deze kan laten integreren binnen de bestaande jeugdverpleegkundige taken, omdat het voor de jeugdverpleegkundige een betrekkelijk nieuw product is. Dit komt voort uit het feit dat de "bemoeizorg" tot voor kort altijd werd uitgevoerd door het "bemoeizorgteam" van de afdeling algemene gezondheidszorg van de GGD. Een speciaal team, opgeleid voor deze complexe zorgsituaties. Steeds vaker bleek echter dat er complete gezinnen met jonge kinderen actief benaderd moesten worden en de roep van deze afdeling om jeugdverpleegkundige ondersteuning werd daardoor steeds groter. Op dit moment begint de bemoeizorg langzaam gestalte te krijgen binnen de afdeling jeugdgezondheidszorg, maar het voelt nog onwennig. Er is nog geen duidelijk omschreven plan van aanpak en de manier zoals het in de dagelijkse activiteiten van de jeugdverpleegkundige moet worden geïntegreerd is vanwege de drukke werkomgeving nog niet helder. Verder is het niet duidelijk in hoeverre er sprake moet zijn van een aanvullende opleiding na de jeugdverpleegkundige studie en tevens welke competenties de jeugdverpleegkundige moet bezitten om bemoeizorg uit te kunnen voeren.

2.2 Motivatie

Wanneer ik mijn rol als jeugdverpleegkundige bekijk in het licht van de rechten van het kind, zoals deze beschreven zijn door de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties, dan ben ik van mening dat ik mijn beroep moet uitvoeren vanuit deze gedachte. Dit is mijn start; mijn basis. Vanuit deze gedachte voer ik mijn jeugdverpleegkundige taken uit en volg kinderen van 0-19 jaar wat betreft hun gezondheid en algeheel welbevinden. Het gaan uitvoeren van bemoeizorg binnen het bestaande takenpakket is daar een onderdeel van.

Omdat de bemoeizorg nog zoveel vragen oproept over de manier waarop het uitgevoerd moet worden en met welke competenties, vind ik het zeer interessant om deze zaken te onderzoeken en te vergelijken met de aanpak van andere GGD'en. Ik zie het als een nieuw product wat zich nog moet vormen, waarbij het nu van belang is dat er een goede basis gelegd wordt.

Persoonlijk trekt het onderwerp "bemoeizorg" mij zeer aan omdat ik lange tijd binnen gezinnen heb gewerkt waar kwetsbare kinderen waren. Ik heb dan ook van heel dichtbij mogen meemaken waar de grenzen in het " aankunnen" van de zorg rondom de kinderen bij ouders bereikt was en waar "bemoeienis" van buitenaf noodzakelijk werd.

Ik ga er dan bij deze vanuit dat er omstandigheden kunnen zijn waardoor ouders niet meer in staat zijn om de zorg rondom hun kinderen te kunnen uitvoeren en het moeilijk vinden om dit aan te geven. De grondhouding van de jeugdverpleegkundige naar deze ouders moet dan naar mijn mening een houding zijn die uitgaat van een begripvolle in tegenstelling tot een veroordelende houding, waarbij de drijfveren in de acties van de jeugdverpleegkundige moeten liggen in het verlengde van de rechten van het kind.

2.3 Waarom actueel?

In onze maatschappij wordt van mensen verlangd dat zij zelf vragen stellen, meningen hebben en keuzes maken. Ook binnen de hulpverlening is vaak de houding gangbaar om uit te gaan van autonomie en uitsluitend vraaggericht te werken.

Daar waar het gaat om gezinssituaties waarbij de gezondheid van de kinderen in het geding komt is een actievere opstelling van de jeugdgezondheidszorg nodig. Deze gezondheidsbedreigende situaties zijn dan in strijd met de "Rechten van het kind", een verdrag dat in 1989 is aangenomen door de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties en in 1995 ondertekend door Nederland. Dit wordt dan ook onderstreept door staatssecretaris Ross van Volksgezondheid, die hiervoor een pleidooi hield op het bemoeizorgcongres in februari 2005. Een voorbeeld van hoe bemoeizorg vormgegeven kan worden is het "impulsproject opvoed-en gezinsondersteuning".

De achtergronden van het "impulsproject opvoed-en gezinsondersteuning" ligt in het besluit van het ministerie van VWS om tussen 2004 en 2007 15 miljoen euro te reserveren voor opvoed-en gezinsondersteuning op lokaal niveau.⁴

De minister van Justitie en de staatssecretaris van VWS trekken samen op in het uitzetten van deze middelen.

De vier grootste gemeentes: Rotterdam, Amsterdam, Den Haag en Utrecht en 47 andere gemeenten die geselecteerd zijn op basis van hun ingediende plan mogen starten met het "impulsproject" waaronder de gemeente Spijkenisse.

Het doel van dit project is: "Het vergroten van het bereik van risicogezinnen en jeugdigen en het verkrijgen van beter inzicht in de effectiviteit van de gehanteerde interventies en methoden op lokaal niveau."

Verder is "Operatie Jong" vanaf september 2003 in gang gezet waarbij er 100 miljoen euro is uitgetrokken voor investeren in de jeugd. Er wordt met deze operatie ook getracht meer samenhang in het beleid te brengen zodat er minder langs elkaar heen gewerkt wordt.

De Jeugdagenda uit "Operatie Jong" luidt een nieuwe fase in hoe het kabinet omgaat met het beleid voor jeugdigen: Aanpakken en opvoeden, ontsporing voorkomen, samenwerken met andere overheden in het veld, oplossingsgericht werken en belemmeringen wegnemen. Het uiteindelijke doel is om kinderen en jeugdigen op tijd en goed te ondersteunen in hun ontwikkeling.⁵ Voor ouders of jongeren die slecht bereikt worden of het gezondheidsprobleem niet voldoende herkennen of erkennen, ook niet na drie contacten of contactpogingen om gedeelde zorg met de cliënt te bereiken, volstaat een vraaggerichte aanpak van de jeugdgezondheidszorg niet. Voor deze groep ouders is een andere methodiek nodig, een actievere opstelling van de JGZ 0-19 jaar. Deze actievere opstelling wordt "bemoeizorg" genoemd.⁶ De GGD West-Brabant heeft in februari 2004 de Jan Brouwersprijs gewonnen voor haar uitwerking van "Bemoeizorg in de jeugdgezondheidszorg." Deze pilot heeft sindsdien als basis gefungeerd van bemoeizorgprojecten in heel Nederland.

Op dit moment wordt er ook bij de GGD Zuid-Hollandse Eilanden hard gewerkt om de afdeling jeugdgezondheidszorg voldoende te faciliteren om bemoeizorg uit te gaan voeren.

⁴ Uit brochure VWS Impuls opvoed-en gezinsondersteuning, doel en werkwijze

⁵ Uit brochure Operatie Jong, een uitgave van de ministeries van BZK, Justitie, OCenW, SZW en VWS

⁶ Uit Bemoeizorg in de jeugdgezondheidszorg GGD West-Brabant

In dit verslag heb ik mij met name gericht op de activiteiten die op dit moment binnen de GGD'en plaatsvinden rondom de bemoeizorg. Ik wil hierbij wel benadrukken dat een intensieve samenwerking met de jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar van groot belang is, vanwege de integrale aanpak van bemoeizorggezinnen. In dit verslag wordt gesproken over de "jeugdverpleegkundige die bemoeizorg uit gaat voeren". Daarmee bedoel ik zowel de jeugdverpleegkundige die de leeftijdscategorie 0-4 jaar als de jeugdverpleegkundige die de leeftijdscategorie 4-19 jaar volgt.

2.4 Probleemanalyse

Ondanks de lage drempel van de jeugdgezondheidszorg en het hoge bereik aan kinderen is er sprake van een groep ouders die geen gebruik maken van de diensten van de jeugdgezondheidszorg. De kinderen uit deze gezinnen worden niet in hun ontwikkeling gevolgd en raken dus voor een gedeelte uit beeld.

Wanneer er sprake is van zorgen rondom deze kinderen, ontstaan door de signalen die gegeven worden door derden, moet de jeugdverpleegkundige deze signalen serieus nemen en actief deze gezinnen gaan benaderen in de vorm van bemoeizorg.

Het is echter nog niet duidelijk op wat voor manier de jeugdverpleegkundige het begrip "bemoeizorg" moet vormgeven binnen de dagelijkse praktijk. Verder is er discussie gaande binnen het veld van de jeugdgezondheidszorg of de jeugdverpleegkundige wel voldoende ruimte heeft binnen het bestaande takenpakket om bemoeizorg uit te kunnen voeren.

Een uitwerking van het probleem in twee stappen:

Vraagkant:

- Wat zijn "zorgwekkende zorgmijders" en op welke manier wordt zorg gemeden
- Welke omstandigheden dragen bij aan "zorgwekkende zorgsituaties", wat zijn overeenkomsten in de verschillende situaties
- Wat is bemoeizorg
- De begrippen autonomie en privacy versus "ongevraagde zorg"
- Wat zijn de wettelijke kaders van de bemoeizorg
- Samenwerking binnen de bemoeizorg; een noodzaak?

Aanbodkant:

- Zijn er al "evidence based" methodieken voor de uitvoering van bemoeizorg door de jeugdverpleegkundige?
- Past de bemoeizorg binnen het competentieprofiel van de jeugdverpleegkundige?
- Is deskundigheidsbevordering een voorwaarde voor de jeugdverpleegkundige om bemoeizorg uit te kunnen voeren?
- Bemoeizorg versus beschikbare tijd: is er ruimte binnen het takenpakket van de jeugdverpleegkundige om bemoeizorg uit te voeren? Wat zegt het basistakenpakket hiervan?

2.5 Probleemstelling

Heeft de jeugdverpleegkundige voldoende competenties en ruimte binnen haar bestaande takenpakket om bemoeizorg in de jeugdgezondheidszorg op een adequate manier uit te voeren, waardoor de zorg rondom de risicokinderen beter gewaarborgd wordt?

3. De wet

3.1 Inleiding

In de jeugdgezondheidszorg neemt de juridisering toe. Cliënten worden steeds mondiger en zijn in toenemende mate in staat het handelen van werkers in de gezondheidszorg te toetsen. Het aantal klachten groeit en aan de tuchtrechtelijke uitspraken wordt in de media veel aandacht besteed. Om bemoeizorg uit te voeren heb je als hulpverlener te maken met wettelijke kaders. In dit hoofdstuk beschrijf ik die wetgeving die in het kader van de bemoeizorg belangrijk is.

Als eerste zie ik de rechten van het kind als mijn vertrekpunt van handelen als jeugdverpleegkundige. Bij deze dan ook een korte uitleg van hoe deze rechten zijn ontstaan en hoe ze zijn omschreven. Vervolgens zal de Wet op de Jeugdzorg uitgelegd worden die in 2005 van kracht is geworden. Deze wet moet ervoor zorgen dat het hele zorgstelsel rondom de jeugd duidelijker en beter op elkaar afgestemd wordt, zodat er geen kinderen tussen wal en schip raken. Verder zal er aandacht besteed worden aan de rechten van de patiënten op het gebied van privacy en het aangaan van hulpverleningssituaties. Binnen de bemoeizorg zijn deze zaken zeer belangrijk omdat de hulpverlener binnen deze kaders moet opereren om niet strafbaar te zijn. De Wet Maatschappelijke Ondersteuning geeft de gemeente de verplichting om voor de gehele bevolking ervoor te zorgen dat iedereen binnen de samenleving kan functioneren en dat niemand buitengesloten wordt. In dit hoofdstuk wordt dan ook een beschrijving gegeven van waar de aandachtsgebieden liggen bij de taken binnen de OGGZ met als uitgangspunt de Wet Collectieve Preventie en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning.

3.2 Rechten van het kind

Kinderen zijn bij het opgroeien naar volwassenheid afhankelijk van volwassenen. Daar het niet zo vanzelfsprekend is dat volwassenen hier zorgvuldig mee omgaan zorgt deze afhankelijkheid er dan ook direct voor dat deze groep een kwetsbare groep is. Deze groep heeft dan ook bijzondere bescherming nodig.

192 landen van de Verenigde Naties hebben hier over nagedacht. Met respect voor alle godsdiensten en culturen hebben zij afspraken gemaakt over waar kinderen recht op hebben. Deze afspraken staan in het Verdrag van de Rechten van het Kind en dit verdrag staat boven onze grondwet. De Rechten van het Kind zijn samengevat in achttien punten, die zijn gebaseerd op het 'Wereldwetboek voor kinderen' van [Defence for Children](#). Dit is een internationale kinderrechtenorganisatie die is opgericht in 1979, het Internationale Jaar van het Kind.⁷ Als aanvulling is in het kader van de jeugdverpleegkundigezorg is ook Recht 24 belangrijk: **De gezondheidsdiensten en gezondheid:** Het recht van kinderen om de hoogst mogelijke graad van gezondheid te bereiken en het recht op gezondheidsdiensten, met vooral de nadruk op primaire en preventieve basisgezondheidszorg, op gezondheidsvoorlichting en op verminderen van kindersterfte. De plicht van de Staat om schadelijke traditionele praktijken af te schaffen. De nadruk ligt hierbij op internationale samenwerking om dit recht te verwezenlijken.

⁷ Bron: [www.Stichting Jeugd Nu.nl](http://www.StichtingJeugdNu.nl) + Bijlage 1 Samenvatting Rechten van Het kind

3.3 Wet op de jeugdzorg⁸

De Wet op de jeugdzorg is een belangrijke stap naar een meer cliëntgerichte, samenhangende jeugdzorg. De bouwstenen voor de nieuwe wet dateren uit 1994, toen het kabinetsstandpunt 'Regie in de jeugdzorg' verscheen. Het kabinet besliste toen dat er in iedere provincie één toegang tot alle voorzieningen voor jeugdzorg moest komen: Het bureau jeugdzorg. Ouders en jeugdigen kunnen dan op één plaats terecht bij ernstige problemen met opvoeden en opgroeien.

Tussen 1994 en 1998 is door het hele land een begin gemaakt met het oprichten van de bureaus jeugdzorg. De regering besloot deze en andere ontwikkelingen in 1998 te verankeren in een wet. In nauw overleg met belanghebbenden is een beleidskader opgesteld voor de nieuwe wet, de Wet op de jeugdzorg - en in 2001 is het wetsvoorstel ingediend bij de Tweede Kamer. De Eerste Kamer heeft het wetsvoorstel op 20 april 2004 aanvaard. Op 1 januari 2005 is de nieuwe wet in werking getreden.

Doel Wet op de Jeugdzorg:

De Wet op de jeugdzorg heeft twee doelen: Betere zorg voor jeugdigen en hun ouders, de cliënten van de jeugdzorg en het versterken van hun positie. De cliënt staat centraal in een meer transparant, eenvoudiger georganiseerd stelsel voor de jeugdzorg.

Afstemming in de keten⁹

Een belangrijk doel van de Wet op de jeugdzorg is dat de afzonderlijke schakels in de keten op elkaar aansluiten. De provincie is hiervoor verantwoordelijk en maakt iedere vier jaar in nauw overleg met de partners in de keten een provinciaal beleidskader, waarbij het landelijke beleidskader van het Rijk uitgangspunt is. Het provinciale beleidskader moet voorafgaand aan de vaststelling door Gedeputeerde Staten door het Rijk worden goedgekeurd. Omgekeerd levert de provincie het Rijk de benodigde gegevens die als basis dienen voor dit landelijke beleidskader.

Het provinciale beleidskader geeft de hoofdlijnen voor het beleid van het Bureau Jeugdzorg in de komende jaren. Verder biedt het een overzicht van het aanbod en de verwachte behoefte aan zorg. Dit gebeurt aan de hand van de gegevens van het Bureau Jeugdzorg, de gemeenten, de zorgverzekeraars, het ministerie van Justitie, de zorgaanbieders in de provincie en de Raad voor de Kinderbescherming.

Provincies moeten regelmatig overleggen met de zorgverzekeraars en de gemeenten om ieders aandeel in de zorg goed op elkaar af te stemmen. Dit betekent dat het provinciale beleidskader eveneens beschrijft wat de jeugd geestelijke gezondheidszorg, de gemeenten en de justitiële jeugdinrichtingen doen. Ieder jaar stelt de provincie een uitvoeringsprogramma op. Cliëntenorganisaties mogen vooraf hun mening geven over het provinciale beleidskader en het uitvoeringsprogramma.

3.4 Wet bescherming persoonsgegevens (WBP)

De Wet Bescherming Persoonsgegevens is 1 september 2001 in werking getreden. Kort samengevat beschermt deze wet de manier zoals met persoonsgegevens omgegaan wordt. Het omschrijft de regels met betrekking tot het registreren, overdragen en verwerken van persoonlijke gegevens.

In het kader van de bemoeizorg ligt het naleven van deze wet ingewikkeld omdat voor de uitvoering van bemoeizorg samenwerking tussen verschillende disciplines en organisaties nuttig en noodzakelijk is. Meestal gaat het om een zogenaamd 'vangnetoverleg', waaraan meerdere organisaties deelnemen en waar men dan niet ontkomt aan het moeten uitwisselen van persoonsgegevens. Daarbij is het niet altijd mogelijk toestemming van de betrokkene te verkrijgen door de psychosociale problematiek waar de betrokkene mee te

⁸ Bron: www.minvws.nl

⁹ Bijlage 6 schema afstemming keten jeugdzorg volgens de Wet op de Jeugdzorg

kampen heeft. Om die reden verzocht de Inspectie voor de Gezondheidszorg in 2004 aan GGD-Nederland, GGZ-Nederland en de KNMG om richtlijnen voor gegevensuitwisseling op te stellen. Deze handreiking geeft aan in welke situaties gegevensuitwisseling zonder toestemming mogelijk is, en aan welke mate van zorgvuldigheid daarbij moet worden voldaan. Eerdere versies van de handreiking zijn enkele malen besproken met het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP).¹⁰ In bijlage 2 worden de richtlijnen getoond.

3.5 Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO)

In de jaren '70 wilde de maatschappij de positie van de patiënt versterken. Daarom is in 1995 de WGBO van kracht geworden. Een patiënt kan naleving van deze wet via de rechter afdwingen. De WGBO geldt voor geneeskundige verrichtingen van alle zorgaanbieders, zoals artsen en tandartsen. De wet geldt ook voor de verpleging en verzorging van de patiënt tijdens een behandeling in een ziekenhuis. Het doel van de verrichtingen is de gezondheid van de patiënt te verbeteren of te bewaken.

De WGBO bepaalt de rechten en plichten van hulpverlener en patiënt. De hulpverlener heeft de plicht die zorg te geven welke een redelijk bekwame collega in dezelfde omstandigheden ook zou geven. Hij moet dus een goede hulpverlener zijn. De patiënt heeft vooral fundamentele rechten en één plicht. Zijn plicht is dat hij de hulpverlener inlichtingen moet geven en dat hij moet meewerken. De belangrijkste onderwerpen zijn:

Informatieplicht

Uitgangspunt is dat de hulpverlener de patiënt die informatie geeft die de patiënt nodig heeft om zelf op een verantwoorde manier beslissingen te kunnen nemen over zijn gezondheid. Dit betekent dat de hulpverlener de patiënt duidelijk moet informeren over de aard en het doel van het onderzoek of de behandeling, de risico's en de eventuele alternatieven.

Er zijn 2 uitzonderingen hierop: De hulpverlener mag informatie achterhouden als hij na overleg met een andere hulpverlener van mening is dat het informeren ernstig nadeel voor de patiënt oplevert. Als de patiënt geen inlichtingen wil, houdt de hulpverlener zich hieraan, tenzij dit het belang van de patiënt schaadt.

De hulpverlener is vrij in de dosering en de timing van het informeren. Dit moet worden afgestemd op de persoonlijke situatie van de patiënt.

Toestemmingsvereiste

Voor iedere geneeskundige behandeling is toestemming van de patiënt vereist. Zonder deze toestemming kan de hulpverlener geen behandeling starten of voortzetten. Als de patiënt dat wil, legt de hulpverlener schriftelijk vast voor welke verrichtingen de patiënt toestemming geeft. Bij niet-ingrijpende verrichtingen mag toestemming als gegeven worden verondersteld.

Privacy-bescherming

De WGBO regelt diverse privacy-zaken. Bijvoorbeeld dat de hulpverlener behandelingen buiten de waarneming van anderen uitvoert, tenzij de patiënt toestemming heeft gegeven; de patiënt mag zijn dossier altijd lezen, behalve als de privacy van anderen wordt geschaad.

3.6 WGBO en het kind

In de WGBO staan ook specifieke regels voor het geven van informatie aan en het verkrijgen van toestemming van minderjarigen en/of hun vertegenwoordigers (artikelen 7:448 en 7:450 BW). Hoofregel is dat de hulpverlener de leeftijdsgrenzen van de WGBO

¹⁰ Bron: Handreiking voor gegevensuitwisseling GGD Nederland +Bijlage 2

respecteert. Hij kan alleen dan afwijken van de wettelijke leeftijdsgrenzen, als hij meent in een individueel geval niet als goed hulpverlener te functioneren bij het in acht nemen daarvan. Hij moet hier goede argumenten voor hebben. Altijd geldt dat de behandeling moet passen binnen de professionele standaard van de hulpverlener. Geadviseerd wordt het overleg met minderjarige en ouders/voogden vast te leggen in het dossier.

Patiënten die zelf niet voor hun WGBO-rechten kunnen opkomen, kunnen zich laten vertegenwoordigen. De WGBO bevat een aparte regeling voor minderjarigen: Boven de 16 jaar mogen zij zelf een behandelingsovereenkomst aangaan. Voor kinderen tussen de 12 en 16 jaar is ook toestemming van de ouders nodig. Onder de 12 jaar is toestemming van de ouders vereist.

In bijlage 3 wordt de WGBO in relatie met kinderen verder uitgelegd.¹¹

3.7 Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid(WCPV)

Doel WCPV:

Doel van de WCPV is gezondheidswinst: "Het verlengen van een gezonde levensverwachting, het voorkomen van vermijdbare sterfte en het verhogen van de kwaliteit van het leven."

Aanleiding WCPV:

Na het verschijnen van de Nota 2000 die naar aanleiding van de World Health Conferentie (1977) was verschenen werd Nederland verplicht om de gezondheid van de bevolking in het jaar 2000 meetbaar te verbeteren. Verder was duidelijk geworden dat 10 jaar na het verschijnen van de Structuurnota in 1974 er na vele investeringen de gezondheidstoestand van de bevolking echter niet verbeterd was.

Door deze twee zaken kwam er een grote behoefte aan gezondheidsbeleid in plaats van gezondheidszorgbeleid.

Het gezondheidsmodel van Lalonde was het uitgangspunt¹²:

- Via analyse door epidemiologisch onderzoek moet men in kaart brengen hoe de gezondheid van de bevolking is en welke determinanten deze gezondheid beïnvloeden.¹³
- Het beleid moet dan gebaseerd zijn op het tegengaan van deze determinanten
- Het zorgsysteem werd gefinancierd en de personele middelen werden berekend naar de behoefte die er was vanuit de bevolking

Met behulp van het "stroomdiagram gezondheidsbeleid" kan men komen tot een planmatige en effectieve manier om aan preventieve interventies te werken en zodanig determinanten die de gezondheid van de bevolking bedreigen aan te pakken.¹⁴(zie voor verdere uitleg bijlage 5)

In 1989 trad de WCPV in werking en lag vanaf dat moment de verantwoordelijkheid van de collectieve preventie bij de gemeente. Hierdoor kan het preventiebeleid afgestemd worden op de lokale behoefte en preventieve maatregelen kunnen ook afgestemd worden op andere zorgterreinen. ("facetbeleid")

In 1996 werd de commissie Lemstra¹⁵ geformeerd die de positie van de gemeenten moest versterken op het terrein van de collectieve preventie. Vanaf dat moment werden gemeenten verplicht een Nota Gezondheidsbeleid te schrijven, gebaseerd op de evaluatie van de afgelopen periode en een analyse van de huidige situatie.

Er kwam een verankering van de diverse basistakenpakketten in de wet naast markttaken.

¹¹ Zie Bijlage 3: De WGBO in relatie tot het kind

¹² Zie bijlage 4 Het model van Lalonde

¹³ Zie bijlage 5 Het stroomschema gezondheidsplanning

¹⁴ Zie bijlage 6 Wet op de Jeugdzorg

¹⁵ Reader Inleiding MGZ deel 1, Huub Sibbing, 2003

Verder wordt er hard gewerkt om de positionering van de Jeugdgezondheidszorg te regelen door de oorspronkelijke "knip" tussen 0-4 jaar en 4-19 jaar te verkleinen en te veranderen in een integrale jeugdgezondheidszorg van 0-19 jaar.

De basistaken van de WCPV zijn de volgende:

- bevorderingstaken (voorlichting);
- openbare geestelijke gezondheidszorg (oggz);
- medisch-milieukundige zorg (de invloed van de fysieke omgeving op de mens);
- technische hygiënezorg (voorkomen van Legionella, infecties in kindercentra e.d.);
- infectieziektebestrijding;
- jeugdgezondheidszorg voor 0-19 jarigen.

De WCPV en de Jeugdgezondheidszorg¹⁶

- De jeugdgezondheidszorg geeft op adequate wijze invulling aan het gestelde in de WCPV ten aanzien van het signaleren van gezondheidsbedreigende factoren, het vaststellen van risicokinderen en risicogezinnen en het zorgdragen voor het gewenste vervolg.
- De jeugdgezondheidszorg is alert op signalen die kunnen wijzen op kinderen die door de gezinssituatie worden bedreigd en in het bijzonder op signalen die kunnen wijzen op "multi-problem" gezinnen (gezinnen met meerdere probleemsituaties)
- De jeugdgezondheidszorg zorgt ervoor inzicht te hebben in de situatie van wijken en buurten en met name waar zich de bedreigde kinderen en gezinnen kunnen bevinden en handelt daarnaar (door bijvoorbeeld in die wijken sneller te reageren, huisbezoeken te verrichten, een vinger aan de pols te houden en dergelijke)
- Door de gemeente wordt bevorderd dat de jeugdgezondheidszorg in voldoende mate aandacht besteedt aan deze taken en met name aan de gesignaleerde risicokinderen en "multi-problem" gezinnen. De gemeente doet dit door prioriteiten te stellen op dit gebied binnen het in de WCPV benoemde maatwerkdeel van het takenpakket van de jeugdgezondheidszorg en indien nodig door het bieden van extra faciliteiten.
- De gemeente treft voldoende maatregelen zodat de aanbevelingen omtrent vroegsignalering uitgevoerd kan worden
- De gemeente vormt regelmatig en systematisch een onafhankelijk oordeel over de kwaliteit van de keten van voorzieningen.
- De gemeente organiseert voldoende wijkgerichte hulpverleningspunten die kunnen voldoen aan de wettelijke taken.

