

De jeugd- en gezinswerker naast de huisarts in de Zwolse wijken

Onderzoek naar de ervaringen met de contextgerichte jeugd- en gezinswerker naast de huisarts
vanuit drie perspectieven



E. Bos-de Groot
Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken

DE JEUGD- EN GEZINSWERKER NAAST DE HUISARTS IN DE ZWOLSE WIJKEN

Onderzoek naar de ervaringen met de contextgerichte jeugd- en gezinswerker naast de huisarts vanuit drie perspectieven

Masterthesis Landelijk Expertisecentrum Sociale Interventie (LESI)

Door: E. Bos-de Groot, onderzoeker
Prof. Dr. A. Baart, supervisor LESI



DE JEUGD- EN GEZINSWERKER NAAST DE HUISARTS IN DE ZWOLSE WIJKEN

Onderzoek naar de ervaringen met de contextgerichte jeugd- en gezinswerker naast de huisarts vanuit drie perspectieven

Masterthesis Landelijk Expertisecentrum Sociale Interventie (LESI)

Door: E. Bos-de Groot, onderzoeker

Prof. Dr. A. Baart, supervisor LESI

Opdracht voor Gemeente Zwolle vanuit Centrum voor Samenlevingsvraagstukken, Hogeschool Viaa, Werkplaats Sociaal Domein - Programmalijn Jeugd, regio Zwolle.

Onder eindverantwoordelijkheid van dr. M. Jager-Vreugdenhil, lector.

Met medewerking van

Sue O'Boyle, vertaling en Nadine Verhoek, omslagillustratie

Ingrid Gorissen, redactie en Joukje Faber, vormgeving en lay-out

26 april 2018

Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken

Postbus 10030

8000 GA ZWOLLE

038 - 425 55 42

ISBN 978-90-75545-84-5

Alle rechten voorbehouden

Niets van deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/ of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm, of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande toestemming van de auteur(s).

Inhoud

SAMENVATTING	7
ABSTRACT.....	9
1 INLEIDING.....	11
1.1 SAMENHANG IN DE TOEGANG TOT DE JEUGDHULP	11
1.2 AANLEIDING EN OPDRACHTGEVER	12
2 PROBLEEMSTELLING, DOELSTELLING EN VRAAGSTELLING	15
2.1 PROBLEEMSTELLING	15
2.2 DOELSTELLING EN VRAAGSTELLING	15
<i>Doelstelling:</i>	15
<i>Vraagstelling:</i>	16
<i>Deelvragen:</i>	16
2.3 SENSITIZING CONCEPTS VOOR HET DOEN VAN ONDERZOEK	16
3 THEORETISCHE VERKENNING	17
3.1 INLEIDING: DE VAKINHOUDELIJKE BENADERING VAN DE JEUGD- EN GEZINSWERKER.....	17
3.2 REDUCTIONISME VERSUS EEN SYSTEMISCH-CONTEXTUEEL MODEL, GERICHT OP LEEFWERELDEN	17
3.3 ZELFREDZAAMHEID, VEERKRACHT EN KWETSBAARHEID	19
3.4 COMPLEXITEIT EN NORMATIEVE PROFESSIONALITEIT	20
3.5 RELATIEGERICHT EN ZORG-ETHIEK	20
3.6 DIALOOGGERICHTE BENADERING.....	22
3.7 EEN PARADIGMASHIFT: DE AANDACHT VOOR EEN MEER RELATIEGERICHTE HULP IN DE GGZ	23
3.8 SAMENVATTING	25
4 OPERATIONALISERING EN VERANTWOORDING.....	27
4.1 EVALUATIEF KWALITATIEF ONDERZOEK	27
4.1.1 <i>Evaluatief/exploratief kwalitatief onderzoek</i>	27
4.1.2 <i>Setting en deelnemers</i>	27
4.1.3 <i>Benadering en werving: de procedure</i>	28
4.2 WIE ZIJN DE DEELNEMERS.....	28
4.3 DATAVERZAMELING EN INTERVIEWGIDS.....	28
4.4 DATA-ANALYSE	29
4.4.1 <i>Thematische analyse</i>	29
4.4.2 <i>Close-reading als techniek binnen de thematische analyse</i>	30
4.4.3 <i>Voorbeeld van thematische analyse uit mijn onderzoek</i>	31
4.5 BETROUWBAARHEID EN VALIDITEIT.....	33

4.5.1	<i>Strategieën voor betrouwbaarheid van het onderzoek</i>	33
4.5.2	<i>Betrouwbaarheid & validiteit naar aanleiding van de onderzoekseenheid</i>	34
4.5.3	<i>Totstandkoming aanbevelingen en transferibiliteit</i>	35
4.6	ERVARINGEN TIJDENS HET ONDERZOEK	36
5	RESULTATEN	37
	INLEIDING	37
5.1	HET VAKMANSCHAP VAN DE JGW IN DE VORM VAN EEN NIEUW JEUGDBEROEP	38
5.1.1	<i>Naar een nieuw jeugdberoep</i>	39
5.1.2	<i>Eigen body of knowledge voor constante kwaliteit</i>	40
5.1.3	<i>Het vakmanschap gaat over persoonlijk, dichtbij</i>	41
5.1.4	<i>Kantelen als referentiekader</i>	43
5.1.5	<i>Het werken vanuit het wijkteam</i>	44
5.1.6	<i>Gemeenschappelijke visie JGW-huisarts in de contextgerichte benadering</i>	45
5.1.7	<i>Leefwerelden- en contextgericht, systeemdenken</i>	46
5.1.8	<i>Complexiteit in de zoektocht naar hulp en oplossingen</i>	48
5.1.9	<i>De relatie en de persoonlijke factor</i>	49
5.1.10	<i>Theoretische reflectie op het vakmanschap van de JGW in een nieuw jeugdberoep en conclusies</i>	50
5.2	POSITIONERING VAN DE JGW IN DE HUISARTSENPRAKTIJK	52
5.2.1	<i>De JGW naast de huisarts als structuurverandering</i>	52
5.2.2	<i>Verwijscriteria voor de huisarts naar JGW</i>	53
5.2.3	<i>De JGW als ontbrekende schakel naar het wijkteam en jeugd-ggz</i>	54
5.2.4	<i>Door andere positionering JGW een herpositionering in de keten</i>	55
5.2.5	<i>Van structuurverandering naar cultuurverandering in de keten</i>	55
5.2.6	<i>Theoretische reflectie op de positionering van de JGW in de huisartsenpraktijk en conclusies</i>	55
5.3	LAAGDREMPELIGHEID VAN DE JGW	56
5.3.1	<i>Snellere hulp, klantvriendelijker</i>	56
5.3.2	<i>Sneller schakelen door JGW</i>	56
5.3.3	<i>Aansprekender door persoonlijke hulp</i>	57
5.3.4	<i>Alledaagsheid, vertrouwdheid door locatie</i>	57
5.3.5	<i>Laagdrempeligheid tegenover hoogdrempeligheid</i>	58
5.3.6	<i>Theoretische reflectie op de laagdrempeligheid van de JGW en conclusies</i>	58
5.4	SAMENWERKING VAN DE JGW MET SCHOOL	59
5.4.1	<i>School als verwijzer</i>	59
5.4.2	<i>School als vindplaats</i>	60
5.4.3	<i>Theoretische reflectie op de samenwerking van de JGW met school en conclusies</i>	62
5.5	SAMENWERKING VAN DE JGW MET DE GGZ	62
5.5.1	<i>De gevolgen van over-diagnostiek en reductionele benadering</i>	63
5.5.2	<i>De JGW en de POH in de huisartsenpraktijk</i>	64
5.5.3	<i>Aanvullende zienswijzen: het bio-psychosociale model naast het medisch model</i>	64
5.5.4	<i>Deskundigheid in het wijkteam ten aanzien van psychiatrische problematiek</i>	68

5.5.5	<i>Bijdrage van de JGW aan een paradigmashift in de ggz</i>	68
5.6	CONTEXTUEEL-PEDAGOGISCHE ONDERSTEUNING VAN DE JGW AAN OUDERS.....	72
5.6.1	<i>Behoeftte van ouders aan een verklaringskader met een andere blik</i>	72
5.6.2	<i>Behoeftte van ouders aan een handelingskader: hulp bij pedagogisch handelen</i>	73
5.6.3	<i>Theoretische reflectie op de contextueel-pedagogische ondersteuning van de JGW en conclusies</i>	74
5.7	RELATIONELE ONDERSTEUNING VAN DE JGW BIJ KWETSBAARHEID VAN OUDERS.....	75
5.7.1	<i>Wat is kwetsbaarheid van ouders</i>	75
5.7.2	<i>Veerkracht, eigen kracht en regie</i>	77
5.7.3	<i>Luisteren boven pragmatiek</i>	79
5.7.4	<i>De klik (relatie) staat centraal</i>	80
5.7.5	<i>Leefwerelden- en contextgericht</i>	81
5.7.6	<i>Perspectiefwisseling bij ouders in het proces met de JGW en betekenisgeving</i>	82
5.7.7	<i>Theoretische reflectie op de relationele ondersteuning van de JGW bij kwetsbaarheid van ouders en conclusies</i>	83
6	UITKOMSTEN FOCUSGROEP, KWANTITATIEF ONDERZOEK, VERGELIJKING MET ANDERE PILOTS	87
6.1	FOCUSGROEP.....	87
6.2	UITKOMSTEN KWANTITATIEF ONDERZOEK	88
6.3	VERGELIJKING MET ANDERE PILOTS.....	89
7	CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	93
7.1	CONCLUSIES TEN AAN ZIEN VAN DE HOOFDVRAAG	93
7.2	CONCLUSIES TEN AANZIEN VAN DE DEELVRAGEN	93
7.2.1	<i>Wat betekent de nieuwe situatie van samenwerking voor gezinnen, huisartsen en het werk van de jeugd- en gezinswerker in verhouding met de oude situatie?</i>	93
7.2.2	<i>Wat betekent het willen hanteren van een contextgericht model naast het bestaande medisch model in de samenwerking tussen jeugd- en gezinswerkers en huisartsen?</i>	93
7.2.3	<i>Wat betekent de keus van de gemeente Zwolle in verhouding met keuzes die andere gemeenten maken ten aanzien van de transformatie Jeugdhulp?</i>	94
7.2.4	<i>Wat kan helpend/behulpzaam zijn in de samenwerking tussen jeugd- en gezinswerker en huisarts ten behoeve van gezinnen?</i>	94
7.3	ALGEHELE CONCLUSIES NAAR AANLEIDING VAN HET ONDERZOEK	94
7.4	EVALUATIE	96
7.4.1	<i>Vragen uit het theoretisch kader</i>	96
7.4.2	<i>Aandachtspunten vanuit de inhoud van dit onderzoeksverslag</i>	97
7.4.3	<i>Aandachtspunten vanuit de methodologie van dit onderzoeksverslag</i>	98
7.5	AANBEVELINGEN	99
	GEBRUIKTE BRONNEN	101

Figuren

Figuur 1. Bio-psychosociaal model volgens hiërarchie van Engel (Choy, 2011)18

Figuur 2. overzicht van de data-analyse kwalitatief onderzoek (Baart, 2016a, bron niet nader vermeld).....29

Figuur 3. Overzicht van het proces van analyseren(Baart, 2016a, bron niet nader vermeld)30

Figuur 4. Deel- en hoofdconclusies op basis van interviews (Thematische analyse).....32

Figuur 5. Overzicht jeugd- en gezinswerker naast huisarts38

Samenvatting

Dit is een evaluatieonderzoek naar de Pilot "Jeugd- en gezinswerker naast de huisarts in Zwolle."

De gemeente Zwolle heeft als transformatiethema "Samenhang in de toegang (tot de jeugdhulp)," waarin gewerkt wordt aan het versterken van de samenwerking tussen sociale wijkteams, huisartsen, jeugdgezondheidszorg en onderwijs rondom de toegang tot specialistische jeugdhulp. De bedoeling hiervan is dat kinderen en ouders een sneller en beter passend antwoord krijgen op hun ondersteuningsvraag. Onderdeel hiervan is de pilot 'jeugd- en gezinswerker naast de huisarts': in een aantal huisartsenpraktijken zijn jeugd- en gezinswerkers uit de sociale wijkteams gepositioneerd ten behoeve van een betere samenwerking. Specifiek aan de werkwijze is bovendien dat de jeugd- en gezinswerkers een contextgerichte werkwijze hanteren.

In dit onderzoek wordt inzicht gegeven in de bijdrage van deze vorm van samenwerking met de huisartsen, in vergelijking met de oude situatie. Ook wordt antwoord gegeven op de vraag wat het hanteren van een contextgericht model betekent voor gezinnen, in de samenwerking tussen jeugd- en gezinswerkers naast de huisarts, en wat helpend kan zijn in de samenwerking. Ten slotte wordt een beknopte vergelijking gemaakt met hoe andere gemeenten de toegang tot specialistische hulp regelen.

De hoofdvraag is: Wat betekent de bijdrage van een contextgerichte jeugd- en gezinswerker naast een huisarts voor de gezinnen, voor de huisarts en voor het werk van de jeugd- en gezinswerker?

Dit is onderzocht door middel van diepte-interviews en focusgroepen met ouders, huisartsen en jeugd- en gezinswerkers.

Uit de resultaten blijkt dat de ouders, huisartsen en jeugd- en gezinswerkers positief zijn over de positie en hulp van de jeugd- en gezinswerker naast de huisarts. De jeugd- en gezinswerker:

- is een nieuw jeugdberoep met specifiek vakmanschap;
- heeft met de positionering naast de huisarts nieuwe mogelijkheden om te helpen bij opvoedproblemen;
- is snel, laagdrempelig, persoonlijk en dichtbij;
- heeft de school in de schijnwerper als verwijzer en vindplaats van jeugd;
- is een schakel naar de ggz en draagt bij aan cultuurverandering;
- geeft ouders ondersteuning bij alledaagse pedagogische vragen met een passend verklarings- en handelingskader;
- is primair gericht op een klik, een goede relatie met jeugdigen en gezinnen, waarbij een brede blik en de dialoog centraal staan.

Het is zinvol om de positieve ontwikkeling van het nieuwe jeugdberoep te onderstrepen door voorlichting aan huisartsen over de manier van werken van de jeugd- en gezinswerker. Ook met het geven van terugkoppelingen naar aanleiding van casuïstiek kan aan huisartsen inzage in de inhoud van het werk gegeven worden. Een constante kwaliteit kan gewaarborgd worden met opleiding, supervisie en tijd voor reflectie. Verder is het nodig om hulpverleningsnetwerken te faciliteren, waarin tijdig en afgestemd gespecialiseerde hulp ingezet kan worden. In die netwerken kan de jeugd- en gezinswerker vanuit de eigen context- en relatiegerichtheid bijdragen aan cultuurverandering en nieuwe taal voor gemeenschappelijke hulpverlening.

Abstract

This is an evaluation study of the pilot "youth and family worker" working alongside the general practitioner in Zwolle.

The municipality of Zwolle has as a transformation theme "Coherence in access (to youth aid)", in which work is being done to strengthen the cooperation between social district teams, general practitioners, youth health care and education concerning access to specialist youth care. The aim is to ensure that children and parents receive a quicker and more appropriate response to their support request. Part of this is the pilot project 'youth and family worker working alongside the general practitioner': in a number of general medical practices, youth and family workers from the social neighbourhood teams have been positioned for better cooperation. The specialism of the working method is also that youth and family workers use a context-oriented approach.

This study provides insight into the contribution of this form of collaboration with GPs, compared to the old situation. It also answers the question of what using a context-oriented model means for families, the cooperation between youth and family workers next to the general practitioner and what may facilitate this cooperation. Finally, a brief comparison is made with how other municipalities regulate access to specialist help.

The main question is: What does the contribution of a context-focused youth and family worker mean for families, GPs and the work of the youth and family worker?

This was investigated by means of in-depth interviews and focus groups with parents, GPs and youth and family workers.

The results show that the parents, GPs and youth and family workers are positive about the position and help of the youth and family worker next to the GP.

- The youth and family worker is a new youth profession with specialist skills and knowledge;
- By being positioned next to the general practitioner, the doctor has new possibilities to help with parenting problems;
- It is fast, accessible, personal and close by;
- This has the school in the spotlight as a referrer and site of youth;
- It is a link to mental health care and contributes to cultural change;
- Support is provided to parents for everyday pedagogical questions with an appropriate framework of explanations and actions;
- This is primarily focused on quality connections, - a good relationship with young people and families, with a broad view and dialogue at the centre.

It is useful to underline the positive development of the new youth profession by providing general practitioners with information about the way in which the youth and family worker operates. General practitioners can also be given access to the content of the work by providing feedback in connection with case studies. Constant quality can be guaranteed with training, supervision and time for reflection. It is also necessary to facilitate aid networks in which specialised assistance can be deployed in a timely and targeted manner. In these networks, the youth and family worker can contribute to cultural change and a new language for mutual assistance, based on their own context and relationship orientation.

1 Inleiding

1.1 Samenhang in de toegang tot de jeugdhulp

Het samenwerken in de zorg voor kinderen en gezinnen staat sinds de transformatie extra hoog op de agenda van menig bestuurder, beleidsmaker en professional. Bij de overgang van de bestuurlijke en financiële verantwoordelijkheid naar gemeenten (de transitie per januari 2015) is er ook aandacht voor inhoudelijke vernieuwing, het gedrag en de cultuur (de transformatie). De transformatie jeugdhulp heeft de volgende aspecten:

- Preventie en uitgaan van eigen verantwoordelijkheid en eigen mogelijkheden van jongeren en hun ouders, met inzet van hun sociale netwerk.
- Demedicaliseren, ontzorgen en normaliseren door onder meer het opvoedkundig klimaat te versterken in gezinnen, wijken en scholen.
- Eerder de juiste hulp op maat bieden om dure gespecialiseerde hulp te verminderen.
- Integrale hulp aan gezinnen volgens het uitgangspunt één-gezin-één-plan-één regisseur. Door ontschotting van budgetten ontstaan meer mogelijkheden voor betere samenwerking en innovaties in hulp aan jongeren.
- Meer ruimte voor professionals door vermindering van regeldruk (NJI, 2017).

Ook in de gemeente Zwolle is men op de verschillende niveaus op zoek naar nieuwe en betere vormen van samenwerking, ervan uitgaande dat intensiever samenwerken kan bijdragen aan een effectiever hulpaanbod aan jeugdigen en hun ouders. Dit heeft er toe geleid dat in de gemeente Zwolle een project is gestart om de jeugd- en gezinswerker naast de huisarts te positioneren, om de samenwerking tussen hen te kunnen bevorderen.

De gemeente Zwolle heeft als transformatiethema ‘Samenhang in de toegang (tot de jeugdhulp)’, waarin gewerkt

wordt aan het versterken van de samenwerking tussen sociale wijkteams, huisartsen, jeugdgezondheidszorg en onderwijs rondom de toegang tot specialistische jeugdhulp. De bedoeling hiervan is dat kinderen en ouders een sneller en beter passend antwoord krijgen op hun ondersteuningsvraag. In het innovatieproces ‘Zo licht als kan, zo zwaar als nodig’, is het idee geboren om de toegang te versterken door het beschikbaar stellen van kennis en expertise aan de voorkant, dus voorafgaand aan een verwijzing naar gespecialiseerde jeugdhulp. Hiertoe worden eerstelijns jeugd- en gezinswerkers ingezet op scholen en naast de huisarts (Kievit, 2016).