De WCPV en "bemoeizorg" binnen de OGGZ¹⁷

De gemeenten zijn verantwoordelijk voor het organiseren van de coördinatie van OGGZ-activiteiten op lokaal niveau. De gemeenten hebben de verantwoording voor de regie in de OGGZ en voor de beschikbaarheid van een lokaal of regionaal OGGZ-basisaanbod (Van Wijngaarden 2003). De verantwoordelijkheid van de gemeente is omschreven in artikel 2 van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid. Deze wet vormt het wettelijke kader van de OGGZ.

Op basis van artikel 2 van de WCPV is de gemeente verplicht zorg te dragen voor het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan: "Het signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van de openbare geestelijke gezondheid, het bereiken van en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen, het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare personen en risicogroepen, het bieden van psychosociale hulp bij rampen en het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de uitvoering van de openbare geestelijke gezondheidszorg."

¹⁶ Bron: www.VWS.nl Rapport "Horen, zien en niet zwijgen"

¹⁷ OGGZ: Openbare Geestelijke Gezondheidszorg

3.8 Wet Maatschappelijke ondersteuning(WMO)

Het maatschappelijke doel van de WMO is: "Meedoen". Meedoen van álle burgers aan álle facetten van de samenleving, al of niet geholpen door vrienden, familie of bekenden. Dat is de onderlinge betrokkenheid tussen mensen. En als dat niet kan, is er ondersteuning vanuit de gemeente. Het eindperspectief van de WMO is een samenhangend lokaal beleid op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning en op aanpalende terreinen. Voor mensen die langdurige, zware zorg nodig hebben is en blijft er de AWBZ.¹⁸Uitgangspunten bij deze wet zijn:

- **De gemeente is verantwoordelijk**
De gemeente wordt met de WMO verantwoordelijk voor de maatschappelijke ondersteuning. De gemeente moet er voor zorgen dat iedere burger volwaardig kan deelnemen aan de maatschappij. Daarbij mogen bijvoorbeeld ouderen en mensen met een beperking geen drempels ervaren. Elke gemeente mag zelf bepalen hoe ze de maatschappelijke ondersteuning organiseren. De gemeente kan de dienstverlening beter aanpassen op iemands persoonlijke omstandigheden. De gemeente heeft immers beter zicht op de plaatselijke situatie dan de rijksoverheid. De gemeente weet welke organisaties ingeschakeld kunnen worden en aan welke voorzieningen burgers behoefte hebben.
- **Verschillen tussen gemeentes**
Er komen onvermijdelijk verschillen tussen gemeenten. Elke gemeente biedt immers maatwerk, afgestemd op de behoeften en mogelijkheden van haar burgers. Volgens het kabinet kunnen juist die verschillen gemeenten scherp houden. Als duidelijk is dat een buurgemeente betere voorzieningen biedt, kan iemand met dat gegeven naar zijn eigen gemeentebestuur stappen en om verbetering vragen.
- **Voor alle vragen een loket**
Op dit moment zijn er nog teveel verschillende regels voor verschillende voorzieningen voor bijvoorbeeld mensen met een beperking en ouderen. Met de WMO kunnen gemeenten al die regelingen bij één loket onderbrengen. Mensen kunnen er terecht voor informatie, advies en het aanvragen van voorzieningen.

Inspraak burgers en cliëntenorganisatie

Gemeenten gaan burgers en cliëntenorganisaties betrekken in hun plannen voor de WMO. De gemeente maakt elke vier jaar een plan over hoe ze de maatschappelijke ondersteuning organiseert. De gemeente is verplicht om haar inwoners te betrekken bij het opstellen van het plan. Als burgers het niet eens zijn met de manier waarop hun gemeente de WMO uitvoert, kunnen ze de gemeenteraad vragen de wethouder ter verantwoording te roepen.

¹⁸ Bron: www.minvws.nl

4. Bereikbaarheid en toegankelijkheid

4.1 Inleiding.

In dit hoofdstuk ga ik in op de verschillende aspecten die van invloed zijn op het begrip "bereikbaarheid" in de jeugdgezondheidszorg. Ik ga als eerste in op wat bereikbaarheid en toegankelijkheid is en wat de term betekent voor de jeugdgezondheidszorg. Het zijn termen die in vele stukken terug te vinden zijn. In dit hoofdstuk wordt dieper ingegaan op deze termen om duidelijk te krijgen wat er precies mee bedoeld wordt.

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) is laagdrempelig, volgt kinderen door de tijd en heeft een hoog bereik. Afhankelijk van de leeftijd maakt 83 tot 98 procent van de kinderen gebruik van de JGZ. Gemiddeld 95 procent ([Burgmeijer et al., 1997](#)). In tabel 1 is te zien dat het consultatiebureau een zeer groot bereik heeft, dat echter met het ouder worden van het kind iets afneemt. Tabel 2 presenteert het bereik van enkele aangeboden interventies.¹⁹

Tabel 1: Bezoek aan het consultatiebureau in één jaar (Bron: [CBS, 2004g](#))

Bezoekjaar	Totaal bezoek (%)	Bezoek naar leeftijd (%)					Aantal contacten per kind naar leeftijd (%)				
		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
		2000	88,1	99,2	98,4	87,7	85,3	73,0	5,7	5,4	1,7
2001	90,0	100,0	98,4	90,4	81,0	82,0	6,0	5,1	1,8	1,1	1,0
2002	90,8	100,0	95,1	91,3	83,2	87,4	5,3	4,7	1,6	1,1	0,9

Tabel 2: Bereik van enkele preventieve interventies door de JGZ

Interventie	Bereik (%)
Neonatale gehoorscreening	94%, met na drie screeningsronden een verwijzpercentage van minder dan 0,5 (Van Leerdam & Ploeg, 2004)
Huisbezoekprogramma's gericht op opvoedingsondersteuning	Bereik van de verschillende programma's varieert van 25-40 procent (Hermanns et al., 1997 ; Hanrahan-Cahuzak, 2002)

Ondanks het grote bereik blijkt ook uit deze cijfers dat er een percentage kinderen niet bereikt wordt. De belemmerende factoren voor deze groep om gebruik te maken van de jeugdgezondheidszorg worden beschreven in dit hoofdstuk om helder te krijgen wat de mogelijke oorzaken kunnen zijn van het niet in staat zijn van ouders om de jeugdgezondheidszorg toe te laten binnen hun gezin.

4.2 Bereikbaarheid en toegankelijkheid (geografisch, cultureel, financieel, etc.)

In van Dale's "Het groot woordenboek der Nederlandse taal" staat het begrip "bereikbaarheid" omschreven als "na een tocht in een als doel gestelde plaats aankomen". Dit belicht mijns inziens dan alleen de aftand van A naar B. Ook het begrip toegankelijkheid wordt daarin omschreven als een proces van "zich ergens heen begeven" Er zijn echter meer aspecten die rondom het begrip "bereikbaarheid" en

¹⁹ Bron: www.MinVWS.nl

“toegankelijkheid” een belangrijke rol spelen. In de Macro reader behorende bij de Post-Hbo opleiding jeugdgezondheidszorg van de Haagse Hoge School van maart 2005 wordt omschreven dat bereikbaarheid en toegankelijkheid te maken heeft met vier aspecten:

- Financiële toegankelijkheid: Zijn er voldoende financiële middelen om de zorg te bieden aan degenen waarvoor het bedoeld is?
- Fysieke en geografische bereikbaarheid: Zijn de voorzieningen decentraal georganiseerd of vanuit een gebouw, ver weg van de doelgroep?
- Procedurele toegankelijkheid/laagdrempeligheid: Kan de cliënt makkelijk terecht of moet hij/zij zich door een woud van procedures heen worstelen om de gewenste zorg te krijgen?
- Culturele toegankelijkheid: Sluit de geboden zorg aan bij de leefwereld van de ontvangende partij?

Bovenstaande zaken zijn de aandachtsgebieden om de centrale thema's van het Primary Health Care concept "Recht op zorg, gebaseerd op Rechtvaardigheid en Solidariteit" en "Zorg die aansluit bij de Zorgbehoeften" vorm te geven.²⁰

In de RIVM²¹ publicatie "OKZ binnen bereik" wordt de volgende omschrijving gegeven over het begrip "toegankelijkheid":

"Van toegankelijke zorg is sprake als personen die behoefte hebben aan zorg die zorg ook daadwerkelijk krijgen. Dit is de feitelijke toegankelijkheid."²² In de definitie van het begrip "bereik" wordt in het rapport "Op weg naar volwassenheid, evaluatie van de JGZ uit 1996" gesproken over "de fractie van de totale doelgroep die daadwerkelijk gebruik maken van het zorgaanbod". In de RIVM publicatie "OKZ binnen bereik" wordt verder beschreven dat toegankelijkheid kan worden afgemeten aan de mate waarin belemmerende en bevorderende factoren van invloed zijn op het gebruik van gezondheidszorg door individuen, bij een gegeven behoefte aan zorg. We kunnen daarbij denken aan wettelijke, culturele, financiële, en fysiek-ruimtelijke belemmeringen. Illegaal verblijf in Nederland is bijvoorbeeld een formele belemmering voor het gebruik van de meeste onderdelen van de reguliere gezondheidszorg. Een financiële belemmering is bijvoorbeeld een eigen bijdrage of een te krap budget van een zorginstelling. Een fysiek-ruimtelijke belemmering is bijvoorbeeld de afstand die mensen moeten overbruggen om de gewenste zorg te bereiken.

Belemmerende factoren op Micro, meso en macroniveau:

Sommige belemmerende factoren vinden hun oorsprong op het individuele niveau (bijvoorbeeld opleiding), andere op een hoger niveau, zoals dat van gemeenten (bijvoorbeeld het aantal voorzieningen) of instellingen (bijvoorbeeld budget) of op het niveau van het gezondheidszorgsysteem (bijvoorbeeld de wetgeving). Uitgaande van "het Balansmodel van Bakker"²³ is het mogelijk om een verschil te zien in factoren die, belemmerend kunnen werken op het bereiken van de zorg door het individu en welke stimulerend zijn. Ook het gezondheidsmodel van Lalonde geeft inzichten in de determinanten die belemmerend kunnen werken op het streven naar een zo'n hoog mogelijk bereik. Een voorbeeld hiervan is dat de gezondheidszorg-voorziening een geografische belemmering kan zijn voor het bereik van kinderen. Ook later in deze scriptie zullen beide modellen naar voren komen als hulpmiddel voor het inschatten van de benodigde zorg.

4.3 Bereikbaarheid in de jeugdgezondheidszorg

De jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar wordt onder de regie van de gemeenten uitgevoerd door de GGD'en en/of thuiszorgorganisaties. Alle kinderen die binnen het werkgebied van

²⁰ Macro reader post-HBO JGZ maart 2005; "Primary Health Care en de JGZ

²¹ RIVM=Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

²² RIVM publicatie 2001 "OKZ binnen bereik?"

²³ Bijlage 4 Balansmodel van Bakker

de betreffende organisatie geboren worden krijgen bericht van de Ouder en Kindzorg zodat er een afspraak gemaakt kan worden voor een zuigelingen huisbezoek. De Ouder en Kindzorg ontvangt de persoonlijke gegevens vanuit de Gemeentelijke Basisadministratie.(GBA). Deze gegevens worden opgeslagen in de Gemeentelijke Basis Administratie nadat er aangifte is gedaan door ouders van de geboorte van hun kind in de desbetreffende gemeente.

Wanneer kinderen na uitnodiging niet verschijnen bij het consultatiebureau of de GGD worden ouders actief benaderd, middels telefonisch contact of een huisbezoek. Met name door deze laatste ontwikkeling zijn er door een aantal GGD'en, waaronder bij de GGD Zuid-Hollandse Eilanden protocollen ontwikkeld die de stappen in kaart brengen voor het uitvoeren van een huisbezoek.

Het consultatiebureau sluit de zorg af wanneer kinderen 4 jaar worden. Bij het laatste contactmoment bij 3 jaar en negen maanden wordt er middels een toestemmingsformulier gevraagd of ouders toestemming geven voor de overdracht van het kinddossier naar de GGD, die vervolgens de zorg van 4-19 jaar uitvoert. Kinderen waar zorgen over zijn worden door middel van een "warme overdracht"²⁴ aan de jeugdarts of jeugdverpleegkundige overgedragen. In de praktijk is het per GGD verschillend wie deze warme overdracht doet. Mijn ervaring is dat de GGD Rotterdam dit door de jeugdverpleegkundige laat doen en bij de GGD Zuid-Hollandse Eilanden door de jeugdarts.

In de notitie "Uitvoering van het basistakenpakket"²⁵ door het sectiebestuur van de Landelijke Vereniging van Wijkverpleegkundigen gaat men in op het "non bereik". Men zegt daarin dat de zorg van kinderen die niet op het consultatiebureau komen onder het zogenaamde "maatwerk" vallen. Zij stellen daarin dat de jeugdgezondheidszorg een onderdeel is van de collectieve preventie, gericht op de gehele populatie van jonge kinderen. Om het basistakenpakket goed uit te kunnen voeren is een minimum aan contacten noodzakelijk. Wanneer ouders ontrouw zijn aan het nakomen van afspraken is er geen zicht meer op de ontwikkeling van de kinderen. Zij vinden dan ook dat wanneer ouders twee maal achter elkaar hun afspraak niet nakomen er sprake is van "non gebruik". Daarnaast zijn er kinderen die door ouders om onduidelijke redenen nooit aangemeld zijn en helemaal geen gebruik maken van de gezondheidszorg. Het sectiebestuur van het LVW²⁶ zegt dit zorgelijk te vinden en pleit derhalve voor het outreachend werken door de jeugdverpleegkundige zodat deze doelgroep ook bereikt gaat worden.

De werkgroep "Versterkte inzet van Jeugdgezondheidszorg in het Grotestedenbeleid"²⁷ pleit in haar onderzoek van november 2005 ook voor een toegankelijk aanbod en voldoende omvang van de jeugdgezondheidszorg. Zij stellen onder meer dat voor de laagdrempeligheid van de JGZ-voorziening het van belang is dat de dienstverlening herkenbaar en dichtbij ouders, kinderen en intermediairs (scholen, peuterspeelzalen) wordt geleverd. Combinatie van de 'gemeentelijke' jeugdgezondheidszorg met de verloskundige en kraamzorg, zoals in sommige grote steden nu al gebeurt, lijkt volgens de werkgroep kansrijk. Voor herkenbaarheid van de JGZ bij allochtone doelgroepen vindt men interculturalisatie²⁸ van de JGZ gewenst. Ook moet het aanbod voldoende omvang hebben, zodat alle kinderen en ouders die ondersteuning nodig hebben of vragen, die ook daadwerkelijk kunnen krijgen!

Soms zit wet- en regelgeving die gezamenlijke aanpak in de weg omdat verschillende instanties binnen het jeugdbeleid onder verschillende ministeries vallen. Voorbeelden hiervan zijn de ministeries van BZK²⁹, Justitie, OCenW³⁰, SZW³¹ en VWS³². De uitvoering

²⁴ Warme overdracht: via persoonlijk contact.

²⁵ Bron: Uitvoering Basistakenpakket Verpleegkundige contactmomenten LVW, 2001

²⁶ LVW: Landelijke Vereniging van Wijkverpleegkundigen

²⁷ Werkgroep Versterkte inzet in het Grotestedenbeleid www.Platvorm JGZ 2005

²⁸ Interculturalisatie: Interculturalisatie is een *proces* waarbij een instelling zich tot doel stelt te veranderen naar een multiculturele instelling. In een dergelijke organisatie is de dienstverlening afgestemd op de etnisch-culturele diversiteit van haar klanten; culturele diversiteit wordt gezien als een meerwaarde.

²⁹ Ministerie van Binnenlandse zaken en Koninkrijksrelaties

van de taken vindt dan plaats vanuit het beleid en cao,s vanuit hun eigen ministerie. In de huidige wet- en regelgeving staat niet het kind centraal maar institutionele en andere belangen. Op rijksniveau ziet het ministerie van OCW bijvoorbeeld de voortijdig schoolverlater, SZW de uitkeringsgerechtigde, Justitie de jeugdcrimineel, VROM de hangjongere etc., terwijl het over dezelfde jongere gaat. Het zijn dan ook deze ministeries die binnen 'Operatie Jong' de aanpak rondom de jeugd beter willen regelen. Overheidstaken moeten worden geordend op basis van de levensloop van het kind³³. Een voorbeeld hiervan is dat kabinet in oktober 2003 besloten heeft dat de verantwoordelijkheid voor de tussenschoolse opvang in 2005 bij het ministerie van OC en W werd gelegd³⁴. Deze verantwoordelijkheid betreft met name de professionaliteit van de overblijfskrachten. Ook is toen besloten dat het overblijven op schoolniveau een verantwoordelijkheid van schoolbesturen wordt. Deze verantwoordelijkheid was voorheen niet helder belegd. Daartoe moest artikel 45 van de Wet op het Primair Onderwijs aangepast worden. Tot voor kort stond er in dat artikel dat schoolbesturen alleen ruimte beschikbaar moeten stellen en een aansprakelijkheidsverzekering moeten afsluiten, als er behoefte aan tussenschoolse opvang was. Verder opereren de betrokken instanties vanuit hun beperkte verkokerde blikveld. Jeugdigen en gezinnen betalen in dat geval de prijs voor het feit dat we de zorg inmiddels met elkaar zo ingewikkeld georganiseerd hebben. De toegankelijkheid van de zorg komt hierdoor in gevaar.³⁵

Vroegsignalering³⁶

Het kabinet zet in op goede en systematische vroegsignalering van risico's, met een zo groot mogelijk bereik. Van (voor de) geboorte tot volwassenheid. Op deze signalering moet ook een passend antwoord volgen; effectief en samenhangend. Zodat het kind dat vandaag opvalt, niet de jongere wordt die straks uitvalt.

De 'vindplaatsen' van kinderen zijn bij uitstek geschikt om risico's tijdig te signaleren. Voor kinderen van 0-4 jaar zijn dit de consultatiebureaus. Om deze hun rol goed te laten vervullen, is het van belang dat de jeugdartsen voldoende tijd hebben voor het onderzoeken van baby's en peuters. Voor kinderen vanaf 4 jaar zijn scholen en de jeugdgezondheidszorg 4-19 jaar de aangewezen plaats voor vroegsignalering. Een goede overdracht tussen de leerkrachten en de jeugdgezondheidszorg is hierbij een vereiste.

4.4 Richtlijnen contactmomenten basistakenpakket

De voorgeschiedenis³⁷

De preventieve zorg voor kinderen van 0 tot 4 jaar werd uitgevoerd vanuit ongeveer 1450 consultatiebureaus door 62 thuiszorgorganisaties. De preventieve zorg voor kinderen en jeugdigen van 4 tot 19 jaar was in handen van 44 (inter)gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD-en). De beide sectoren stemden hun beleid nauwelijks op elkaar af. Ook waren er onvoldoende wettelijke waarborgen voor kwaliteit. Daardoor kregen niet alle kinderen optimale zorg en werden sommige kinderen helemaal niet bereikt. Hier moest verandering in komen. De noodzaak van een betere afstemming werd vervolgens bevestigd in de evaluatie van de jeugdgezondheidszorg voor 0 tot 19-jarigen in 1996. Bovendien pleitte de commissie- Lemstra in datzelfde jaar voor het versterken van de positie van de gemeenten in het lokale gezondheids(zorg)beleid. Een sterkere regierol van de gemeente zou kunnen resulteren in één ongedeelde

³⁰ Ministerie van Onderwijs Cultuur en Wetenschap

³¹ Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

³² Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport

³³ Bron: "Operatie Jong", Drs. Steven van Eijck, Commissaris Jeugd en Jongerenbeleid

³⁴ Bron: Ministerie OCenW: "Dossier Tussenschoolse Opvang

³⁵ Bron: Operatie Jong: Sterk en resultaat gericht voor de jeugd; zie ook hoofdstuk 2.3.

³⁶ Bron: Provinciale Zeeuwse courant "Operatie JONG"

³⁷ Bron: Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar, Ministerie van VWS

jeugdgezondheidszorg voor de hele groep kinderen en jeugdigen van 0 tot 19 jaar. Er volgden diverse actieprogramma's en projecten. Die hadden als resultaat dat in 2000-2001 uiteindelijk de totale zorg voor 0 tot 19-jarigen geformuleerd kon worden. Deze zorg is vastgelegd in het Basistakenpakket JGZ. Het Basistakenpakket JGZ is op 1 maart 2001 formeel vastgesteld door de staatssecretaris van VWS, mevrouw M. Vliegthart, en is inmiddels wettelijk verankerd. Zorgverleners, beleidsmakers en gemeenten weten zo welke zorg aan kinderen moet worden aangeboden. Zo is voor elk kind de zorg beschikbaar waar het recht op heeft. Tegelijkertijd is ook de sterkere regierol van de gemeenten wettelijk vastgelegd.

Het doel van het Basistakenpakket JGZ:

Met het opstellen van het Basistakenpakket beogen zorgverleners en beleidsmakers meerdere doelen. Allereerst moet het Basistakenpakket leiden tot uniformiteit in heel Nederland en waarborgen bieden voor kwaliteit. Ook moet er dankzij dat pakket meer samenhang in het aanbod van de jeugdgezondheidszorg op lokaal niveau komen. Daarmee hangt een ander doel samen; het beter op elkaar laten aansluiten van het lokale jeugdbeleid en de openbare gezondheidszorg. Dat moet er uiteindelijk toe leiden dat de zorg voor kinderen en jeugdigen van 0 tot 19 een continuüm wordt dat integraal en in samenhang met andere beleidsterreinen wordt geboden.

Het Platform JGZ heeft op 25 juni 2003 ten behoeve van de professionals en de instellingen in de jeugdgezondheidszorg de "Richtlijn Contactmomenten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0 -19 jaar" vastgesteld. Deze Richtlijn moet er toe leiden dat elke jeugdige in Nederland rond dezelfde leeftijd dezelfde handelingen van eenzelfde kwaliteit door de jeugdgezondheidszorg krijgt aangeboden.³⁸

Het BTP kent een uniform deel en een maatwerkdeel. Het uniforme deel moet in alle gemeenten op dezelfde wijze en met dezelfde kwaliteit uitgevoerd worden. Gemeenten hebben (beleids)vrijheid om de handelingen van het maatwerkdeel toe te snijden op de specifieke behoeften van de eigen jeugdpopulatie.

Het Basistakenpakket JGZ bestaat uit zes productgroepen:

1. monitoring en signalering;
2. inschatten zorgbehoefte;
3. screenings en vaccinaties;
4. voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
5. beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen;
6. zorgsysteem, netwerken, overleg en samenwerking.

Per productgroep is een aantal producten beschreven. Deze producten zijn ingedeeld in uniform of maatwerkdeel. Het Basistakenpakket JGZ is tot het niveau van de productgroepen wettelijk verankerd in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV). Uitzonderingen hierop vormen het Rijksvaccinatieprogramma en de PKU/CHT/AGS-screeningen. Deze blijven in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) geregeld.

Voor het beleid van de JGZ en gemeente betekent dat bemoeizorg extra gefinancierd zal moeten worden, omdat de basisfinanciering niet voorziet in dergelijke arbeidsintensieve zorg. Per definitie valt bemoeizorg buiten het basispakket JGZ omdat deze zorg verder reikt dan de drie contacten die in het basispakket mogelijk zijn. Bemoeizorg is onderdeel van een pluspakket JGZ.³⁹

³⁸ Bijlage 5 schema richtlijn contactmomenten Basistakenpakket Bron: Platform JGZ

³⁹ Rapport "Bemoeizorg in de jeugdgezondheidszorg" GGD West-Brabant, juli 2003

5. Zorgmijders

5.1 Inleiding

“De jeugdgezondheidszorg heeft als doel het bevorderen en beschermen van de lichamelijke, cognitieve, sociale en geestelijke gezondheid en de ontwikkeling van alle jeugdigen (GGD Nederland). Het streven is verschillen in gezondheid te verkleinen en iedereen gelijke kansen op gezondheid te bieden.(Hira Sing 2001)”⁴⁰

De doelgroep van de jeugdgezondheidszorg zijn kinderen en jeugdigen van 0 tot 19 jaar en hun ouders.

Wanneer ouders geen gebruik willen maken van de gezondheidszorg, om welke reden dan ook, loopt het kind het risico dat gezondheidsbedreigende factoren niet opgemerkt worden, waardoor het kind een achterstand kan oplopen in zijn/haar ontwikkeling. Kinderen zijn bij het opgroeien naar volwassenheid afhankelijk van volwassenen. Daar het niet zo vanzelfsprekend is dat volwassenen hier zorgvuldig mee omgaan zorgt deze afhankelijkheid er dan direct voor dat deze groep een kwetsbare groep is, die bijzondere bescherming nodig heeft.

In dit hoofdstuk zal het begrip zorgmijder van verschillende kanten bekeken worden. Ik maak hierbij gebruik van literatuur en de internetsites die in het verlengde liggen van dit onderwerp om hiermee de kennis te verzamelen die binnen deze bronnen beschikbaar zijn.

5.2 Wat is een zorgmijder?

GGD Nederland heeft in 2005⁴¹ een onderzoek gedaan naar de verschillen in opvattingen en definities van het begrip “zorgmijder”, omdat gebleken is dat een eenduidige definitie ontbrak. Het ontbreken van een eenduidige definitie illustreert het probleem wat centraal staat in dit onderzoek. Uit de literatuur blijkt dat er verwarring bestaat omtrent de kenmerken van de doelgroep. Er wordt vaak gebruik gemaakt in onderzoek van een definitie die enerzijds (bijna) compleet is, maar te veelomvattend is om werkzaam te zijn. Anderzijds wordt er gebruik gemaakt van een werkzame definitie die niet volledig blijkt te zijn.

De volgende definitie van GGD Nederland is tot stand gekomen met behulp van beschikbare literatuur en bronnen via internet. Verder heeft men informatie verzameld over dit onderwerp middels een enquête bij de volgende instellingen: Thuiszorg, maatschappelijke opvang, vrouwen opvang, patiëntenorganisatie, geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijk werk, GGD en Jeugdzorg. De conclusie van dit bronnenonderzoek is dat de aangesloten instellingen zich goed konden vinden in de volgende definitie van zorgmijder omdat het de hele lading rondom dit onderwerp zou dekken: **“een diffuse groep die in verschillende mate sociaal kwetsbaar is, die nauwelijks deelneemt aan het maatschappelijke leven en vaak een gebrekkige of geen huisvesting heeft”**.

Het is een groep die, een voor de hulpverlening vaak een onzichtbaar, marginaal bestaan leidt of juist zichtbaar is vanwege het veroorzaken van overlast.

De groep heeft volgens derden outreachende hulpverlening nodig gezien hun overwegend meervoudige, complexe, ernstige en langdurige (psychische en/of verslavings)problematiek, **maar de groep stelt hiervoor zelf geen hulpvraag. De hulpvraag ontbreekt, omdat de cliënt de hulpvraag niet durft te stellen, niet**

⁴⁰ Bron: www.ggd.nl

⁴¹ www.ggdkennisnet.nl

mag stellen, niet kan stellen, niet wil stellen of niet weet dat het nodig is om de vraag te stellen.

Het reguliere zorgaanbod heeft vaak geen adequaat hulpaanbod, het gevolg van de ontoereikende zorg is het ontstaan van een vicieuze cirkel waarin de gezondheidstoestand van de groep steeds slechter wordt'.

In het deelrapport "Van overlastbestrijding naar bemoeizorg" van de Inspectie voor de gezondheidszorg uit 2003 kwam men tot de volgende definitie⁴²: **'sociaal kwetsbare mensen die vanuit de optiek van professionele hulpverleners niet de zorg krijgen die zij nodig hebben om zich in de samenleving te handhaven en geen op de reguliere hulpverlening passende hulpvraag hebben en lijden aan ernstige en langdurige psychische problematiek'**.

Niet iedereen waardeerde de keuze voor de uitdrukking zorgwekkende zorgmijder. Bij de GGD Rotterdam wil men de nadruk leggen op de positieve kant en heeft men het over "vrijzinnige vrijbuiters", bij de GGD Leiden over "zorgvuldige zorgzoekers"

5.3 Wat beweegt een zorgmijder?

Of anders gezegd: hoe ontstaat het zorgmijdende gedrag van mensen? Om dit uit te kunnen leggen worden in dit hoofdstuk een aantal ontwikkelingen beschreven die van invloed kunnen zijn op het ontstaan van zorgmijdend gedrag:

Demografische ontwikkelingen⁴³

De Nederlandse samenleving verandert ingrijpend. Daarmee veranderen ook de verhoudingen tussen burgers, overheid en dienstverlenende zorginstellingen. Enkele demografische factoren (SCP,2003) zijn:

Gezinsverdunding

Het aantal huishoudens is met 1,1% in een hoger tempo gestegen dan het aantal personen (gezinsverdunding). Dit hogere groeitempo is mede toe te schrijven aan de relatieve toename van het aantal alleenstaanden (met 15%), hetgeen voornamelijk verband houdt met de vergrijzing. Daarnaast is het aandeel gezinnen met kinderen afgenomen (met 8%).

Behalve van gezinsverdunding ondervindt de samenstelling van de bevolking invloed van internationale migratie. Het aandeel personen van allochtone herkomst is duidelijk toegenomen. De allochtone herkomst kan betrekking hebben op de eerste generatie (de betrokken persoon is zelf in het buitenland geboren) of de tweede generatie (ten minste één van de ouders is in het buitenland geboren). Deze informatie wordt pas vanaf 1992 verzameld.

Multiculturele samenleving

De samenstelling van de Nederlandse bevolking verandert door de komst van andere ethniciteiten, vluchtelingen, asielzoekers en migranten. In 2004 is gemiddeld 10% van de Nederlandse bevolking allochtoon; in de grote steden is bijna eenderde (VWS, 2002).

Maatschappelijke ontwikkelingen

Economische zelfstandigheid, solidariteit, sociale redzaamheid en actieve deelname aan maatschappelijke processen worden gezien als belangrijke indicatoren voor de mate van sociale kwaliteit van onze samenleving. Het aantal mensen met een beperking als gevolg van een ziekte neemt toe. Van hen wonen er steeds meer zelfstandig in de samenleving, dus niet meer in een zorginstelling. Deze mensen willen deelnemen aan de samenleving en hebben behoefte aan steun daarbij. Hoewel onze verzorgingstaat maatschappelijk nog

⁴² www.igz.nl

⁴³ Bron: www.scp.nl, beroepsdeelfprofiel sociaal psychiatisch verpleegkundige, 2004

altijd veel mogelijkheden biedt voor de individuele burger, blijkt dat er groepen tussen de wal en het schip vallen. Er zijn groepen lichamelijk gehandicapt, chronisch zieken, mensen met geestelijke gezondheids- en bestaansproblemen, die moeite hebben om op eigen kracht het burgerschap inhoud en betekenis te geven. In het proces van vermaatschappelijking wordt getracht om de zorgvragers verantwoordelijk te maken voor hun eigen leven en voorkeuren.

Maatschappelijke participatie en kwetsbare groepen ⁴⁴

In het boek "Risicogroepen" van J. van Mens-Verhulst en anderen wordt ook aandacht besteed aan de oorzakelijke factoren die bij kunnen dragen aan het zorgmijdende gedrag van mensen. Zij verklaren het volgende:

'Door het verbreken van duurzame verbanden waarin individuele burgers en groepen elkaar kunnen ontmoeten is de kans groot dat er een sluipend proces van sociaal isolement en groeiende armoede ontstaat. Praktische, emotionele en materiële steun die mensen vanuit hun eigen sociale systeem kunnen verwachten, brokkelt af'. Een matige eigen (psychische) gezondheid, het gebrekkig functioneren van het persoonlijk netwerk en het gebrek aan persoonlijke invloed op omstandigheden zijn risico's voor sociale uitsluiting of gevoelens van marginalisering⁴⁵. Bij kwetsbaarheid gaat het om lichamelijke, psychische en financiële kwetsbaarheid. Vooral jongeren, vrouwen, ouderen, alleenstaanden en mensen uit lagere sociaaleconomische milieus hebben relatief vaker gezondheid- en welzijnsbeperkingen.

Wat betreft de groep "zorgmijders" stelt het AVVV in het beroepsdeelfprofiel van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige dat het een groep is die niet meer om hulp en ondersteuning vraagt omdat ze teleurgesteld is. Het is een groep die wel zorg behoeft vanwege de vaak schrijnende en levensbedreigende omstandigheden waarin men verkeert (de groep met verschillende diagnoses, dak- en thuislozen met psychiatrische, verslavings- en sociale problemen). In het rapport van VWS⁴⁶ over de verstopping van de maatschappelijke opvang wordt de volgende conclusie getrokken: "zorgmijders onttrekken zich aan de hulpverlening, omdat zij bijvoorbeeld weten dat zij vaak met hun drugsgebruik moeten stoppen als ze in een instelling willen blijven. Maar het kan ook het gevolg zijn van slechte ervaringen, bijvoorbeeld omdat ze ooit onder dwang zijn opgenomen. Ze hebben een wantrouwen gekregen jegens mensen die hen willen helpen. De angst van ouders om hun kinderen kwijt te raken wanneer ze zich melden bij hulpverlenende instanties is ook reëel aanwezig. Ook het gevoel van schaamte over de ontstane situatie en de angst voor het uit handen geven van de controle over eigen leven en gezin draagt bij aan het mijden van zorg.

Wanneer zorgmijders toch hulp zoeken zijn er voor hen hoge drempels. Want de regels en methoden die instanties (moeten) hanteren sluiten nauwelijks aan bij de dagelijkse realiteit van zorgmijders. Ze hebben geen adres, telefoon, agenda, geld en officiële documenten. Ook hanteren instellingen op therapeutische gronden contra-indicaties op grond waarvan een opname geweigerd kan worden. Dan gaat het bijvoorbeeld om verslaving.

Welke kenmerken van zorgwekkende zorgmijders worden het meest genoemd in de literatuur?⁴⁷

- sociaal kwetsbare mensen;
- vanuit de optiek van de hulpverleners ontoereikende zorg;
- kunnen zich niet handhaven in de samenleving;
- lijden aan ernstige problematische en langdurige psychische problematiek;
- maken niet vrijwillig gebruik van zorg;
- meervoudige, complexe problematiek;
- vicieuze cirkel;

⁴⁴ Risicogroepen, J. van Mens-Verhulst e.a., MGZ 2003

⁴⁵ Marginalisering: "op een zijspoor zetten", Bron: Van Dale groot woordenboek der Nederlandse taal

⁴⁶ www.vws.nl rapport aanpak van verloedering en overlast 2005-2007

⁴⁷ Bron: GGD kennisnet

- overlast voor de omgeving;
- niet zelfstandig gebruik kunnen maken van beschikbare middelen;
- derden vinden hulp nodig;
- outreachende hulpverlening;
- onzichtbare groep die marginaal bestaan leidt;
- diffuse groep;
- eventuele verslavingsproblematiek;
- verschil in mate van kwetsbaarheid;
- bewust mijden van zorg.

Het behoeft geen nadere uitleg dat men in deze te maken heeft met "kwetsbare personen" binnen onze maatschappij.

In het rapport "Kwetsbaar in het kwadraat"⁴⁸ geeft de RMO (Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling) een advies aan het kabinet waarin zij uitleggen wat kwetsbare personen zijn en wat deze groep nodig heeft met betrekking tot de hulpverlening. In algemene zin stellen zij dat kwetsbare mensen onvoldoende hulpbronnen hebben om op eigen kracht bepaalde moeilijkheden en tegenslagen te overwinnen (Schuyt 1995) en om hun leven op de door hen gewenste manier vorm te geven. Die problemen hoeven niet alleen in de persoon zelf te liggen. Of iemand als gevolg van het gebrek aan deze hulpbronnen daadwerkelijk kwetsbaar wordt, is mede afhankelijk van de maatschappelijke omgeving. Het gaat om mensen die op verschillende terreinen ernstige problemen ondervinden, bijvoorbeeld wonen, dagbesteding, contacten, psychische en fysieke gesteldheid en die om redenen samenhangend met de ernst en complexiteit van hun problematiek geen gebruik kunnen, mogen, durven of willen maken van voorzieningen die bedoeld zijn om een of meer van deze problemen te verlichten.

Om welke mensen gaat het nu concreet? Het is een uiterst heterogene groep die niet makkelijk onder één noemer valt te brengen. Als er een noemer is, dan is dat het feit dat kwetsbare mensen contact hebben gehad met voorzieningen, geprobeerd hebben om hulp te krijgen, maar daarin niet zijn geslaagd, om welke reden dan ook.

5.4 Wat is een risicokind?

In de discussienota⁴⁹ Risicokinderen van het LVW wordt gesteld dat "het risicokind" een term is die moeilijk eenduidig valt te definiëren. Men spreekt in deze dan liever van kinderen in achterstandssituaties. **De definitie luid dan: " Kinderen bij wie sprake is van meerdere risicofactoren waardoor participatie in de maatschappij langdurig wordt belemmerd en bij wie niet of onvoldoende beschermende factoren aanwezig zijn om de balans tussen draagkracht en draaglast in evenwicht te brengen (Prinsen e.a.,2001)".**

Risicofactoren zijn die factoren waarvan bekend is dat er een statistische grotere kans op problemen in de ontwikkeling zullen plaatsvinden.⁵⁰ Het Balansmodel van Bakker in bijlage 4 geeft de risico- en beschermende factoren aan op micro-, meso- en macroniveau. Anders gezegd: Dit model laat zien welke beschermende factoren en welke risico's een rol spelen in de balans tussen draagkracht en draaglast op drie niveaus.⁵¹

In het algemeen kan gesteld worden dat wanneer er sprake is van een cumulatie van risicofactoren of wanneer een risicofactor lang aanhoudt, ontstaat er een risicosituatie waaruit het moeilijk ontsnappen is als er niet voldoende beschermende factoren zijn. De complexe samenhang tussen risicofactoren en de kans op achterstand wordt gekenmerkt door:

⁴⁸ Bron: [www.adviesorgaan](http://www.adviesorgaan.nl) RMO.nl

⁴⁹ Bron: Discussienota Risicokinderen LVW

⁵⁰ Bron: ten Brink en Veerman,1998

⁵¹ Reader methodiek, Peter Bakens MGZ 2003,HHS+methodiekverslag Jolanda van Westen-de Haan,2005

Equifinaliteit

Hetzelfde probleem kan ontstaan vanuit verschillende beginpunten. Zo kan kindermishandeling onder andere samenhangen met een moeilijk temperament van het kind, vroeggeboorte of psychosociale problematiek van de ouders.

Multifinaliteit

Een bepaald beginpunt kan heel verschillende uitkomsten opleveren. Zo kan een kind van een alleenstaande moeder uit een ongewenste zwangerschap, dat geadopteerd werd uit een ander land, zowel een probleemloze leerling worden als een kind met veel leer- en gedragsproblemen.

Niet alleen de aard van de risicofactoren als ook het aantal risicofactoren lijkt bepalend te zijn. Voor de zorg van "achterstandskinderen" geldt dat de risicosituatie van deze kinderen steeds weer in kaart gebracht moet worden.⁵² In het onderzoek Kwetsbaar jong!⁵³ zijn tien risicogroepen van jonge kinderen beschreven die als eenheid zijn te definiëren en waarvan er sprake is van een cumulatie van risicofactoren. Het betreft de volgende risicogroepen:

- Pre-en dysmatuur geboren kinderen;
- chronisch zieke kinderen;
- eenoudergezinnen;
- langdurig werkloze en/of arbeidsongeschikte ouders;
- verslaafde ouders;
- ouders met psychische problemen;
- allochtone kinderen;
- buitenlandse adoptiekinderen;
- kinderen van asielzoekers en vluchtelingen;
- illegaal in Nederland verblijvende kinderen.

Het Landelijk Centrum Ouder-en Kind Zorg hanteert de definitie: "Een risicokind is een kind dat meer dan andere kinderen gevaar loopt op bepaalde schade of verlies van gezondheid".

In de notitie risicokinderen van Stichting Opmaat⁵⁴ heeft men als uitgangspunt genomen dat elk kind kwetsbaar is omdat het niet voor zichzelf kan zorgen. Verder maakt het kind een intensieve ontwikkeling door waardoor het ook kwetsbaar is. Tevens hebben de risico's ook te maken met de ouders die het kind opvoeden en de omstandigheden waarin dit gebeurt. De ontwikkeling van het kind en het functioneren van de ouders wordt meer bedreigd naarmate er meer risicofactoren en ongunstige omstandigheden zijn.

5.5 Welke mogelijke zorgelijke signalen geven kinderen af?

Kinderen reageren anders dan volwassenen. Dat is logisch, zij zijn nog in ontwikkeling en hebben een ander denkniveau. Daarom uiten kinderen zich meestal door middel van hun gedrag.⁵⁵ In de reader van de bijscholing over kindermishandeling van TNO⁵⁶ omschrijft Ben Renzen, jeugdarts bij de GGD Utrecht, signalen die kinderen kunnen geven wanneer er sprake is van mogelijke verwaarlozing of mishandeling. Voorbeelden van signalen die binnen de jeugdgezondheidszorg serieus genomen moeten worden zijn:

⁵² Bron: VV Reader Post-Hbo opleiding Jeugdgezondheidszorg 2005

⁵³ Bron: NIZW onderzoek, 2001+VV Reader Post-HBO opleiding 2005

⁵⁴ Bron: Stichting Opmaat, "Notitie risicokinderen", Storchi, Durieux e.a., 2002

⁵⁵ Bron: Nederlands Leerboek Jeugdgezondheidszorg, deel B, Schuil e.a., van Gorcum 2002

⁵⁶ Bron: TNO: Nederlandse Organisatie voor toegepast natuurwetenschappelijk onderzoek / Bijscholing Kindermishandeling 2005

Op babyleeftijd:

1. Niet groeien/gedijen;
2. Veel infecties;
3. Veel ziekenhuisopnamen;
4. Ernstige luierslag;
5. Ontwikkelingsachterstand;
6. Gebrek aan responsiviteit;
7. Huidafwijkingen;
8. Slaapproblemen;
9. Apathie;
10. Slechte hygiëne/ onverzorgd uiterlijk.

Op kleuterleeftijd:

1. Geringe lengte, gering gewicht of fors overgewicht bij eenzijdige voeding;
2. Slechte hygiëne, huidafwijkingen en anemie;
3. Veel infecties;
4. Vertraagde spraakontwikkeling;
5. Concentratiestoornis, staren en wegdromen;
6. Affectievlak;
7. Sociaal-emotionele onrijpheid;
8. Hyperactief, agressief en impulsief;
9. Allemansvriend;
10. Zoekt lichamelijk contact met vreemden.

Op basisschoolleeftijd:

1. Slecht verzorgd uiterlijk, valse huid, dof haar;
2. Bloedarmoede;
3. Veel infecties: vooral van de huid;
4. Achterblijvende of "rommelige" groeicurve;
5. Geringe lengte;
6. Enuresis of encopresis;
7. Stinkende, vieze kapotte kleding;
8. Niet verzekerd zijn;
9. Onvoldoende gevaccineerd;
10. Weinig of nooit de Jeugdgezondheidszorg bezocht;
11. Onverschilligheid;
12. Gebrek aan eigenwaarde;
13. Zwerven, stelen, crimineel gedrag;
14. Nooit huilen, "steetwise" gedrag;
15. Veel aandacht vragen op negatieve wijze.

Op het voortgezet onderwijs:

1. Komt moeilijk "los" van ouders
2. Is erg bezorgd over de andere kinderen in het gezin;
3. Groot verantwoordelijkheidsgevoel;
4. Onzeker;
5. Het gevoel er niet bij te horen;
6. Wantrouwen jegens volwassenen;
7. Eenzaam;
8. Relatieproblemen;
9. Moeite om "warmte" binnen te laten;
10. Opgekropte woede;
11. Agressie tegen ouders;
12. Criminaliteit;
13. Eetproblemen;
14. Suïcide gedachten;

15. Zelfbeschadiging;
16. Weglooptgedrag;
17. Verslaving.

Soms is afwijkend gedrag van baby's, peuters en kleuters zijn van voorbijgaande aard. Van voorbijgaand zijn over het algemeen eet- en slaapproblemen. Het wordt zorgelijk wanneer kinderen oppositioneel gedrag vertonen. Oppositioneel gedrag is wanneer kinderen driftig zijn, opstandig tegenover volwassenen, prikkelbaar, wraakzuchtig of boos. Een ander signaal is hyperactief gedrag, dat wil zeggen dat het kind overbeweeglijk en impulsief is. Verder kunnen jonge kinderen een hechtingsstoornis ontwikkelen. Dit ontstaat als een kind geen gevoel voor geborgenheid heeft kunnen ontwikkelen. Het gevolg is dat het kind niet adequaat kan reageren in sociale interacties. Ook separatieangst kan voorkomen. Het kind is dan irrealistisch bezorgd over het weggaan of gedood worden van degene aan wie het gehecht is. Dat uit zich in terugkerende nachtmerries over weggaan of gedood worden en daarnaast lichamelijke klachten zoals buikpijn, hoofdpijn of misselijkheid in situaties waarbij het kind verwacht dat het gescheiden wordt van de persoon aan wie het gehecht is.

Bij kinderen in de basisschoolleeftijd komen vooral gedragsproblemen voor. Problemen in de gezinsrelaties, bijvoorbeeld echtscheidingen, komen bij kinderen in deze leeftijdsgroep vaak tot uiting in lichamelijke klachten (buikpijn en hoofdpijn). Gedragsproblemen zijn bijvoorbeeld sociaal teruggetrokken gedrag of hyperactief, overbeweeglijk gedrag. Ook problemen als gevolg van angsten komen voor. Kinderen piekeren dan heel veel en hebben daardoor slaapproblemen zoals angstdromen en slaapwandelen en hebben soms last van hyperventilatie. Ook het nog niet zindelijk zijn kan een signaal zijn. Ten slotte zijn taal- en spraakstoornissen ook signalen die de aandacht moeten hebben. Hoe ouder de jongere, hoe vaker de problemen los van de ouders of het gezin optreden. Signalen van een gedragsstoornis of antisociaal gedrag zijn regelmatig stelen, liegen, spijbelen, 's nachts wegblijven, opzettelijk brand stichten, inbreken, vechten en dieren of mensen mishandelen.

Het vertrouwenscentrum kindermishandeling heeft nog een aantal signalen omschreven:

EMOTIONELE MISHANDELING

Bang om hechte relaties aan te knopen
Schijnvolwassenheid
Slaapproblemen
Depressie
Angst
Zelfmoordneigingen

EMOTIONELE VERWAARLOZING

Laag zelfbeeld
Overdreven drang naar affectie
Allemansvriendje
Faalangst

LICHAMELIJKE VERWAARLOZING

Gebrek aan hygiëne: sterke lichaamsgeur, smerige kledij of kledij die niet geschikt is voor de weersomstandigheden of leeftijd/gestalte, onverzorgde tanden, ...
Onvoldoende of onaangepaste voeding
Kind heeft honger, bedelt of steelt eten
Vertraagde motoriek
Groeiachterstand

5.6 Wat zijn risicogezinnen en wat zijn risicobevorderende omstandigheden?

In hoofdstuk 5.2 staat reeds beschreven wat de kenmerken zijn van "zorgwekkende zorgmijders". De ouders van het zogenaamde "risicogezin" voldoen in de praktijk aan meerdere kenmerken van deze opsomming.

Het rapport $O+O=O^2$ van het NIZW jeugd staat verder beschreven welke invloeden de maatschappelijke condities, de sociale omgeving en de balans tussen draagkracht en draaglast kunnen bijdragen om "risicogezin" te worden. Zij kwamen tot de volgende conclusies:

Maatschappelijke condities (macroniveau):

Het zijn gezinnen in meervoudige risicosituaties die leven in een achterstandssituatie ten aanzien van inkomen, werk en wonen, c.q. woonomgeving. Deze gezinnen beschikken als het ware over onvoldoende economisch en cultureel kapitaal. Toegang hebben tot maatschappelijke hulpbronnen in de sfeer van arbeid, opleiding en inkomen is een belangrijke beschermende factor. Deze aspecten kunnen in belangrijke mate de interne spanning of stress in het gezin vergroten of juist verkleinen.

Sociale omgeving(mesoniveau):

Gezinnen in meervoudige risicosituaties verkeren veelal in een sociaal isolement of dreigen daarin terecht te komen. Zij trekken zich terug en/of worden buiten gesloten. Sociale bindingen vormen een belangrijke beschermende factor voor geïsoleerde of buitengesloten gezinnen. Wanneer er geen toegankelijke sociale infrastructuur is en de sociale competenties van ouders en kinderen onvoldoende aanwezig zijn is vormen deze zaken samen een risico voor sociaal isolement.

De balans draagkracht en draaglast: sociale steun en activering(microniveau):

Gezinnen in meervoudige risicosituaties zijn gezinnen waarbij door een veelheid aan "stressoren" op macro-, meso- en microniveau sociale en pedagogische problemen dreigen. In veel gevallen kunnen zij deze sociale en pedagogische problemen zelf niet meer de baas.

Het rapport $O+O=O^2$ ⁵⁷ is een verslag van een inventariserende studie naar de mogelijkheden van een integrale aanpak van opvoedingsondersteuning en ontwikkelingsstimulering aan gezinnen en jeugdigen in risicosituaties.

⁵⁷ Bron: www.NIZW.nl

6. Bemoeizorg

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk ga ik in op de term "bemoeizorg". Door de verschillende literatuur met elkaar te vergelijken zal de term "bemoeizorg" van het ontstaan tot de betekenis voor de jeugdgezondheidszorg omschreven worden. In het kader van de genoemde probleemstelling op pagina 7 zal hoofdstuk 6.8 een aantal verschillende meningen bevatten die hebben bijgedragen tot het vormen van de probleemstelling van deze scriptie.

6.2 Wat is bemoeizorg

In de handreiking voor gegevensuitwisseling van GGZ Nederland wordt een korte omschrijving gegeven van bemoeizorg. Deze luidt als volgt:

"In een aantal situaties wordt met betrekking tot mensen met ernstige psychische en/of psychosociale problemen die hulp afwijzen, maar deze hulp wel dringend behoeven, 'bemoeizorg' toegepast. Bemoeizorg houdt in: Actieve en outreachende hulpverlening. Het gaat daarbij om hulp die min of meer wordt opgedrongen aan mensen met ernstige en veelal langdurige psychiatrische problemen. Afwachten tot de cliënt zelf om hulp vraagt, is in dergelijke gevallen geen optie."

In de Handreiking Bemoeizorg⁵⁸ van de stuurgroep "Resultaten scoren" van GGZ Nederland staat de volgende definitie van bemoeizorg: **"Bemoeizorg is het bieden van (ongevraagde) hulp aan (zorgwekkende) zorgmijders met een (vaak) complexe problematiek, waarbij verbetering van de kwaliteit van leven en reductie van overlast als uitgangspunten dienen. Deze 'zorg op maat' hulpverlening maakt gebruik van verschillende, op elkaar afgestemde methodieken en strategieën. De hulpverlening heeft een actief, outreachend en laagdrempelig karakter. De samenwerking tussen verschillende disciplines en organisaties is van wezenlijk belang om deze groep cliënten met de hulpverlening in contact te brengen."**

Wanneer je het woord "bemoeizorg" in twee gedeeltes opsplijt komen er twee woorden tevoorschijn: "bemoeien" en "zorg".

Bemoeien: Het groot woordenboek der Nederlandse taal⁵⁹ zegt hierover: "Zich inlaten met bepaalde zaken waar men niets mee te maken heeft". Over "zorg" zegt van Dale: "Het streven en de pogingen die men aanwendt, de moeite die men doet om iets in stand of in goede conditie te houden."