Dit is een bijzondere ingang voor de jeugdhulp en een nadrukkelijke keus in het transformatieproces. De samenwerking tussen jeugd- en gezinswerker en de huisarts staat ten dienst van kinderen en gezinnen: het doel is om de zorg- en ondersteuningsvragen (consultatie) van gezinnen en jeugdigen effectief op te lossen. De jeugd- en gezinswerker gaat de dialoog aan met gezinnen en kinderen en heeft oog voor de context van de zorgvragers, de veerkracht van gezinnen en hun sociale omgeving. Door aan te sluiten bij de specifieke leefwereld van kind en gezin en verdieping in deze leefwereld, kunnen ze zowel het verwaarlozen als het onnodig medicaliseren van problemen voorkomen.

Huisartsen zijn in veel gevallen het eerste aanspreekpunt voor kinderen én ouders bij somatische en psychische klachten, maar ook bij vragen over gedrag en opvoeding, waarmee de huisarts ‘gezinsgeneeskunde’ bedrijft. “De huisarts verleent kwalitatief goede zorg aan de jeugd, houdt daarbij rekening met de groei en ontwikkeling van het kind en gebruikt zijn kennis over de context van het gezin” (Berger e.a., 2008). Kennis van het gezin helpt de huisarts om klachten van het kind te duiden en om signalen en risicofactoren te herkennen. Volgens Berger et al (2008) komt bij ernstige gedrags- en opvoedkundige problematiek de zorg vaak in de knel, vanwege multiple problemen die kinderen en gezinnen vaak hebben die bij jeugdhulp aankloppen. Zij wijst hierbij op een probleem in de onderlinge samenwerking en dat de

huisarts vaak geen zicht heeft op het grote palet van aanbieders met hun kennis en kunde, en deze vaak te weinig wordt betrokken bij nieuwe ontwikkelingen. De huisarts is voor alle relevante partners een constante factor in de jeugdketenzorg en de beheerder van een zeer compleet patiëntendossier en ziet zichzelf als een betrokken gezinsarts (Berger e.a., 2008).

“Ouders die te maken hebben met (specialistische) jeugd- en opvoedhulp, jeugdgezondheidszorg, passend onderwijs of huisartsenzorg onderstrepen het belang van samenwerken tussen professionals. Zij zien het als een belangrijk middel om de zorg en ondersteuning voor kinderen en gezinnen te verbeteren.” Dit stelt Pauline Meurs als een uitkomst van haar onderzoek in haar essay “Een gedurfde ambitie” (Meurs, 2016).

1.2 Aanleiding en opdrachtgever

In het plan van aanpak voor de jeugd- en gezinswerker naast de huisarts, verwijst de projectleider, Lidi Kievit naar de cijfers van het CBS over 2015 (juni 2016) – het eerste jaar waarin gemeenten verantwoordelijk waren voor jeugdhulp – die aangeven dat de verwijzing via huisartsen naar specialistische jeugdhulp in Zwolle boven het landelijke gemiddelde ligt. “Ruim de helft van alle verwijzingen naar gespecialiseerde jeugdhulp in Zwolle komt van de huisartsen. Dat wijst erop dat ouders met vragen over hun kind vaak naar de eigen huisarts gaan. Blijkbaar is dat de logische en vertrouwde route en op zich ook niet verkeerd. Wel voelen huisartsen zich met name bij vermoeden van psychische problematiek handelingsverlegen waardoor ze relatief snel verwijzen naar jeugd-ggz. Ook vallen niet medische problemen die kunnen meespelen begrijpelijkerwijs vaak buiten de scope van de huisarts. De vraag is daarom of met een relatief snelle doorverwijzing naar specialistische jeugdhulp voor diagnose en/of behandeling het kind en de ouders optimaal worden ondersteund. Daarover moet het gesprek met betrokken partijen gaan” (Kievit, 2016).

De gemeente Zwolle heeft in 2015 samen met betrokken partijen een ideeënteam rondom het onderwerp toegang gestart vanuit het innovatieproces jeugdhulp. Het streven

was het normaliseren en optimaliseren van de ondersteuning bij de jeugdhulp met als gezamenlijk uitgangspunt: ‘Zo licht als kan, zo zwaar als nodig’. Geraldine IJzerman, (teamleider Sociaal Wijkteam Zwolle, met aandachtsgebied Jeugd en tevens opdrachtgever), heeft het idee geopperd om een jeugd- en gezinswerker vanuit de sociale wijkteams aan huisartsenpraktijken toe te voegen. De gemeente Zwolle heeft voor het inzetten van de jeugd- en gezinswerker naast de huisarts gekozen, om het draagvlak en de samenhang en samenwerking in de toegang tot de jeugdzorg te versterken (Kievit, 2016).

De gemeente Zwolle heeft een projectleider, Lidi Kievit, aangesteld om deze nieuwe manier van werken tussen een jeugd- en gezinswerker naast de huisarts te implementeren. Inmiddels doen vijf huisartspraktijken mee met het project.

In dit project is ervoor gekozen in de hulpverlening veel meer contextgericht te gaan werken. Dat past goed bij het transformatiedoel om zorg op maat rond de cliënt te organiseren en bij het streven naar meer samenhang in de hulpverlening. Hierbij gaat het niet alleen om een verandering in de manier van organiseren van de samenwerking (transitie), maar ook om een verandering in de manier van hulpverlening (transformatie). Het contextgerichte werken gaat uit van de gedachte dat problemen op elkaar inwerken (interfereren) en daarom in samenhang benaderd moeten worden. Een probleem dat zich bijvoorbeeld op school voordoet, heeft uitwerking op hoe het kind op zijn omgeving thuis reageert en andersom is er een wisselwerking tussen de leefwereld van thuis en die van school. Het is van belang dat de jeugd- en gezinswerker niet eenzijdig gericht is op een enkel deelgebied van de vraag van gezinnen en jeugdigen, maar daadwerkelijk aansluit op wat voor het welzijn van de gezinnen en jeugdigen van belang is. Met deze andere manier van werken, waarin kennis en kunde op een andere manier worden toegepast, kan effectiever worden omgegaan met toewijzingen voor specialistische, duurdere hulp, omdat er meer voorliggende oplossingen bij de hand zijn, naast het gangbare medische model, waarbij het uitsluiten van en vaststellen van een oorzaak centraal staat. De jeugd- en gezinswerker heeft hierbij tevens de rol van netwerker in de hulpverlening, omdat er samengewerkt moet worden met andere hulpverleners (Aptroot, 2016). Van belang is dat de

jeugd- en gezinswerkers voldoende toegerust zijn in dit contextgericht werken ten aanzien van de specifieke positie die zij innemen. Daarnaast is het van belang dat de kwaliteit van deze nieuwe manier van werken geborgd wordt.

Om de kwaliteit van de nieuwe manier van werken te onderzoeken, te onderbouwen en zo nodig bij te stellen, heeft Lidi Kievit als projectleider en opdrachtgever vanuit de wijk-

teams van de gemeente Zwolle aangegeven kwalitatief onderzoek te willen laten doen naar het functioneren van de jeugd- en gezinswerker naast de huisarts.

Naast een kwalitatief onderzoek zal door de afdeling Onderzoek van de gemeente Zwolle kwantitatief onderzoek worden gedaan naar de vermindering van het aantal doorverwijzingen naar gespecialiseerde (en duurdere) hulp.

2 Probleemstelling, doelstelling en vraagstelling

2.1 Probleemstelling

De gemeente Zwolle heeft de jeugd- en gezinswerker sinds kort in de wijken gepositioneerd naast de huisarts. Het gaat hier om een nieuwe situatie van intensiever samenwerken tussen de jeugd- en gezinswerker en de huisarts in de hulpverlening en toegang tot gespecialiseerde hulp. Dit is een verandering in de structuur en organisatie van de hulpverlening waarvan we nog niet weten wat dit betekent voor de betreffende gezinnen, jeugd- en gezinswerkers en huisartsen, in vergelijking met de oude situatie.

De transformatiegerichte herdefinitie van hulpverlening en toegang tot hulpverlening gaat uit van eigen verantwoordelijkheid en eigen mogelijkheden van jongeren en hun ouders, met inzet van hun sociale netwerk. In de pilot van de jeugd- en gezinswerker naast de huisarts is dit transformatiedoel vertaald in contextgericht werken, met als doel de eigen regie en veerkracht van de hulp- en consultvragende gezinnen te versterken. We weten nog niet of gezinnen deze contextgerichte werkwijze herkennen in de bejegening en wat dit voor hen betekent.

De jeugd- en gezinswerker moet de andere manier van werken vormgeven in een context waarin het medisch model centraal staat. Hier kan een spanningsveld ontstaan. We weten nog niet of de jeugd- en gezinswerker in staat is om een andere werkwijze te hanteren die tevens het medisch model includeert en wat dit voor de jeugd- en gezinswerker en de huisarts betekent.

De gemeente Zwolle lijkt met de keus om de jeugd- en gezinswerker te positioneren naast de huisarts een bijzondere keus te maken. We weten nog niet wat de keuze van de gemeente Zwolle om de jeugd- en gezinswerker naast de huisarts te positioneren betekent in verhouding met keuzes die andere gemeenten maken in de transitie en transformatie van de jeugdhulpverlening.

2.2 Doelstelling en vraagstelling

Doelstelling:

De projectleider wil weten hoe de manier van werken wordt ervaren door zowel de huisarts, het kind, de jongere, ouder en de jeugd- en gezinswerker. Wat gaat goed en wat gaat niet goed in het functioneren van de jeugd- en gezinswerker in de pilot. En is de meerwaarde van de jeugd- en gezinswerker te benoemen?

Vertaald naar het onderzoek betekent dit inzicht geven in:

- de bijdrage van de contextgerichte jeugd- en gezinswerker in het leven van gezinnen en kinderen in de samenwerking met de huisartsen.
- wat de bijdrage is op basis van de ervaringen van de nieuwe situatie van samenwerking betekent voor gezinnen, huisartsen en het werk van de jeugd- en gezinswerker in verhouding met de oude situatie.
- wat het willen hanteren van een contextgericht model betekent voor gezinnen - naast en aanvullend ten aanzien van het bestaande medisch model - en wat dit betekent in de samenwerking tussen jeugd- en gezinswerkers en huisartsen.
- de keus van de gemeente Zwolle in verhouding met keuzes die andere gemeenten maken ten behoeve van de transformatie Jeugdhulp.
- wat helpend/behulpzaam kan zijn bij de samenwerking tussen jeugd- en gezinswerker en huisarts.

Vraagstelling:

Wat betekent de bijdrage van een contextgerichte jeugd- en gezinswerker naast een huisarts voor de gezinnen, voor de huisarts en voor het werk van de jeugd- en gezinswerker?

Deelvragen:

- Wat betekent de nieuwe situatie van samenwerking voor gezinnen, huisartsen en het werk van de jeugd- en gezinswerker in verhouding met de oude situatie?
- Wat betekent het willen hanteren van een contextgericht model naast het bestaande medisch model in de samenwerking tussen jeugd- en gezinswerkers en huisartsen?
- Wat betekent de keus van de gemeente Zwolle in verhouding met keuzes die andere gemeenten maken ten aanzien van de transformatie Jeugdhulp?
- Wat kan helpend/behulpzaam zijn in de samenwerking tussen jeugd- en gezinswerker en huisarts ten behoeve van gezinnen?

2.3 *Sensitizing concepts* voor het doen van onderzoek

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van *sensitizing concepts*. Dit zijn begrippen die fungeren als zoeklicht in het onderzoek (Boeije, 2014). De *sensitizing concepts* zijn gebruikt als voorstudie ten behoeve van het theoretisch kader en bij de theoretische beschouwingen (analyse) naar aanleiding van de resultaten van het onderzoek.

1. Kwaliteit van leven optimaliseren.
2. Volwaardig lid van de samenleving, kwetsbaarheid een plek geven.
3. Recht op een netwerk van variaties op relaties om zich te binden (gedeelde zinvolheid, de mens als relationeel en dialogisch wezen).
4. Wederkerigheid in de werkrelatie, relationele lenigheid (effectieve werkwijze zonder te ver-afhankelijken, perspectief van de hulpvrager kunnen innemen).
5. Benoemen van verbindingen in de werkrelatie als andere werkelijkheid dan aan- of afwezigheid van stoornissen. Verbindingen leggen tussen biologische, psychische en sociale aspecten in het verhaal van de cliënt. Rol- en denkinhouden van benaderingen die recht doen aan kennis, context en relatie.
6. Systemisch-contextueel en zorg-ethisch perspectief. Zorg wordt in een betrekking tussen twee of meer mensen gezien, met praktische wijsheid en morele verantwoording.
7. Complexiteit: complexe werkelijkheid is niet in een model te vatten en daarom moeten altijd normatieve keuzes gemaakt worden.

3 Theoretische verkenning

“Language cannot be reduced to a code; it plays itself out in a certain context. What is more, even if we immerse ourselves in the context, we have to wait beyond the last sounds. When all is said, the meaning has not finally arrived yet. It is the anticipation of what it could yet mean that draws us forward” (Cilliers, 2006).

3.1 Inleiding: de vakinhoudelijke benadering van de jeugd- en gezinswerker

De aanleiding voor het onderzoek is een het streven naar een kwalitatief betere jeugdhulp in de samenwerking tussen de jeugd- en gezinswerker en de huisartsen, waarbij het doorverwijzen naar de jeugd-ggz een meer afgewogen onderdeel van de hulp is. Hierdoor verschuift de nadruk van de hulpverlening van een medische naar een meer contextgerichte invalshoek.

De nadruk op een meer contextgerichte benadering in de positionering van de jeugd- en gezinswerker naast de huisarts heeft consequenties voor de vakinhoudelijke benadering van de jeugd- en gezinswerker en de samenwerking die de jeugd- en gezinswerker van daaruit aangaat met de jeugdigen, gezinnen en huisartsen. Dit onderzoek richt zich op het verkrijgen van een beeld van deze vakinhoudelijk benadering, op basis van de ervaringen van de betrokkenen, om zodoende hierover onderling het gesprek te kunnen voeren (Van Yperen (2013)). In mijn onderzoek ga ik uit van praktijkervaring, successen elders, en collectief beschikbare kennis en neem ik interviews af over de ervaringen in de samenwerking, met als uiteindelijk doel na te gaan of de jeugd- en gezinswerker een goede bijdrage kan leveren aan de staat van de jeugd in Zwolle. Om hierop zicht te krijgen is een verschil relevant van hoe voorheen werd gewerkt en hoe de nieuwe situatie wordt ervaren.

3.2 Reductionisme versus een systemisch-contextueel model, gericht op leefwerelden

In de jeugdhulp is in het algemeen de afgelopen jaren de problematiek waarmee jeugdigen en gezinnen kampten, veelal benaderd vanuit een reductionistisch model: problemen werden uiteengerafeld in deelproblemen en professionals richtten zich op behandelbare (deel)problematiek. Het contextualiseren van zorgvragen en het ondersteunen van gezinnen verdween naar de achtergrond. Vakgebieden en specialisaties als orthopedagogiek, psychologie en psychiatrie kwamen op de voorgrond. Een eenzijdig hanteren van het medisch model kan met het inzoomen op een enkel deelgebied bijdragen tot het reduceren van problemen. Binnen het medisch-psychiatrisch vertoog wordt de ernst van de problemen benoemd in termen van aanwezigheid of afwezigheid van stoornissen. De populariteit van het denken in stoornissen wordt mede bepaald door onze westerse cultuur, waarin er een grote nadruk ligt op persoonlijke groei en het gericht zijn op: “Wie geen succes heeft, zal ziek zijn.” Deze sterke gerichtheid leidt tot vertwijfeling, desoriëntatie en verlies van zelfbesef (Verhaeghe, 2012, Baars, 2014).

Reductie die zich voordoet in het creëren van behandelbare deelproblemen doet te weinig recht aan de context waarin problemen zich voordoen en de complexiteit die daarbij hoort, wat een gefragmenteerde werkelijkheidsbeleving tussen hulpverlener en hulpvragers in gang zet.

Voor jeugdigen en gezinnen kan een reductionistische aanpak weinig steun geven, omdat de werkwijze die hieruit volgt veelal bestaat uit gestandaardiseerde vragenlijsten en geprotocolleerde methoden waarmee zij als hulpvragers benaderd worden. Deze manier van werken sluit slecht aan bij hun alledaagse opvoed- en andere consultatievragen, omdat deze interfereren en emergeren op verschillende niveaus en leefgebieden. Met een reductionistische aanpak zijn de werkwijzen meer gericht op de zogenaamde eerste-ordeveranderingen, waarbij het gaat om een verandering in gedrag, structuur, regels en procedures (Wierdsma en Swierenga, 2011, Werkman, 2006). Omdat men zich minder richt op (interferenties tussen) alle leefgebieden, regie en op het op eigen kracht verder kunnen gaan, is een meer duurzame verandering lastiger te bereiken.

Het reductionistische model heeft ook als nadeel dat jeugdigen en gezinnen gedefinieerd worden als (potentiële) probleemkinderen en ouders, waarbij de professional tot taak heeft tekorten in de opvoeding te corrigeren en zo nodig verantwoordelijkheden over te nemen (Fukkink en Vink, 2014). Vanuit deze benadering komt dus een eenzijdige nadruk te liggen op controle en tekortschieten als lid van de samenleving.

“We need a kind of thinking that reconnects that which is disjointed and compartmentalized, that respects diversity as it recognizes unity, and that tries to discern interdependencies. We need a radical thinking (which gets to the root of problems), a multidimensional thinking, and an organizational or systemic thinking” (Morin, 2008).

Kunneman (2012, 2017b) bespreekt de voorkeur van psychiater Kopland voor een complex paradigma waarin de interactie tussen ‘sociale, psychische en biologische mechanismen’ in het denken, voelen en handelen van mensen centraal staat (het zgn. ‘bio-psychosociale model’). Herhaalbaarheid en voorspelbaarheid spelen namelijk slechts een beperkte rol in de ontwikkeling en de transformatie van complexe levende wezens, met name door de grote invloed op hun leven van de complexe relationele verbanden waarin die zijn ingebed. In die relationele verbanden speelt de ethische en morele kwaliteit van die relaties een belangrijke rol,

in de zin van onderlinge steun, aandacht en zorg, of juist onverschilligheid, afwijzing en vijandelijkheid.

Het werken met een bio-psychosociaal model is gebaseerd op een systemisch-contextueel denken. “Systeemdenken is denken in netwerken van verbindingen in verschillende contexten die elkaar voortdurend afwisselen en die tegelijkertijd om voorrang strijden op verschillende systeemniveaus” (Aptroot & Spaander, 2016). Het vraagt van de jeugd- en gezinswerker steeds te kunnen schakelen tussen contexten en zich in verschillende netwerken te kunnen bewegen, die ook steeds wisselen, evenals dit (in toenemende mate) ook van jeugdigen en gezinnen in onze samenleving wordt gevraagd.

Vanuit een bio-psychosociaal model gezien kan ingezoomd worden op aspecten van het biologische niveau en kan weer uitgezoomd worden door ook te kijken hoe andere niveaus en leefgebieden hierop en met elkaar interfereren. “Luisteren we naar een kind of naar een klacht? Luisteren we naar een individu belast met specifieke genen of naar een ouderpaar of naar een gezin. Luisteren we naar grootouders of naar de familie? Luisteren we naar de klacht en geven we antwoord op niveau van kind met belangrijke anderen in het relatieleven met ASS en ADHD, dan doen we beide tegelijkertijd. En kunnen we dat nog in de kinder- en jeugdpsychiatrie als samenhang ontdekken tussen biologische, psychologische en sociale niveaus” (Aptroot, 2013).



Figuur 1. Bio-psychosociaal model volgens hiërarchie van Engel (Choy, 2011)

In het benoemen van verbindingen plaatst een contextgerichte hulpverlener een andere werkelijkheid op de voorgrond. Dit is een taal die zowel de individuele beleving als de relatie tot binnen en buiten probeert te omvatten in het begrijpen van de moeilijkheden van mensen. Begrippen komen tot leven als ze ingeweven worden in het verhaal van de cliënt. Zij zijn daarmee eerder dynamisch beschrijvend dan alomvattend verklarend. Van belang is verbindingen te blijven zien tussen het biologische, psychische en sociale (Reimers, 1999).