6.3 De geschiedenis en achtergronden van bemoeizorg.

Al vroeg in de vorige eeuw ontstond het inzicht dat de zorg voor krankzinnigen niet ophield bij de poort van het gesticht. In 1917 werd de Vereniging Maatschappelijk Werk bij Zenuwlijders en Krankzinnigheid opgericht (De Goei, 2001, p. 43), voortvloeiend uit initiatieven om patiënten buiten de gestichten nazorg te bieden. In de Nota *Onder Anderen* (1993-1994, p. 16) krijgt substitutie (van bedden naar stoelen) vaste vorm. We lezen: "De benadering van de geestelijke gezondheidszorg in maatschappelijk perspectief, de 'Public mental health' benadering, waarbij meer samenwerking komt

⁵⁸ Bron: www.ggzkennisnet.nl GGZ Nederland

⁵⁹ Bron: Van Dale groot woordenboek der Nederlandse taal

tussen GGZ en aangrenzende sectoren zoals GGD, welzijn en justitie is onvermijdelijk". In 1974 verscheen de Structuurnota, beter bekend als de Nota Hendriks. We lezen: "Binnen de RIAGG 's zou de ambulante hulpverlening geïntegreerd moeten worden en zullen nieuwe functies zoals consultatie naar het eerste echelon en communicatie met de intramurale zorg ontwikkeld moeten worden" (Structuurnota, 1974, p. 15-16).⁶⁰ De (ambulante) hulpverlening heeft zich ingezet om een passend zorgaanbod te ontwikkelen voor mensen met een psychiatrische achtergrond en/of verslavingen, die thuis wonen. Dat heeft tot organisatorische veranderingen geleid. GGZ, RIBW, verslavingszorg, maatschappelijke opvang, thuiszorg, maatschappelijk werk en de GGD hebben in de afgelopen 20 jaar diverse vormen van ambulante hulpverlening ontwikkeld. Onder namen als casemanagement, woonbegeleiding, intensieve thuiszorg is de zorg aan huis bekend geworden. Maar voor een deel van de cliënten is deze hulpverlening onvoldoende gebleken. Voor die mensen is onder de naam 'bemoeizorg' een nieuwe zorgvorm ontstaan. Bemoeizorg vindt vanuit verschillende werksettings plaats. Veelal is er sprake van een samenwerking tussen de diverse instellingen in een regio om bemoeizorg te bieden voor diverse doelgroepen. Niet alleen gespecialiseerde bemoeizorgteams houden zich met de zogenoemde zorgwekkende zorgmijders bezig. In GGZ-casemanagementteams, bij de RIBW-woonbegeleiding, in intensieve zorgteams, bij GGD-en, in sociale verslavingszorg, de maatschappelijke opvang en het maatschappelijk werk werken hulpverleners in toenemende mate met bemoeizorgmethodieken.⁶¹ In het boek "Een kwestie van samenspel" van Simone van Lindt⁶² worden de achtergronden van de Openbare Geestelijk Gezondheidszorg (OGGZ) belicht. Zij beschrijft daarin dat sinds de jaren tachtig de verplaatsing van mensen uit inrichtingen naar woningen in steden en dorpen een feit was geworden. Het doel was dan ook om deze mensen te laten integreren in de samenleving. Toch bleek dat een groep mensen daar niet in slaagden en op meerdere levensgebieden zich niet staande konden houden. Toen deze groep kwetsbare mensen steeds meer aan het licht kwamen raakten steeds meer instellingen betrokken en groeide de behoefte aan steeds meer hulpverlening. In de loop van de jaren '90 steeg het aantal samenwerkingsverbanden mede door de subsidies voor de OGGZ en de stimulansen van het Landelijk Platform OGGZ en het Landelijk Convenant OGGZ. In de OGGZ samenwerkingsverbanden valt de gemeenten een belangrijke taak toe op grond van de WCPV. (zie 3.6)

6.4 Bemoeizorg op microniveau

In hoofdstuk 5.6 is reeds beschreven dat risicogezinnen problemen hebben op micro-, meso- en macroniveau. De laatste jaren wordt er in de hulpverlening aan deze gezinnen steeds meer de nadruk gelegd op het activeren ("empowerment") van de eigen probleemoplossende vermogens van ouders en kinderen. Dit betreft dus met name interventies die de draagkracht en beschermende factoren vergroten op microniveau.⁶³ Wanneer er sprake is van meervoudige risico's en de verhouding tussen draagkracht en draaglast dusdanig uit balans is zullen ook interventies moeten plaatsvinden die de draaglast verlichten en de draagkracht vergroten. Uit onderzoek van Hermans uit 1996 blijkt dat sociale en praktische steun bij de opvoeding een belangrijke beschermende factor is ter voorkoming van een opeenstapeling van problemen en stress veroorzaakt door sociale en maatschappelijke factoren. Een voorbeeld is de methodiek van "Families First" waarin in de aanpak sterk gefocust wordt op "empowerment" van de gezinnen met doorgaans meervoudige problemen. Er wordt gewerkt aan draagkrachtvergroting en draaglastvermindering. Zo wordt er vaak geholpen om orde op zaken te stellen in het huishouden, afspraken

⁶⁰ www.nvspv.nl: "Een eeuw psychiatrisch verpleegkunde", Martin Morsman, GGZ Drenthe

⁶¹ www.rinogroep.nl

⁶² Simone van Lindt: "Een kwestie van samenspel", sturen en verbeteren van de zorgketen voor zorgmijders: instrument en leidraad, Van Gorcum, 2005

⁶³ Bron: NIZW jeugd publicatie O+O=O²

maken, huisregels etc. Verder worden er competenties aangeleerd om situaties aan te kunnen pakken waar de ouder van in paniek raakt. Verder wordt er door middel van technieken het probleemoplossend vermogen van ouders en kinderen vergroot.

6.5 Bemoeizorg op mesoniveau

Gezinnen in meervoudige risicosituaties verkeren veelal in een sociaal isolement of dreigen daarin terecht te komen. Het doorbreken van het sociale(en culturele)isolement is dan ook een belangrijke opgave voor specifiek sociaal of welzijnsbeleid. Sociale bindingen vormen een belangrijke beschermende factor voor geïsoleerde of buitengesloten gezinnen. Voor hen is het kunnen aangaan van sociale bindingen een beschermende factor in de draagkracht. Een goede bereikbaarheid/toegankelijkheid van de gezondheidszorg en voorzieningen in de eigen omgeving en goede sociale competenties zijn hierin van groot belang.⁶⁴

Gedurende het proces van bemoeizorg kan gedeelde zorg ontstaan en overgegaan worden tot advisering en/of verwijzing naar hulpverlening. Wanneer er sprake is van interveniëren binnen een gezin door verschillende organisaties/instellingen is het van belang dat de zorg op elkaar afgestemd wordt. Operatie Jong zegt hierover: *“kinderen en gezinnen mogen niet tussen de wal en het schip raken door afstemmingsproblemen tussen departementen, bestuurslagen en jeugdzorginstellingen”*.

De GGD Zuid-Hollandse Eilanden⁶⁵ streeft samen met diverse andere partijen ernaar om binnen alle gemeenten van de regio Zuid-Hollandse eilanden een lokaal netwerk bemoeizorg op te richten. Vanuit zo'n netwerk kunnen mensen met complexe, sociaal-psychiatrische problemen snel gesignaleerd worden, waarna de hulpverlening op gang gebracht kan worden. Het doel is de problemen voor de bewoner zelf en voor de omgeving te verminderen door een passend hulpaanbod te doen en uiteindelijk over te dragen aan de reguliere zorg. In veel van de gemeenten zijn al netwerken actief. De gemeente Bernisse is de eerste gemeente die deze samenwerking heeft bezegeld met een samenwerkingsovereenkomst. Eind februari is de samenwerkingsovereenkomst Lokaal Zorgnetwerk Bernisse in het gemeentehuis te Abbenbroek ondertekend. Vanuit het meldpunt Bemoeizorg van de GGD Zuid-Hollandse Eilanden zijn inmiddels ook een aantal zogeheten gemeentelijke zorgnetwerken opgezet waarin ook andere diensten en instellingen, zoals gemeentelijke diensten, woningverhuurders, politie en maatschappelijk werk zijn vertegenwoordigd. Deze netwerken streven naar een gezamenlijke aanpak voor mensen met complexe, sociaal-psychiatrische problemen. Het doel is de problemen voor de bewoner zelf en voor de omgeving te verminderen door een passend hulpaanbod te doen en uiteindelijk over te dragen aan de reguliere zorg. Wanneer het om een combinatie van problemen gaat, dan wordt de 'zorgwekkende zorgmijder' benaderd door een team van vooral sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en hulpverleners uit diverse hulpverleningsinstellingen, zoals de GGD Zuidhollandse Eilanden, de GGZ groep Europoort, DeltaBouman en de Maaskringgroep. Dit team overlegt zeer regelmatig over de aard van de meldingen en over hoe de problematiek het meest adequaat kan worden aangepakt. Ook hierbij staat het teruggeleiden naar de reguliere hulpverlening centraal.⁶⁶

6.6 Bemoeizorg op macroniveau

Het ministerie van VWS rekt tot haar kerntaak het verbeteren van de maatschappelijke participatie en zelfstandigheid van burgers,⁶⁷ met name van groepen burgers die aan de rand van de samenleving dreigen te blijven of komen te staan. Het laatste decennium heeft dit specifieke sociale beleid gestalte gekregen in beleidsoperaties als het sociale

⁶⁴ www.nizw.nl: NIZW publicatie: 0+0=02

⁶⁵ www.ggd-zhe.nl/ bemoeizorg

⁶⁶ www.ggd-zhe.nl/bemoeizorg

⁶⁷ Bron: www.NIZW.nl NIZW publicatie: 0+0=02+www.minvws.nl

vernieuwingsbeleid en het achterstandsbeleid. Het sociaal cultureel planbureau (SCP) constateert echter op basis van onderzoek dat alle beleidsinspanningen ten spijt de leefsituatie van groepen burgers in achterstandswijken in de midden en grote gemeenten nog weinig verbetering laat zien. Sterker nog, met name in de grote steden lijken de problemen en probleemgroepen te cumuleren.⁶⁸ De rijksoverheid heeft zich de berichten ter harte genomen en er wordt nu een poging gedaan om met behulp van het zogenaamde "grotestedenbeleid" een meer samenhangend lokaal sociaal beleid te stimuleren waarbij aspecten van welzijn en leefbaarheid zijn verbonden met aspecten van wonen, werken, weten en sociale veiligheid.⁶⁹

In het beleid ter bestrijding van armoede en sociale uitsluiting worden vooral het hebben van betaald werk en/of een inkomen als oplossing gezien. Uit het SCP-onderzoek⁷⁰ kan worden geconcludeerd dat deze factoren minder belangrijk zijn dan in het Europese beleid wordt verondersteld. Onafhankelijk van werk en inkomen spelen gezondheid en een aantal vaardigheden een belangrijke rol. Om sociale uitsluiting tegen te gaan is vooral aandacht nodig voor verbetering van de gezondheidssituatie, ook de psychische component daarin. Daar waar verbetering niet mogelijk is, bijvoorbeeld bij ernstige chronisch zieken en ouderen, is compenserend beleid wenselijk om de leefsituatie van deze groepen op peil te houden.

In nieuwe wetgeving en beleid wordt veel explicieter dan voorheen de eigen verantwoordelijkheid voorop gesteld. Zo heeft de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (in voorbereiding) als uitgangspunt dat mensen zoveel mogelijk hun eigen problemen oplossen of hun eigen hulp organiseren, eventueel met hulp van familie, vrienden of vrijwilligers. Het is echter de vraag of de groep met een grote mate van sociale uitsluiting, die veelal gepaard gaat met een slechte psychische gezondheid, geringe vaardigheden en vaak ook met een gering sociaal netwerk, voldoende daadkracht én mogelijkheden heeft om deze eigen verantwoordelijkheid te nemen. Binnen "Operatie Jong" wordt gepleit voor een overheid die nadrukkelijk haar taken uitvoert daar waar het om jongerenbeleid gaat. Een overheid die ervoor zorgt dat de randvoorwaarden voor kinderen om gezond op te kunnen groeien gewaarborgd worden. Zij benoemen hierbij het ondersteunen in de opvoeding wanneer ouders het niet aankunnen. Het is primair aan ouders of de jongere zelf om indien nodig een beroep te doen op ondersteuning of begeleiding als zij niet eigenstandig of met de hulp van hun sociale omgeving kunnen opvoeden of opgroeien. Maar als zij dat niet doen en het mis dreigt te gaan met het kind of de jongere, dan heeft de overheid nadrukkelijk de verantwoordelijkheid om hulp aan te bieden of in te grijpen.

Voor een samenhangend jeugdbeleid is het van groot belang dat voorzieningen voor de jeugd in een keten samenwerken. Deze keten moet sluitend zijn om uitval te voorkomen. Door een ketenresultaat af te spreken wordt helder wat alle partijen moeten bijdragen en waar ze op aanspreekbaar zijn. De overheid heeft de algemene regie op het functioneren van de keten. Daarbij hebben zowel gemeenten, provincies als het Rijk een belangrijke rol. Zij zijn aan zet als de keten waar zij (bestuurlijk) verantwoordelijk voor zijn niet goed functioneert.⁷¹

6.7 Regie over eigen leven? Autonomie versus bemoeizorg

Inleiding

Aan de toepassing van bemoeizorg zijn een aantal ethische problemen verbonden. In dit hoofdstuk ga ik in op het begrip autonomie en vergelijk hierbij binnen de gezondheidsethiek twee verschillende ethische stromingen die hier een eigen visie op hebben. Ik heb hierbij gebruik gemaakt van de reader behorende bij de ethieklessen van

⁶⁸ Cumuleren= "opeenhoping"

⁶⁹ Bron: SCP publicatie 2004/17, Sociale uitsluiting in Nederland, Gerda Jehoel-Gijsbers, Blackboard Haagse Hogeschool.

⁷¹ Operatie Jong: "Sterk en resultaat gericht voor de jeugd" www.operatiejong.nl, brochure 2004

de opleiding maatschappelijke gezondheidszorg van de Haagse Hoge School⁷² en het signaleringsrapport Ethiek en Gezondheid uit 2003⁷³.

Autonomie staat in van Dale groot woordenboek der Nederlandse taal omschreven Als "zelfregering" en "zelfstandigheid".

Het begrip "autonoom" wordt omschreven als levend naar of zich verwezenlijkend in eigen normen (filosofische zin)

Liberale ethiek

In deze stroming binnen de ethiek is respect voor autonomie van de patiënt of cliënt het uitgangspunt. Met autonomie wordt in de eerste plaats bedoeld: het recht om zelf te beschikken over het eigen leven, zelf beslissingen te nemen over behandeling, zorg en andere vormen van hulp. Autonoom zijn betekent: Het eigen leven volgens eigen opvattingen en inzichten kunnen leiden, zonder ongewenste inmenging van anderen. De eigen visie van de patiënt/cliënt op wat een goed leven is moet worden gerespecteerd.

Dwang

Dwang om bestwil is in dit perspectief paternalistisch, en alleen moreel gelegitimeerd wanneer de persoon in kwestie verminderd autonoom is, c.q. wanneer sprake is van wilsonbekwaamheid. Dit is soms, maar niet altijd, het geval in de zorg voor dementerenden, zorgwekkende zorgmijders, kinderen en mensen met een verstandelijke handicap.

Drang

Drang kan ook in strijd zijn met respect voor autonomie, omdat het de vrijwilligheid van keuzes en gedrag kan aantasten. Het is niet duidelijk of voor drang dezelfde morele regels gelden als voor dwang. Kan een lichte aantasting van autonomie worden afgewogen tegen de te behalen 'winst' voor de patiënt? Moet juist alles in het werk worden gesteld om een zo vrij mogelijke keuze van de patiënt mogelijk te maken?

Eigen verantwoordelijkheid

Autonomie houdt echter niet alleen een recht op zelfbeschikking in, maar betekent ook: Verantwoordelijkheid dragen voor zichzelf en voor de gevolgen van de eigen keuzes of handelingen (Struijs, 2000). Respect voor autonomie, zoals dat in de liberale benadering wordt benadrukt, betekent niet dat hulpverleners klakkeloos gehoor moeten geven aan elke wens of weigering van hun patiënt. Overleg, uitwisseling van opvattingen en overtuigen op basis van argumenten zijn vormen van gedragsbeïnvloeding die geen inbreuk maken op autonomie. Het is niet in strijd met respect voor autonomie om patiënten op hun eigen verantwoordelijkheden te wijzen of om hen met de gevolgen van hun eigen handelen te confronteren en daar consequenties aan te verbinden.

Zorgethische benadering

Een andere, relatief nieuwe benadering in de ethiek is de 'zorgethiek' (Manshot en Verkerk, 1994). Zorgethiek biedt een ander perspectief op ethische kwesties:

Relationeel perspectief

De zorgethiek legt veel nadruk op de relationele aspecten van zorg. Zorg wordt gezien als een proces waarin aandacht voor de behoeften van de patiënt/cliënt, verantwoordelijkheid, deskundigheid en responsiviteit van belang zijn. Respect voor autonomie heeft in deze benadering ook een plaats, maar wordt anders ingevuld (Verkerk, 2001a). Autonomie wordt vooral begrepen als de vermogens waarmee en het proces waarin men zichzelf en het eigen leven vormgeeft. Benadrukt wordt dat dit altijd

⁷² Reader ethiek, oktober 2004, Anne Diepstraten, MGZ opleiding HHS

⁷³ Raad Volksgezondheid en Zorg, Signaleringsrapport Ethiek en Gezondheid, 2003

in relatie met en tot anderen plaatsvindt. Respect voor autonomie betekent in dit perspectief dat zorg moet aansluiten bij de werkelijke behoeften van de patiënt/cliënt, ook al is die zelf niet altijd in staat om deze goed te verwoorden.

Drang en dwang

Vanuit het zorgethisch perspectief komen drang en dwang als potentieel onderdeel van goede zorg naar voren (Verkerk,2001b). Drang in de vorm van bemoeizorg kan bijvoorbeeld helpen om dwangopname of -behandeling te voorkomen.

In het artikel in GGD Nieuws 2004 met als titel bemoeizorg in de jeugdgezondheidszorg wordt het volgende over het begrip autonomie gezegd: "autonomie heeft met vrijheid, maar ook met negatieve bepaaldheid te maken, met zowel wil als lot. Echter, sommige mensen zijn verre van autonoom. Negatieve bepaaldheid, denk aan ziektes, het langdurig moeten leven op bijstandsniveau of in andere miserabele omstandigheden, is van invloed op de draagkracht van een gezin. De ervaren last kan zo hoog zijn dat een gezin niet of nauwelijks in staat is tot autonomie.

6.8 Bemoeizorg een taak voor de jeugdgezondheidszorg?

De jeugdgezondheidszorg functioneert als een goede infrastructuur waardoor kinderen van 0-19 jaar die in Nederland geboren zijn, en de kinderen die na hun geboorte in Nederland zijn komen wonen, bekend zijn. Door onder andere het hoge bereik en de laagdrempeligheid heeft de jeugdgezondheidszorg alle opgroeiende kinderen veel te bieden en met name kinderen die mogelijk tot een risicogroep behoren.⁷⁴ In het hoofdlijnenakkoord van het kabinet(2003-2007) is versterking van opvoeding en gezinsondersteuning opgenomen. De ministeries van VWS en Justitie willen hiermee gemeenten ondersteunen in een lokale aanpak van kwetsbare gezinnen. **De beide ministeries vinden dat de jeugdgezondheidszorg zeer geschikt is voor deze rol omdat de jeugdgezondheidszorg zich immers kenmerkt door een duidelijke keuze voor het kind, een lage drempel en toegankelijkheid voor ouders en kinderen door de vaste contactmomenten.**

Deze mening wordt ook onderschreven door de GGD West- Brabant in het rapport "Bemoeizorg in de Jeugdgezondheidszorg" uit juli 2003.

In dit rapport schrijft men dat de taakstelling van de preventieve jeugdgezondheidszorg van de GGD heel sterk past bij de invalshoek van opvoedingsondersteuning aan ouders en motivering tot vrijwillige hulpverlening.⁷⁵ Door aan te sluiten bij de doelen van de "Tijdelijke regeling vroegsignalering" benoemd men het actief benaderen door middel van de volgende omschrijving: "Het zijn maatregelen ter vergroting van het bereik ten behoeve van vroegsignalering van achterstanden in de fysieke, sociale, cognitieve of psychische ontwikkeling en van jonge risicokinderen en ondersteuning van ouders of verzorgers van risicokinderen". Verder noemt de GGD West-Brabant dat bemoeizorg aansluit bij artikel 2f van de WCPV, waarin staat: "Het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg waaronder in ieder geval wordt verstaan het signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van de openbare geestelijk gezondheidszorg, het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen, het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare personen en risicogroepen". Bovenstaande werd ook benadrukt door Ike Kroesbergen, waar ik een interview mee mocht hebben in december 2005. Ike Kroesbergen is epidemioloog en regioteammanager JGZ bij de GGD West-Brabant en medeschrijver van discussiestukken in GGD Nieuws over bemoeizorg in de jeugdgezondheidszorg⁷⁶ en het rapport

⁷⁴ Bron: GGD Nederland brochure Jeugdgezondheidszorg de' nuldelijnszorg, 2005

⁷⁵ G: vakblad over gezondheid en maatschappij, 2004

⁷⁶ GGD Nieuws Bemoeizorg in de jeugdgezondheidszorg, H.E.Franken van Toorn, I.Kroesbergen, A.van Rinsum,2004

“bemoezorg in de jeugdgezondheidszorg, een pilot in de JGZ 0-19 jaar in Roosendaal naar methodiek, omvang en beleid”; juli 2003. In het rapport wordt gepleit voor een afbakening tussen basiszorg en bemoezorg omdat dit door de gehele JGZ 0-19 jaar op dezelfde manier zou moeten gebeuren, en daardoor ook bij voorkeur op landelijk niveau afgesproken.

De GGD West-Brabant heeft de volgende omschrijving gegeven van bemoezorg gericht op kinderen:

- Het is in beginsel ongevraagde zorg;
- gebaseerd op gedeelde zorg met een collega in de (jeugd)gezondheidszorg;
- op grond van een bedreiging van de gezondheid van het kind;
- waarbij doorgaans meer dan drie contacten nodig zijn om de ouders tot hulpverlening te motiveren;
- en waarbij het doel is gedeelde zorg met ouders te bereiken, zonder dat gedwongen hulpverlening nodig is.

Het stroomschema bemoezorg⁷⁷ geeft in bijlage 9 aan hoe het verloop van het ‘bemoezorgtraject’ is. Wanneer binnen het bemoezorgtraject een vrijwillige opening naar zorg of opvoedingsondersteuning niet lukt en er dus geen vrijwillige hulpverlening op gang kan komen dan is een melding bij het AMK of Bureau Jeugdzorg de volgende stap.

Op de bijscholing in 2005 “bemoezorg theorie en praktijk” in het AMC werd door Ankie Baller, leidinggevende project Zorgcoördinatie en Vangnet Jeugd Amsterdam, de mening van de GGD West-Brabant niet geheel gedeeld. Zij benoemde de discrepantie van de taken van de jeugdverpleegkundige en de beschikbare tijd voor “bemoezorggezinnen”. Het bemoezorgteam van de GGD Amsterdam is dan ook ontstaan vanuit het ontbreken van voldoende tijd voor het uitvoeren van bemoezorg door jeugdgezondheidszorg. Het bemoezorgteam bestaat voornamelijk uit Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen en Maatschappelijk werkers. In de discussie gaf Ankie Baller aan dat de Maatschappelijk werkers en SPV verpleegkundigen van Vangnet Jeugd binnen hun scholing en expertise meer in staat waren om binnen de bemoezorggezinnen aan de slag te gaan dan jeugdverpleegkundigen. Het geheel heeft geleid tot heftige discussies die avond.

Mariet Monné, Rayonhoofd Stedelijk Rayon Jeugdgezondheidszorg Den Haag ziet de gezinsbegeleiding Speciale JGZ/Bemoezorg ook als taak van de jeugdgezondheidszorg, maar onder de voorwaarde dat het plaatsvindt vanuit een speciaal team. In een interview dat ik met haar mocht hebben in januari 2006 legde zij uit dat bij het opstarten van het team “Speciale jeugdgezondheidszorg” jeugdverpleegkundigen moesten solliciteren om deze functie te kunnen krijgen. Zij ziet het verschil met de bestaande JGZ medewerker in het feit dat er sprake is van de speciale gezinsbegeleiding van onvrijwillige hulpverlening. De gezinsbegeleider zal dwang, drang en mogelijk sancties moeten inzetten zodat de gezinnen de hulpverlening aanvaarden. Dit vereist specifieke vaardigheden om dit uit te kunnen voeren.⁷⁸ Zij pleit dan ook voor een gerichte bij- en nascholing, gericht op methodieken met betrekking tot “multi-problem” gezinnen. Ook het verbreden van kennis rondom psychiatrische stoornissen was onderdeel van de bijscholing van de “Gezinsbegeleider Speciale JGZ” volgens mw. Monné. Verder benadrukte zij het belang van intervisie onder begeleiding van een psychiater binnen dit team.

⁷⁷ Bron: GGD-West Brabant+VV reader Post HBO opleiding jeugdgezondheidszorg

⁷⁸ Bron: rapport gezinsbegeleiding Speciale JGZ/Bemoezorg, Gemeente Den Haag 2005

6.9 De bekendheid van de effecten van bemoeizorg in de jeugdgezondheidszorg

Het visiedocument van de GGZ⁷⁹ heeft over de effecten van bemoeizorg aan volwassenen de volgende constatering beschreven: "In Rotterdam is er onderzoek gedaan naar de effecten van bemoeizorg. De uitkomst levert niet zoveel op, maar mensen komen wel in zorg".

In de tussenevaluatie van het "aansprekend jeugdbeleid opgroeien in Rotterdam" 2004-2005⁸⁰ heeft men gezinnen geïnterviewd die te maken hebben gehad met bemoeizorg en gezinscoaching. Ondanks hun zeer lage verwachtingen zijn de gezinnen redelijk tot heel positief over de hulp die ze kregen of nog steeds krijgen. Volgens een gezin stond de praktische hulp op de voorgrond. Zij zeiden: "De hulpverlener sorteerte en ordende mijn post. Hij ging mee naar de afspraken van de schuldhulpverlening en naar het ziekenhuis." Eén vader omschrijft de hulp met name in termen van 'samenwerking met school'. Volgens hem is er nu veel contact met school "als er iets gebeurt" en gaat de gezinswerker mee naar gesprekken met de schooldirecteur. In de andere twee gezinnen wordt de hulp - ook - beleefd in termen van hulpverlening gericht op verandering in het gezin: "De hulpverlener luisterde en vertelde wat reëel was en waar je naar toe moest werken. Hij hielp bijvoorbeeld door mee te gaan naar de gesprekken van de maatschappelijk werker over de opvoeding van mijn zoontje".

Rode draad in de verhalen van de ouders is hun gevoel meer grip te hebben op hun eigen situatie en op het gedrag van hun kinderen. Het is niet op voorhand duidelijk wat in de beleving van de ouders het krachtigste verandermechanisme is geweest. Het lijkt erop dat de combinatie van hulp met praktische (maar heel belangrijke) zaken als huisvesting, kinderopvang, aangifte bij de belastingdienst én hulp bij de opvoeding van hun kinderen in ieder geval bijdraagt aan het gevoel hun eigen leven meer in de hand te hebben.

Het bemoeizorgteam van de afdeling jeugdgezondheidszorg van de GGD West-Brabant is ontstaan vanuit een proef met bemoeizorg in de jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar, waarbij men inzicht heeft willen verkrijgen in de omvang en noodzaak van bemoeizorg, de soort problematiek en de benodigde tijd en de samenwerkingsrelaties. De argumenten van deze GGD om bemoeizorg als onderdeel van de jeugdgezondheidszorg in te voegen zijn beschreven in hoofdstuk 6.8. Het team bestaat uit jeugdverpleegkundigen 0-4jaar en 4-19 jaar die in dit project nauw samenwerken. (een integrale aanpak)

Er zijn na de afronding van deze pilot positieve effecten van bemoeizorg beschreven. Men heeft ondervonden dat bij 88% van de cliënten die bemoeizorg heeft ontvangen het contact heeft geleid tot het op gang brengen van ondersteuning en hulpverlening. Er is gedeelde zorg tussen de jeugdgezondheidszorgmedewerker en ouders over de gezondheid van het kind bereikt. Voor de kinderen is belangrijke gezondheidswinst geboekt omdat ondersteuning en hulpverlening op gang is gebracht en het risico op een uiteindelijk gedwongen hulpverlening is verminderd.

Het ontstaan van Vangnet Jeugd van de GGD Amsterdam is beschreven in hoofdstuk 6.8. Het team van Vangnet Jeugd de GGD Amsterdam is vooral geprezen⁸¹ voor de continue en brede aandacht die men aan jongeren in problemen geeft. Niek Klazinga, hoogleraar sociale geneeskunde prees de toegankelijkheid en systematische aanpak van Ankie Baller en haar team, waardoor naar zijn mening stevige wortels in de samenleving gelegd zijn. "Men heeft vertrouwen weten te wekken, komt zelfs bij moeilijke gezinnen binnen en levert maatwerk", aldus Klazinga. Daarmee is Vangnet Jeugd een voorbeeld van een team dat op een solide manier in wijken en buurten actief is en gerichte samenwerkingsverbanden weet aan te gaan.

⁷⁹ Bron: GGZ Nederland

⁸⁰ Aansprekend jeugdbeleid "opgroeien in Rotterdam" 2004-2005 een tussentijdse evaluatie, prof.dr.Hermanns&drs.Marianne Kloosterman

⁸¹ www.GodelievevanHeteren.nl

Naar aanleiding van het hoofdlijnenakkoord van het kabinet(2003-2007)waarin er is gepleit is voor versterking van opvoedings-en gezinsondersteuning heeft de gemeente Den Haag zich ingezet voor een versterking van de lokale aanpak rondom kwetsbare gezinnen. Een onderdeel van het plan was om een project gezinsbegeleiding ten behoeve van zorgmijders en het organiseren van bemoeizorg te gaan bewerkstelligen. Dit heeft geleid tot het opzetten van een het team Gezinsbegeleiding Speciale Jeugdgezondheidszorg van de GGD. Het is een team wat bestaat uit verschillende beroepsgroepen; zoals jeugdverpleegkundigen, maatschappelijk werkers, en leerplichtambtenaren. Zie voor opleidingseisen hoofdstuk 6.10. De gezinsbegeleiding Speciale JGZ/Bemoeizorg van de GGD Den Haag is de eerste helft van 2005⁸² van start gegaan met het ontwikkelen van een projectplan en een functiebeschrijving. Vanaf juni 2005 is men daadwerkelijk van start gegaan met de eerste gezinsbegeleiders. In de tussenevaluatie in 2005 staat dat er 43 aanmeldingen zijn geweest en inmiddels 7 afgesloten. Het is nog te vroeg om over daadwerkelijke effecten te spreken.

6.10 Welke competenties zijn er nodig om bemoeizorg uit te voeren

In een interview dat ik mocht hebben met de coördinator van de bemoeizorg van de GGD Zuid-Hollandse Eilanden werd mij duidelijk dat er geen specifiek competentieprofiel bestaat met betrekking tot het uitvoeren van de bemoeizorg. Wanneer er een vacature ontstaat binnen het bemoeizorgteam zal gevraagd worden naar de AGZ verpleegkundige die ervaring heeft in de psychiatrie en verslavingszorg. De Rinogroep die een post-HBO opleiding Bemoeizorg verzorgt zegt er het volgende over: "De opleiding is bedoeld voor professionals met hbo werk- en denkniveau die outreachend werken ten behoeve van 'zorgwekkende zorgmijders'. Bijvoorbeeld (sociaal) psychiatrisch verpleegkundigen, casemanagers, maatschappelijk werkers die werkzaam zijn binnen de GGZ, de verslavingszorg, de GGD-en, het algemeen maatschappelijk werk of de maatschappelijke opvang. Het doel van de opleiding is dan: Competenties verwerven op het gebied van contactleggen, inschatten van problematiek en begeleiden van 'zorgwekkende zorgmijders', evenals op het gebied van samenwerken in de bemoeizorgketen. Daarbij wordt geschoold in de uitgangspunten van de bemoeizorg, veel voorkomende psychopathologie, methodisch werken in de praktijk en de state of the art van het thema 'drang en dwang'.

De gezinsbegeleiders Speciale JGZ/Bemoeizorg van de GGD Den Haag hebben naast dat ze een relevante HBO-opleiding hebben en een ruime ervaring als hulpverlener vanuit verschillende werkvelden, ook een aanvullende opleiding gehad bij Parnassia GGZ om meer kennis te verkrijgen en te leren omgaan met psychiatrische problematiek. Verder wordt dit team begeleid door een psychiater van het RMPI tijdens de intervisie bijeenkomsten.

Bij Vangnet Jeugd van de GGD Amsterdam zijn met name maatschappelijk werkers en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen werkzaam.

In de literatuur is weinig terug te vinden over opleidingseisen binnen de bemoeizorg. Daarom werd in opdracht van de Inspectie van de Gezondheidszorg de projectgroep "Resultaten Scoren" geformeerd door GGZ Nederland, GGD Nederland en de KNMG⁸³, die op basis van onderzoek uit praktijk- en literatuurstudie een handreiking voor de bemoeizorg heeft geschreven. Dit document: "Handreiking Bemoeizorg" is een publicatie van een onderzoeksrapport gepubliceerd op GGZ⁸⁴ Kennisnet uit 2004. In dit rapport wordt het volgende gezegd over competenties en opleiding van de hulpverleners: "De

⁸² Bron: Mariet Monne',Jeugdarts en Rayonhoofd Stedelijk Rayon Den Haag afd.Jeugdgezondheidszorg

⁸³ Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst

⁸⁴ GGZ=Geestelijke Gezondheidszorg

bemoeizorgers, coördinatoren en experts stellen hoge eisen aan werkervaring.⁸⁵ Verder hebben zowel de professionals als de coördinatoren de SPV-opleiding en de opleiding tot maatschappelijk werker hoog in het vaandel staan." In de publicatie staat verder dat de werkwijze, methodieken en de kennis waar deze opleidingen garant voor staan, dicht aansluiten bij de behoeften van de doelgroep van de bemoeizorg. Verder vindt men dat een medische en maatschappelijke achtergrond belangrijk is voor het in het veld een inschatting te kunnen maken van de problemen die er rond een cliënt spelen. Dit soort werk vereist volgens hen een hbo- of post-hbo-niveau. Omdat de problematiek doorgaans zeer complex is kan volgens de onderzoekers niet elke professional zomaar bemoeizorg verlenen. In het rapport zegt men hierover dat de hulpverlener de hoofdlijnen moet kunnen blijven onderkennen en vasthouden. Ook vindt men dat er meer gevraagd moet worden dan alleen maar een opleiding. Er worden ook bepaalde **persoonlijkheidskenmerken** van belang geacht voor het kunnen uitvoeren van deze manier van werken.

Uitkomsten literatuur- en praktijkstudie in dit rapport:

De professionals en coördinatoren geven aan dat er voor bemoeizorg een minimumleeftijd bestaat. Om geloofwaardig bij de doelgroep en het netwerk over te komen mag de bemoeizorger volgens hen niet te jong zijn. Uit het onderzoek blijkt dat de gemiddelde leeftijd van de uitvoerend bemoeizorgers ruim veertig jaar is. Een maximumleeftijd wordt niet genoemd, maar een te hoge leeftijd heeft volgens hen ook beperkingen.

Een ander aspect is het geslacht van de bemoeizorger. Het verdient aanbeveling dat het team zowel uit mannelijke als vrouwelijke teamleden bestaat. Mede gezien de doelgroep en de problematiek (geweld, seksespecifieke problematiek) kan het geslacht van het teamlid een toegevoegde waarde hebben.

Voor de juiste uitstraling – ofwel om geloofwaardig en betrouwbaar over te komen – moet de bemoeizorger weten 'wat er in de wereld te koop is'. Dit vraagt zowel om enige levenservaring als om minstens vijf jaar werkervaring op een relevant werkterrein, bijvoorbeeld in de psychiatrie en de verslavingszorg. De professional moet niet alleen weten hoe instellingen werken, maar hij moet ook over een netwerk beschikken waar hij op kan terugvallen. Een medewerker die net uit de schoolbanken komt, beschikt meestal nog niet over een dergelijke bagage. Het gaat bij de bemoeizorg zowel om werk- als om levenservaring. Beide zijn noodzakelijk om de juiste inschattingen te kunnen maken en om geloofwaardig over te kunnen komen op de doelgroep en op de samenwerkingspartners. Deskundigheidsbevordering vindt men individueel bepaald, afhankelijk van de opleiding, kennis en ervaring van de medewerker.

6.11 Mogelijke valkuilen van de bemoeizorg

De intentie van bemoeizorg is die zorg te verlenen die de cliënt nodig heeft. Vaak zullen het anderen zijn die bepalen wat goed voor hem is, omdat de patiënt zelf dat niet kan. Acceptatie door de patiënt van de geboden zorg is daarmee een belangrijk doel van de bemoeizorg. Het betekent dat de hulpverlener extra aandacht moet hebben voor zijn perspectief. Hij moet "weten aan te sluiten bij de soms bizarre leefwereld van de cliënt", "de betekenis kennen van psychiatrische symptomen en klachten kennen", "betrokkenheid uitstralen" en de patiënt "als het ware laten verlangen naar het volgende contact". Om dat te bereiken zal de hulpverlener met grote regelmaat van rol moeten wisselen. Soms is hij onderwijzer of ouder, dan weer onderhandelaar of diplomaat. Of koopman, zoekend naar gemeenschappelijke raakvlakken en discussies vermijdend over controversiële onderwerpen. Bemoeizorg heeft pas goed kans van slagen als alle mogelijke instellingen en personen intensief met elkaar samenwerken. Niet alleen de instellingen in de GGZ (zoals in Nijmegen PCN, RIAGG en RIBW), maar ook bijvoorbeeld de sociale diensten, woningcorporaties en politie. Hierdoor komen bemoeizorgklanten

⁸⁵ Handreiking bemoeizorg; literatuurstudie, praktijkervaringen en aanbevelingen, GGZ kennisnet

sneller in het vizier, is er meer informatie beschikbaar en kan er adequater hulp worden geboden. Maar het voorkomt ook verkeerde doorverwijzing. Behalve aandacht voor de patiënt zelf is het minstens zo belangrijk dat de omgeving erbij wordt betrokken. Het 'netwerk' moet zo stevig zijn, dat de patiënt niet afhankelijk blijft van de hulpverlening. Dat betekent praten met de familie of die het nog wel aankan. Het betekent ook investeren: Steeds opnieuw praten met de pensionhoudster tot ze ziet dat deze bewoner geen lastige klant is, maar iemand die soms hulp nodig heeft. *Haar* hulp.

Als er met één vorm van zorg de afgelopen jaren is gepioneerd, dan is het met bemoeizorg. Sinds de Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV) Henrie Henselmans in '93 het begrip in Nederland introduceerde hebben zich steeds meer instellingen op deze moeilijke vorm van zorg toegelegd. Want moeilijk is het en overal zitten valkuilen. Een van de mooiste uitgaven van de laatste tijd is daarom "Je gaf niet thuis", het Handboek Bemoeizorg van het bemoeizorgproject in Nijmegen.⁸⁶ Drie jaar lang heeft de projectgroep al doende geleerd. Eerst op experimentele basis, maar door intervisiegesprekken onderling gaandeweg steeds systematischer. Anderen kunnen daar nu hun voordeel mee doen.

⁸⁶ Handboek bemoeizorg "je gaf niet thuis", Riagg Nijmegen; GGZ Nijmegen

7. Bemoeizorg geïntegreerd in het jeugdverpleegkundig handelen

7.1 Inleiding

In hoofdstuk 6.8 is omschreven waarom bemoeizorg een taak is voor de jeugdgezondheidszorg. In hoofdstuk 7.2 en 7.3 ga ik dieper in op het competentieprofiel van de jeugdverpleegkundige en hoe bemoeizorg binnen het profiel van de jeugdverpleegkundige past. De uitwerking van de competenties worden uitgelegd aan de hand van de verschillende rollen die de jeugdverpleegkundige vervuld. Met name die rollen die betrekking hebben op het uitvoeren van bemoeizorg krijgen in dit hoofdstuk een uitgebreider karakter. Ook de samenwerking met andere organisaties in het kader van de bemoeizorg komt in dit hoofdstuk aan bod en wordt het belang van zorgcoördinatie hiermee onder de aandacht gebracht. Hoofdstuk 6.10 zal gespiegeld worden aan dit competentieprofiel zodat in hoofdstuk 8 aanbevelingen gedaan kunnen worden voor eventueel aanvullende opleidingen.

7.2 Het competentieprofiel van de jeugdverpleegkundige in relatie tot bemoeizorg

In het boek van A. Pool ⁸⁷“Met het oog op de toekomst” wordt beroepscompetentie gedefinieerd als: “het vermogen en de wil van een persoon om effectief gedrag in een werksituatie te tonen”.

De Landelijke vereniging voor Wijkverpleegkundigen, de Landelijke vereniging van Sociaal Verpleegkundigen, het Landelijk Overleg HBO-Verpleegkunde en het NIZW hebben hun krachten gebundeld en tezamen het document “In Ontwikkeling”⁸⁸ geschreven. In dit document wordt de belangrijkste context van het jeugdverpleegkundig handelen en de inhoud van de competenties beschreven waarover de jeugdverpleegkundige nu en in de toekomst moet beschikken. De zaken die eerder in deze scriptie naar voren zijn gekomen zoals maatschappelijke ontwikkelingen/veranderingen, het Basistakenpakket en de uitvoering door de jeugdgezondheidszorg, de aanbevelingen van Operatie Jong, het aanpakken van verkokering van de zorg, de sluitende keten van jeugdvoorzieningen, etc. zijn ook de zaken die als de context hebben gefungeerd voor het competentieprofiel van de jeugdverpleegkundige.

Wat betreft de basisrollen van het profiel van de jeugdverpleegkundige zijn deze identiek aan het kernprofiel van de MGZ⁸⁹ verpleegkundige. Dit is het startpunt van de in te vullen competenties van de jeugdverpleegkundige. Deze rollen zijn als volgt:

1. Rol van Zorgverlener
2. Rol van Regisseur
3. Rol van Coach en adviseur
4. Rol van Beroepsbeoefenaar
5. Rol van Ontwerper

Het kernprofiel omvat ook een aantal overstijgende competenties die ook van essentieel belang zijn:

1. Zelfstandig gedrag vertonen

⁸⁷ Met het oog op de toekomst, beroepscompetenties voor HBO verpleegkundigen, 6^e druk, NIZW, Utrecht 2002

⁸⁸ “In ontwikkeling” Competentieprofiel voor jeugdverpleegkundigen in de Jeugdgezondheidszorg(0-19), maart 2005, Jennie Mast, Aart Pool

⁸⁹ Verpleegkundige in de Maatschappelijke Gezondheidszorg, Studentenstatuut MGZ opleiding, 2004-2005

2. Communicatief gedrag vertonen
3. Initiatief gedrag vertonen
4. Integratief en methodisch kunnen denken en handelen
5. Multidisciplinair en multisectoreel kunnen samenwerken
6. Maatschappelijke verantwoordelijkheid kunnen dragen
7. Reflectief gedrag vertonen

Verder moet de MGZ verpleegkundige zowel op micro-, meso- als macroniveau, een attitude kunnen tonen die getuigt van respect, empathie, coöperatie, vraaggerichtheid, informatiebereidheid en verantwoordingsbereidheid.

Het competentieprofiel van de jeugdverpleegkundige wordt in het document "In Ontwikkeling" als volgt omschreven:

"De jeugdverpleegkundige:

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

In de uitwerking van de competenties binnen het competentieprofiel van de jeugdverpleegkundige komt steeds weer de relatie met het basistakenpakket aan de orde. (Zie ook hoofdstuk 4.4)

Er wordt verder benoemd dat de kernkwaliteit van de jeugdverpleegkundige is dat ze **gevraagd** en **ongevraagd** zorg biedt en dat ze **outreaching** te werk gaat.

7.2.1 Bemoeizorg een taak voor de jeugdverpleegkundige?⁹⁰

Wanneer het competentieprofiel voor de jeugdverpleegkundigen nader bekeken wordt dan kunnen een aantal zaken in het kader van bemoeizorg uitgelicht worden.

In de rol van zorgverlener wordt de jeugdverpleegkundige als eerste gezien als iemand die de gezondheid van de jeugd volgt en signaleert wanneer er gezondheidsbedreigingen optreden. Ten tweede brengt zij deze signalen in kaart en weet zij deze signalen om te zetten in het inschatten van de zorgbehoefte. Zij maakt hierbij gebruik van de kennis van de balans tussen draagkracht en draaglast (zie Balansmodel van Bakker, Bijlage 8). Beide punten beantwoorden hiermee direct aan de productgroepen 1 en 2 van het Basistakenpakket JGZ. (zie ook hoofdstuk 5.5 signalen risicokinderen)

Het beïnvloeden van deze gezondheidsbedreigingen, productgroep 5 van het Basistakenpakket, wordt ook binnen het competentieprofiel omschreven als een belangrijke taak van de jeugdverpleegkundige. Het gaat daarbij om het beïnvloeden van de volgende factoren: biologische factoren, de fysieke omgeving, de sociale omgeving, gedrag en leefstijl en tenslotte de gezondheidszorg. (zie ook "Model van Lalonde" bijlage 4)

In hoofdstuk 5.6 van deze scriptie komen deze factoren uitgebreid aan bod in het kader van de uitleg van het begrip "risicogezinnen".

Bij het beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen in het kader van bemoeizorg gaat het om steun te bieden aan ouders om inzicht te verkrijgen in hun probleem en het motiveren van ouders om extra hulp te accepteren. In dit opzicht kan ook genoemd worden dat de jeugdverpleegkundige extra zorg biedt of organiseert voor het kind of zijn/haar ouders.

⁹⁰ Bron: "In Ontwikkeling", Competentieprofiel voor de jeugdverpleegkundige in de Jeugdgezondheidszorg

Op het gebied van GVO, productgroep 4 van het Basistakenpakket richt de jeugdverpleegkundige zich op preventieve interventies gericht op individuele ouders of jeugdigen binnen een bepaalde subpopulatie (bijvoorbeeld alcohol/ drugsverslaving of psychiatrische stoornissen) op het voorkomen van probleemgedrag of risico's voor de ontwikkeling van de kinderen. Men spreekt in dit kader van selectieve preventie.

In de rol van regisseur, de relatie met productgroep 6 van het Basistakenpakket waar het gaat over zorgsysteem, netwerken, overleg en samenwerking wordt als specifieke competentie omschreven dat de jeugdverpleegkundige ervoor zorgt dat de preventieve zorg een continu en integraal proces is dat gericht is op de gezondheid en welzijn van jeugdigen waarbij de jeugdverpleegkundige de zorg initieert en coördineert.

Binnen bemoeizorgtrajecten is er meestal sprake van multi-problem situaties en als gevolg daarvan meerdere hulpverleners/organisaties binnen een gezin. Op dat moment moet er zorgcoördinatie plaatsvinden om te komen tot een "sluitende keten" van zorg⁹¹.

Reeds in hoofdstuk 5 van dit verslag werd deze noodzaak omschreven. In het competentieprofiel van de jeugdverpleegkundige staat dat de jeugdgezondheidszorg de voordeur en achterdeur van de jeugdzorg is. Men zegt hierover dat de jeugdverpleegkundige als taak heeft de zorgcoördinatie op zich te nemen totdat een andere organisatie het overneemt en de coördinatie weer op te pakken wanneer de andere organisatie de zorg weer afsluit. De zorgcoördinator is het aanspreekpunt voor de jeugdige en zijn ouders en hulpverlenende instanties en zorgt ervoor dat de geboden zorg en hulp op elkaar wordt afgestemd. Hierbij is belangrijk dat duidelijk is wie wat doet op welk terrein en waarom. Het draait hierbij om het afstemmen van de zorg met de partijen die zorg en hulpverlening voor jeugdigen organiseren.(mesoniveau) Op individueel(micro-) niveau vindt afstemming plaats tussen alle bij de zorgverlening betrokken medewerkers. De regiefunctie van de jeugdverpleegkundige kan concreet gemaakt worden door het vervullen van de rol van zorgcoördinator zoals hier is beschreven.

Daarnaast zegt het competentieprofiel over de rol van regisseur dat de jeugdverpleegkundige deel uitmaakt van de keten en dat professionele samenwerking waarin feedback en reflectie een belangrijke rol spelen en stellen als zodanig de jeugdverpleegkundige in staat om zich pro-actief in te zetten voor een goede teamvorming.

De **rol van ontwerper**, de relatie productgroep 6 van het Basistakenpakket, wil ik belichten omdat de veranderingen binnen de jeugdgezondheidszorg zich in een rap tempo opvolgen. Een aandeel van de jeugdverpleegkundigen wordt dan ook gevraagd in het ontwikkelen van nieuwe preventie- en opvoedingsprogramma's. Gezien de landelijke ontwikkelingen en visies waarin gepleit wordt voor een actievere opstelling van de jeugdgezondheidszorg met betrekking tot risicogezinnen(zie hoofdstuk 2.3) zal de jeugdverpleegkundige een bijdrage moeten leveren in het samen ontwikkelen van verpleegkundige modules als onderdeel van het JGZ aanbod. Daarbij moet gebruik gemaakt worden van reeds bekende methodieken, verpleegkundige praktijkervaring en de meest recente wetenschappelijke inzichten met betrekking tot de inhoud van de jeugdgezondheidszorg in het algemeen en de verpleegkundige inbreng in het bijzonder. Een bijdrage leveren in het ontwikkelen van een bemoeizorgtraject door de jeugdverpleegkundige kan middels werkgroepen en projectgroepen plaatsvinden.

De **rol van beroepsbeoefenaar**, de relatie met productgroep 6 van het Basistakenpakket, omschrijft de actieve houding van de jeugdverpleegkundige om de kwaliteit van het jeugdverpleegkundige beroep op peil te houden middels deskundigheidsbevordering. Het competentieprofiel zegt hierover dat de snelle ontwikkelingen binnen de jeugdgezondheidszorg, de jeugdzorg en de veranderingen in de maatschappij en bevolking vragen om permanente scholing van de jeugdverpleegkundigen. De maatschappelijke ontwikkelingen vragen om zaken als "evidence-based" handelen, vraaggestuurde zorg, werken vanuit een maatschappelijk bewustzijn en transparantie in beroepsontwikkelingen. Met name daar waar het een

⁹¹ Operatie Jong, Ministerie BKZ,OC&W,Justitie,VROM,SZW en VWS

betrekkelijk nieuw product als "bemoeizorg door de jeugdgezondheidszorg" betreft is deze houding zeer op zijn plaats binnen de rol van beroepsbeoefenaar.

7.3 De verpleegkundige theorie in relatie tot bemoeizorg

7.3.1 Inleiding

De verpleegkundige visie op het verplegen in de maatschappelijke gezondheidszorg heeft een onderbouwing vanuit een theoretisch kader zoals bijvoorbeeld van Dorothea Orem en Imogene King.⁹² Vanuit deze visie geeft de verpleegkundige invulling aan haar beroep en als zodanig aan de manier van zorg verlenen. Deze twee theorieën zullen in dit hoofdstuk beschreven worden en als laatste zal de theorie van Neuman beschreven worden en wat deze laatste betekent voor de bemoeizorg.

7.3.2 De verpleegkundige theorieën

Orem geeft een omschrijving van wat de verpleegkundige doet en wat de behoeften zijn waar de verpleegkundigen zich op moeten richten. Het geeft de mogelijkheid aan om het handelen aan theoretische uitgangspunten te toetsen en beroepsmatige argumenten te onderbouwen, de blik te verbreden en blinde vlekken op te sporen⁹³.

Orem is sterk in het helder omschrijven van het schematisch kunnen kijken naar een verpleegsituatie. Het model zegt echter niets over de relatie tussen de patiënt en de verpleegkundige en wanneer er nu sprake is van zelfzorgtekort van de patiënt. Wie bepaald er wanneer er sprake is van zelfzorgtekort, de patiënt of de verpleegkundige? Daar waar het gaat om bemoeizorg komt hiermee direct het eerste dilemma omdat hier meestal sprake is van een patiënt die niet inziet dat er zelfzorgtekort aanwezig is. Hierbij komen dus normen en waarden om de hoek kijken.