Het systemisch-contextueel denken is tevens een denken op metaniveau van waaruit alle kennis in samenhang kan worden aangeboden en waarbij de hulpverlener zichzelf ziet als onderdeel van het systeem als geheel: “The observer should not just practice a method that permits her to shift from one perspective to another..... She also needs a method to access a metapoint of view on the diverse points of view, including her own point of view” (Morin, 2008).

In het hanteren van deze systemisch-contextuele metavisie zullen diagnostiek en behandeling in een ander daglicht komen te staan (minder eenzijdig op de voorgrond) in de taakopvatting van professionals en zal er meer aandacht zijn voor het scheppen van voorwaarden voor het mogelijk maken van een duurzame verandering; een zogenaamde ‘tweede-ordeverandering’, wat een verandering betreft op cognitieniveau, in overtuigingen en werkwijze, waardoor vernieuwing plaatsvindt. Door Wierdsma e.a. (2011) wordt ook een verandering op het derde niveau onderscheiden; een proces van gezamenlijke betekenisgeving (Watzlawick 2001, Werkman 2006, Wierdsma & Swieringa 2011). Daarnaast zal vanwege het zicht op de interferenties op de verschillende niveaus en leefgebieden duidelijker worden dat er verbinding moet worden gemaakt met andere betrokken professionals, waarmee het interdisciplinair samenwerken weer belangrijker wordt. Hiervoor heeft de gemeente Zwolle een structurele verandering doorgevoerd door de jeugd- en gezinswerker naast de huisarts te positioneren. Ook huisartsen zijn opgeleid om hulpvragen te contextualiseren en de veerkracht bij hun patiënten te versterken (Meurs, 2016). Gezien echter de samenwerkingservaring met de veel meer vanuit het medisch model opererende jeugdpsychiatrische instellingen en verwijzende instellingen

als scholen, kan het zijn dat het medisch model nog centraal staat. De vraag is hoe de jeugd- en gezinswerker het op leefwerelden gerichte systemisch-contextuele werken binnen de bestaande discourses kan toevoegen.

3.3 Zelfredzaamheid, veerkracht en kwetsbaarheid

Vanuit het systemisch-contextgerichte werken en denken worden problemen niet gezien als iets wat zich (alleen) oplost door de juiste expertise in te schakelen of de hulp anders te organiseren, maar waarbij het ook van belang is dat de jeugd- en gezinswerker anders denkt en handelt. Vanuit het contextgerichte denken zijn problemen verschijnselen van het leven waarbij mensen door het aanvragen van een consult en het aangaan van een consultrelatie gebruik kunnen maken van de meest passende hulpverlening. De jeugd- en gezinswerker wordt hiermee deel van het netwerk van relaties van de inwoner/consultvrager. Deze transformatiegerichte herdefinitie van hulpverlening en toegang tot hulpverlening, gaat uit van leefwereldgericht en relationeel werken van de professional, met als doel de eigen regie en veerkracht van de consultvrager te versterken. Deze manier van werken heeft gevolgen voor alle relaties die hiermee verband hebben. De vraag van het gezin op te vatten als een verschijnsel van het leven, doet recht aan de eigen veerkracht en weerbaarheid van de zorgvrager. “Een consult is een raadpleging waarin er begrip is voor het probleem dat wordt voorgelegd, maar waarbij de consulent zich afvraagt: wat maakt dat dit niet opgelost kan worden? Dat is iets anders dan het te willen oplossen” (Van de Velden, 2014).

Volgens Huber en Jung betekent gezond opgroeien het vermogen van gezinnen en jeugdigen om stress en moeilijkheden niet te laten opstapelen en de weerbaarheid om persoonlijke groei en levensdoelen te realiseren in het licht van de uitdagingen waarvoor ze komen te staan (Huber en Jung, 2015).

Opvoeden en opgroeien verlopen echter vaak rommelig en de processen zijn weerbarstig en soms complex (Baart en Leest, 2015). De vele aanmeldingen bij jeugdzorg en jeugdggz zijn hier een bewijs van. Gezien het feit dat er gezinnen zijn die onvoldoende zelfredzaam zijn én ondanks de inge-

zette hulpverlening dat ook blijven, kan veerkracht ook betekenen het kunnen overleven en geweld afweren. Het tegenovergestelde van zelfredzaamheid is kwetsbaarheid van gezinnen en kinderen, waarvoor soms onvoldoende oog voor lijkt te zijn in een samenleving die gericht is op zichzelf kunnen redden en veerkracht: “Zelfredzaamheid, veerkracht, levenskunst en eigen regie kunnen zo aanlokkelijk worden, dat men overwegend van het lijden en onvermogen van de kwetsbaarheid wegstijgt” (Baart en Carbo, 2013). Volgens Baart is het van belang kwetsbaarheid als gegeven van ouders en kinderen op te nemen in rijke, zo alledaags mogelijke relaties, zodat de kans van gedeelde zinvolheid ontstaat (Baart en Carbo, 2013). De vraag is welke plek kwetsbaarheid tegenover zelfredzaamheid in het werk van de jeugd- en gezinswerker kan hebben te midden van het huidige transformatiedenken.

3.4 Complexiteit en normatieve professionaliteit

Kwetsbaarheid en weerbarstigheid zijn belangrijke verschijnselen binnen de complexe werkelijkheid waar professionals in hun werk mee te maken hebben. Met het bio-psychosociaal model wordt een helpend perspectief geboden op de complexe werkelijkheid, met in- en uit te zoomen (narratieve) aanknopingspunten die herstel van relaties mogelijk tot stand te brengen. De complexe werkelijkheid zal echter niet ‘gevangen’ kunnen worden in een model. Duidelijk is dat binnen die complexe werkelijkheid professionals steeds weer keuzes moeten maken:

“According to mainstream complexity theory, complex adaptive systems are characterized by re-entrant interactions between many components, resulting in non-linear dynamics and emergent properties that cannot be understood nor explained by referring to characteristics of individual components. Complex systems are moreover composed of different layers or levels that bring many different reciprocal relations between parts and wholes in to play.” ... “According to Paul Cilliers, this implies that all models we develop of complex systems, such as cells, ant colonies, brains and ecosystems, necessarily reduce the complexity of the system at stake. The only completely adequate model of a complex system would be the system itself! (Cilliers 1998). Critical complexity thinkers argue that, as a necessary consequence,

scientific models of complex systems always involve normative choices” (Kunneman, 2015).

De normatieve dimensie is het vermogen om te reflecteren op het eigen professionele handelen, gericht op de keuzes en alternatieven binnen de kaders van de professie. Volgende aandacht voor de normatieve dimensie van professionaliteit vergroot de kans dat de jeugd- en gezinswerker in zijn handelen aansluit bij de belevingswereld van de hulpvrager en huisarts (Kunneman, 1996).

Kunneman benoemt dat professionals in hun werk geconfronteerd worden met moerassige complexiteit en ook met een passieve, ‘lijdende’ verhouding tot oncontroleerbare complexiteit, door Kunneman aangeduid als *dolor complexitatis* (Kunneman, 2013). De normatieve professionalisering en de daarin werkzame *amor complexitatis* (het omarmen van complexiteit) biedt een onontbeerlijke voedingsbodem voor het ontwikkelen van moreel kapitaal voor de jeugd- en gezinswerkers zelf en op het niveau van organisaties, zoals het wijkteam (Kunneman, 2013).

De normatieve professionaliteit is nodig voor het leren en ontwikkelen van kwaliteiten en vaardigheden die verder reiken dan de vakinhoudelijke kennis ten aanzien van bijvoorbeeld opvoedvragen die elke professional tot zijn/haar beschikking moet hebben. Bij normatieve professionalisering gaat het om het vermogen om te gaan met morele, existentiële dilemma’s en politiek-ethische vragen als: wat is passende zorg of ondersteuning, ook als er verschillende belangen en opvattingen over ‘het goede’ in het spel zijn. De vraag is in hoeverre het de jeugd- en gezinswerker lukt om vanuit een complexiteitsbewustzijn en praktische wijsheid normatief te handelen.

3.5 Relatiegericht en zorg-ethiek

De relationele dimensie houdt in dat de jeugd- en gezinswerker naast jeugdigen, gezinnen en de huisarts en andere betrokkenen uit het netwerk kan staan, hun vertrouwen kan krijgen en samen kan beslissen over de hulpvraag. Relationele hulpverlening betekent dat de relatie het stuurkader is van waaruit de hulp wordt ingericht (en niet bijvoorbeeld de DSM) en dat de relatie reeds de hulp of zorg kan betreffen.

Relationeel hulpverleners betekent ook een zich verhouden tot de hulpvrager als wezen die relaties heeft, een geschiedenis, een sociale positie (een relationele context).

Voorts betekent relationeel hulpverleners dat sociaal-institutionele betrekkingen een rol spelen als achtergrond waarbinnen de hulpverlening gestalte krijgt. Relationele hulp dient ook ergens toe; het geschiedt met het oog op, het doel tot een zo goed mogelijk leven te midden van andere mensen als ‘finaliteitsbetrekking’ (Baart, 2016b). Relationele professionaliteit komt tot uitdrukking in houding en gedrag en gaat bijvoorbeeld over het vermogen om met gezinnen contact te houden, te blijven communiceren, ook als zich lastige situaties voordoen, zoals onwil, tegengestelde belangen of een bedreigde veiligheid van de jeugdige. Het gaat om een continue dialoog in de onderling opgebouwde relatie. De dialoog gaat over zeggenschap in de zorg en ondersteuning die jeugdigen en gezinnen ontvangen, hetgeen gelijkwaardigheid aanduidt en de jeugdige/ouder eigenaar kan worden van zijn eigen vraag (Meurs, 2016). De dialoog is niet te vatten in een protocol of methodiek, maar vormt een relationele basishouding, die gericht is op de onderlinge betrekkingen en verbinding. Aptroot en Spaander (2016) verwoorden dit als volgt: “Niet de methodiek of het protocol geeft je houvast, maar je professionele attitude. Weer anders geformuleerd: de basisattitude is niet wát we doen, maar hóe we dat doen.”

Het belangrijkste in de hulpverlening is dat het kind en zijn gezin centraal staan en daarmee de relatie die de hulpverlener met hen heeft, zonder de hulpvrager te verafhankelijkken of de eigen expertise op de voorgrond te stellen. “Zorg, hulp en steun relationeel inrichten betekent dat de mens, ook als hij zorg vraagt en ontvangt, behouden blijft als een relationeel wezen en dus niet benaderd wordt als consument zonder context, geschiedenis of waardigheid. Het betekent dat iemand voor zijn (geslaagde) leven afhankelijk is van anderen en dat hij, in de keuzen die hij maakt, ook anderen treft” (Baart en Carbo, 2013).

In de relatie die de professional aangaat met de hulpvrager is het van belang welke morele oriëntatiekracht die professionals eigen is. Uitgaande van een zorg-ethisch perspectief kan gezegd worden dat zorg altijd in een betrekking tussen

twee of meer mensen wordt gezien, wat niet per se leidt naar grote emotionele betrokkenheid als fundament van die betrekking. Volgens Baart en Vosman (2008) zit in zorg een betrekking, waarzonder er geen zorg is. Zo kijkend, vanuit de zorg-ethiek, komt ook de zorgprofessional erkenning toe voor haar kunnen en weten” (Baart & Vosman, 2008). Verder impliceert het zorg-ethische perspectief een reflectie op wat het betekent wanneer de zorgverlener het perspectief van de patiënt inneemt. Daarnaast is de praktische wijsheid van de zorgverlener van belang om na te denken over wat goede zorg tot meerel gezien goede zorg maakt of maken kan.

De jeugd- en gezinswerker dient zich steeds weer af te vragen waar het in de betreffende situatie uiteindelijk om te doen is; ‘het finaliseren’ als ijkpunt, om na te denken over de kern van het vak en waar het over moet gaan. Het finaliseren gaat erover dat de zorgontvanger met zijn kwetsbaarheid en afhankelijkheid zo goed mogelijk lid van deze wereld kan zijn en daarbij in een bevredigende relatie staat tot de wereld, de anderen en zichzelf (Baart, 2015, 2016b).

Bij de wederkerigheid in de werkrelatie is relationele lenigheid een noodzaak, om niet in de onmacht van het netwerk verstrikt te raken of in je eigen zorgvuldig door de jaren heen opgebouwde expertise als hulpverlener het enige antwoord op het vraagstuk te horen en te zien. “We willen in ons dagelijks werk van hulpverlener naar kinderen, gezinnen, (professioneel)netwerk toe om iets te ontdekken wat we voorafgaand aan deze dag nog niet weten maar waar aan het eind van de dag antwoorden op zijn gekomen” (Aptroot, 2017).

Normatieve professionaliteit poogt professionals te ondersteunen in het aangaan van de relatie tot de hulpvrager en de bijbehorende keuzes die gemaakt moeten worden door de persoonlijke factor te onderbouwen met wat daarin met behulp van de wetenschapsfilosofie voorhanden is ten aanzien van ‘praktische wijsheid’ en de gerichtheid op zorg die de (professionele) identiteit inhoud geeft.

Kunneman (2015) benoemt hierbij, gebaseerd op Ricoeur (1992) de narratieve ontwikkeling van de identiteit die func-

tioneert als een brug tussen onszelf en de zorg voor de ander. Als professional kun je je laten aanspreken op je morele en professionele overtuigingen die je iets laat ontdekken of tot iets uitdaagt wat je eerst niet wist of kon. Hiermee kan ook de professional steeds een nieuw verhaal (helpen) schrijven voor een goed, betekenisvol leven met en voor anderen.

“The idea of the narrative development of our identity thus functions as a bridge between the idem-pole (onszelf) and the ipse-pole (zorg voor de ander) of our identities. At decisive points in our life, we can narratively imagine different plots for the future development of our life story: as a continuation of our idem identity, or as a new figuration of our identity based on being true to the promise we made to care for others or to our moral convictions. Thus a new, ethically and morally richer plot of our life story can emerge, in terms of which we can ‘rewrite’ or reconfigure up to a point the story of our life” (Kunneman, 2015).

De vraag is hoe de jeugd- en gezinswerker het belangrijkste onderdeel van zijn werk (het onderhouden van betrekkingen) vorm kan geven binnen een relationeel zorg-ethisch perspectief.

3.6 Dialooggerichte benadering

“Life by its very nature is dialogic. To live means to participate in dialogue; to ask questions, to heed, to respond, to agree, and so forth. In this dialogue a person participates wholly and throughout his whole life: with his eyes, lips, hands, soul, spirit, with his whole body and deeds. He invests his entire self in discourse, and this discourse enters into the dialogic fabric of human life, into the world symposium” (Bakthin, 1984, Rober, 2017).

De complexiteit van het relationele proces in een ontmoeting tussen jeugd- en gezinswerker en jeugdigen/ouders/gezinnen, is niet in een paar concepten, principes of methoden neer te zetten. Wat wel mogelijk is, is om te reflecteren op de wederkerigheid in de relatie en de complexiteit in de dialoog.

Rober (2017) reflecteert op de dialoog, geïnspireerd door Bakthin (1984). Het gaat Rober erom dat wij in contact treden met de wereld van levende personen die allemaal ademen, waarvan de harten kloppen en die zorgen hebben, dromen, teleurstellingen, herinneringen en angsten. “Deze personen oriënteren hun handelen op anderen en in het bijzonder op anderen die ze graag zien.” Deze personen zijn zoals de hulpverlener zelf en zijn zoals wij allemaal “relationele wezens, betrokken op hun omgeving, continu afgestemd op elkaar en met elkaar uitwisselend” (Rober, 2017).

Op basis van dit (normaliserende) uitgangspunt is ook het werk van de jeugd- en gezinswerker te beschouwen als een dialoog van levende personen, waarbij de relatiecontext die deze levende personen samen vormen essentieel is voor het hulpverleningsproces. De focus van hulpverleners is gebaseerd op het idee dat het gaat om een ontmoeting van mensen die wegen zoeken om hun leven voor een moment met elkaar te delen.

Shotter (1993, 2012) refereert aan Bakthins ideeën over dialoog en dialogisch verstaan, als een visie op mensen die niet de nadruk legt op de materiële context of terugkerende observeerbare patronen, hulpverleningsdoelen of methoden, maar op de onvoorspelbaarheid van het leven en de uniekheid van menselijke wezens. De betekenis van het woord dat is gesproken, is niet zozeer de verbale expressie van iets dat bestaat in de persoon zoals gevoelens, een herinnering of een mening, maar dat dat woord iets nieuws creëert wat daarvoor nog niet bestond. Het is in die unieke dialogen en vluchtige momenten dat we uitdrukking aan onszelf en ons unieke innerlijk leven delen met anderen (Rober, 2014, Shotter 1993). In die dialoog die samen gecreëerd wordt, zullen mensen sommige van hun verhalen vertellen en de andere verhalen onverteld laten. In de context van de dialoog zullen sommige stemmen tot spreken komen, maar zal mogelijk bijgedragen worden aan de repressie van andere stemmen.

Vanuit de uitgangspunten van Bakthin bespreekt Rober (2017, 2005) met Shotter (1994, 2000) ook de rollen van spreker en luisteraar van de hulpverlener ten opzichte van het verhaal van de cliënt. De woorden die de hulpverlener spreekt zijn een schakel in een ketting die verbonden is met

woorden die eerder gesproken zijn, en de positie van de hulpverlener als luisteraar is meer dan te proberen in de schoenen van de hulpvrager te staan.

“Dialogic understanding is not about representational knowledge (*knowing that*) but about practical knowledge: *knowing how to go on* (Shotter, 1994). This kind of understanding fits a view of language in which the functions of language is not representing the world, but coordinating our actions together (Shotter, 2000). Creating dialogic space- a space of possibilities created in the conversation to entertain multiple ideas, beliefs and opinions, without excluding important voices.”

Echt verstaan, begrijpen van de ander is niet het overdragen van kennis in het hoofd van de ander, maar een verstaan waarin betekenisgeving van de een in contact komt met de betekenisgeving van de ander. Deze dialoog is creatief in die zin dat het resulteert in belangrijke nieuwe betekenissen, die verschillend waren van de originele betekenissen.

“Dialogic understanding creates something new”
(Rober, 2005, Bakthin, 1986).

Als een jeugd- en gezinswerker luistert naar de woorden die de jeugdige/ouders/gezin spreken, dan registreert hij/zij niet alleen de woorden van de cliënt, maar ook zijn eigen woorden die door de woorden van de cliënt worden opgeroepen (de innerlijke dialoog). Door het terugkerende spreken en antwoorden ontstaat de betekenis van de woorden die gezegd worden.

Op basis van Rober (2017, 2005) kan gezegd worden dat de jeugd- en gezinswerker als hulpverlener een actieve, responsieve luisteraar is. De jeugd- en gezinswerker beweegt zich tussen posities van identificatie met de jeugdige/ouder/gezin en met de positie van ‘buitenstaander’/de ander. De jeugd- en gezinswerker begrijpt, verstaat in die zin dat hij/zij weet hoe door te gaan met het gesprek op zo’n manier dat er ruimte wordt gemaakt voor de verschillende stemmen die van belang zijn voor de jeugdige/ouder/gezin. De jeugd- en gezinswerker staat open voor onverwachte betekenissen die kunnen ontstaan en kan hierbij complexiteit en onzekerheid verdragen in de innerlijke en uiterlijke conversatie. “There is wonder and fear, beauty and uncertainty,

good intentions and remorse. There is pain and love and everything in between. This is how frail a dialogue of living persons is. This is how full of potential it is” (Rober, 2005).