Het interactiemodel van King geeft echter het belang van het centraal stellen van de patiënt aan in de verpleegkundige zorgverlening. King vindt dat de verpleegkundige zich niet moet opstellen als alwetende deskundige. De verpleegkundige moet de patiënt proberen te begrijpen en verstaan en in interactie met de cliënt de zorg gaan vorm gaan geven.

Betty Neuman⁹⁴ geeft binnen haar theorie een brede omschrijving van het begrip omgeving. De omgeving bestaat uit alle interne en externe factoren die een persoon(ccliëntensysteem) omringen. Om die factoren aan te duiden worden in het model de begrippen interne en externe omgeving gebruikt. In 1990 heeft Neuman (1990) het begrip "gecreëerde omgeving" toegevoegd. Het is een individuele perceptie die af kan wijken van de perceptie die anderen hebben op dezelfde situatie. De basis van de gecreëerde omgeving vormt volgens Neuman de "symbolische expressie van heelheid". Zij schrijft een bijzondere waarde toe aan dit concept. Immers ieder mens creëert op een eigen onbewuste wijze zijn omgeving. Neuman maakt duidelijk dat verpleegkundigen in het contact met cliënten op zoek moeten naar onbewuste drijfveren en naspeuren en bespreken op welke wijze onbewuste voorstellingen, opvattingen, fantasieën de werkelijkheid beïnvloeden.

In het kader van bemoeizorg sluit naar mijn mening deze denkwijze goed aan bij de groep cliënten die voor deze zorg in aanmerking komen en kan als aanvulling fungeren op de schematische manier van kijken naar een verpleegsituatie van Orem en de interactietheorie van King.

Het Balansmodel van Bakker⁹⁵ is een belangrijke hulpmiddel binnen de verpleegkundige zorgverlening om te kunnen inschatten of er voldoende evenwicht is tussen de factoren die de draaglast en draagkracht beïnvloeden. Het is een startmoment

⁹² Methodiekverslag Jolanda van Westen, MGZ 2003

⁹³ Het verpleegproces, Joanne Kruijswijk/Henry Mostert, uitgeverij Tijdstroom

⁹⁴ NVSPV kennissite "werken met werkelijkheden", Ben Venneman, november 2000

⁹⁵ Bijlage 8 Balansmodel van Bakker

van het inventariseren van waar het evenwicht verstoord dreigt te raken of al verstoord is, om vervolgens tot een verpleegkundige diagnose te komen. Vanuit deze basis kan het verpleegproces aanvangen. In bijlage 8 staat dit model verder uitgewerkt. Ook het gezondheidsmodel van Lalonde⁹⁶ verschaft de verpleegkundige informatie over de determinanten die de gezondheid bedreigen, waardoor de basis is gelegd voor het ontwikkelen van de verpleegkundige diagnose. In bijlage 4 van deze scriptie worden deze determinanten verder uitgewerkt.

Het stroomschema "Bemoeizorg gericht op kinderen"⁹⁷ is een hulpmiddel voor het starten van bemoeizorg. Bij de GGD West-Brabant is dit stroomschema gebruikt om bemoeizorg uit te voeren en in de praktijk is gebleken dat het een goed hanteerbaar hulpmiddel is. Het is een hulpmiddel om af te wegen of de start van bemoeizorg inderdaad gewenst is als antwoord op een zorgelijke situatie. Het is een hulpmiddel om goed te overwegen of bemoeizorg een optie is binnen een zorgsituatie.

7.4 Interventies die bekend zijn in de JGZ met betrekking tot bemoeizorg

Betty Neuman zegt dat je de problemen van een ander niet kunt oplossen, dat kan alleen de ander zelf. Als hulpverlener kun je de ander wel sterker/weerbaarder maken. Het zelfvertrouwen en geloof in zichzelf vergroten. ("empowerment") Dit doe je als verpleegkundige door vragen te stellen om gedachten te ordenen bij de cliënt. Hierbij maakt de jeugdverpleegkundige gebruik van communicatieve vaardigheden en attitude zoals beschreven zijn in hoofdstuk 7.2.

Bemoeizorg als methodiek in de jeugdgezondheidszorg 0-19 staat nog in de kinderschoenen.⁹⁸ In projecten gericht op kinderen van verslaafde ouders of ouders met psychiatrische problematiek in Den Haag, Amsterdam of regio Leiden wordt bemoeizorg toegepast voor deze afgebakende doelgroepen. Deze projecten zijn daarnaast met name gericht op de coördinatie van de zorg in het gezin, met als doel basiszorg voor het kind te garanderen. De GGD West-Brabant heeft een innovatieve, doelgroepgerichte aanpak ontwikkeld en erover gepubliceerd om het landelijk draagvlak te toetsen.

In hoofdstuk 6.8 is de werkdefinitie omschreven van dit project en de effecten die ermee zijn bereikt in hoofdstuk 6.9

Deze pilot heeft gediend als de basis van verschillende bemoeizorgprojecten binnen de jeugdgezondheidszorg. Het doel van deze projecten is om uiteindelijk gedeelde zorg met de cliënt te bereiken, teneinde de gezondheid van het kind te bevorderen of beschermen, vanuit het uitgangspunt van vrijwillige hulpverlening. Bemoeizorg betreft een extra inspanning om op het spoor te zetten naar deze vrijwillige hulpverlening, opvoedondersteuning of jeugdhulpverlening.

Het "Impulsproject gezinsondersteuning" wat beschreven staat in hoofdstuk 1.3 sluit hier goed bij aan. Zeer recent is door dhr. Visch, hoofd jeugdgezondheidszorg GGD Zuid-Hollandse Eilanden en het ontwerpteam van het "Impulsproject" van deze GGD een handboek "Gezinsbegeleiding op maat"⁹⁹ geschreven waarin ook het NIZW betrokken wordt om het project te volgen en te evalueren. De "gezinsbegeleider" in dit project heeft een drietal rollen, te weten de zorgverlener (praktisch meehelpend), de regisseur (overstijgend coördineren), en de coach (versterkend, adviserend). Het handboek geeft een visie op de zorg voor gezinnen met meervoudige problematiek en omschrijft de praktische invulling van de gezinsbegeleiding op maat.

⁹⁶ Bijlage 4 "Gezondheidsmodel van Lalonde"

⁹⁷ Bijlage 9 "Stroomschema Bemoeizorg gericht op kinderen"

⁹⁸ Bron: "Bemoeizorg in de jeugdgezondheidszorg", GGD West-Brabant, 2003

⁹⁹ Handboek is nog in ontwikkeling; nog niet beschikbaar als onderdeel van deze scriptie.

8. Discussie en aanbevelingen aanbodkant

8.1 Inleiding

In dit hoofdstuk kom ik weer terug bij mijn oorspronkelijke probleemstelling en de deelvragen die in de probleemanalyse zijn omschreven. Deze deelvragen zal ik als leidraad gebruiken om dit hoofdstuk vorm te geven.

8.2 Bemoeizorg als geïntegreerd onderdeel?

Wanneer ik terugkijk op het begin van de scriptie, dan kijk ik terug op een zoektocht naar maatschappelijke ontwikkelingen en als gevolg daarvan de vernieuwde inzichten van de overheid op de rol van de jeugdgezondheidszorg. In deze scriptie zijn vanuit de wettelijke kaders en de rechten van het kind iedere keer aangrijpingspunten gevonden om bemoeizorg door de jeugdgezondheidszorg te laten uitvoeren. Als ondersteuning van deze aangrijpingspunten zijn de meningen van verschillende GGD'en gevraagd en is het competentieprofiel van de MGZ- en jeugdverpleegkundige onder de loep genomen. Daar waar het gaat om de jeugdverpleegkundige competenties zijn een aantal rollen de revue gepasseerd die ook als onderbouwing dienen voor het uitvoeren van de bemoeizorg door de jeugdverpleegkundige. Hoofdstuk 6.10 wordt in dit hoofdstuk naast het competentieprofiel van de jeugdverpleegkundige gelegd en het resultaat is dat men mag concluderen dat er vele raakvlakken zijn met de aanbevelingen die gedaan zijn binnen dit hoofdstuk. Ik wil hierbij opmerken dat de huidige MGZ opleiding zeer veel aandacht besteed aan communicatieve vaardigheden binnen allerlei situaties. Daarnaast is de gemiddelde leeftijd van de studenten van de MGZ opleiding ook 36+ en hebben we te maken met verpleegkundigen die reeds jaren werkzaam zijn binnen de gezondheidszorg. Een kanttekening hierbij is wel op zijn plaats. Binnen bemoeizorgtrajecten is er vaak sprake van psychiatrische en/of verslavingsproblematiek. Het moet gezegd worden dat niet iedere MGZ verpleegkundige voldoende kennis beschikt over deze specifieke groep cliënten. Zowel de "Gezinsbegeleiding Speciale Jeugdgezondheidszorg" in Den Haag als de bemoeizorg vanuit de jeugdgezondheidszorg van de GGD West-Brabant worden door GGZ partners begeleid. Het team "Gezinsbegeleiding Speciale Jeugdgezondheidszorg" heeft bijscholingen gevolgd bij Parnassia GGZ en worden tijdens intervisie bijeenkomsten bijgestaan door een psychiater van het RMPI¹⁰⁰ Barendrecht.

Ook de kennis die nog ontbreekt rondom dit onderwerp ligt in het verlengde van de jeugdverpleegkundige die een houding heeft van "een leven lang leren". In de rol van beroepsbeoefenaar staat ook dat zij voortdurend actief moet zijn om de kwaliteit van het jeugdverpleegkundige beroep op peil te houden middels deskundigheidsbevordering. Het steeds weer in kunnen spelen op de veranderende maatschappelijke ontwikkelingen is een kerntaak die de MGZ verpleegkundige heeft. Het anticiperen op bemoeizorg in de jeugdgezondheidszorg is een gevolg hiervan.

De complexiteit van de problematiek brengt met zich mee dat in hoofdstuk 6.10 ook beschreven staat dat niet iedere professional bemoeizorg uit kan voeren. Naast de capaciteiten die de jeugdverpleegkundige al heeft moet bemoeizorg ook bij je passen qua persoonlijkheid. Mariet Monné, Rayonhoofd Stedelijk Rayon Speciale Jeugdgezondheidszorg GGD Den Haag is hier ook uitgesproken over. Alle professionals in het team Speciale Jeugdgezondheidszorg van de GGD Den Haag hebben moeten solliciteren om in dit team werkzaam te kunnen zijn. Naast de bestaande capaciteiten wordt ook gevraagd naar de bereidheid om bij te scholen en de mate van affiniteit met

¹⁰⁰ Rotterdams Medisch Pedagogisch Instituut

het werken met "multi-problem" gezinnen. Met andere woorden: Draag je als jeugdverpleegkundige bemoeizorg een warm hart toe en ben je bereid om je kennis te vergroten rondom dit onderwerp om actief binnen gezinnen zorg te gaan verlenen? Dit is een vraag die naar mijn mening nog te weinig gesteld wordt om de discussie hierover op gang te brengen. Een vraag die hierop volgt kan ook zijn: Zijn de jonge HBO-V professionals ook al klaar voor bemoeizorg of ontstaat er nu een tweedeling in taken? Deze vragen zullen naar mijn mening de komende tijd beantwoord moeten gaan worden wanneer de lopende projecten voeten in aarde gaan krijgen en de tussenevaluaties weer opnieuw inzichten verschaffen over de gehanteerde methodieken en de voorwaarden waaronder er gestart kan worden en met wie.

8.3 Tijdsplanning binnen het bestaande takenpakket?

Hier kom ik als eerste terug op de in hoofdstuk 6.8 uitgesproken mening hierover van Ankie Baller, leidinggevende van het Vangnet Jeugd van de GGD Amsterdam. Tijdens de bemoeizorg bijscholing in november 2005(AMC) voor de jeugdgezondheidszorg gaf zij aan dat het Vangnet Jeugd in Amsterdam ontstaan was uit het feit dat de jeugdgezondheidszorg naast haar bestaande takenpakket niet voldoende ruimte had voor de uitvoering van bemoeizorg door de jeugdgezondheidszorg. Daarbij benoemde zij de veelzijdigheid aan capaciteiten van haar team met betrekking tot bemoeizorg in tegenstelling tot de jeugdverpleegkundigen.

De tijd die de jeugdverpleegkundige kan besteden aan bemoeizorg is naast het bestaande takenpakket inderdaad een lastig iets. Nu ook het voortgezet onderwijs actief gevolgd wordt is de ruimte binnen het takenpakket minimaal. Het registeren van de tijd die voor de invulling van bemoeizorg nodig is, is naar mijn mening erg belangrijk om zo een inschatting te kunnen maken van hoeveel tijd bemoeizorg kost. Binnen de GGD Zuid-Hollandse Eilanden is dit nog niet helder omdat het uitvoeren van bemoeizorg nog betrekkelijk nieuw is. De GGD West-Brabant beschrijft in haar document "Bemoeizorg door de Jeugdgezondheidszorg" dat bemoeizorg arbeidsintensieve zorg is. Dit betekent volgens hen dat de JGZ en de gemeente bemoeizorg extra moeten financieren omdat de basisfinanciering niet voorziet in dergelijke arbeidsintensieve zorg. Dit betekent dus in de praktijk dat de jeugdverpleegkundige gefaciliteerd moet worden om bemoeizorg uit te kunnen voeren. Dit faciliteren kan dan in de vorm van extra tijd kunnen besteden naast het bestaande basispakket of in de vorm van een apart team binnen de afdeling jeugdgezondheidszorg die zich alleen bezig houdt met bemoeizorg. Bij de GGD Den Haag is gekozen voor het formeren van een apart team "Speciale Jeugdzondheidszorg", waarbij Mariet Monné, teamleider van dit team in mijn interview aangaf dat de gemeente Den Haag de "Impulsgelden" mede gebruikte om dit team te laten draaien.

8.4 Aanbevelingen vanuit het veld van "bemoeizorg"

In hoofdstuk 6.10 zijn de aanbevelingen vanuit het veld van bemoeizorg beschreven. In hoofdstuk 6.2 wordt een vergelijking gemaakt met het competentieprofiel van de jeugdverpleegkundige waarin duidelijk is geworden dat er vele raakvlakken zijn met de aanbevelingen vanuit het veld van bemoeizorg.

Microniveau: De verpleegkundige in de maatschappelijke gezondheidszorg is een verpleegkundige die door middel van een aanvullende opleiding zich de 5 rollen van het kernprofiel van de "MGZ verpleegkundige" heeft eigen gemaakt. De differentiatie die in het laatste jaar van de opleiding vorm heeft gekregen heeft geleid tot een verdieping in de richting van de maatschappelijke gezondheidszorg die de verpleegkundige heeft gekozen (in dit geval differentiatie jeugdgezondheidszorg). De jeugdverpleegkundige heeft inmiddels een eigen competentieprofiel gekregen die haar wortels heeft binnen het kernprofiel van de MGZ verpleegkundige. Hoofdstuk 7.2 geeft de vertaling aan van de rollen binnen het competentieprofiel van de jeugdverpleegkundige in relatie tot de uitvoering van bemoeizorgtaken. De aanbevelingen vanuit het bemoeizorgveld kunnen

hierin terug gevonden worden. Daar waar het gaat om deskundigheidsbevordering liggen binnen de rol van beroepsbeoefenaar ook aangrijpingspunten en kansen voor bemoeizorg.

Mesoniveau: Op mesoniveau wordt de jeugdverpleegkundige aangestuurd door een organisatie. Zij werkt vanuit de missie en visie van de zorginstelling. Wanneer de organisatie gehoor geeft aan de maatschappelijke ontwikkelingen en de overheid inzake taakherschikking zal de organisatie ervoor moeten zorgen dat de jeugdverpleegkundige in deze voldoende gefaciliteerd wordt om het nieuwe product dat ontstaan is ook goed uit te kunnen voeren. Dat betekent in de praktijk als eerste dat er voldoende tijd beschikbaar moet zijn waarbij er naar mijn mening een afweging gemaakt moet worden of de bemoeizorg toegevoegd wordt aan het bestaande takenpakket of dat er een tweedeling in taken plaats moet vinden. Wanneer gekozen wordt voor de tweede optie betekent dat in de praktijk dat de jeugdverpleegkundige een keuze moet maken voor bemoeizorg of het reguliere pakket.

Als tweede kwam in de aanbevelingen van het "bemoeizorgveld" naar voren dat er behoefte is aan verpleegkundigen die ervaring hadden met multi problematiek. Met name de kennis van verslavings- en psychiatrische aandoeningen was een aanbeveling die men deed. Dat betekent voor de organisatie dat de jeugdverpleegkundige die bemoeizorg gaat uitvoeren bijgeschoold moeten worden op dit gebied.

Macroniveau: De politiek en de gemeenten moeten overtuigd worden van het feit dat bemoeizorg effectief is en bijdraagt tot kwaliteit van zorg. Dit kan de Landelijke Vereniging van Wijkverpleegkundigen doen die regelmatig overleg hebben met de koepelorganisatie de AVVV (Algemene Vergadering Verplegenden en Verzorgenden). Deze koepelorganisatie heeft korte lijnen met de politiek. Verder moeten Organisaties en bedrijven van overheidswege transparant werken, conform de voorgeschreven kwaliteitsnormen. Voor de zorgsector zijn dit normen die voorgeschreven staan in de Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ). Ook wat betreft het uitvoeren van bemoeizorg is het belangrijk dat er eenduidig en transparant gehandeld wordt volgens voorgeschreven protocollen en methodieken. Het dient de aanbeveling dat de jeugdverpleegkundige in haar rol als ontwerper meehelpt deze protocollen te ontwikkelen en te onderwerpen aan een voortdurende kritische blik. In de praktijk betekent dit dat er omschreven moet zijn middels protocollen en handleidingen hoe de zorg georganiseerd is en welke stappen er genomen moeten worden voor welk product.

In de rol van beroepsbeoefenaar kan de jeugdverpleegkundige haar invloed op de politiek uitoefenen door haar krachten te bundelen met beroepsgenoten en het in beweging zetten van de beroepsorganisatie.

8.5 Aanvullende opleidingen.

In hoofdstuk 6.10 staat dat binnen het bemoeizorgveld deskundigheidsbevordering individueel bepaald is, afhankelijk van de opleiding, kennis en ervaring van de medewerker. Voor de jeugdverpleegkundige geldt dit natuurlijk ook. Het kan zijn dat de jeugdverpleegkundige ervaring heeft opgedaan binnen de GGZ en de verslavingszorg bij vorige werkgevers of dat de jeugdverpleegkundige werkzaam is geweest binnen gezinssystemen met meervoudige problematiek. Er zal dus op microniveau afgewogen moeten worden welke aanvullende opleiding geschikt is.

De opleidingen die aanbevolen worden vanuit het veld zijn de opleidingen die zich enerzijds richten op multiprobleem- en GGZ problematiek en anderzijds op de begeleiding binnen de opvoedingssituatie. Ik wil bij deze drie organisaties benoemen die zich bezighouden met nascholingen op dit gebied.

Het **Kempler** instituut Nederland biedt een aantal nascholingscursussen. Voorbeelden hiervan zijn de training Intensieve gezinsbegeleiding en gezinscoaching en het werken met multi probleem gezinnen.

De training "**intensieve gezinsbegeleiding**" is een methodieknascholing die zowel gericht is op empowerment van problematisch functionerende gezinnen als op empowerment van de hulpverlener. Zij wil gezinsbegeleiders scholen in wat zij persoonlijk kunnen doen in moeilijke gezinssituaties en hoe zij dat kunnen doen. Zij leren om vraaggericht en empowerment bevorderend te werken met gezinnen, maar daarbij ook hun eigen kracht te ontwikkelen en te gebruiken. De deelnemers leren hoe zij in korte tijd kunnen ontdekken wat nodig is om het gezinsfunctioneren te verbeteren, wat de mogelijkheden en beperkingen van een gezin daarbij zijn en hoe zij deze mogelijkheden zo kunnen activeren dat er tijdens hun begeleiding een daadwerkelijke verbetering optreedt. Om gezinnen er effectief toe te brengen hun positieve mogelijkheden in te zetten moet een gezinsbegeleider hen niet alleen vertellen wat zij moeten doen, maar hen vooral ook in zijn houding een inspirerend voorbeeld geven van hoe zij dit kunnen doen.

De training "**werken met multi probleemgezinnen**" heeft als doel dat de hulpverleners die met deze gezinnen werken zich een weg weten te vinden in de wirwar van in elkaar grijpende problemen waarmee zij geconfronteerd worden. De ervaring is dat het niet altijd lukt om uit de negatieve spiraal te komen, omdat het aan inzichten en vaardigheden ontbreekt om de complexe situatie te kunnen hanteren. Gebaseerd op jarenlange ervaring van dit instituut met deze gezinnen hebben zij een korte, praktische nascholing ontwikkeld die hulpverleners kan helpen beter op hun eigen benen te blijven staan en toch goed bij deze gezinnen aan te sluiten.

De **RINO** groep¹⁰¹ biedt een gerichte bemoeizorg nascholing aan waarin aandacht besteed wordt aan:

Theorie en achtergrond van bemoeizorg

Hierin wordt aandacht besteed aan de belangrijkste theoretische uitgangspunten van bemoeizorg, evenals de context en actuele ontwikkelingen op het terrein van de bemoeizorg.

Psychiatrische stoornissen en verslavingen

De meest voorkomende psychiatrische stoornissen en kenmerken van middelengebruik komen aan de orde. Er wordt verder aandacht besteed aan praten en onderhandelen met psychotici, grenzen stellen bij mensen met persoonlijkheidsproblematiek, omgaan met bizar gedrag en verslaving en (on)mogelijkheden van medicamenteuze behandeling en de benadering van dubbeldiagnose cliënten.

Methodieken van bemoeizorg

Er wordt aandacht besteed aan het leren van contacten leggen, het oefenen van houding en gedrag in het omgaan met mensen met diverse problemen en het leren werken met doelen en grenzen stellen. Verder wordt de kennis vergroot omtrent het toepassen van motiveringstechnieken en de kunst van het onderhandelen. Verder gaan deze module in op het bieden van perspectief, planmatig te werken, het inschakelen van het maatschappelijk steunsysteem, opbouwen van netwerken, onderhandelen en omgaan met medewerkers van politie en woningbouwcorporaties en het beleggen van een zorgconferentie.

Dwang en Dwang en wettelijke kaders

In deze modules wordt aandacht besteed aan BOPZ en WGBO. Aan de orde komen dwangmaatregelen zoals de Rechterlijke Machtiging en nieuwe maatregelen in het kader van de BOPZ. Ook wordt ingegaan op de 'onder bewindstelling', 'onder curatele' en het mentorschap. Afsluitend is er een module over etnische dilemma's in de bemoeizorg en criteria voor goed hulpverlenerschap.

De opleiding is praktijkgericht, dat wil zeggen dat er ruimte en aandacht is voor de eigen werksetting en eigen leerbehoeften. De opzet van het programma is interactief met een optimale balans tussen kennis vergaren en oefenen met vaardigheden. Alle docenten hebben specifieke deskundigheid die nodig is voor de vele aspecten van bemoeizorg. Zij zijn werkzaam ofwel in de praktijk van bemoeizorg, ofwel op aanverwante gebieden.

¹⁰¹ Regionaal Instituut Opleidingen en Nascholingen

Het is ook mogelijk om een "incompany" training aan te vragen.

Als laatste voorbeeld van een organisatie die nascholingen verzorgt wil ik ook het **Instituut Collegio** noemen. Collegio, kennispraktijk voor de jeugdzorg, is een landelijk werkend advies en organisatiebureau. Collegio draagt beschikbare kennis over, traint, adviseert en implementeert. In het kader van de aanpak van multi problematiek bieden zij de nascholing aan die volgens de methodiek van **Families First** vorm gegeven is. Families First is gebaseerd op leertheoretische uitgangspunten. Uitgangspunt is dat het gezin in staat is om de eigen problemen op te lossen als de competenties van het gezin (de gezinsleden) vergroot worden. Om te bepalen wat de leden van het gezin precies moeten leren om beter met problemen om te gaan, maakt Families First gebruik van een "competentiemodel". Hiermee analyseert de gezinsmedewerker hoe het komt dat de balans tussen taken en vaardigheden verstoord is. Daarbij brengt de gezinsmedewerker risicofactoren en beschermende factoren in kaart. Een van de manieren om een verstoorde balans tussen taken en vaardigheden te herstellen is het leren van nieuwe vaardigheden. De hulp is in de eerste instantie gericht op het oplossen van de crisis waardoor de uithuisplaatsing voorkomen wordt. De hulpverlening bestaat uit een combinatie van praktische ondersteuning en psychosociale hulp. De resultaten van Families First zijn beschreven in onafhankelijke onderzoeken. Bij afsluiting van de hulp woont 90% van de kinderen nog thuis en een jaar na de afsluiting is dit nog 75%.

Als laatste zou het een uitdaging kunnen zijn voor de reguliere opleidingen in de maatschappelijke gezondheidszorg om een extra module te starten met betrekking tot bemoeizorg waar studenten zich op in kunnen schrijven. In deze module kan dan een splitsing gemaakt worden in enerzijds kennisvergroting met betrekking tot GGZ/Verslavingszorg en multi-problem gezinnen en anderzijds over het hanteren van de verschillende (pedagogische)methodieken. Gezien de huidige veranderingen binnen de maatschappelijke gezondheidszorg en de vraag naar nascholingen op dit punt op dit moment is dit naar mijn idee een zaak waar de opleidingen winst kunnen behalen.

9. Conclusie

Concluderend kan er gezegd worden dat het 'nieuwe' gebied van de bemoeizorg door de jeugdgezondheidszorg nog volop in beweging is. De basis is gelegd voor een verdere uitwerking en verankering van dit product binnen de GGD-en. Terugkomend op de probleemstelling van deze scriptie zoals omschreven in hoofdstuk 2.5 kom ik tot de volgende conclusies:

Als eerste concludeer ik dat de jeugdgezondheidszorg bij uitstek de instantie is die bemoeizorg kan uitvoeren. Mijn mening wordt in deze onderbouwd door het feit dat de ministeries van VWS en Justitie de jeugdgezondheidszorg zeer geschikt vinden voor deze rol omdat de jeugdgezondheidszorg zich kenmerkt door een duidelijke keuze voor het kind, een lage drempel heeft en toegankelijk is voor ouders en kinderen door de vaste contactmomenten. In hoofdstuk 6.8 wordt dan ook beschreven dat deze ministeries de lokale aanpak van kwetsbare gezinnen willen ondersteunen en verder dat het kabinet in het hoofdlijnenakkoord 2003-2007 de versterking van opvoeding en gezinsondersteuning heeft opgenomen.