De vraag is hoe de jeugd- en gezinswerker de dialoog op een goede manier gaande kan houden, met de jeugdige, ouders, gezin en ook met het *larger system*, als familie, vrienden, buurt, andere hulpverleners, de huisarts en de ggz. Hoe frêle is deze dialoog en hoe vol van potentie?

3.7 Een paradigmashift: de aandacht voor een meer relatiegerichte hulp in de ggz

De jeugd- en gezinswerker moet nauw samenwerken met de ggz waarbij het medisch model vanuit de ggz en bio-psychosociaal model vanuit de jeugd- en gezinswerker naast elkaar lijken te staan. In de ggz lijkt echter al enige tijd sprake van een verandering waarbij eveneens vanuit zowel het medisch model als het bio-psychosociaal model (contextueel denkkader) wordt gedacht en waarbij de relatie met de patiënt centraal staat.

Volgens Van Audenhove (2017) is er sprake van een intrede van een positieve visie en veranderingen in de rol van de patiënt als actieve participant en ervaringsdeskundige in de geestelijke gezondheidszorg tegenover het stigma dat aan psychische ziekten kleeft in onze samenleving. Zij geeft aan dat er in de samenleving in toenemende mate erkenning is dat er meerdere perspectieven zijn van waaruit men naar beperkingen in lichamelijke, psychische of sociale zin kan kijken. Van Audenhove verwacht dat de visie op herstel in toenemende mate het leidend paradigma is van waaruit men de hedendaagse ggz organiseert.

De paradigmashift van een traditioneel klinisch paradigma naar een ‘recoverymodel’ omvat meerdere aspecten, waarbij de focus van disfuncties, gestoord gedrag, symptomen en klachten verlegd wordt naar veerkracht en de positieve aspecten van de persoon. Het relationele aspect wordt meer benadrukt, omdat het geloof en de steun van anderen in de mogelijkheden tot herstel bepalend zijn voor het positieve verloop van het gehele herstelproces. Het proces van herstel houdt dan niet meer alleen in het klinische herstel, maar ook het persoonlijke en sociale herstel.

(Herstel) ondersteunende zorgt vertrekt niet vanuit een objectieve analyse van een probleem, symptoom of zorgbehoefte door professionals, maar wel van de vraag van de persoon zelf en houdt rekening met zijn sterkte, veerkracht en positieve aspecten in de omgeving (Van Audenhove, 2017).

De transformatie en paradigmashift in de ggz kunnen bedreigend zijn voor bestaande machtsverhoudingen gebaseerd op oude klinische modellen (medisch model). Er is echter sprake van een nieuw soort behandelaar die alternatieven voor de DSM-diagnostiek formuleert en ondersteunt, zoals een indeling in een continuüm van gezond naar ziek (Spaander, 2017). Van Os en Delespaul (2018) geven in hun voorstel tot een valide kwaliteitskader voor de ggz aan dat voor patiënten de belangrijkste uitkomsten van effectiviteit liggen op de narratieve ontwikkeling, verbinding met anderen, het ontmoeten van hoop en optimisme, eigen regie, identiteit, zingeving en oog voor moeilijkheden. Het 'veranderlijke' in de ggz (effect op individueel niveau) ligt niet zozeer op het niveau van symptomatische verandering, maar op het niveau van zingeving of persoonlijk herstel (Van Os en Delespaul, 2018).

Richtinggevend voor een andere opvatting in de ggz is de gedachte dat de aandacht meer gericht zou kunnen worden op de context van de klachten en de samenwerkingsrelatie met de patiënt en de naast betrokkenen, waarbij de nadruk ligt op begrippen als 'betekenis' en 'betrokkenheid'.

Van Oenen (2014) betoogt dat het zinvol is om meerdere invalshoeken naast elkaar te hanteren, waarbij de volgende ordening wordt omschreven: *knowing that* (als eerste orde van denken, waarbij kennis een centrale plek heeft), *knowing how* (tweede orde van denken - contextueel en interactioneel bepaald) en *knowing how to go on* (als derde orde van denken, over dialoog en verbinding) (Van Oenen, 2018, Shotter, 1993).

De meerdere invalshoeken heeft als consequentie dat de behandelaar vanuit meerdere rollen de behandeling vorm geeft: "Iedere rol brengt een eigen 'script' mee, waarin elementen zoals distantie, verbinding en verantwoordelijkheidsverdeling sterk kunnen variëren. Als we deze scripts

uitzetten op een continuüm kunnen we de twee uitersten typeren als respectievelijk 'de monoloog' en de 'dialoog', waarin de monoloog staat voor distantie en verschil in verantwoordelijkheid en de dialoog staat voor nabijheid en gelijke verantwoordelijkheid. Tussen deze twee uitersten zal in ieder gesprek steeds een dynamische spanning aanwezig zijn" (Van Oenen e.a., 2014, Shotter, 1993). In de derde rol (*knowing how to go on*) wordt het denken bepaald door het intersubjectieve aspect in het hulpverleningsproces. De verbinding, relatie staat voorop waarbij men op zoek is naar nieuwe betekenissen. De behandelsessie wordt dan een 'meeting of living persons', waarin de behandelaar reflecteert vanuit een *experiencing self* (Rober, 2017, 2005). Met de rolverdeling kan de psychiater (en ook andere behandelers/hulpverleners) én wetenschappelijke kennis inbrengen én voortdurend professioneel reflecteren op het samenwerkingsproces én zich op unieke, persoonlijke wijze laten kennen in het behandelproces, waarbij het tevens gaat om verbinding en wijsheid (van Oenen, 2014).

Volgens van Oenen kent de biomedische taal nauwelijks ruimte voor dergelijke contextuele en persoonlijke behandeloverwegingen: "Om de verschillende inzichten een waardige plaats te bieden is een vocabulaire vereist dat ruimte biedt voor meerdere ordes van denken. Non-specifieke psychotherapiefactoren en begrippen uit andere denkaders als systeemtheorie en humanisme moeten een vanzelfsprekende plaats krijgen binnen de psychiatrische behandeltaal, wil recht gedaan worden aan recente inzichten binnen het vakgebied" (Van Oenen, 2014).

Voor een paradigmashift in de ggz lijkt, op basis van de ideeën van Van Oenen e.a. (2014) een nieuw denkkader en nieuwe behandel- en begeleidingstaal wenselijk, voorzien van systeemtheoretische inzichten en inzichten uit de normatieve professionaliteit (als bouwstenen van het kritisch humanisme).

Voor de jeugd- en gezinswerker raakt de ontwikkeling naar een mogelijke paradigmashift aan de eigen ontwikkeling van taal die ruimte biedt aan de meerdere ordes van denken en waarbij de relatie centraal staat. De vraag is in hoeverre er daadwerkelijk sprake is van een op gang komende paradigmashift in de ggz. Ook is het de vraag in hoeverre de JGW

vanuit de gerichtheid op normaliteit hieraan een bijdrage zou kunnen leveren in het samen optrekken ten behoeve van jeugdigen/ouders/gezinnen.

3.8 Samenvatting

Op basis van het literatuuronderzoek, aan de hand van een aantal *sensitizing concepts*, blijkt dat relationele en normatieve professionaliteit van belang is voor de jeugd- en gezinswerker naast de huisarts, alsmede een bewustzijn van het hanteren van het systemisch-contextgerichte bio-psycho-sociaal model, waarin het medisch model geïncorporeerd wordt.

Kort samengevat zijn de volgende punten vanuit de literatuur als richtinggevend genomen voor het onderzoek naar het contextgerichte werken van de jeugd- en gezinswerker naast de huisarts:

- relatie- en betrekkingengericht met behulp van dialoog;
- leefwereldengericht en gericht op het verdiepen van zijn leefwerelden door de inwoner, schakelen tussen contexten (systemisch-context gericht bio-psycho-sociale model);
- eigen regie, veerkrachtgericht en omgaan met kwetsbaarheid;
- complexiteits- en normatief bewust.

Bij bovenstaande punten kunnen de verschillende ordes van denken meegenomen worden: *knowing that* (als eerste orde van denken, waarbij kennis een centrale plek heeft), vooral *knowing how* (tweede orde van denken - contextueel en interactioneel bepaald) en *knowing how to go on* (als derde orde van denken, over dialoog en verbinding).

De richtinggevende punten uit het literatuuronderzoek zal ik meenemen in mijn analyses en evaluatie van de resultaten.

4 Operationalisering en verantwoording

4.1 Evaluatief kwalitatief onderzoek

Doel van dit onderzoek is de bijdrage van de jeugd- en gezinswerker in de samenwerking met de huisarts identificeren, begrijpen en zo nodig aanzetten geven tot verbetering. Hiervoor is gekozen voor de volgende onderzoeksmethodieken.

4.1.1 Evaluatief/exploratief kwalitatief onderzoek.

Met dit formatief evaluatieonderzoek wordt nagegaan wat de resultaten zijn van de pilot van de jeugd- en gezinswerker en wordt nagegaan welke verbeteringen mogelijk zijn, zodat met behulp van het onderzoek bepaald kan worden hoe verder te gaan (Stern, 2004). In dit onderzoek wil ik nagaan wat de waarde is van de bijdrage van de jeugd- en gezinswerker in samenwerking met de huisarts en de ervaren opbrengst. Hierbij richt ik mij op de mensen die het jeugd- en gezinswerk uitvoeren, het context- en relatiegericht werken en de uitkomsten van de nieuwe manier van werken.

Evaluatief onderzoek houdt in dat wordt bepaald wat betekenisvol is voor de betrokkenen bij het uitvoeren van een bepaald programma of methode, in dit geval de samenwerking tussen jeugd- en gezinswerker en huisartsen ten behoeve van gezinnen. Programma of pilot-evaluatie is de systematische verzameling van informatie over de activiteiten, karakteristieken en uitkomsten van het programma/pilot om zienswijzen en beoordelingen te kunnen geven over het programma, de effectiviteit te kunnen verbeteren en beslissingen te kunnen nemen over toekomstige programmering. Met de kwalitatieve methode wordt het verhaal van het programma/pilot verteld, door het verzamelen en communiceren van de verhalen van de deelnemers. Zij vertellen wat wanneer gebeurde en met welke consequenties.

Het doel van het onderzoek is het verzamelen van informatie over de pilot jeugd- en gezinswerker naast de huisarts vanuit drie perspectieven (ouders, huisartsen en jeugd- en gezinswerkers) en uitkomsten te genereren die bruikbaar zijn door de beschreven processen en deze te verhelderen voor degenen die beslissingen moeten nemen over de pilot. Kwalitatief onderzoek verheldert de mensen achter de cijfers en geeft gezichten aan statistieken voor verdieping van het begrijpen van het programma en het informeren ten behoeve van de besluitvorming (Patton, 2015).

In het kwalitatief onderzoek is gebruik gemaakt van diepte-interviews bij drie ouders, twee huisartsen en twee jeugd- en gezinswerkers. Om de uitkomsten van het onderzoek op basis van deze interviews te valideren, heb ik gebruik gemaakt van een focusgroep.

Daarnaast is een *desk-research* gedaan naar de initiatieven die andere gemeenten hebben ontplooid om verwijzingen van jeugd via de huisarts naar de jeugd-ggz zo goed mogelijk te laten verlopen, als een triangulatie op het onderzoek.

4.1.2 Setting en deelnemers

De setting van het onderzoek zijn de vijf wijkteams van de gemeente Zwolle, met vijf regio's: Zwolle-Midden, Zwolle-Zuid, Zwolle-Noord, Zwolle-Oost, Zwolle-West. De gemeente Zwolle zet de jeugd- en gezinswerker in naast de huisarts in deze vijf wijken, om ouders consultering te bieden aan allerlei vragen en problemen rondom het opvoeden van jeugdigen. Gezinnen, hun omgeving of de huisarts signaleren kwetsbaarheid in de opvoedsituatie, zoals problemen in het omgaan met moeilijk gedrag, moeilijke ervaringen, een ingewikkelde psychosociale situatie, waarvoor consult wordt gevraagd.

Onderzoekseenheid: De beleving, ervaringen van hulpvragende ouders met de jeugd- en gezinswerker en de beleving, ervaringen van huisartsen die verwijzen naar de jeugd- en gezinswerker. Daarnaast zullen jeugd- en gezinswerkers zelf comparatief bevraagd worden op hun ervaringen in het contextgerichte werken met gezinnen en huisartsen in een vergelijking tussen het werken in de oude en nieuwe situatie.

Er is een viertal beschikbare documenten bestudeerd van andere gemeenten die toonaangevend zijn in het vormgeven van verwijzingen van jeugd naar de jeugd-ggz, waarvan twee besproken worden in de resultaten van het onderzoek. Deze documenten dienen ter comparatief onderzoek ten aanzien van de aanpak in Zwolle.

4.1.3 Benadering en werving: de procedure

De benadering en werving van deelnemers uit de cliënten-groep (gezinnen) is gedaan in overleg met de jeugd- en gezinswerkers, onder leiding van Geraldine IJzerman (coördinator en opdrachtgever) en Lidi Kiviet (projectleider). De (potentiële) deelnemers zijn geïnformeerd over het onderzoek door middel van een informatiebrief (*informed consent*) en mondelinge toelichting. De selectie is in eerste instantie gedaan op basis van bereidheid om mee te werken aan een (diepte-)interview ten behoeve van het onderzoek.

4.2 Wie zijn de deelnemers

Er zijn drie ouders, twee deelnemende huisartsen en twee betrokken jeugd- en gezinswerkers benaderd voor deelname aan onderzoek.

Vanwege de beperkte aantallen was een focusgroep van belang. De focusgroep (kwalitatieve onderzoeksvorm waaraan meerdere respondenten tegelijkertijd deelnemen) is ingezet om de gevonden onderzoeksresultaten voor te leggen ter validatie. Voor de focusgroep zijn er nog eens drie gezinnen, twee deelnemende huisartsen en drie betrokken jeugd- en gezinswerkers benaderd. Hoewel de ouders, huisartsen en jeugd- en gezinswerkers verschillende accenten legden in hun eigen specifieke verhaal, was er opvallend veel over-

eenstemming en ben ik geen visies tegengekomen die elkaar tegenspreken. Mogelijk omdat het hier om een voorhoede gaat is ook de gerichtheid op wat de verandering van de jeugd- en gezinswerker zou moeten inhouden in overeenstemming met elkaar.

Interviews met:

- Drie ouders uit verschillende wijken met verschillende opvoedproblematiek, waarvan bij van een gezin het kind wel een diagnose heeft gekregen en het kind van het andere gezin niet is doorgestuurd geweest naar de ggz, maar alleen naar de jeugd- en gezinswerker. Allen hebben positieve ervaringen met de jeugd- en gezinswerker.
- Twee huisartsen uit verschillende wijken. Beiden zeer betrokken bij de pilot, waarvan de een nog meer uitgesproken contextueel-systemische opvattingen heeft dan de ander, en beiden een kritische blik hebben op over-diagnostiek door verwijzingen naar de ggz en de rol van het onderwijs hierin.
- Twee jeugd- en gezinswerkers, werkzaam in verschillende wijken. Beiden zeer ervaren in de jeugdhulpverlening, afkomstig uit het AMW en uit de Jeugdbescherming. Zien in positie van de jeugd- en gezinswerker een mogelijkheid om meer (bio-)psychosociale hulp te verlenen, maar geven samen met anderen in de focusgroep ook aan dat deze nieuwe positie hoge verwachtingen schept.

Voor het vergroten van anonimiteit en vereenvoudiging van de weergave in de tekst, differentieer ik in het onderzoeksverslag niet naar de verschillende personen, maar geef ik de resultaten aan als: de ouders, de huisarts, de jeugd- en gezinswerker (JGW).

4.3 Dataverzameling en interviewgids

De data zijn verzameld door middel van diepte-interviews naar aanleiding van casuïstiek met ouders, huisartsen en professionals. De interviews vonden face to face plaats op

plekken die comfortabel zijn voor de deelnemers, bijvoorbeeld bij hen thuis (ouders) of op het werk (huisartsen, jeugd- en gezinswerkers). De interviews met de ouders en huisartsen duurden gemiddeld drie kwartier en de interviews met de jeugd- en gezinswerkers duurden gemiddeld anderhalf uur. Een diepte-interview is een dialoog tussen bedreven interviewer en een geïnterviewde, met als doel rijk en gedetailleerd materiaal op te halen dat gebruikt kan worden voor analyses (Frechtling en Sharp, 1997). In diepte-interviews volgt de interviewer geen vaste vorm, maar moedigt vrije en open responses aan, met een beperkte set van vragen. Respondenten worden aangemoedigd om percepties in eigen woorden weer te geven, wat de evaluator toestaat om de betekenisvolheid te presenteren van de ervaringen vanuit het perspectief van de respondent. In de diepte-interviews voor dit onderzoek zijn de respondenten gevraagd naar percepties, ervaringen en opvattingen ten aanzien van de veranderingen naar aanleiding van de pilot jeugd- en gezinswerker naast de huisarts (Kummar, 2014).

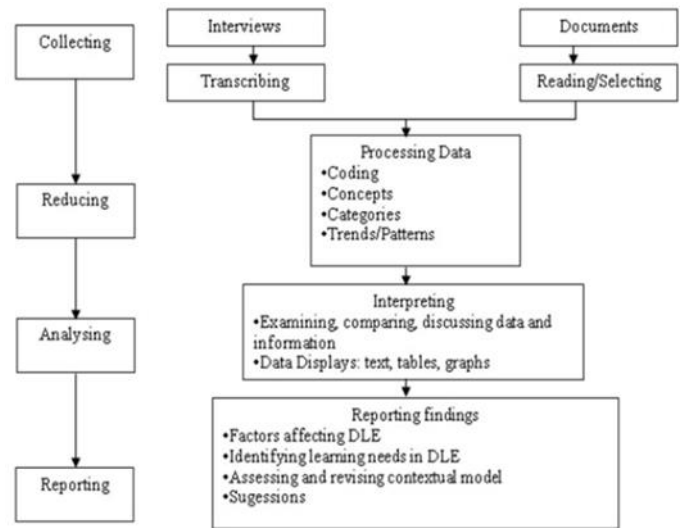
Gestart is met een brede, open vraag over welke verandering men ziet tussen de situatie voorheen en de nieuwe situatie. Aan ouders is gevraagd hoe men de hulpverlening van de jeugd- en gezinswerker heeft ervaren. Aan het eind van het interview zijn soms nog een aantal korte onderwerpen voor gelegd.

Voor het aanvullende comparatieve onderzoek ten aanzien van de aanpak van andere gemeenten rondom verwijzing naar de jeugd-ggz, zijn documenten bestudeerd van vier andere gemeenten in Nederland, waarvan twee beschikbare onderzoeksresultaten besproken worden in dit onderzoek (Leeuwarden en Utrecht).

4.4 Data-analyse

De interviews zijn opgenomen op band en letterlijk getranscribeerd. Als tussenproduct is een kort verslag in juni/augustus 2017 opgeleverd van de eerste interviewronde. Deze is met de opdrachtgevers van de gemeente Zwolle besproken. Vervolgens zijn met behulp van de thematische analyse de thema's en subthema's geïdentificeerd (Fereday and Muir-Cochrane, 2006), Patton, 2015, Baart, 2016b). Dit was een intensief proces van *close-reading* en interpreteren om tot

conclusies te kunnen komen. Met de supervisor en lector van de Werkplaats Sociaal domein is gekeken naar de interpretaties en analyses (onderzoekersintersubjectiviteit/triangelatie). Hierna vond een terugkoppeling naar de theoretische verkenning plaats met een verwerking van de gegevens in een onderzoeksverslag, de toetsing in de focusgroep en de documentenanalyse.