De notitie "Uitvoering van het basistakenpakket" van het sectiebestuur van de Landelijke Vereniging van Wijkverpleegkundigen onderstreept dat het 'outreaching' werken door de jeugdverpleegkundige het middel is om ouders die geen gebruik maken van de jeugdgezondheidszorg toch te bereiken en het zicht op de ontwikkeling van hun kinderen als zodanig te behouden.

Als tweede concludeer ik dat de jeugdverpleegkundige bij uitstek degene is die invulling moet gaan geven aan dit product. In hoofdstuk 7.2.1 is het competentieprofiel van de jeugdverpleegkundige nader bekeken en afgezet tegen de in hoofdstuk 6.10 benoemde competenties voor de uitvoering van bemoeizorg. De uitkomst hiervan is dat veel van de bestaande competenties overeen komen met de vereiste competenties binnen de bemoeizorg. Daarbij is het wel van belang dat er aanvullende competenties door de jeugdverpleegkundige eigen worden gemaakt. Met name op het gebied van psychiatrische- en verslavingsproblematiek dient er aanvullend opgeleid te worden omdat de complexiteit van de problematiek binnen de bemoeizorg zoals beschreven staat in hoofdstuk 5.3 en 5.6 groot is. Een zeker niet te onderschatten competentie die niet in een opleiding te vatten is, is die van de levenservaring. Zoals in hoofdstuk 6.10 beschreven is levenservaring in deze een combinatie van een aantal persoonlijkheidskenmerken, een brede medische- en maatschappelijke achtergrond en werkervaring op dit gebied. Belangrijk is ook dat bij het verkrijgen van deze levenservaring gewerkt is aan het opbouwen van een breed netwerk waarop teruggevallen kan worden. De professionele uitstraling en geloofwaardigheid die hiermee ingezet kan worden is een belangrijk kenmerk in de bemoeizorg en wordt ondersteund door een minimum leeftijd van rond de 40 jaar (Deze zal gezien de hiervoor beschreven levenservaring ook in de meeste gevallen reeds bereikt zijn!)

Mijn advies is dan ook om alleen jeugdverpleegkundigen met voldoende levenservaring en extra scholing in te zetten bij de uitvoering van dit product.

Als laatste is de positionering van dit product binnen het huidige takenpakket van de jeugdverpleegkundige; de ruimte die nodig is om dit product op een adequate manier uit te voeren. In eerste instantie zal er ruimte geboden moeten worden aan één of meerdere jeugdverpleegkundigen (afhankelijk van een eerste inschatting) uit het reguliere team om de eerste bemoeizorg uit te kunnen voeren. Deze verpleegkundige zal zorgvuldig geselecteerd moeten worden en in de gelegenheid gesteld worden te gaan voldoen aan het bovengenoemde competentieprofiel. Belangrijke taak van deze verpleegkundige is het strikt registreren van de benodigde tijd voor het adequaat uitvoeren van de

bemoeizorg. Afhankelijk daarvan zal per GGD de benodigde capaciteit bepaald worden en invulling moeten krijgen (De verwachting is dat dit per GGD zal verschillen op basis van de concentratie van de in hoofdstuk 5.3 beschreven ontwikkelingen). Wanneer nodig zal dit zelfs leiden tot een gespecialiseerd team die zich louter bezighouden met het verlenen van bemoeizorg, zoals dit reeds bij de GGD Den Haag het geval is. Zoals beschreven in hoofdstuk 8.3 is het verlenen van bemoeizorg een arbeidsintensievere vorm van zorg dan de reguliere zorgverlening binnen de jeugdgezondheidszorg. De ruimte die nodig is om dit product op een adequate manier uit te voeren zal dus gecreëerd moeten worden. Zoals beschreven in hoofdstuk 3.7 biedt het maatwerkdeel binnen de 'WCPV' gelegenheid om deze ruimte te creëren in de vorm van extra faciliteiten die door de gemeente geboden kunnen worden. Deze extra faciliteiten moeten dan ook gebruikt worden om extra capaciteit (lees FTE) aan te wenden om de bemoeizorg op een adequate manier uit te kunnen voeren.

10. Nawoord

Dit verslag is vanaf november 2005 een zoektocht geweest naar het fenomeen bemoeizorg uitgevoerd door de jeugdgezondheidszorg en alle aspecten die dit proces beïnvloeden. Enerzijds ben ik gekomen tot begripsverheldering door verdieping in de verschillende literatuur en anderzijds door het persoonlijke contact op te zoeken. Dit laatst is voor mij een zeer waardevolle stap geweest omdat mensen uit het veld uit persoonlijke ervaringen met het onderwerp helder in staat zijn geweest om mij de verschillende denkwijzen uit te leggen en hun persoonlijke standpunten te geven. Ik had dit verslag niet kunnen schrijven zonder hun inspirerende gesprekken.

De dilemma's die met deze aspecten gepaard gaan heb ik zo helder mogelijk proberen te beschrijven. De verschillende manieren van denken over dit onderwerp heb ik tegenover elkaar trachten te zetten. Naar mijn idee ben ik hierin geslaagd.

Ook het volgen van de verschillende nascholingen op het gebied van bemoeizorg hebben voor mij bijgedragen aan een grotere begripsvorming zodat ik naar mijn idee aan het einde van deze scriptie heb weten te komen tot een gefundeerde mening rondom dit onderwerp.

Als laatste wil ik opmerken dat de discussie rondom dit onderwerp nog in volle gang is en dat is naar mijn idee ook goed. Ook de jeugdverpleegkundigen moeten goed kijken naar hoe ze tegenover dit onderwerp staan. Meedenken in dit proces en het helpen vormgeven van de methodieken is naar mijn mening een zaak die de jeugdverpleegkundigen niet moeten laten liggen. Het zijn de uitvoerders van een betrekkelijk nieuw product wat nog vormgegeven moet worden.

Bij deze spreek ik mijn dank uit voor de waardevolle gesprekken met mijn collega's en mijn scriptiebegeleider en in het bijzonder Mariet Monné en Ike Kroesbergen, die met zoveel enthousiasme mij hebben ontvangen. Hun inspirerende kijk op de bemoeizorg uitgevoerd door de jeugdgezondheidszorg is voor mij zeer educatief geweest.

11. Literatuurlijst

11.1 Boeken

- Beumer F.J.A.en Hartog-Ter Tholen v.R.M. Recht voor verpleegkundigen 13^e druk, Wolters 2002
- E.J.O.Kompanje; E.J.C. de Jong; D.van Duijn' Ethiek en Recht toegepast 1^e druk, ThiemeMeulenhoff
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, "Het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar, Den Haag 2002
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, "De Wet Big onder voorbehoud, 2^e druk, Den Haag, juli 1999
- Schuil P.B. e.a. Nederlands Leerboek jeugdgezondheidszorg, deel A en B 5^e druk, 2002
- Erik Bosch, "Waar bemoei je je mee!!!", zorgvuldig omgaan met morele dilemma's in de zorg, Nelissen/Soest, 2^e druk 2003
- Fons Klaasse Beroepsethiek voor Maatschappelijk Werk en Dienstverlening, Uitgeverij HB, 1^e druk 2004
- Dr.Marius Nuy Zorgcoördinatie, casemanagement en bemoeizorg/ tussen chaos en orde, Uitgeverij SWP 2000
- G.Dogan, A.van Dijke, L.Terpstra "Wie zijn er moeilijk bereikbaar?", NIZW Jeugd/Uitgeverij SWP 4^e druk 2005
- N.P.J.Kousemaker Onderkenning van psychosociale problematiek bij jonge kinderen, Uitegevrj van Gorcum 1997
- G.Lohuis, R.Schilperoort, G.Schout "Van bemoei- naar Groeizorg/Methodieken voor de OGGZ, Uitgeverij Wolters Noordhoff
- S.van de Lindt "Een kwestie van samenspel", sturen en verbeteren van de zorgketen voor zorgmijders: instrument en leidraad, Trimbos instituut, Uitgevrj van Gorcum 2005
- J.van Mens-Verhulst, R.A.C. Hoksbergen, A.L.C.M. Henkelman "Risicogroepen, werken aan gezondheid, Uitgeverij Lemma 1996
- C. Ross van Dorp, drs. P.Donner "Wet op de Jeugdzorg", informatiebrochure, Den Haag 2003
- B.Sassen, Gezondheidszorg en preventie, leidraad voor verpleegkundigen, 2^e herziene druk, Uitgeverij Elsevier Maarssen 2000
- J.Mast, A.Pool "In ontwikkeling", competentieprofiel voor jeugdverpleegkundigen in de jeugdgezondheidszorg, een samenwerkingsproject van LSVV, LVW en NIZW Zorg Maart 2005
- Prof.Dr.G.C.M.Evers "Theorieën en Principes van Verpleegkunde, Uitegevrj van Gorcum 3^e druk 1999
- H.Sibbing "Macro-reader post-HBO-opleiding jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar" maart 2005
- H.Sibbing "Inleiding Maatschappelijke Gezondheidszorg" MGZ opleiding, 2003
- H.Sibbing/V. Kok "Meso-reader post-HBO-opleiding jeugdgezondheidszorg" maart 2005
- H.van Pernis, R.Keukens, J. Stapel "Sociologie voor gezondheidszorg en verpleegkunde, Uitgeverij Bohn Stafleu Van Loghum 5^e druk 2000
- Zorg en Welzijn Groep en GGD-ZHE "Integraal Beleidsplan JGZ 0-19 2006-2008"
- GGD-ZHE " Handboek Gezinsbegeleiding op maat" maart 2006
- TNO Preventie en Gezondheid "Juridische aspecten in de jeugdgezondheidszorg, cursus op maat 2003
- GGD Amsterdam Jaarverslag kinderen Drugsverslaafde Ouders 1995-1997 februari 1999
- GGD Amsterdam "Vangnet Jeugd" doelstelling, aanpak en ontwikkelingen, april 2001

- GGD Den Haag "Gezinsbegeleiding Speciale JGZ/Bemoeizorg
- VV Reader Post-HBO opleiding Jeugdgezondheidszorg, Vera Kok, Huub Sibbing, MGZ Haagse Hogeschool, 2003.

11.2 Brochures en artikelen

- Ministeries BZK, Justitie, OC en W, SZW, VROM en VWS Brochures "Operatie Jong" sterk en resultaat gericht
- Het Parool "bemoeizorg GG&GD voorbeeld voor Nederland", februari 2005
- Artikel GGD nieuws GGD Amsterdam "Bemoeizorg door de jeugdgezondheidszorg" september 2004
- Artikel GGD nieuws GGD Amsterdam "Wat bezielt Sonja Burgers" een hart voor kinderen
- De Volkskrant "Ross wil landelijke "bemoeizorg" 25 februari 2005
- Vakblad voor Gezondheid en Maatschappij "Bemoeizorg in de jeugdgezondheidszorg" 2004
- GGD-nieuws "Discussie artikel Bemoeizorg door de jeugdgezondheidszorg" 2002, aflevering 6
- Brochure VWS "Impuls opvoed en gezinsondersteuning in de JGZ", doel en werkwijze 2005
- Rafelige Randen brochure GGD Rotterdam
- Horen, zien en niet zwijgen, onderzoek naar de kwaliteit van de keten van voorzieningen voor kinderen en gezinnen in probleemsituaties. Ministerie VWS, 2003
- Gezinsbegeleiding op maat, concept handboek GGD Zuid-Hollandse Eilanden

11.3 Onderzoeksrapporten:

- H.T. Kroesbergen en H.E. Franken- van der Toorn, GGD West Brabant "Bemoeizorg in de jeugdgezondheidszorg" een pilot in de JGZ naar methodiek, omvang en beleid 2003
- GGD Amsterdam "Project Zorgcoördinatie JGZ" 1 april 1997-10 juni 1999
- Preventie Jeugdcriminaliteit, evaluatie van de pilot. GGD Amsterdam, 2004
- Tussentijdse evaluatie Gezinsbegeleiding 2005, Mariet Monné, hoofd Stedelijk Rayon JGZ

11.4 Internetsites:

- www.kindeenziekenhuis.nl
- www.derechtenvanhetkind.nl
- www.ggd-zhe.nl
- www.ggd Kennisnet.nl
- www.cbpweb.nl
- www.ggzkennisnet.nl
- www.justitie.nl
- www.PlatvormJGZ.nl
- www.minvws.nl
- www.lvw.nl
- <https://blackboard.hhs.nl>

12. Bijlagen

12.1 Bijlage 1 Rechten van het kind

Hieronder zijn de regels van het Verdrag van de Rechten van het Kind samengevat:

- Alle kinderen hebben recht op zorg, liefde en opvoeding.
- Alle kinderen hebben gelijke rechten.
- Ieder kind heeft recht op genoeg en gezond eten.
- Ieder kind heeft recht op onderwijs.
- Ieder kind heeft recht op gezondheidszorg.
- Ieder kind heeft recht op spel en ontspanning.
- Geen enkel kind mag gedwongen worden te werken.
- Geen enkel kind mag geestelijk of lichamelijk mishandeld worden.
- Geen enkel kind mag slachtoffer worden van oorlog en geweld.
- Geen enkel kind mag slachtoffer worden van seks.
- Kinderen mogen hun mening uiten: zeggen wat ze denken of voelen.
- Kinderen mogen hun eigen geloof hebben.
- Kinderen moeten zonder vooroordelen met elkaar om kunnen gaan.
- Kinderen hebben recht op informatie.
- Kinderen zonder familie hebben voorrang.
- Kinderen die vluchteling zijn, hebben voorrang.
- Kinderen met een handicap hebben voorrang.
- Kinderen in conflict met de wet hebben voorrang.

12.2 Bijlage 2 Richtlijnen gegevensuitwisseling GGD Nederland

Als volgt zijn de richtlijnen voor bemoeizorg opgesteld¹⁰²:

1. **In het kader van bemoeizorg worden de rechten van de cliënt gerespecteerd.**

Ook is het kader van bemoeizorg is het uitgangspunt dat de rechten van de cliënt, zoals deze onder meer in wetgeving zijn neergelegd, worden gerespecteerd. Een (tijdelijke) beperking van rechten moet worden gezien als een uitzondering op de regel. Dergelijke beslissingen moeten zijn gemotiveerd.

2. **Er is voor cliënten algemene informatie beschikbaar waarin vermeld staat wat hun rechten zijn en in welke omstandigheden op die rechten tijdelijk uitzonderingen kunnen of moeten worden gemaakt.**

In deze algemene informatie wordt onder meer aangegeven:

- a. het doel en de organisatie van het bemoeizorgtraject;
- b. de daarbij betrokken organisaties;
- c. de rechten van de cliënt (waaronder het recht om te weten dat er gegevens over je worden vastgelegd, het recht om op het moment van contact met een hulpverlener te weten voor welke organisatie deze werkt.
- d. de situaties waarin overwogen kan worden de rechten van de cliënt tijdelijk te beperken (door hem niet te informeren over het vastleggen van persoonsgegevens, door zonder toestemming persoonsgegevens uit te wisselen);
- e. de manier waarop en de plaats waar de cliënt klachten kan indienen over activiteiten in het kader van bemoeizorg.

Deze informatie moet breed toegankelijk worden gemaakt (folders, internet e.d.)

3. **Tot het tijdelijk beperken van de rechten van de cliënt (waaronder het verstrekken van persoonsgegevens aan anderen zonder diens toestemming) wordt alleen overgegaan indien daartoe een evident belang aanwezig is.**

Er moet een goede reden zijn om in het kader bemoeizorg over te gaan tot een tijdelijke beperking van de rechten van de cliënt. Het zal daarbij altijd moeten gaan om een dringend gezondheidsbelang van de cliënt, al dan niet gecombineerd met ernstige overlast die deze cliënt voor anderen veroorzaakt. Waar het gaat om de gezondheid van de cliënt kan 'evident belang' in de context van bemoeizorg als volgt nader worden getypeerd: ernstig nadeel voor de gezondheidstoestand van de patiënt, of de reële vrees daarvoor.

4. **Het verstrekken van persoonsgegevens zonder toestemming tijdens een vangnetoverleg vindt alleen plaats indien geen minder ingrijpend middel bestaat om het beoogde doel te bereiken.**

Tot minder ingrijpende middelen kunnen behoren: een intensievere vorm van samenwerking tussen een beperkter aantal partijen, vormen van bilateraal overleg etc.

5. **Regelmatig wordt geëvalueerd of er nog steeds redenen zijn de rechten van betrokkene te beperken.**

De belangrijkste rechten zijn: het informeren van de cliënt over de gegevensverwerking en het aan hem/haar vragen van toestemming voor gegevensuitwisseling. Beperkingen van deze rechten moeten worden gezien als uitzondering op de regel en behoeven voortdurende evaluatie en onderbouwing. De bedoelde regelmatige evaluatie kan worden gekoppeld aan de te onderscheiden momenten in het bemoeizorgtraject: melding, screening, cliëntverdeling, intake, hulpvraagdefiniëring, keuze hulpverleningstraject.

In het geval van een wilsonbekwame patiënt wordt steeds getracht de vervangende instemming van een in aanmerking komende vertegenwoordiger te verkrijgen.

¹⁰² Bron: Handreiking voor gegevensuitwisseling GGD Nederland

6. **Indien het verstrekken van persoonsgegevens zonder toestemming noodzakelijk is, worden alleen relevante gegevens verstrekt.**
De relevantie wordt afgeleid van de taken van de organisaties waaraan de gegevens worden verstrekt (kern- of schilpartners). Het relevantievereiste geldt ongeacht de context van de informatieverstrekking: een bilateraal (telefoon)gesprek, een vangnetvergadering e.d. Met betrekking tot een vangnetvergadering betekent dit, dat de vergadering zo moet zijn opgezet dat de kans dat deelnemers informatie vernemen die voor hen niet relevant is, zo klein mogelijk is.
7. **De instantie die overgaat tot het verstrekken van persoonsgegevens zonder toestemming draagt ervoor zorg dat daarvan aantekening wordt gemaakt in het op betrokkene betrekking hebbende dossier.**
Aangetekend worden in elk geval de aard van de verstrekte informatie en de redenen om betrokkene daarover niet te informeren.
8. **Gespreksverslagen van contacten tussen personen en organisaties in een bemoeizorgtraject worden zoveel mogelijk gecodeerd of geanonimiseerd.**
In gevallen waarin, bijvoorbeeld naar aanleiding van een meldpuntvergadering, gespreksverslagen worden verspreid onder meerdere deelnemers worden in dit verslag de namen van cliënten vervangen door nummers. Met betrekking tot de inhoud van het gespreksverslag wordt het hiervoor onder 6 gestelde in aanmerking genomen.
9. **De deelnemers aan een bemoeizorgoverleg betrachten buiten de kring van personen en organisaties (kern- of schilpartners) die aanspraak kunnen maken op besproken persoonsgegevens over deze gegevens geheimhouding.**
Voor een aantal betrokkenen vloeit dit voort uit specifieke regelgeving (zoals de WGBO en de Wet BIG), voor een aantal anderen liggen bepalingen uit het ambtenarenrecht of de arbeidsovereenkomst ten grondslag aan de geheimhoudingsplicht.
10. **Ten behoeve van een bemoeizorgoverleg worden door de deelnemende organisaties schriftelijke afspraken gemaakt.**
Deze afspraken betreffen in elk geval het doel van het verwerken en uitwisselen van persoonsgegevens, het bewaren en beveiligen van de in het kader van de bemoeizorg verzamelde persoonsgegevens, de rechten van de patiënt (waaronder het inzagerecht) en de wijze waarop zal worden voldaan aan de meldingsplicht krachtens de Wet bescherming Persoonsgegevens. Tot deze afspraken kan behoren het besluit dat één van de deelnemende organisaties een coördinerende rol vervult. Met betrekking tot het bewaren van persoonsgegevens gaat de voorkeur uit naar een korte bewaartermijn. Te denken valt aan maximaal 2 jaar. De schriftelijke afspraken zijn opvraagbaar voor cliënten of andere betrokkenen.

12.3 Bijlage 3 WGBO in relatie tot het kind

Kinderen tot 12 jaar

Voor een onderzoek of behandeling van een kind jonger dan 12 jaar is toestemming van de ouders/voogden vereist. Het kind hoeft zelf geen toestemming te geven, maar heeft wel recht op informatie. De hulpverlener moet de inhoud van de informatie en de wijze waarop hij deze geeft, afstemmen op het bevattingsvermogen van het kind.

Jongeren van 12 tot en met 15 jaar

Bij een onderzoek of behandeling van jongeren van 12 tot en met 15 jaar geldt als hoofdregel dubbele toestemming, dat wil zeggen dat toestemming van de ouders/voogden én de jongere is vereist. Op deze hoofdregel bestaan twee uitzonderingen. In deze gevallen kan op verzoek van de jongere worden volstaan met diens toestemming.

Eerste uitzondering: ernstig nadeel

De hulpverlener kan volstaan met toestemming van de jongere als het nalaten van de behandeling ernstig nadeel voor hem met zich mee zou brengen. Voorbeelden hiervan zijn de behandeling van een geslachtsziekte, het geven van een vaccinatie en het voorschrijven van de pil. De hulpverlener is in deze gevallen niet verplicht om de ouders/voogden in te lichten. Ook hoeft de hulpverlener aan hen geen toestemming te vragen.

Tweede uitzondering: weloverwogen wens

De hulpverlener kan de jongere behandelen zonder toestemming van de ouders/voogden als dit de weloverwogen wens van de jongere is. De hulpverlener kan een eventuele weigering van de ouders/voogden in dat geval naast zich neerleggen. Voorbeelden zijn een abortus provocatus en - ook onder deze uitzondering - een vaccinatie. Bij deze uitzondering moet de hulpverlener in principe wel overleggen met de ouders/voogden. Goed hulpverlenerschap kan echter met zich meebrengen dat de ouders/voogden niet worden geïnformeerd. Als op deze grond de weigering van de ouders wordt gepasseerd, is het niet nodig een kindbeschermingsmaatregel aan te vragen. Het kan nuttig zijn dat de jongere zelf schriftelijk verklaart dat en waarom hij, ondanks de weigering van zijn ouders/voogden, de behandeling toch wenst te ondergaan.

Net als wilsbekwame kinderen tot 12 jaar worden wilsbekwame jongeren van 12 tot en met 15 jaar vertegenwoordigd door hun ouders/voogden. Voor zover resterende wilsbekwaamheid dat toelaat, geeft de hulpverlener de informatie ook aan de jongere, afgestemd op zijn bevattingsvermogen.

Wat nu als de ouder toestemming geeft voor een behandeling en de wilsbekwame jongere zich verzet tegen de behandeling? In die gevallen is het mogelijk ondanks het verzet tot behandeling over te gaan. Dat kan alleen als voldaan is aan de vereisten van de WGBO (art. 7:465 lid 6 BW). Dat betekent: dat het moet gaan om een verrichting van ingrijpende aard en dat de verrichting kennelijk nodig is om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen.

Jongeren van 16 en 17 jaar

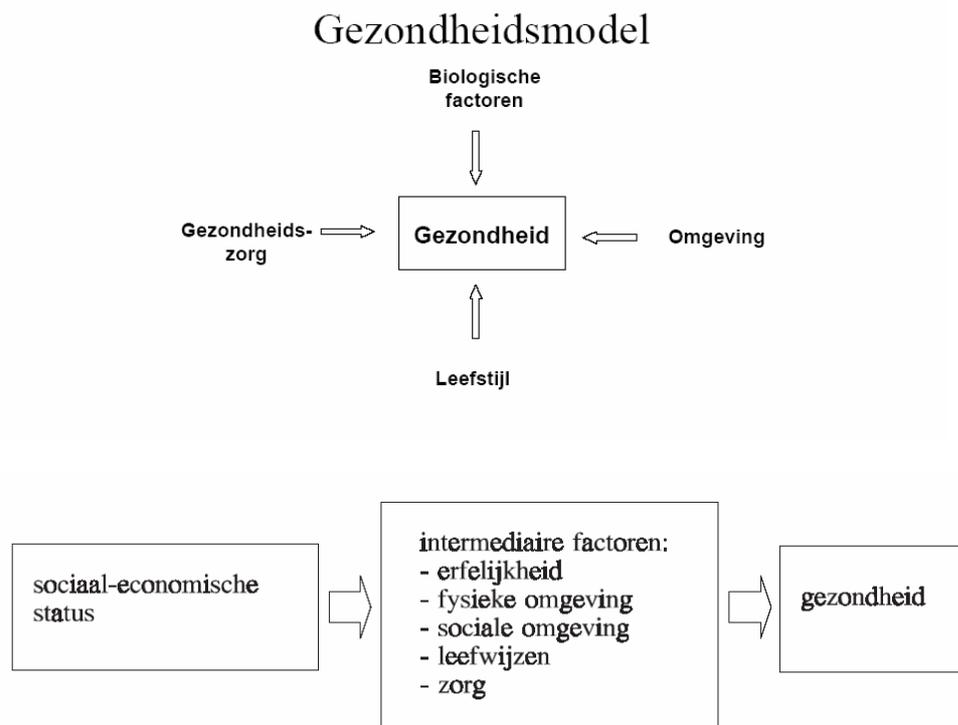
Jongeren van 16 en 17 jaar hebben een zelfstandig recht op informatie. Toestemming voor een behandeling moeten zij zelf geven. Het beroepsgeheim geldt (ook) tegenover hun vertegenwoordigers.

Ook over wilsbekwame jongeren van 16 en 17 jaar oefenen ouders/voogden het gezag uit. Het gezag eindigt, net als bij wilsbekwame 16- en 17-jarigen, automatisch bij het bereiken van de leeftijd van 18 jaar. Daarna kan de rechter de ouders/voogden zonodig tot curator benoemen.

De kindbeschermingsmaatregel

Als de ouders/voogden een medisch dringend noodzakelijke behandeling van hun kind weigeren, kan via een maatregel van de kindbescherming worden bewerkstelligd dat zij buitenspel worden gezet, desnoods met de hulp van de politie. Dan kan, na toestemming van de voogdijinstelling, de behandeling doorgang vinden. Sinds de WGBO-regeling in werking is getreden is deze mogelijkheid in feite alleen nog van belang voor kinderen onder de 12 jaar en voor wilsonbekwame jongeren van 12 tot en met 15 jaar.