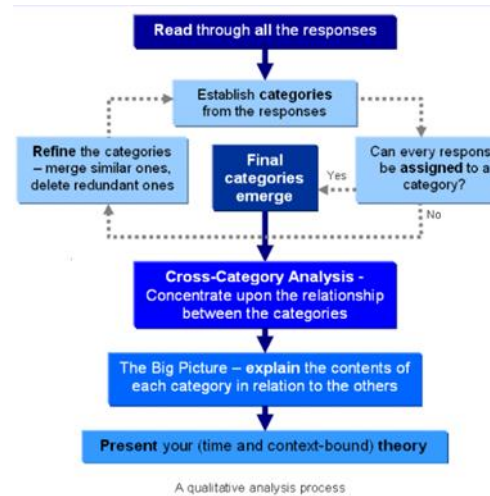
Figuur 2. overzicht van de data-analyse kwalitatief onderzoek (Baart, 2016a, bron niet nader vermeld)

4.4.1 Thematische analyse

Thematisch analyse is een methode voor het identificeren, analyseren en rapporteren van thema's en patronen in data (Fereday and Muir-Cochrane, 2006, Braun & Clarke, 2008). Het is het zoeken naar thema's en hun geledingen, hoe die thema's met elkaar samenhangen en wat de betekenis is van het thema. Thematische analyse kan daarbij de werkelijkheid reflecteren en ontrafelen wat onder het gesprokene zit. Er is een voortdurende reflexieve dialoog nodig om de keuzes die gemaakt worden ten aanzien van het 'ruwe materiaal' van de interviews te kunnen verantwoorden. De manier waarop tot de thema's gekomen wordt, heeft niet alleen met prevalentie te maken, maar ook met het komen tot antwoorden op de vraagstelling van het onderzoek.

Voor dit onderzoek is gekozen voor een inductieve aanpak, dat wil zeggen dat de thema's die zijn geïdentificeerd sterk gelinkt zijn aan de data zelf. Deze manier van werken heeft een paar overeenkomsten met *grounded theory*, zoals het ontwikkelen van categorieën of concepten, die tijdens de data-analyse en reflectie worden ontdekt (de Boer, 2006). Inductief analyseren is een proces van coderen, zonder vooraf te proberen de data in een bepaald frame van vooronderstellingen te laten passen, het is data-gedreven, hoewel het coderen natuurlijk niet in een epistemologisch vacuüm wordt gedaan (de onderzoeker heeft de *sensitizing concepts* als richtinggevers). Bij het analyseren is een overzicht gemaakt van patronen, thema's, die vervolgens zijn geïnterpreteerd: er is getracht de betekenis te theoretiseren van de patronen en thema's en ze te zien in hun bredere bedoeling en implicaties. Daarnaast is gekeken naar onderliggende ideeën, aannames en conceptualisaties. Hierbij is sprake van vooral een realistisch (fenomenologisch) en in een bepaalde mate ook een constructionistisch onderzoeksparadigma. Het eindpunt van thematische analyse is het terugkoppelen van de inhoud en betekenis van patronen/thema's in de data. Ter verantwoording zijn de data voor de beoordelaar ter inzage.

Het analyseren vraagt een steeds heen en weer bewegen door de hele dataset (recursief proces) (Braun & Clarke, 2006). Het coderen van data en het genereren van thema's is oneindig en gezien ook de beperking in de tijd vroeg dit ook om een zichzelf beperken. In de data-analyse van dit onderzoek is in kolommen niet alleen een parafrase gegeven van de inhoud, maar ook een identificatie over wat het interessant maakt en waarom, en is een onderverdeling gemaakt in subthema's, om een structuur te geven en verder onderscheid te maken. Hierna kon gedefinieerd worden wat de thema's waren van het onderzoek en kon bij elk thema een korte inhoud van de samenvatting worden gezet. Daarna is nagedacht over het formuleren van de eindconclusies in verhouding met de *sensitising concepts*. Het schrijven is hierbij het integrerende onderdeel van de analyse, waarbij de uitdaging was om het geheel over te dragen voor de lezer als een verhaal in relatie met de vraag van dit onderzoek.



Figuur 3. Overzicht van het proces van analyseren (Baart, 2016a, bron niet nader vermeld)

4.4.2 Close-reading als techniek binnen de thematische analyse

Close-reading is een techniek die gebruikt kan worden binnen de thematische analyse. *Close-reading* betekent het ontwikkelen van een diepgaand begrip en een precieze interpretatie van een tekst, wat zich ten eerste en hoofdzakelijk baseert op de woorden van die tekst zelf. Daarnaast omvat het grotere thema's en ideeën die opgeroepen worden en geïmpliceerd worden door de tekst. "An explanation of the text is a finely detailed, very specific examination of a short poem or short selected passage from a longer work, in order to find the focus or design of the work" (Baart, 2017).

Samen met mijn supervisor ben ik op zoek geweest naar beelden, metaforen en symbolen, verschillende betekenissen en overlapping van betekenissen, voor herhalingen en tegengestelden.

We zijn bezig geweest met het indikken van de tekst om de crux van de uiteenzetting te vinden, door alle belangrijke of opvallende zinnen te onderstrepen en we waren niet te snel tevreden met de betekenis die we hadden gevonden.

We hebben ons regelmatig vragen gesteld naar de context van de tekst; hebben wij die goed in beeld, van waaruit is dit gezegd of op gemerkt. Waarom zijn de geïnterviewde ouders bijvoorbeeld zo positief over de jeugd- en gezinswerker. Kan het zijn dat ze niet negatief durven te zijn, of zijn ze door ‘de volksaard’ gewoon wat minder kritisch?

We zijn op zoek gegaan naar de thema’s die uit de interviews naar voren komen uit de (complexe) combinatie van allerlei elementen.

4.4.3 Voorbeeld van thematische analyse uit mijn onderzoek

In onderstaande schema’s zijn weergaves te zien van de thematische analyses uit mijn onderzoek, met als onderwerpen respectievelijk: interview alineas, uitspraak ouder/huisarts/JGW, *sensitizing concepts*, thema’s, deelconclusies (per interview) en hoofdconclusies.

Deel- en hoofdconclusies op basis van interviews onderzoek Jeugd- en gezinswerker naast huisarts (Thematische analyse)

Interview, alineas	Uitspraak ouder/huisarts/JGW	Sensitizing concepts	Thema	DEELCONCLUSIES (per interview)	HOOFDCONCLUSIES (op basis van vergelijking interviews) met sensitizing conceptsverwijzing
		1. Kwaliteit van leven optimaliseren van de aangemelde kinderen/jeugdigen/gezinnen 2. Als volwaardig lid van de samenleving willen functioneren, zonder gevoel steeds tekort te schieten, kwetsbaarheid een plek geven 3. Kinderen/ouders hebben recht op een netwerk van variaties op relaties om zich te binden (gedeelde zinvolheid, de mens als relationeel wezen) 4. Wederkerigheid in de werkrelatie en relationele lenigheid inzetten (effectieve werkwijze zonder te ver-afhankelijken, perspectief van de hulpvrager kunnen innemen) 5. Het benoemen van verbindingen in de werkrelatie als andere werkelijkheid dan aan- of afwezigheid van stroomlijnen. Verbindingen leggen tussen biologische,			De JGW naast de huisarts heeft de volgende veranderingen opgeleverd: 1. Vakmanschap. Een nieuw jeugdberoep: Het werk van de JGW is een specialisme, een vakmanschap in de vorm van breed kijkende opvoedhulp en voorziet in een ontbrekende schakel tussen huisarts en wijkteam op het gebied van jeugd. JGW en huisarts vinden elkaar in een brede, contextgerichte en relatiegerichte benadering, met oog voor complexiteit. (SC1-7) 2. Positionering. De positionering van de JGW is een structuurverandering die ook een cultuurverandering inhoudt met de normaliteit van het systemisch-pedagogische handelen als focus en leidt tot een herpositionering in de katen. (SC1, 3) 3. Laagdrempelig. Het werk en positionering van de JGW is laagdrempelig: het is snel, aansprekend, persoonlijk, alledaags (gewoon) tegenover de <u>hoogdrempeligheid</u> van hulp vragen. (SC 4)

R1.1	Een voor- <u>ruis</u> schifting heb ik niet echt duidelijk. Wat ik gehoord heb is dat in het anderhalf jaar dat het wijkteam bestond huisartsen de weg niet zo goed wisten en de <u>ggz</u> goed kenden.	<u>Tax</u> endconclusie c en b: Wederkerigheid in de werksituatie en relationele lenigheid inzetten (effectieve werkwijze zonder te ver-afhankelijke, perspectief van de hulpvrager kunnen innemen). 2	Veranderingen <u>tax</u> vraag naar verandering situatie voorheen en nu. Verandering in rollen, taakopvatting vanuit een speciaal jeugdteam De JGW heeft verschillende achtergronden, - komt uit verschillende moederorganisaties en brengt eigen expertise mee <u>tax psycho sociale</u> hulp die mag doorlopen in de positie van JGW	Voor JGW betekende verandering van moederinstelling naar wijkteam de grootste verandering, ook al omdat dit in eerste instantie meer <u>generalisme</u> betekende. Bij de JGW bestaat de indruk dat in die beginperiode de huisartsen de weg niet wisten. Verandering van moederorganisatie naar wijkteam is de grote verandering; door respondent "de omslag genoemd!" JGW heeft een geschiedenis met ervaring op gebied van jeugd, die het meeneemt in de manier van werken, waarbij het hart van de <u>psycho sociale</u> hulp behouden moet blijven. Het specialisme van de JGW laat zien dat het gaat om een bepaald vakmanschap. Met dit vakmanschap is ook een body of <u>knowledge</u> opgebouwd, wat niet <u>afgebouwd</u> maar verder uitgebouwd moet worden	1. Vakmanschap Specialisme 1e <u>ggz</u> opvoedhulp (deel)concept van <u>generalisme</u> naar specialisme binnen het wijkteam. De <u>psycho sociale</u> hulp van de JGW moet verder worden uitgebouwd om te werken aan constante kwaliteit. De JGW heeft een andere rol gekregen van meer toegang/aanbodergericht naar proces en relatiegerichte hulp. De JGW wil eigenaarschap van die persoonlijke manier van hulpverleners.
R2.2	Dan ga ik toch terug naar de omslag van "de Kern" (algemeen maatschappelijk werk) naar het wijkteam		Specifieke expertise JGW: dit maakt dat het werk dat je doet specifieke kennis en ervaring vraagt, een eigen body of <u>knowledge</u> . De JGW heeft deze opgebouwde kennis en ervaring en wil hierin herkend en erkend worden		Aandachtspunt <u>tax sensitiviteit</u> concept: in hoeverre is de nieuwe rol en positie effectief. Dit blijkt vooral nog uit de tevredenheid van ouders (en huisartsen)
R2.3	Want we zaten in het begin heel erg met dat WMO-verhaal wat naar voren kwam in die wijkteams, het generalistende van we moesten alles maar kunnen in het begin. Nou dat was wat mij betreft zo'n ontzettende misser		3 positieve ontwikkelingen <u>tax</u> positie JGW: De overgang van <u>generalisme</u> naar specialisme (generalistisch team) Het interdisciplinaire samenwerken met GGZ Positionering naast huisarts waarmee samenwerking is <u>gemeenschappelijk</u>		
R2.4	...In die zin is het wel een <u>positieve</u> verandering	Kinderen en ouders hebben <u>positieve</u> ervaringen	Verschi/verandering: Ruimte, positionering, kennis en ervaring om zelf doorverwijzingen weg te zetten als <u>positief</u> voor de hulpvrager	Er is een kanteling geweest na de <u>aanpak</u> van de wijkteams in 3	

R5.9	<u>genero</u> ook met naar JGW), wat dan een betere praktijk is voor iemand bijvoorbeeld. Dat is natuurlijk heel belangrijk om te weten, te weten waar je naar toe verwijst als je weet welke persoon daar zit en welke vaardigheden die heeft, dan wordt het ook veel makkelijker om af te wegen van is iemand aan het goede adres of niet.... In die zin, het kennen van de persoon en de vaardigheden, helpen enorm. Ja.		Let gaan over de manier van verwijzen: wat vind de huisarts daarbij belangrijk Aanvullend op de wens van hoe te verwijzen: - persoonlijk: - vertrouwen hebben; - - - persoon kennen en vaardigheden van die persoon kennen - Weten hoe ze werken - De resultaten kennen die ze afleveren Dit alles om te zorgen dat de cliënt die hij verwijst op het goede adres komt	2. Positionering a. verwijscriteria voor huisartsen naar JGW: zie links b. hoe wil de huisarts verwijzen (context van verwijzing): zie links
R1.5	Ik heb de deur ook altijd open als ik niemand heb zitten.	Laagdrempelig en uitnodigend zijn (JGW): cultuuringetje in de structuur; wat er nodig is krijgt meer body; zie inhoud rechts	Laagdrempelig gebeurt door toegankelijk te zijn: <u>tax</u> onbemiddeld, warme overdracht, a la minute bij je binnenlopen, onmiddellijk bereikbaar, snel schakelen: cultuur in de structuur van laagdrempeligheid	3. Laagdrempelig a. snelle hulp, snel schakelen b. ruimte in je agenda c. administratieve belasting niet te groot laten worden d. met bovenstaande voorkomen van wachtdlijsten
R2.15.21	Ik weet van te voren niet of er afspraken staan. Ik bel donderdag altijd op: staan er afspraken; ze hebben de hele week om afspraken in te plannen	Tijd beschikbaar hebben voor nieuwe <u>clinten</u> zodat snelheid en laagdrempeligheid (zonder wachtdlijsten) gewaarborgd kan worden. Het besef van een soort serviceverlening aan de <u>hulpvrager</u>	Laagdrempeligheid vraagt een goede planning én ruimte in de agenda	

Figuur 4. Deel- en hoofdconclusies op basis van interviews (Thematische analyse)

4.5 **Betrouwbaarheid en validiteit**

4.5.1 **Strategieën voor betrouwbaarheid van het onderzoek**

Kwalitatief onderzoek probeert fenomenen te onderzoeken in contextspecifieke settings. Van belang is dat aangetoond wordt dat het onderzoek geloofwaardig is. De geloofwaardigheid hangt af van de constructie van het instrument, waarbij in kwalitatief onderzoek de onderzoeker zelf een grote rol speelt.

Door de keuze van de methode van onderzoek en analyse kan de betrouwbaarheid worden gewaarborgd. Triangulatie in de vorm van verschillende soorten van methoden of data kan de betrouwbaarheid en validiteit vergroten. Ik heb gebruik gemaakt van evaluatief, beschrijvend en exploratief onderzoek, thematische analyse en *close-reading* technieken. De vijf criteria van betrouwbaarheid van Guba & Lincoln (Patton, 2015, 1985) zijn hierbij van toepassing. Zie in de tabel hieronder de specifieke strategieën die ik hiervoor heb gebruikt.

Geloofwaardigheid	
<i>Member check</i>	Er is gebruik gemaakt van diepte-interviews. Er is gebruik gemaakt van de uitkomsten uit de eerste bevindingen voor de vervolginterviews (cyclisch interviewen). De bevindingen van de interviews zijn in de focusgroepen teruggekoppeld en deelnemers hebben de gelegenheid gehad om hierop te reageren.
Methode-triangulatie	Ik heb gebruik gemaakt van verschillende kwalitatieve methodieken van onderzoek: interviews met thematische analyse, <i>desk-research</i> documentenanalyse en focusgroep.
Databron-triangulatie	Ik heb data verzameld vanuit verschillende bronnen (dat wil zeggen deelnemers). In totaal 12-15 deelnemers: 2-5 gezinnen, 4 huisartsen en 6 jeugd- en gezinswerkers uit de drie verschillende groepen respondenten. (Verslag focusgroep ouders wordt na 1 maart toegevoegd aan het verslag).
Onderzoekers-triangulatie	Meerdere onderzoekers zijn (superviserend) betrokken in de verschillende fasen van het onderzoek. Vanaf het design, de dataverzameling en –analyse tot aan het schrijven van rapportages en artikel.
<i>Peer debriefing</i>	Ik heb wetenschappelijke zaken en alles omtrent de organisatie van het onderzoek op regelmatige basis besproken in de projectgroep en studiegroep.
Verplaatsbaarheid	
<i>Thick description</i>	Ik geef ' <i>thick description</i> ' (een rijke beschrijving) van de context van de studie en de methodes die we gebruiken en gebruik fragmenten uit de interviews ter illustratie in mijn onderzoeksverslag.

Dependability & confirmability	
<i>Audit trail</i>	Het gebruik van een thematische analyse geeft inzage in de navolgbaarheid van het onderzoek (alsmede de opnamen van de interviews en focusgroep op band en de transcribering hiervan op papier).
Transferibiliteit	
<i>Verplaatsen van uitkomsten</i>	Ik geef aan in hoeverre de uitkomsten ten dienste kunnen zijn van lezers die de uitkomsten van het onderzoek willen verplaatsen naar andere contexten van jeugdhulp.

4.5.2 Betrouwbaarheid & validiteit naar aanleiding van de onderzoekseenheid

Naast bovenstaande verantwoording, wil ik hier verder ingaan op de betrouwbaarheid en validiteit naar aanleiding van de onderzoekseenheid. Betrouwbaarheid gaat over de vraag of de manier van onderzoek doen (het meetinstrument) onder dezelfde condities dezelfde resultaten oplevert en daarmee de onderzoeksresultaten consistent en representatief zijn (Golafshani, 2003). Door het gebruik van tabellen in de thematische analyse is overzichtelijk gemaakt welke rol en vragen de interviewer heeft gehad, welke antwoorden dit heeft opgeleverd en welke interpretaties hieraan gegeven zijn en tot welke conclusies dit heeft geleid. In die zin is het onderzoek navolgbaar. We hebben bij de thematische analyse gestreefd naar *thick description*, waarbij het gaat om meerdere betekenislagen in het verzamelde materiaal (Smaling, 2009). De analyses zijn door meerdere onderzoekers afzonderlijk bekeken (interbeoordelaarsbetrouwbaarheid). Het onderzoek was navolgbaar voor de betrokken lector en supervisor en is ook voor de beoordelaar van deze masterthesis navolgbaar: alle documenten (transcripten, analyses, conclusies en aanpak focusgroep) zijn in een dropbox voor de beoordelaar ter inzage.

Validiteit gaat over de vraag of de manier van onderzoek doen (het meetinstrument) heeft gemeten wat het heeft moeten weten, gezien het onderzoeksonderwerp. Hierbij kan onderscheid gemaakt worden tussen interne en externe validiteit. Interne validiteit bepaalt of er geen andere factoren in het spel zijn die het resultaat veroorzaken. Externe

validiteit bepaalt of de resultaten generaliseerbaar zijn voor een grotere groep, is het representatief voor andere situaties buiten het onderzoek. In de volgende paragraaf ga ik verder in op de generaliseerbaarheid (transferibiliteit).

Wat betreft de interne validiteit kan opgemerkt worden dat het onderzoek vooral positieve resultaten heeft opgeleverd en dat hierbij andere factoren kunnen hebben meegespeeld die dit resultaat verklaren. De bereidheid om mee te werken aan het onderzoek bleek namelijk aanwezig bij ouders, huisartsen en jeugd- en gezinswerkers die (achteraf) als een voorhoede kunnen worden gezien. Dat betekent dat in dit onderzoek vooral mensen aan het woord zijn geweest met een positieve visie ten aanzien van hun ervaringen in de samenwerkingen. Hiermee is de opbrengst van het onderzoek vooral een *'good practice'* geworden, die later tegen het licht kan worden gehouden met samenwerkingen die minder goed gaan en als basis kan dienen voor visieontwikkeling op de samenwerkingen. Het onderzoek is daarmee mogelijk niet direct representatief voor alle huisartsen, ouders en jeugd- en gezinswerkers. De meer kritische geluiden zijn (waarschijnlijk) niet opgehaald. Wel is uit de focusgroep (ook met *member validation* of *member check*) gebleken dat de uitkomsten in hoge mate herkenbaar zijn voor degenen die niet geïnterviewd zijn. Ook ten aanzien van de focusgroep kan echter gezegd worden dat de bereidheid om mee te werken aan het onderzoek aanwezig bleek bij ouders, huisartsen en jeugd- en gezinswerkers die (achteraf) als een voorhoede kunnen worden gezien. Om meer kritische geluiden te kunnen optekenen, zouden nog meer interviews en of focusgroepen moeten worden gehouden, net zo lang tot

een 'point of saturation' is bereikt. Hiervoor zijn de aantallen van de interviews mogelijk net iets te beperkt geweest, wat ook consequenties heeft voor de generaliseerbaarheid (Smaling, 2014).

Ten aanzien van de validiteit kan tevens worden opgemerkt dat ik alleen de ouders heb geïnterviewd en geen jeugdigen zelf. Daarmee kan gezegd worden dat de onderzoeksresultaten de stem van de jeugdige ontbeert en niet helemaal gemeten heeft wat het zou moeten meten, omdat het onderzoek gaat over de jeugd- en gezinswerker naast de huisarts. Ik heb mij beperkt tot het interviewen van ouders (die indirect ook de stem van de jeugdige vertegenwoordigen), vanwege het complicerende organisatie- en tijdsaspect. Ouders vertegenwoordigen de stem van de jeugdige in dit onderzoek, omdat zij ingaan op wat de hulp voor zichzelf, voor het gezin én voor het kind zelf betekend heeft. Voor vervolgonderzoek zou het betrekken van jeugd bij het onderzoek zinvol kunnen zijn.

Een ander punt ten aanzien van validiteit is de samenwerking tussen de jeugd- en gezinswerker en de ggz, die ik vanuit de literatuur in mijn theoretisch kader naar voren breng. Ik geef de suggestie dat de jeugd- en gezinswerker kan bijdragen aan een mogelijke paradigmashift in de ggz. Ik heb zelf geen onderzoek gedaan naar een paradigmashift in de ggz, waardoor ik alleen kan afgaan op aanwijzingen uit de literatuur.

Ten aanzien van de validiteit hebben de *sensitizing concepts* richting gegeven aan mijn onderzoek. Hierbij speelt 'begripsvaliditeit' (*construct validity*) een rol, door de begrippen die ik gebruik met de *sensitizing concepts* te definiëren. Het gaat hierbij om de vraag of de relaties tussen verschillende begrippen uit de theorie ook, en op dezelfde manier, bestaan tussen de uitkomsten die met de onderzoeksinstrumenten zijn verkregen. In het hoofdstuk over de resultaten geef ik per paragraaf een reflectie vanuit de theorie.

Door drie verschillende groepen (ouders, huisartsen en jeugd- en gezinswerkers) te interviewen die in elkaars verlengde uitspraken deden, versterkten de drie perspectieven elkaar, wat de geldigheid onderbouwt. Daarnaast zijn de on-

derzoeksresultaten teruggelegd bij een deel van de respondenten, die zich kunnen vinden in de interpretaties. In het proces van thematische analyse, *close-reading* en het komen tot conclusies is gebruik gemaakt van onderzoekerstriangulatie (er hebben twee ervaren onderzoekers (lector en supervisor) meegekeken).

4.5.3 Totstandkoming aanbevelingen en transferibiliteit

Op basis van de uitkomsten van het onderzoek kom ik tot aanbevelingen ten behoeve van doorontwikkeling van de contextgerichte jeugd- en gezinswerker naast de huisarts. De uitkomsten van het onderzoek zijn teruggekoppeld in een eerste focusgroep van zeven deelnemers van huisartsen, jeugd- en gezinswerkers, inclusief coördinator en projectleider als notulisten, daarnaast de lector en onderzoeker als gespreksleiders. Een extra focusgroep met drie ouders is gepland. Onder leiding van een gespreksleider (onderzoeker) kregen deelnemers de gelegenheid om te reageren op de uitkomsten van het onderzoek. Het verslag van de eerste focusgroep is toegevoegd aan dit onderzoeksrapport.

De uitkomsten van het onderzoek en de focusgroep zijn een weergave van een representatieve beleving van de Zwolse situatie van de jeugd- en gezinswerker naast de huisarts, naar aanleiding van een evaluatief onderzoek onder een voorhoede-onderzoekseenheid vanuit drie perspectieven: ouders en twee soorten professionele perspectieven, namelijk huisartsen en jeugd- en gezinswerkers.

Uit documentenonderzoek naar vergelijkbare pilots blijkt dat er overeenkomsten zijn wat betreft de achterliggende visie, maar niet duidelijk is of deze wat uitvoering betreft vergelijkbaar zijn (geen concurrent criteriumvaliditeit).

Ten aanzien van de externe validiteit (de vraag of en in hoeverre de onderzoeksresultaten generaliseerbaar zijn naar niet-onderzochte andere personen) kan worden gezegd dat - gezien de beperkingen in het onderzoek ten aanzien van variatiedekking - de resultaten beperkt generaliseerbaar zijn. Wel lijkt er sprake te zijn van een exemplarische gene-

ralisatie, omdat het opnieuw inladen van onderzoeksresultaten en de afname van de focusgroep tot dezelfde resultaten leidden (*case-to-casetransfer*) (Smaling, 2014).

De uitkomsten van dit onderzoek kunnen door andere gemeenten gebruikt worden om afwegingen te maken ten aanzien van het inzetten van een jeugd- en gezinswerker naast de huisarts.

4.6 Ervaringen tijdens het onderzoek

De belangrijkste en spannende vraag voor het doen van onderzoek is: in welk opzicht is het doen van dit onderzoek zinvol? Brengt het nieuwe vormen van begrip op en dus nieuwe manieren om 'samen verder te gaan?' (Mc Namee, 2017)

Gaandeweg ben ik op basis van mijn ervaringen het doen van onderzoek steeds meer als een relationeel proces gaan zien. Voor het doen van een interview ga je een dialoog aan met mensen, je treedt binnen in hun wereld en probeert hen te verstaan. De methode is daarbij een kompas en niet een plattegrond. Je moet evenals andere professionals je verhouden tot wat je tegenkomt en in je interne en externe dialoog schakelen. Reflexiviteit is dus van belang ten aanzien van bijvoorbeeld de vragen die ik stel, of deze voldoende de geïnterviewde volgen en of mijn houding niet de geïnterviewde in de weg staat om zijn of haar inbreng te geven (Netwerk Kwalitatief Onderzoek AMC – UvA, 2002). In

het interviewen en de *close-reading* heb ik mijn *sensitising concepts* even helemaal weggelaten en in de analyse geprobeerd te begrijpen, te verstaan wat de geïnterviewde bedoelde te zeggen. Dit is een opnieuw in de dialoog gaan met de ander. Wat bedoelt hij/zij ten diepste. Dit proces van close reading en analyseren heb ik als het zwaartepunt van het onderzoek doen beleefd, omdat je intensief in de tekst duikt en durf nodig hebt om tot interpretaties te komen. Tevens is het een hele exercitie om datgene wat je naar boven haalt goed uit te werken naar deel- en hoofdconclusies. In de analyse ben ik ook gegevens tegengekomen waar ik niet naar op zoek was en nog een stap verder: ik heb geleerd van waar ik naar op zoek was, zonder dat ik wist dat ik er naar op zoek was. Dit betreft vooral het inzoomen op relaties en dialoog en de noodzaak van het ontwikkelen van nieuwe taal om uitdrukking te geven aan de combinatie van denkordes (kennis, context, relatie). Ik heb dus inzichten opgedaan die ik heb toegevoegd aan het onderzoeksverslag.

Ik heb mij met mijn onderzoek als een 'professioneel wordende praktijk' bewogen in verschillende domeinen met verschillende taal om uitdrukking te geven aan wat er leeft. Elke praktijk, ook die van de huisarts en de jeugd- en gezinswerker is ook zelf een vorm van onderzoek, omdat het op zoek gaat naar nieuwe vormen van begrip, 'nieuwe manieren om samen verder te gaan.'

Het is mij duidelijk geworden dat in kwalitatief onderzoek alle bijdragen er toe doen.

5 Resultaten

Inleiding

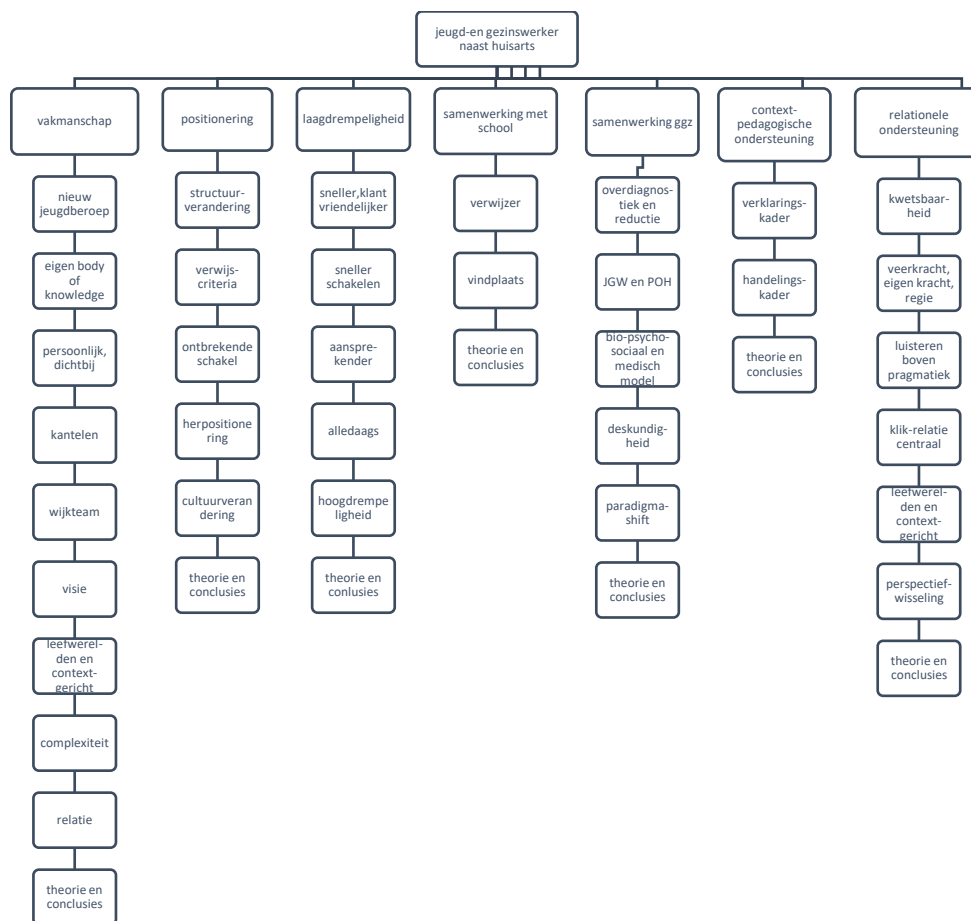
“Ik ben ermee naar de huisarts gegaan, omdat je toch dacht, die zal misschien wel tips voor ons hebben van goh, bel daar eens heen, of bel daar eens heen, of daar hebben we goede ervaringen mee. Dat daar een persoon als jeugd- en gezinswerker achter zou zitten,- dat hadden wij natuurlijk nooit voor mogelijk gehouden, dat is superfijn, dat was uiteindelijk echt wel het kersje op de taart” (ouder in interview).

In dit hoofdstuk zet ik de verschillende resultaten uit het onderzoek op een rij, naar aanleiding van de vraag wat de bijdrage van de jeugd- en gezinswerker betekent voor gezinnen, huisartsen en het werk van de jeugd- en gezinswerker zelf. Aan het eind van elke hoofdpagina geef ik een theoretische reflectie op de uitkomsten van het onderzoek met conclusies.

Vanaf dit hoofdstuk wordt de jeugd- en gezinswerker afgekort met JGW en worden de huisartsen gerepresenteerd met ‘de huisarts’.

In de volgende paragrafen wordt beschreven welke veranderingen uit het onderzoek naar voren zijn gekomen en een verandering betekenen ten aanzien van de oude situatie. Deze veranderingen zijn onderverdeeld in zeven hoofdthema's:

1. Vakmanschap van de JGW in de vorm van een nieuw jeugdberoep.
2. Positionering van de JGW in de huisartsenpraktijk.
3. Laagdrempeligheid van de JGW.
4. Samenwerking van de JGW met school.
5. Samenwerking van de JGW met de ggz.
6. Contextueel-Pedagogische ondersteuning van de JGW aan ouders.
7. Relationele ondersteuning van de JGW bij kwetsbaarheid van ouders.



Figuur 5. Overzicht jeugd- en gezinswerker naast huisarts

5.1 Het vakmanschap van de JGW in de vorm van een nieuw jeugdberoep.

“Elk gesprek is weer anders, want het ene gesprek gaat heel erg over ons kind en over zijn bezigheden en over dat hij op bepaalde dingen heel erg met humor kan reageren en op andere dingen weer heel erg gefrustreerd kan zijn, maar gaande de gesprekken komen we er natuurlijk ook achter welke invloed je er zelf op hebt, dus er wordt wel naar het gehele plaatje gekeken zeg maar....het is niet alleen dat er alleen naar het kind zelf gekeken wordt, van het gaat om

hem, dus we praten alleen over hoe hij zich gedraagt, maar er wordt gewoon in het geheel gekeken” (ouder in interview).

In deze paragraaf wordt het vakmanschap van de JGW toegelicht vanuit meerdere perspectieven, die van de JGW zelf, de huisarts en die van de ouders. Het gaat hierbij om de volgende onderwerpen die te maken hebben met het vakmanschap van de JGW: de ontwikkeling van een nieuw jeugdberoep, een eigen *body of knowledge* voor constante kwaliteit,

de betekenis van persoonlijk, dichtbij, het kantelen als referentiekader, het werken vanuit een (wijk)team, de gemeenschappelijke visie met huisartsen, de leefwerelden- en contextgerichtheid, de complexiteit in de zoektocht naar de juiste hulp, de relatie en persoonlijke factor.

5.1.1 Naar een nieuw jeugdberoep

Het vak van de JGW heeft zich ontwikkeld vanuit de verschillende moederorganisaties als Jeugdbescherming, MEE en AMW. Van een generalistische positie in het wijkteam samen met bijvoorbeeld Wmo-medewerkers, naar een specialistische vorm van opvoedhulp naast de huisarts. In deze specialistische vorm van opvoedhulp staat de (bio)psychosociale hulp met een brede blik centraal: Ouders ervaren dat het belangrijk is dat gesprekken met JGW niet alleen gaan over wat er niet goed gaat, maar ook breder over wie hun kind als persoon is: over zijn bezigheden, zijn humor, zijn frustraties, en daarnaast over de invloed die je als ouder zelf op het gedrag hebt, 'het gehele plaatje', de invloeden en wisselwerking binnen het gezin, de persoonlijke moeilijke dingen die van invloed zijn op het gezin.

De ontwikkeling van een generalistische start in het wijkteam naar een specialistisch nieuw jeugdberoep wordt door de JGW én de huisarts als zeer belangrijk ervaren:

De JGW over de bij aanvang generalistische aanpak in het wijkteam: *"Iedereen moest maar met een cliënt het woord voeren, in gesprek zijn. Dat kan niet iedereen op een bepaalde manier. Als jij als gemeente denkt dat iedereen dat maar moet kunnen dan heb je dat echt niet duidelijk.*

Dan heb je niet voor ogen dat het een vak is, dat daar methodieken aanhangen om met mensen in gesprek te zijn. Je kijkt wel generalistisch, in die zin is het niet dat je alleen maar specialist bent, we kijken wel generalistisch maar niet meer zo want daar hing ook echt wel de gedachte achter je

moet het allemaal maar kunnen, dan moet iedereen maar dat werk gaan doen."

Ook de huisarts vindt de ontwikkeling naar een specialistische positie van de JGW naast de huisarts essentieel: *"Hoe je een goede probleeminventarisatie moet doen. Dat leer je niet even in een cursus, met alle respect, daar heb je gewoon een opleiding voor nodig en vaardigheden."*

De huisarts was ook bang dat het generalistische karakter van het werk bij aanvang afbreuk zou doen aan het vertrouwen van de patiënt in de hulpverlener:

"Ik denk dat een deel van de patiënten het gevoel heeft: we worden ermee afgescheept, zo van ga maar naar het wijkteam en ik denk dat er ook – daar reken ik mezelf ook wel toe hoor – in het begin met het opstarten van het hele traject van de wijkteams, was er ook nog wel wat twijfel over het functioneren daarvan. Inmiddels zijn er gelukkig aanpassingen gemaakt, zoals dat niet iedere medewerker alle soorten intakes kan gaan doen.....Dan diskwalificeer je een beetje het probleem wat mensen hebben.....Dat [over de JGW als specialisme] maakt het voor ons ook weer makkelijker om te verwijzen, want dan weet je dat het gewoon goed en serieus wordt aangepakt. Dus je neemt zowel de verwijzers als de bevolking denk ik serieus als je het zo aanpakt en dat is een goed teken."

De huisarts is blij dat Zwolse wijkteams differentiëren in specialismen binnen het generalistisch team: dat er speciaal een jeugd- en gezinswerker is die daarvoor is opgeleid. Een cliënt naar een algemeen wijkteam met een algemene medewerker verwijzen is zijn vraag enigszins diskwalificeren, omdat er geen passend antwoord mogelijk lijkt. Om patiënten serieus te nemen, is kwaliteit bij de JGW van belang, die terug komt in het specialisme ten aanzien van jeugd- en opvoedingsproblematiek en het breed kunnen denken en handelen. Door naar zo'n gespecialiseerde professional te kunnen verwijzen word je zelf ook meer serieus genomen als verwijzer.

5.1.2 Eigen *body of knowledge* voor constante kwaliteit

De (bio)psychosociale hulp die de JGW biedt mag volgens huisartsen en jeugd- en gezinswerkers uitgebouwd worden naar een hulpverleningsvorm met een 'constante kwaliteit'. Hiermee wordt bedoeld dat de jeugd- en gezinswerker een vakgebied is met een eigen *body of knowledge* die elke jeugd- en gezinswerker kan representeren.

De JGW staat volgens de respondenten voor:

- zoveel mogelijk continuïteit van de hulp (er is tijd) en hulp op maat;
- procesgerichte hulp (het gaat niet om onmiddellijk succes);
- breed kijken, contextgerichte hulp en inzoomen met hulp van een specialist;
- opvoedgerichte, pedagogische hulp;
- cliënt- en relatiegerichte hulp;
- zorgvuldige toegang en verwijzing.
- samen met de praktijkondersteuner huisarts (POH) een situering binnen de huisartsenpraktijk van individuele, psychologische en leefwereld/contextgerichte hulp; een teveel van die werelden kan afgesplitst worden naar het wijkteam (waaronder indicaties naar ander soort hulp) of (via de POH) naar de ggz.

Ten aanzien van de continuïteit van de hulp wordt door de JGW het volgende gezegd: *“Een mevrouw die hier een keer in de drie weken komt en heeft allerlei twijfels over zichzelf als opvoeder, dan ga ik niet zeggen: Ik kan u vijf keer een gesprek aanbieden en dan moet ik u doorsturen, nee dat blijft zo lang zij denkt ik haal weer opgelucht adem.”*

De huisarts heeft ook een duidelijke visie over het profiel van de jeugd- en gezinswerker:

“Kenniss en ervaring is van belang, je moet kennis en ervaring hebben..... je moet gewoon heel veel vlieguren in de zorgverlening maken om te weten hoe de hazen lopen, hoe je met het bijltje moet hakken en ik hoop dat de JGW dat snel in de vingers krijgt werkenderwijs hier.”