12.4 Bijlage 4 Het Model van Lalonde¹⁰³



Fysieke omgeving

- Huisvesting: Koop- vs. Huurwoningen, kwaliteit huisvesting
- Woonomgeving: Speelmogelijkheden, veiligheid, verkeer

Sociale omgeving

- Bevolkingsopbouw: Typen gezinshuishoudingen, verhouding allochtonen-autochtonen, mate van inburgering.
- Sociaal Economische Status: percentage uitkeringstrekkende, armoede[7], werkloosheid, arbeidsongeschiktheid

Zorgsysteem

- Hierbij dient niet alleen het systeem van gezondheidszorgvoorzieningen, maar ook van buurt- en welzijnsvoorzieningen betrokken te worden en niet alleen het professionele zorgsysteem, maar ook informele zorgsystemen.
- Aan- of afwezigheid van gezondheidsvoorzieningen en professionele formele netwerken, huisartsen, verloskundigen, buurtnetwerken, hometeams, schoolteams e.d.
- Aan- of afwezigheid van informele netwerken: buurtverenigingen, speeltuinverenigingen, opvangouderprojecten, Moeders Informeren Moeders e.d.
- Aan- of afwezigheid van collectieve voorzieningen: Speelvoorzieningen, buurtvoorzieningen, club- en buurthuizen, peuterspeelzalen/kinderopvang, naschoolse opvang e.d.

Leefwijzen

- De impact die de opstapeling van negatieve determinanten heeft op de leefcultuur en de leefwijzen. Leven in een relatief isolement ten opzichte van de rest van de samenleving. Leven in het heden.
- Meer bezig met rondkomen dan met vooruitkomen.

¹⁰³ Bron: Wijkgezondheidsprofielen JGZ symposium 2005 Huub Sibbing

activiteiten, het betrekken van organisaties in de community, het aansluiten bij andere (lokale) initiatieven, specifieke doelgroepen en middelen.

Fase 5 Planning

In de planningsfase vindt prioritering van de mogelijke activiteiten plaats. Dit leidt tot een concreet plan en concrete actiedoelen. In het plan komen financiële middelen, menskracht, samenwerking, tijdsplanning en locatie aan de orde. Het plan wordt geformaliseerd en opgenomen in het lokale beleid.

Fase 6 Implementatie

De implementatiefase is een praktische fase. De uitvoering van activiteiten staat centraal. De verschillende participanten voeren gezamenlijk of afzonderlijk de community-activiteiten uit.

Fase 7 Evaluatie

De evaluatie beoordeelt de implementatie en de daaraan voorafgaande fasen voordat overgegaan kan worden tot behoud en consolidatie. Het betreft een evaluatie van de wijze waarop gewerkt is en als dat mogelijk is een effectmeting.

Fase 8 Presentatie

Participanten krijgen in de tweede presentatiefase, op basis van de evaluatie, inzicht in de eerste resultaten en terugkoppeling op de verrichte inzet. Dit levert inzicht in goede en minder goede onderdelen van het programma. Eventueel leidt dit tot het aanpassen van plannen. Tevens zal het bijdragen aan een goed draagvlak bij de community.

Fase 9 Behoud/consolidatie

In deze fase staat het traject dat moet leiden tot het verankeren van de ontstane samenwerking in de community centraal. Dit levert een consolidatieplan op waarin de consolidatietrajecten zijn uitgewerkt.

Fase 10 Verankering

Verankering betekent het voortbestaan van de samenwerkingstructuren in de community. In deze fase worden de consolidatietrajecten uitgevoerd. Deze fase regelt de noodzakelijke voorwaarden voor verankering, bijvoorbeeld de financiën, de menskracht, het vaststellen van samenwerkingspartners en de vorm van samenwerking (beleidsadviesorgaan, stichting of vereniging).

12.6 Bijlage 6 Wet op de jeugdzorg

Uitgangspunten van de wet:

1. De vraag van de cliënt centraal
 - De jeugdzorg ging voorheen uit van wat zelfstandige instellingen en voorzieningen aanbieden.
 - De Wet op de jeugdzorg heeft een ander vertrekpunt: de vraag van de cliënt staat centraal. Daardoor krijgt de jeugdige eerder de zorg die past bij zijn behoefte.
2. Recht op jeugdzorg
 - De nieuwe wet kent een belangrijk juridisch verschil met de oude Wet op de jeugdhulpverlening: een jeugdige heeft voortaan een aanspraak op zorg (recht op zorg) wanneer het bureau jeugdzorg hiervoor een indicatie gesteld heeft.
 - Deze zorg moet aan bepaalde voorwaarden voldoen. Zo moet ze 'op tijd' en 'op maat' beschikbaar zijn voor de cliënt.
3. Eén centrale, herkenbare toegang tot de jeugdzorg
 - Voorheen beoordeelden diverse instanties het verzoek om hulp. Ouders en jeugdigen die problemen hadden, wisten daarom niet goed bij welke instantie of instelling ze terecht konden. Bovendien verwezen deze instanties vaak door naar hun eigen (sectorale) voorzieningen. Jeugdigen kregen hierdoor niet altijd de juiste hulp. Dat is de reden om een onafhankelijk bureau jeugdzorg in te stellen. Dat is voortaan de centrale toegang tot alle jeugdzorg en doet als enige – onafhankelijke – instelling de beoordeling van het verzoek om hulp (indicatie)
4. Integratie van Advies- en meldpunten kindermishandeling, de (gezins)voogdij en de jeugdreclassering in het bureau jeugdzorg.
 - Het bureau jeugdzorg is er niet alleen voor ouders en jeugdigen die zelf om hulp vragen, maar ook om jeugdigen te beschermen die niet om hulp (kunnen) vragen. Voogdij, gezinsvoogdij en jeugdreclassering zijn voortaan onderdeel van het bureau jeugdzorg. Dit geldt ook voor het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK).
5. Introductie van gezinscoaching
 - De Wet op de jeugdzorg regelt gezinscoaching. Gezinnen met verschillende problemen (bijvoorbeeld financiële schulden, verslaving en opvoedingsproblemen) worden vaak omringd door veel hulpverleners. Sommige gezinnen verliezen daardoor het overzicht op hun eigen situatie. Ook de hulpverlenende instellingen weten niet altijd wie welke bijdrage levert en wie waarvoor verantwoordelijk is, waardoor soms langs elkaar heen gewerkt wordt.
 - De gezinscoach zorgt dat de verschillende vormen van hulpverlening op elkaar worden afgestemd en ondersteunt waar nodig het gezin. Bij ernstige opgroei- en opvoedingsproblemen zorgt het bureau jeugdzorg ervoor dat het gezin een gezinscoach krijgt.

12.7 Bijlage 7 De keten van Jeugdzorg

De plaats van het bureau jeugdzorg in de keten.

De zorg voor jeugdigen is op te vatten als een keten die bestaat uit verschillende schakels.

Ouders zijn zelf als eerste verantwoordelijk voor de opvoeding. Ze krijgen steun van algemene voorzieningen – zoals scholen en consultatiebureaus – om hun kinderen in zo goed mogelijke omstandigheden op te laten groeien. Wanneer toch ernstige problemen ontstaan, dan kan het bureau jeugdzorg om hulp gevraagd worden. Het bureau beoordeelt het verzoek en beslist of jeugdzorg nodig is (indiceren). Het bureau jeugdzorg stelt de indicatie voor:

- Zorg gefinancierd door provincies (voorheen 'jeugdhulpverlening')
- Jeugd geestelijke gezondheidszorg
- Civiele plaatsingen in justitiële jeugdinrichtingen
- En op termijn zorg voor licht gehandicapte jeugdigen

Deze jeugdzorg wordt vervolgens uitgevoerd door een zorgaanbieder.

Gemeenten

De gemeenten hebben de preventieve en signalerende rol. Zij moeten met hulp van de algemene voorzieningen ernstige opgroei- en opvoedproblemen zo veel mogelijk voorkomen en anders de problemen tijdig signaleren. Gemeenten voeren de regie op het lokale jeugdbeleid, alhoewel zij niet altijd verantwoordelijk zijn voor de algemene voorzieningen.

De provincies en grootstedelijke regio's

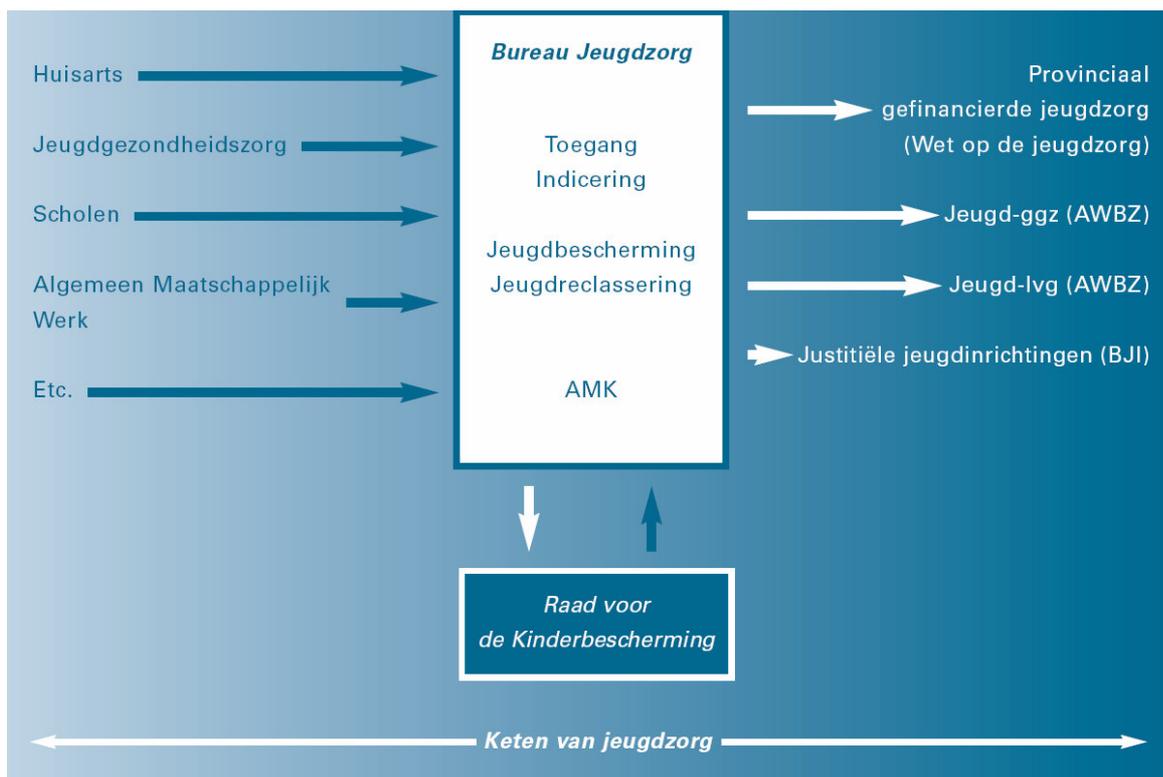
De provincies en grootstedelijke regio's zijn verantwoordelijk voor het bureau jeugdzorg en de zorg waarop aanspraak bestaat op grond van de Wet op de jeugdzorg. Zij ontvangen hiervoor het noodzakelijke geld van het Rijk, in de vorm van twee doeluitkeringen: één voor het zorgaanbod (de hulp) en één voor het bureau jeugdzorg. Aan de doeluitkering van het bureau jeugdzorg voegt de minister van Justitie de middelen voor de uitvoering van de jeugdbescherming en de jeugdreclassering toe. De zorgverzekeraars doen dat voor de indicatiestelling voor de jeugd geestelijke gezondheidszorg.

De zorgverzekeraars

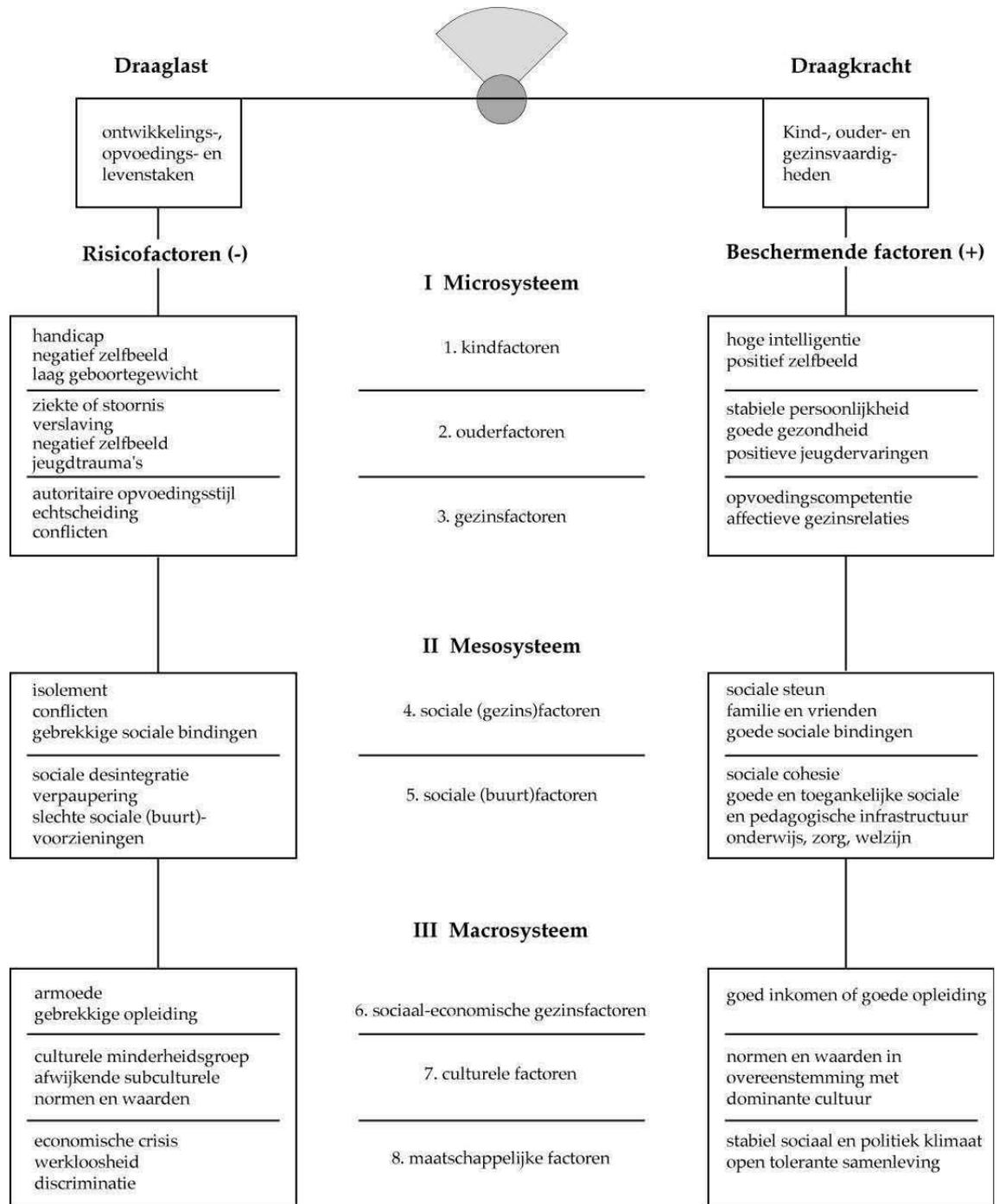
De jeugd geestelijke gezondheidszorg en de zorg voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen worden betaald uit de AWBZ. Voor deze vormen van zorg zijn volgens de AWBZ niet de provincies maar de zorgverzekeraars verantwoordelijk.

De rijksoverheid

De rijksoverheid (in dit geval de ministeries van VWS en Justitie) is eindverantwoordelijk voor het gehele stelsel van jeugdzorg. Het Rijk maakt de wetten en regels, de hoofdlijnen van het beleid en stelt geld beschikbaar. Ook gaat het Rijk over het toezicht. Tot slot vallen de justitiële jeugdinrichtingen rechtstreeks onder de verantwoordelijkheid van de minister van Justitie. De Beginselenwet Justitiële Jeugdinrichtingen regelt de taken en verantwoordelijkheden voor deze inrichtingen.

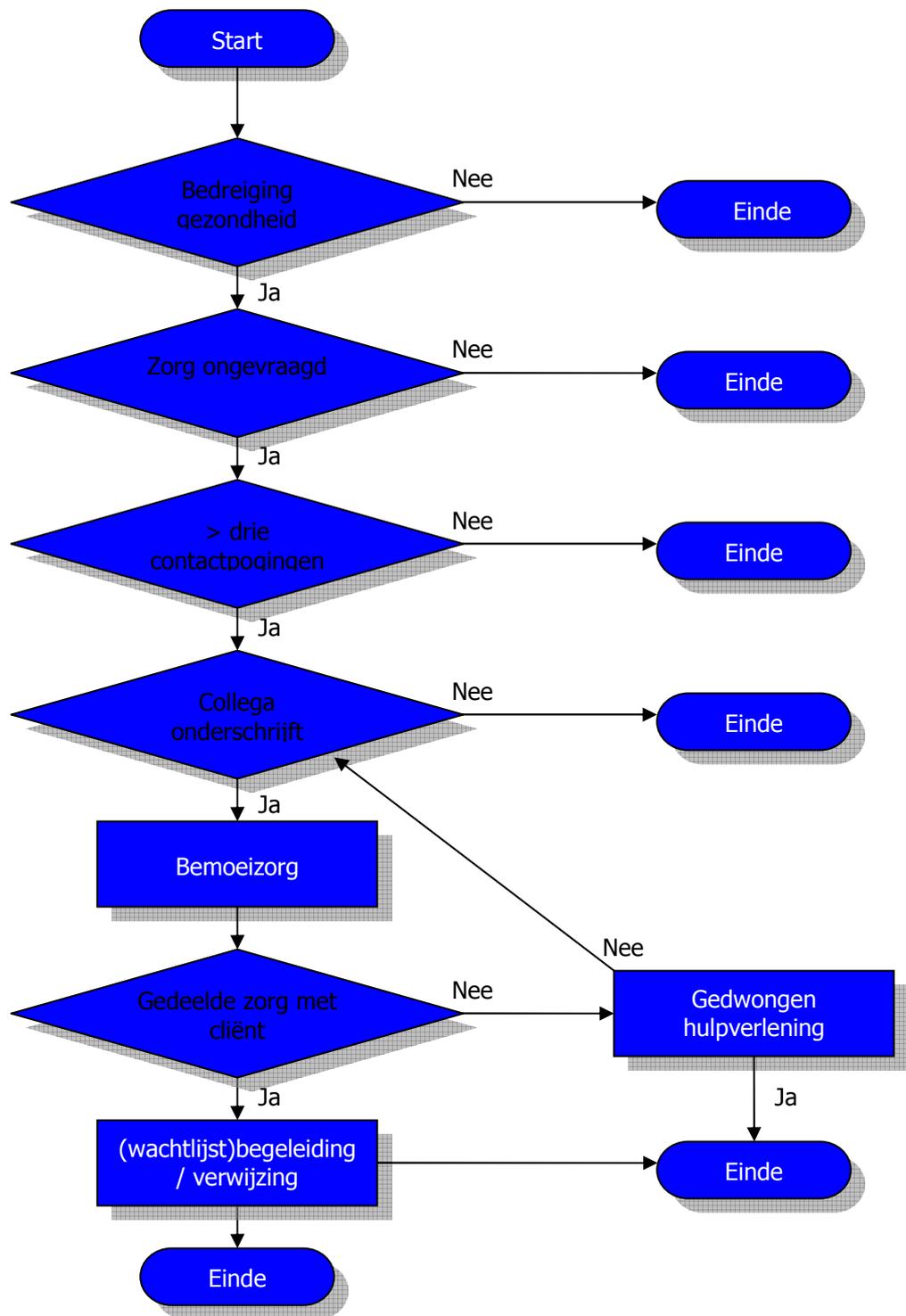


12.8 Bijlage 8 Balansmodel van Bakker



© NIZW

12.9 Bijlage 9 Stroomschema bemoeizorg gericht op kinderen



12.10 Bijlage 10 Schema Richtlijn Contactmomenten Basistakenpakket Contactmomenten 0 – 19 jaar

Leeftijd	Contact Moment	Tijdens contactmomenten te leveren producten/te verrichten taken	Product/Taak volgens BTP
4 ^e tot 7 ^e dag	Huisbezoek	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Screeningen <ul style="list-style-type: none"> ○ PKU ○ CHT ○ AGS ○ Screening perceptief gehoorverlies 	(U3.1.1) (U3.1.1.1) (U3.1.1.2) (U3.1.1.3) (U3.1.1.8)
2 ^e week	Huisbezoek	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Algemene anamnese ▪ Sociaal milieu ▪ Inschatten verhouding draagkracht / draaglast ▪ Bepalen risicogroepen ▪ Wettelijk verplichte voorlichting ▪ Dossiervorming 	(U1.1.1) (U1.2.3) (U2.1.1) (U2.2.1) (U4.1.1) (U6.1.1)
4 ^e week	Consult	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Algemene anamnese, specifiek: <ul style="list-style-type: none"> ○ controle aangeboren/erfelijke afwijkingen ○ uitdiepen anamnese ○ medische achtergrond ▪ Groei ▪ Autorisatie RVP 	(U1.1.1) (U.1.1.1.2) (U1.1.1.3) (U1.1.1.3) (U1.1.3) (U3.1.2.1)
8 ^e week	Consult	<ul style="list-style-type: none"> ▪ RVP (DKTP / HIB) ▪ Groei 	(U3.1.2.1) (U1.1.3)
3 maanden	Consult	<ul style="list-style-type: none"> ▪ RVP (DKTP / HIB) ▪ Ontwikkelingsonderzoek ▪ Groei 	(U3.1.2.1) (U1.1.4) (U1.1.3)
4 maanden	Consult	<ul style="list-style-type: none"> ▪ RVP (DKTP / HIB) ▪ Groei 	(U3.1.2.1) (U1.1.3)
6 maanden	Consult	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groei ▪ Ontwikkelingsonderzoek 	(U1.1.3) (U1.1.4)
7,5 maanden	Consult	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Functies, specifiek: <ul style="list-style-type: none"> ○ Voedingsadviezen ○ Mondgedrag ▪ Ontwikkeling, specifiek: <ul style="list-style-type: none"> ○ Motoriekontwikkeling ○ Spraak/taal ontwikkeling 	(U1.1.5) (U1.1.4) (U1.1.4.2) (U1.1.4.5)
9 maanden	Consult	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groei ▪ Ontwikkelingsonderzoek ▪ Vroegtijdige Onderkenning Visusstoornissen (vov) 	(U1.1.3) (U1.1.4) (U3.1.1.4)
11 maanden	Consult	<ul style="list-style-type: none"> ▪ RVP (DKTP / HIB) ▪ Groei 	(U3.1.2.1) (U1.1.3)
14 maanden	Consult	<ul style="list-style-type: none"> ▪ RVP (BMR / MenC) ▪ Groei ▪ Ontwikkelingsonderzoek ▪ Afsluiting zuigelingenperiode ▪ Inschattingen zorg peuterperiode 	(U3.1.2.1) (U1.1.3) (U1.1.4)

18 maanden	Consult	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Functies, specifiek: <ul style="list-style-type: none"> ○ Opvoedingsvragen ○ Pedagogische observatie ○ Anticiperende voorlichting 	(U1.1.5)
2 jaar	Consult	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groei ▪ Ontwikkelingsonderzoek, specifiek: <ul style="list-style-type: none"> ○ Spraak en taal ▪ Functies, specifiek: <ul style="list-style-type: none"> ○ Opvoedingsvragen 	(U1.1.3) (U1.1.4) (U1.1.4.5) (U1.1.5)
3 jaar	Consult	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ontwikkelingsonderzoek, specifiek: <ul style="list-style-type: none"> ○ Spraak en taal ▪ Functies, specifiek: <ul style="list-style-type: none"> ○ Opvoedingsvragen ○ Pedagogische observatie ▪ Opsporing visuele stoornissen 	(U1.1.4) (U1.1.4.5) (U1.1.5) (U3.1.1.4)
3,9 jaar	Consult	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groei ▪ Bepalen ontvangen zorg ▪ RVP (DTP / aK) ▪ Opsporing visuele stoornissen 	(U1.1.3) (U2.1.1) (U3.1.2.1) (U3.1.1.4)
5 jaar	Screening	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Screening spraak- en taalstoornissen 	(U3.1.1.7)
5 jaar of groep 2 basis onderwijs	PGO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groei ▪ Ontwikkeling, Specifiek: <ul style="list-style-type: none"> ○ motorisch ○ relaties, omgaan met andere kinderen ▪ Functies, specifiek: <ul style="list-style-type: none"> ○ psychosociale ontwikkeling ○ emotioneel functioneren ○ sociaal functioneren ▪ Opsporing visuele stoornissen 	(U1.1.3) (U1.1.4) (U1.1.4.2) (U1.1.4.4) (U1.1.5) (U1.1.5.2) (U1.1.5.3) (U1.1.5.4) (U3.1.1.4)
9 jaar	Massaal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ RVP (DTP / BMR) 	(U3.1.2.1)
10 jaar of groep 7 basis onderwijs	PGO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groei, specifiek: <ul style="list-style-type: none"> ○ Houdingsafwijkingen ▪ Ontwikkeling ▪ Functies, specifiek: <ul style="list-style-type: none"> ○ psychosociale ontwikkeling ○ emotioneel functioneren ○ sociaal functioneren ▪ Gedrag, specifiek: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pesten / geweld 	(U1.1.3) (U1.1.4) (U1.1.5) (U1.1.5.2) (U1.1.5.3) (U1.1.5.4) (U1.2.2) (U1.2.2.3)
13 jaar of klas 2 voortgezet onderwijs	PGO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groei, specifiek: <ul style="list-style-type: none"> ○ Houdingsafwijkingen ▪ Ontwikkeling; specifiek: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pubertijd ▪ Gedrag, specifiek: <ul style="list-style-type: none"> ○ Schoolverzuim 	(U1.1.3) (U1.1.4) (U1.2.2) (U1.2.2.4)
speciaal onderwijs	PGO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PGO bij aanmelding / toelating voor het (V)SO ▪ Beneden 8 jaar tweejaarlijks een PGO ▪ Vanaf 8 jaar – 19 jaar driejaarlijks een PGO 	