Kennis en ervaring zijn voorwaardelijk voor goede hulp die vertrouwen geeft voor cliënten en de huisarts als verwijzer. Hierbij hoort ook impliciete kennis als een vorm van professionele intuïtie; te omschrijven als het kunnen afstemmen op wat er nodig is door een voortdurende interne dialoog. Dit is ervaring in vlieguren om het *‘Fingerspitzengefühl’* te ontwikkelen en intuïtieve kennis te benutten. De huisarts vindt het van belang dat de JGW verstand van zaken heeft, een kundig iemand die het vak in de vingers heeft: kan reageren vanuit opgebouwde ervaring.

De huisarts legt in zijn verwachtingen naar de JGW voorts de nadruk op kennis van de normale ontwikkeling en een gezonde pedagogische omgeving, met zicht op de wisselwerking tussen de verschillende systeemniveaus (biologie, gedrag individu, relatie, gezin, school/werk, samenleving) Hiermee ontstaat een specifieke kleuring van het vak van de JGW naast de huisarts: breed kijkend naar opvoedsituaties.

Huisarts: *“Kinderen tussen 0 en 6 zijn natuurlijk heel vaak gezond. Het is vaak ouders coachen, ouders op weg helpen, opvoedings- en pedagogische problemen, hen coachen omdat ze heel vaak de problemen niet aan kunnen, er zit natuurlijk heel veel pedagogiek bij kinderen en lastige kinderen daar zit geen gebruiksaanwijzing bij, dus je moet spelenderwijs en met vallen en opstaan dan je kind in de vingers krijgen, dan is coaching wel heel belangrijk.... Ik hoop ook op het dealen van het sociaal wijkteam met vooral ouders om die in het goede spoor te houden en hun kind op de goede manier aan te pakken c.q. te coachen c.q. op te voeden.”*

De huisarts vindt het belangrijk dat de JGW ouders coacht die hun kinderen spelenderwijs en met vallen en opstaan in

de vingers willen en kunnen krijgen, wat gaat over de normale pedagogiek. Ouders moeten hierbij in het goede spoor worden gehouden en gecoacht worden hun kind op de goede manier aan te pakken en op te voeden. Goede coaching houdt ook in dat je ervaring hebt opgebouwd en niet bang bent voor lastige situaties, ingewikkelde problematiek, het rommelige proces van opvoeden. De huisarts heeft de voorkeur voor een breed opgeleide JGW, liefst achtergrond maatschappelijk werk, die een goede inschatting kan maken van kwetsbaarheid van mensen waarbij alles wordt meegenomen wat van belang is.

De huisarts ziet als taken en competenties voor de JGW:

- brede blik op verschillende terreinen, de hele omgeving meenemen (systeendenken);
- kennis van het normale, hoeft niet zoveel kennis te zijn over kinderpsychiatrie of diagnoses;
- kennis en ervaring ten aanzien van wat is een goede pedagogische omgeving en wat is passend in een normale ontwikkeling;
- met school contact opnemen; hoe gaat het daar, zijn er aanpassingen op school nodig, uitleg over wat het specifieke kind laat zien en wat je daarmee kunt doen (handelings-gerichtheid), opties bieden;
- kennis van de sociale kaart;
- kennis van woonsituatie, schulden, werkloosheid en zovoort.

De huisarts gaat er vanuit dat bijvoorbeeld de woonsituatie, of schulden direct of indirect effect hebben op het gedrag van een jeugdige/ouder/gezin. Het gedrag van een jeugdige heeft op zijn beurt ook weer invloed op andere gezinsleden, of op de situatie op school. De huisarts vindt het voorts van belang dat de kwaliteit van de JGW gewaarborgd kan worden:

Huisarts: *“Iedere hulpverlener is natuurlijk sterk persoonsgebonden en ik denk dat we het met de JGW getroffen hebben tot nu toe, maar dat is natuurlijk NS1. Ik hoop nu dat wat er aan de huisartsen wordt aangeboden een hele constante kwaliteit is en dat je een beetje grosso modo hetzelfde kunt verwachten, wie er ook gestuurd wordt.”*

Een constante kwaliteit is een belangrijk aandachtspunt voor het slagen van het project: op die manier kan de huisarts bouwen en vertrouwen op de JGW en weet hij dat er voldoende ervaring en scholingsvoorwaarden voor de JGW aanwezig zijn. Het beroep dat minder afgebakend is kan voor verrassende nulde- en eerstelijns oplossingen zorgen, maar kan ook onduidelijkheid opleveren voor wat je mag verwachten aan kwaliteit. Voor constante kwaliteit is de juiste toerusting van belang. Voor de huisarts geeft deze scholing duidelijkheid ten aanzien van de kwaliteit en wat je kunt en mag verwachten als huisarts.

Ouders geven aan dat zij primair de klik en het luisteren door de JGW van belang vinden, waarbij ouders hun verhaal kunnen doen. Vervolgens vinden ouders belangrijk dat de JGW kennis en ervaring van de ontwikkeling van kind en gezin heeft waardoor er een perspectiefwisseling op gang kan komen en dat de JGW handvatten kan bieden. Deze onderwerpen worden elders in dit hoofdstuk besproken en verder toegelicht.

5.1.3 Het vakmanschap gaat over persoonlijk, dichtbij

In het werk van de jeugd- en gezinswerker staat de persoonlijke ontmoeting centraal. De jeugd- en gezinswerker ziet het eigen jeugdberoep als een bestaand en zich ontwikkelend beroep in een nieuwe context, waarin dichterbij en persoonlijker naar hulpvragende jeugdigen, ouders en gezinnen kan worden geacteerd. De JGW ziet zichzelf vooral als iemand die in de relatie treedt met een inwoner en dat

op een directe manier kan doen. De JGW richt zich op verbindingen tussen jeugdigen en de belangrijke personen die er voor hen toe doen:

JGW: *“Doordat ze depressief is, lijkt ze wel wat vastgelopen in de situatie van school. Ik heb ouders in de actie kunnen zetten met: jullie hebben een grote dochter, ze is 14- 15, maar jullie hebben een dochter die een arm om de schouder heel erg nodig heeft.”*

De kern van de hulp van JGW is verbindend te zijn ten aanzien van relaties (relationele hulp), waarbij betekenisgeving en perspectiefwisseling een belangrijke rol spelen. Hierbij past ook een sensitief zijn voor de symbolische en metaforische noodklokken die kinderen soms luiden met hun gedrag, zoals in bovenstaand voorbeeld van een meisje met depressieve klachten. Het probleem van het meisje wordt niet geïndividualiseerd door haar met depressieve klachten naar de ggz te sturen, maar in de context- in de relatie met haar ouders opgelost. Hierbij is sprake van procesmatige hulp, want het gaat niet om een onmiddellijk succes op het moment dat het meisje binnenkomt met de klachten.

De jeugd- en gezinswerker ervaart nu meer ruimte om te werken vanuit vertrouwen, belangstelling, compassie.

Het uitgangspunt voor de hulp is niet primair een focus op een probleem of ziekte, maar op het gezonde functioneren van een gezin en de vraag ‘Wat maakt dat het niet goed gaat.’

JGW: *“[Voorheen] dan zat je minder op dat hulpverlenings-spoor. Veel meer op het spoor van doet iedereen dat ik denk wat ze moeten zien. Dan had jij veel meer de sturende positie. En nu ben je de helicopter. Dat is toch anders. Je hangt er ook boven, maar op een andere manier.”*

JGW: *“[Voorheen gerichtheid] op modules. Dat was nog veel sterker. Zo van wat is er te halen en past de hulpvraag bij*

wat er te halen is in plaats van andersom, dat is natuurlijk nu ook heel anders. Dan zeg ik: deze vragen, wie kan het doen?”

Er wordt een verandering in houding waargenomen bij de JGW zelf en anderen uit het wijkteam waarin meer ruimte is voor persoonlijke belangstelling. De jeugd- en gezinswerker wil graag eigenaarschap van deze nieuwe manier van werken: JGW over het transformatiegericht werken in het wijkteam: *“Dit is wat ik wil eigenlijk.”*

De huisarts is zich bewust van de andere manier van werken van de JGW en verwacht daarmee ook een andere benadering van de cliënt:

Huisarts: *“Ik denk zeker voor de lichtere problematiek of te ontrafelen wat er verder in zo’n gezin speelt, dat de jeugd- en gezinswerker daar een hele goede rol in speelt.Dat is toch wel een ervaren iemand die heel goed dat gesprek kan aangaan en heel goed de verschillende dimensies van de problematiek kan bekijken. Dus ik denk dat dat zeker meerwaarde heeft....”*

De huisarts is ook benieuwd naar de andere manier van werken. De huisarts denkt dat het werk van de JGW zich afspeelt in een gezond kader en dat van daaruit in een brede oplossings sfeer mogelijkheden worden gekozen, naast de tweede- en derdelijns ggz-hulp waarvan de oplossingen meer afgebakend zijn:

Huisarts: *“Ik ben heel benieuwd wat voor nuldelijnsoplossingen uit de koker valt voor diegene die onder iemand van het sociale wijkteam komt, dus dat is wel; voor het gedeelte ‘gezond’ wat zij daar allemaal voor oplossingen zoeken, dat ze mogelijk vanuit een waaier aan mogelijkheden kiezen, ik ben benieuwd wat voor oplossingen ze voor deze en gene gaan bedenken.”*

5.1.4 Kantelen als referentiekader

De JGW ziet de transformatiedoelstellingen (het ‘kantelen’ genoemd) als een belangrijk uitgangspunt voor de inhoud van het werk: ‘zo licht als kan, zo zwaar als nodig.’ Dit betekent dat de JGW erop gericht is om te werken vanuit de normaliteit: er gaan dingen goed en niet goed; maar dat hoeft niet per definitie een professionele interventie te vergen.

Met de kanteling is een andere gerichtheid mogelijk en is de JGW in de nieuwe positie naast de huisarts meer in staat om leefwerelden van een kind/jeugdige in verbinding met elkaar te zien.

JGW: *“(over de kanteling).... Is andere manier van hulpverlening, kijken wat mogelijkheden zijn binnen het vrijwillig kader en binnen vrijwillig werk en binnen de eigen mogelijkheden van een gezin, eigen sociale netwerken en ook netwerken die een wijk te bieden heeft.”*

De JGW ziet dus met de kanteling een andere manier van werken die zich richt op wat mogelijkheden zijn binnen:

- vrijwillig kader (dus niet te snel uithuisplaatsen van kinderen);
- vrijwilligers werk;
- eigen mogelijkheden gezin;
- eigen sociale netwerken;
- netwerken die een wijk te bieden heeft.

De JGW ziet ook dat met de visie van het kantelen grotere problemen voorkomen kunnen worden, wat een preventief aspect van het werk van de JGW is:

JGW: *“Natuurlijk, die visie (transformatievisie) is duidelijk, die wordt ook overal gehoord, bekijken hoe het anders kan, door het netwerk, door laagdrempelige hulp dat anders in-*

gevuld wordt en sneller misschien, waardoor grote problemen voorkomen kunnen worden. Dat is een hele mooie gedachte vind ik hoor, dat vind ik erg mooi.”

De rol van de JGW in het erger voorkomen is een dankbare rol: dit is kwalitatief betere hulp waar JGW blij van wordt.

JGW: *“Ik denk dat het heel belangrijk is om te kijken voorliggend wat kansen en mogelijkheden zijn in je eigen omgeving zonder dat je van alles gaat inschakelen.... niet iedereen is psychosociaal hulpverlener, vanuit het kantelen is dit ja, krijgt dit meer aandacht: breder leren kijken, de vraag achter de vraag.”*

De JGW onderscheidt zich met breed kijken en verdiepend kijken als een psychosociaal werker, wat ook inherent is aan de kanteling.

Omdat de JGW de transformatiedoelstellingen serieus neemt, zijn er soms dilemma's ten aanzien van de verwijzingen naar de ggz. Soms denkt een JGW dat doorverwijzen niet nodig is, maar zijn de ouders zelf helemaal in het spoor van verwijzing naar de ggz. Moet de JGW dan proberen toch zelf de situatie op te pakken of mee gaan in de vraag van de ouders:

JGW: *“En toen belde ik daar deze moeder over en die had eigenlijk volgens mij een heel ander antwoord verwacht nadat ik met de huisarts had gebeld.... Is niet goed gegaan en daarna hebben we, heb ik niet goed gedaan... Wanneer luister je en ga je mee en wanneer luister je naar de kantelgedachte en zeg je we kunnen het ook anders inrichten. En in deze situatie, hadden we toch misschien veel meer mee moeten gaan.”*

JGW: *“Wanneer ben je aan het kantelen en wanneer kijk je wat kan ik nog met die bewoner en wanneer zeg je ik moet toch doorschakelen, want dit wekt te veel spanning op. Op die manier..”*

JGW: *“Dus best wel een bijzondere rol (ondersteunende heli-copterrol vanuit de kanteling), waarbij je best wel even in de knoop kunt komen denk ik. Omdat je denkt ik ben toch on-dersteunend bezig, ik ben toch met je aan het nadenken en die ander denkt, maar ik heb iets heel anders nodig. In zo’n gesprek is belangrijk wat de bewoner denkt dat het beste is voor zijn kind, het beste voor het gezin. En als ze dat al hele-maal hebben uitgezocht en dat heb ik een aantal keren nu meegemaakt dan, krijg je dat ook niet meer los, dat vind ik een hele lastige...Het diagnoseverhaal blijf ik lastig vinden. Ik denk dat als mensen erom vragen dat hij er uiteindelijk ook komt.”*

JGW lijkt zelf de omslag op basis van de transformatie (kan-teling) te hebben gemaakt in het procesmatig denken in aansluiten en mogen toevoegen. Regelmatig is de vraag om doorverwijzing naar de ggz nog een puzzel: is het zorg op maat of een eenzijdige diagnosegerichtheid. De cliënt denkt daarnaast zelf soms ook nog in ‘kant-en-klare hulp’ en wie kan mij dit leveren? Je wordt als hulpverlener dan instru-menteel ingezet. De eigenheid van de expertise JGW in ver-houding met het nog bestaande discours van ‘wat werkt’ en het imago van de specialistische ggz als kennisbolwerk is nog niet uitgekristalliseerd. Een kwalitatieve kanteling vraagt ook om perspectiefwisseling bij cliënten en verwij-zers ten aanzien van de verwachtingen die ze hebben van de hulp. De JGW constateert tot nu toe dat deze perspectief-wisseling er nog niet altijd is en dat het lastig is om hier goed mee om te gaan. In paragraaf 5.2.5 wordt hier dieper op ingegaan.

5.1.5 Het werken vanuit het wijkteam

De JGW heeft een toegangsfunctie vanuit het wijkteam en kan van daaruit beschikkingen toekennen. De JGW heeft als taak om maatwerk te leveren bij deze beschikkingen:

JGW: *“Want het is natuurlijk wel heel veel waard dat zo’n meisje wel onderwijs blijft genieten en dat is echt maatwerk, om te kijken wat zijn dan nog wel mogelijkheden.”*

Er is hulp mogelijk om de context op school te verbeteren ten behoeve van de ontwikkeling van een individueel kind. De JGW faciliteert door een beschikking af te geven om dit financieel mogelijk te maken. De JGW heeft hiermee veel beslissingsmacht, maar beslist niet alleen. Het wijkteam als geheel oefent hierop controle uit en is aanspreekbaar.

De JGW kijkt goed naar wat er nodig is en heeft een vanzelf-sprekende kostenbewustheid in de toegangsfunctie die zij uitoefenen:

JGW: *“Het moet zich verhouden. Het een is onlosmakelijk met het andere verbonden, het kost geld, punt. Dus je moet er wel naar kijken, maar ik wil er ook voor waken om het niet alleen maar als papierwerk te zien.”*

Er bestaat in het werken vanuit een generalistisch wijkteam een spanningsveld ten aanzien van welke Wmo-taken de JGW zelf wil en moet doen en welke doorverwezen kunnen worden naar een collega, gespecialiseerd in Wmo. De vraag is in hoeverre je als JGW de specialistische taken die je vak inhouden kunt blijven doen:

JGW *“Het is wel een vak. Ik bedoel we zijn geen beschikkin-genmachine die alleen nog maar kijkt naar mensen, wat kost het en dan geven we een beschikking af. Ik vind het ook heel belangrijk om gewoon nog te mogen hulpverleners, om in gezinnen te komen, om bij mensen gewoon als hulpverle-ner in beeld te zijn, zonder dat ik dat allemaal moet verwij-zen naar allerlei andere organisaties en dat is dan mijn werk.”*

Dit betekent dus ook dat het voor de JGW van belang is de kern van het vak in het (bio)psychosociale werk te kunnen doen zonder dat andere taken vanuit de toegangsfunctie en

de administratieve last te groot worden of de overhand hebben. De JGW ervaart het als belangrijk dat in het generalistische wijkteam oog is voor het specialisme van de individuele wijkteammedewerkers:

JGW: *“(Er zijn in het wijkteam) twee werkverdelers en die weten precies waar de krachten van mensen liggen, waar je gewoon blij in je werk zit, daar wordt rekening mee gehouden om gewoon werkers in hun kracht te zetten.... Ik zit op het moment op een goede manier. omdat er weer gekeken wordt waar je kracht ligt en dat is bij opvoedondersteuning.... Dan voel ik me als een vis in het water en daar red ik me prima mee.”*

De JGW is blij dat zij mag doen waar hij/zij goed in is en hierin gezien wordt: zij krijgt bepaalde zaken toebedeeld waar ze zich prima mee redt, waarmee haar kracht en het specialisme van het vak benut wordt. De JGW put ook inspiratie uit de teamsamenwerking en schetst de context van een plezierige teamsamenwerking:

JGW: *“Het klikt, de mensen zijn gelijk, dus het is niet zo dat de een zich beter voelt dan de ander of zegt je hebt het maar te doen zoals ik het doe, nee, je loopt met elkaar mee, je kunt elkaar bevragen, je mag het ook niet weten. We gaan vrij open met elkaar om, niet rigide van zo moet het, die ruimte biedt heel veel plezier om het met elkaar aan te gaan....”*

Hier gaat het om ambachtelijke vakmanschapsontwikkeling, die ontstaat vanuit het wijkteam. Belangrijke aspecten die nodig zijn om met elkaar te kunnen ontwikkelen zijn:

- ‘gelijk zijn’, dat wil zeggen je voelt je niet beter dan de ander in het generalistisch wijkteam met verschillende specialismen;
- met elkaar meelopen;
- elkaar kunnen bevragen;

- je mag het ook niet weten;
- open met elkaar omgaan, elkaar ruimte bieden om het anders te mogen doen, daarmee niet rigide zijn in de zin van ‘zo moet het’, eigen aanpak kunnen kiezen;
- plezier om het met elkaar aan te gaan, om te leren;
- *case-based learning* bevorderen.

De JGW kan zich vanuit deze basis, dit ‘ambachtelijk werk-atelier’ verder ontwikkelen en heeft zelf een belangrijke stem, is eigenaar van het team-functioneren:

JGW: *“Daarin hebben we al vrij snel met elkaar een slag in gevonden zo moet het worden gedaan en zo wordt het ook vormgegeven.”*

Men is gefaciliteerd in het behouden (en ontwikkelen) van de eigen expertise en specialisatie en tevens in het verkennen van het generalistische van het team. Hierdoor krijgt expertise ruimte en wordt differentiatie, eigen- en gezamenlijke vakmanschapsontwikkeling mogelijk:

JGW: *“We hebben de ruimte gekregen om dit te mogen ontwikkelen. Ontwikkelen doe je nog steeds, dat is een nog steeds doorgaande lijn.”*

JGW: *“Casusoverleggen zijn belangrijk en de intervisies en als ik een zaak heb ik die ik moeilijk vind, dan kan ik altijd feedback aan collega’s vragen.”*

5.1.6 Gemeenschappelijke visie JGW-huisarts in de contextgerichte benadering

De huisarts en de JGW vinden elkaar in het contextgericht werken en breed kijken. De huisarts werkt contextgericht (en leefwereldengericht), plaatst de klacht in de context van iemands leven:

Huisarts: *“Daar zijn we in principe ook in opgeleid, om juist de context in mee te nemen, dat onderscheidt ons denk ik*

wel van de meeste medisch specialisten. Maar de ene huisarts heeft daar meer interesse en vaardigheden in dan de andere.”

De huisarts is vanuit zijn achtergrond contextgericht en heeft hier een match in het breed kijken met de JGW. Het contextgericht werken ziet de huisarts als een vaardigheid die je met voldoende interesse kunt ontwikkelen. Dat je zo opgeleid bent wil nog niet zeggen dat je ook zo kunt werken. Contextueel werken is een vaardigheid die je moet ontwikkelen vanuit een specifiek denkkader. Huisarts ziet zichzelf in principe als contextgericht werkend, nog meer dan de JGW, omdat ze veel weten van de context van het gezin.

Huisarts: *“(contextgericht) Dat doen wij niet anders, als huisarts weet je natuurlijk heel goed de context van het gezin. Het sociale wijkteam zal dat nog niet zo hebben als wij dat hebben. Huisartsgeneeskunde is contextgericht... Van de context van het gezin weet je veelhoe er met elkaar omgegaan wordt en als er signalen vallen dat het niet loopt, dan weet je in wat voor context dat plaatsvindt.”*

De huisarts verwacht ook van de JGW dat deze contextgericht werkt, hetzij op een andere manier dan de huisarts zelf:

Huisarts: *“Ouders, grootouders, de rest wat van belang is, dat zullen ze wel vertellen, dat moeten ze (JGW) dan maar uitvragen, die context komt langs, komt wel op tafel, we zien natuurlijk ergens in onze grijze massa een beetje dat je dat gelijk meeneemt als je iemand ziet, wij (huisartsen) plaatsen natuurlijk altijd de klacht in de context van iemands leven.”*

De huisarts plaatst de klacht in de context van iemands leven en wil dat de hulp van de JGW daarop aangesloten is. In het verlengde hiervan vindt de huisarts een brede blik heel belangrijk voor de JGW om oog te kunnen hebben voor die context. De huisarts legt daarbij het accent op kennis van

een gezonde pedagogische omgeving en een normale ontwikkeling.

5.1.7 Leefwerelden- en contextgericht, systeemdenken

Vanuit de contextgerichtheid die huisarts en JGW verbindt, kan gekeken worden naar interacties en leefwerelden van de jeugdige/ouders/gezin.

Huisarts: *“Als iemand alleen maar focust op en geschoold is in problematiek op kindniveau, dan heb je een veel te smalle kijk op het geheel, want er is natuurlijk altijd wel interactie, gedrag lokt weer wat uit, dat heeft weer invloed op andere gezinsleden of hoe men op school een kind benadert. Die brede blik vindt ik wel heel belangrijk.... Wat ik zeg, dat is toch gewoon belangrijk. Ik denk dat gedrag, nogmaals, dat is een reactie op iets.”*

De huisarts benoemt de interactie die in gedrag aanwezig is en dat het van belang is dit te verstaan. Door zich te verdiepen in het gedrag van een kind en zijn leefwerelden kun je een kind beter begrijpen. Dit vereist de brede blik.

Huisarts: *“Dan zou ik zelf ook graag hebben dat ze gewoon meer kijken naar het gezin als geheel en dan gaat toch de focus alleen maar naar het kind. En het kind is vaak ook een product van het gezin waarin hij opgroeit. Dat mis ik vaak wel bij sommige ggz-aanbieders.”*

De huisarts noemt als elementen van de brede blik:

- systeemdenken (invloed interacties en relaties);
- niet alleen kindgericht, maar ook contextgericht;
- alles erbij betrekken wat eventueel van belang kan zijn, in ieder geval om te inventariseren;
- aansluiten bij de leefwerelden.

Huisarts vindt de vaak lineaire, eenzijdige focus op het kind van ggz een bezwaar en gaat ervan uit dat de JGW breed kijkt en daarmee een andere invalshoek kiest. De huisarts vindt het van belang dat hulpverleners vanuit een relationeel-systemische visie en het bio-psychosociale model werken, aansluitend bij de leefwerelden.

De huisarts ziet een meerwaarde met de JGW in de praktijken aanzien van:

- lichtere problematiek;
- ontrafelen wat er in een gezin speelt; verschillende dimensies van de problematiek bekijken;
- goed (en ervaren) het gesprek kunnen aangaan;
- nut van persoonlijke kennis en warme overdracht.

De JGW herkent de leefwereldgerichtheid als volgt in het eigen vakgebied:

JGW: "Ik ga dus niet problematiseren, maar doordat ik zeg hoe ziet je dagelijks leven er uit, doe je dingen, sport je, zit je veel te piekeren of doe je, ben je bezig. Hij zegt: ik moet altijd denken. Ook dat een beetje normaliseren."

Om iemand goed te kunnen verstaan en daarmee tot een passende betekenisgeving te komen, is onderzoek van de leefwereld van belang. Daarbij wil de JGW de cliënt meenemen in een verdieping van de eigen leefwerelden, zodat hij hier meer inzicht in kan krijgen en aanknopingspunten kan vinden.

JGW: "Dat je mensen met een bepaald idee, een bepaalde visie, mee kunt krijgen. Dat het niet is van ik heb probleem A en dan wil ik oplossing B bij.... Ik denk als je ze mee kunt laten denken in de veranderingsgedachte, het is ook eigenlijk zo, eigenlijk moet ik zelf ook eens wat anders om me heen gaan kijken in mijn leven.... dan heb je volgens mij zoveel gewonnen."

Verandering in gezamenlijkheid veronderstelt inzet van JGW en cliënt. De JGW probeert cliënten in hun leefwerelden mee te laten nemen, waarbij perspectiefwisseling tot stand komt en een andere manier van opereren in deze leefwerelden. De cliënt wordt hierbij door de JGW op een vriendelijke manier stevig gecoacht:

JGW: "Ze was haar regie dus kwijt in het gezin. En door gewoon tegen mij aan te praten, doordat ik dan, ze zei: je trok alleen maar een wenkbrauw soms eens op of even een vraag, heb je mij zo aan het denken gezet.... Het is nu helemaal duidelijk hoe we het thuis weer gaan doen en de kinderen mopperen wel en er was het een en ander gebeurd, maar wij hebben de touwtjes weer in handen, wij bepalen weer wat wie doet en waarom."

Systeemdenken is bij deze perspectiefwisseling en anders handelen van belang: posities, herstel van hiërarchie, oog voor de wisselwerking in de interacties. De manier van werken is vooral de cliënt aan het denken zetten, laten reflecteren met een vraag of interpunctie. Het relationele systeemdenken is als metavisie de basis voor de brede en verbindende benadering in het werk van de JGW.

De JGW verwoordt het belang van de verdieping in de leefwerelden als volgt:

JGW: "Dit is wat je doet vanuit de psychosociale hulpverlening, daar ga je kijken, je hebt niet alleen die mens tegenover je zitten maar ook die hem gevormd hebben een heel leven, daar kun je wat mee ... ja."

De JGW benadert mensen als psychosociale eenheid, waardoor zij mensen niet los ziet van hun omgeving, context en leefwerelden.

5.1.8 Complexiteit in de zoektocht naar hulp en oplossen

Huisarts: *“Als het iets simpels is, dan moet je het simpel laten en als iets complex is, dan breiden het aantal contacten zich uit, breiden zich het aantal zorgverleners uit, dan wordt het complexer en dan wordt die context ook lastiger bij bijvoorbeeld multiprobleemgezinnen. Daar ken ik er nog wel wat van hier in de buurt, daar zitten hordes van zorgverleners soms bovenop en dan moet je met elkaar in die context goed bewaken wie dan hoofdverantwoordelijke wordt.”*

De context kan lastiger worden bij complexe zaken. De huisarts ziet het gevaar dat door hulpverlening de complexiteit versterkt wordt. De huisarts constateert dat er soms veel hulpverleners om een gezin heen zijn bijvoorbeeld vanwege achterstand, als er toezicht nodig is, of wanneer Veilig Thuis is ingeschakeld (omdat de veiligheid in het geding is) en dat je dan door de hoeveelheid hulpverleners alleen al een zieke context krijgt. Enerzijds was de zieke context er waarschijnlijk al, maar door de vele hulpverleners erbij wordt dit gemarkeerd en ontstaat vaak nog een complexere situatie.

Huisarts: *“Tenzij natuurlijk de context met jeugdproblematiek en zo’n school, van alle kanten, dan zal die context bij zo’n kind al heel snel kunnen leiden tot achterstand, toezicht, of Veilig Thuis, van alles dan krijg je gelijk een hele stoet aan zorgverleners eromheen, dan krijg je een context, gelijk een zieke context natuurlijk. Dan heb je zeker wel de context snel boven water. Dan heb je dat het sociale wijkteam dan in een context met heel veel zorgverleners erbij is.”*

De huisarts ziet dat hulpverlening soms een ongezonde context bestendigt door de wijze van interveniëren. Het kan voor gezinnen overweldigend zijn om zoveel mensen op je af te krijgen. De contacten met alle hulpverleners moet je ook allemaal nog managen, kun je dan nog normaal functioneren? De oorzaak kan een mismatch zijn door het niet

goed kunnen afstemmen op de behoefte van een cliënt, waardoor er steeds meer hulpverleners worden ingeschakeld.

Complexiteit kan zich ook voordoen in de zoektocht van de ouder naar het begrijpen van je kind en de juiste hulp voor zijn gedrag. Jeugdigen en ouders passen zich in de veelheid van problemen en gevoelde chaos om die reden soms aan in oplossingen die niet helemaal adequaat zijn, maar op dat moment het meest haalbaar lijken, zoals je kind plaatsen in een klas waar hij eigenlijk niet thuis hoort.

Ouders: *“Soms zitten er echte boeven tussen die niet meer te handhaven zijn in de klas, die geen autoriteit dulden en onze zoon, omdat hij was weggelopen, we weten het even niet meer, we zetten hem maar neer., maar die mevrouw zei wel: eigenlijk zit hij hier niet helemaal op zijn plek....Hij vond het wel interessant, maar hij had op een gegeven moment ook wel zoiets dat je kunt afglijden die kant op....Nee, nee, hij paste er eigenlijk niet.”*

In de zoektocht naar passende hulp kan het gebeuren dat de complexiteit eerst toeneemt in plaats van afneemt. Dan heb je wel bakens nodig, zoals de hulp van de JGW die meehelpt een bepaalde kant op te zoeken die daadwerkelijk helpend is om zich te verhouden tot de situatie. Ouders kunnen zich verhouden tot de situatie vanuit een metapositie, een positie die ze innemen om te kunnen reflecteren op hun gedachten en handelen. De JGW kan ouders ondersteunen om vanuit deze metapositie te komen tot helpende verklaringen en woorden te geven aan wat nog niet gezegd kon worden. De zoektocht voor gezinnen naar de juiste hulp kan een heel spannend proces zijn, waarbij ouders het gevoel kunnen krijgen nog verder weg te zinken in een moeras van negatieve patronen. De bakens van de JGW kunnen dan nieuwe hoop geven.

Het spannende proces en de complexiteit is voor de JGW ook een uitdaging:

JGW: *“Het is wel heel leuk werk. Het is zoeken, het is lang niet uitgekristalliseerd, maar het is heel. elke dag is weer anders om het zo te zeggen, het is geweldig, blijf je zelf wakker van zeg ik altijd.”*

Complexiteit in het werk erkennen is erop gebaseerd, dat de complexe werkelijkheid niet in een model is te vatten; het is niet uitgekristalliseerd en daarom zullen altijd wakkere, normatieve en relationeel-systemische keuzes gemaakt moeten worden om in die werkelijkheid aanknopingspunten te vinden. De gezamenlijke zoektocht met jeugdigen/ouders/gezinnen als begeleidingscontext maakt de JGW enthousiast en lerend.

5.1.9 De relatie en de persoonlijke factor

De JGW stelt de relatie centraal. In de dialoog met de jeugdige/ouder/gezin gaat het dan ook om de persoonlijke factor die in deze dialoog zichtbaar wordt. De JGW beleeft deze ontmoetingen en dialogen als ‘mooie gesprekken’.

JGW: *“(over de kwaliteiten van een moeder).... Maar zo nu en dan schiet ze in haar ouderrol een beetje in de kramp en dat zijn mooie gesprekken hier binnen het sociaal wijkteam...”*

De JGW is met het hart betrokken bij het eigen werk met jeugdigen/ouders/gezinnen: *“Je zit in het jeugdwerk. Het heeft een warm hart voor mij....”*

De JGW voelt zich aangesproken door de persoonsgerichte en persoonlijke manier van werken:

JGW: *“Dat het kindje, kind voorop staat en niet de zorg die je wel of niet kunt inschakelen naar aanleiding van. Nu kunnen we zorg inschakelen die gewoon nodig is en we vragen ons niet af of we dat dan op de DSM kunnen plakken of niet. Ik word daar zo blij van toen ik dat hoorde, dat ik dacht dit vind ik echt zoals het kan.”*

Mooie gesprekken emergeren in een goede context. Er is in de wijkteams weer meer ruimte voor ondersteuning, er gewoon kunnen zijn voor de cliënt en voor een integrale benadering. Mooie gesprekken vragen om ruimte voor reflectie en ondersteuning van de cliënt én van de JGW zelf. Het vraagt om een integrale benadering vanuit het wijkteam/de gemeente, een persoonlijke benadering vanuit de aansturing en oog voor eigenheid en betrokkenheid en aangesproken worden op je kwaliteiten als JGW, die op haar beurt weer oog heeft voor de kwaliteiten van de cliënt.

De JGW ervaart deze ruimte als volgt:

JGW: *“Een bepaalde rust. Ik heb back-up, ik doe niet zomaar iets, als wat zal ik nu eens bedenken, maar wel vanuit een rust...”*

Tijd, ruimte en ondersteuning om na te denken voor cliënt én professional (reflectie). Dit tegenover de druk van productgerichte hulp. Tijd en ruimte om na te denken, zodat je niet zomaar iets doet, maar dingen afweegt, overweegt, samen met anderen. Reflectie.

Ook de huisarts benadrukt het belang van relatiegerichte, reflectieve, persoonlijke hulp:

Huisarts: *“Blijkbaar voelen mensen dat heel snel aan dat je met een goede gesprekspartner te maken hebt.”*

De JGW moet dus primair een goede gesprekspartner zijn. Hiermee staat de relatie voorop, wordt de hulpvrager serieus genomen en wordt er afgestemd. De JGW als goede gesprekspartner houdt in dat de kennis op niveau is, dat hij/zij vanuit ervaring kan spreken en dat er met de hulpvrager een onderlinge goede relatie is waarin ze elkaar verstaan en waarbij verwachtingen ongeveer overeen komen en dat er ruimte is om samen na te denken. Als goede gesprekspartner ben je gepermitteerd om als hulpverlener iets te mogen

toevoegen in de onderlinge dialoog, waarmee je van betekenis kunt zijn. Dit is het hart van persoonlijke hulpverlening. De huisarts gaat daarbij niet voor kant en klare oplossingen van de JGW, geen ‘producten’, nee hij verwacht primair een vertrouwensrelatie tussen JGW en cliënt.

Huisarts: *“Je moet een relatie aangaan, zeker. Je moet natuurlijk vertrouwen hebben, vertrouwen is in een relatie, vertrouwen is in een klik en een klik kun je als een relatie benoemen.”*

De persoonlijke relationele hulp is betekenisvolle hulp die ruimte geeft om kwetsbaar te mogen zijn.

JGW over betekenisvol hulpverleners: *“Wel dat ik het gevoel heb ik mag uitzoeken wat is er aan de hand, hoe komt dit nu, hoe komt het dat je nu naar de huisarts bent gegaan en dat je zegt: ik vind het niet fijn meer, ik heb hier pijn of daar last van. Dat is wel heel mooi vind ik.... ...Dan merk ik ook dat mensen, die zijn naar de huisarts geweest en die zijn doorgestuurd naar mij. dat ze letterlijk ook ontspannen, van ik mag over mezelf praten, ik hoef me niet groot te houden of zo.”*

5.1.10 Theoretische reflectie op het vakmanschap van de JGW in een nieuw jeugdberoep en conclusies

Met het nieuwe jeugdberoep ‘jeugd- en gezinswerker naast de huisarts’ (JGW), komen andere dimensies van het vakmanschap naar voren. Voorheen lag de focus in de Jeugdhulp meer op methoden, wat werkt (*evidence-based*), wat een meer reductionistisch model inhoudt. Een overaccentuering van deze *evidence-based*gerichte methodische hulp maakte de hulp minder persoonlijk. Er werd te veel gekeken naar wat het aanbod aan methoden is en dit werd dan gematcht met de vraag van de cliënt. Het risico werd groter dat de hulpvrager benaderd werd als een ‘consument’ zonder context, geschiedenis of waardigheid. Ook ontstond er

meer risico op mismatches, omdat men in de methodegerichtheid soms onvoldoende afstemde op de behoefte van de hulpvrager, hetgeen bestending van de hulp in de hand werkt: er is dan steeds meer hulp nodig (Baart en Carbo, 2013).

De oplossing (hordes zorgverleners inzetten) vormt dan een nieuw probleem en een bestending van het bestaande probleem. Ouders en JGW moeten dan deze complexiteit zien te hanteren, als het ware proberen in de moerassigheid hoge gronden zien te vinden.

De huisarts bevestigt dat deze wijze van interveniëren overweldigend kan zijn voor hulpvragende ouders.

Normatieve professionaliteit kan hierbij helpend zijn voor de JGW, omdat de vraag wordt gesteld of datgene nog wordt nagestreefd waar de jeugdige beter van wordt (het ‘goed’). Daarnaast kan de JGW een contextanalyse doen: wie zijn betrokken en wie heeft welke positie (regie) en rol.

De contextgerichtheid verbindt de jeugd- en gezinswerker en de huisarts in een brede blik, hetzij elk vanuit het eigen vakgebied. De contextgerichtheid van de huisarts en de jeugd- en gezinswerker sluit aan bij het relationele werken, waarin een mens context, geschiedenis en waardigheid heeft en waarin hij voor zijn geslaagde leven afhankelijk is van anderen en op zijn beurt ook in zijn keuzen anderen treft (Baart en Carbo, 2013).

De huisarts vindt het van belang dat de JGW verstand van zaken heeft, een kundig iemand die het vak in de vingers heeft, kan reageren vanuit opgebouwde ervaring: *“De ambachtelijke werker moet een dialoog aangaan met het materiaal en al onderzoekende leren zien, horen of voelen wat het materiaal vraagt om een goed werkstuk tot stand te kunnen brengen en mooi werk te leveren”* (Kunneman, 2017b).

Voor de huisarts lijkt een integraal beeld en een contextueel-systemisch beeld vereist; wie kan wie in het gewone leven begrijpen en steunen; dit is het uitgaan van het netwerk van betrekkingen van jeugdigen, ouders en gezinnen, een brede benadering. De JGW benadert mensen als een (bio)-psychosociale eenheid, waardoor je mensen niet los ziet van hun omgeving, context, leefwerelden. Dit sluit aan bij de gedachte over de behoefte aan een (systemische) metavisie van Morin:

“We need a kind of thinking that reconnects that which is disjointed and compartmentalized, that respects diversity as it recognizes unity, and that tries to discern interdependencies. We need a radical thinking (which gets to the root of problems), a multidimensional thinking, and an organizational or systemic thinking” (Morin, 2008).

“The observer should not just practice a method that permits her to shift from one perspective to another. . . . She also needs a method to access a metapoint of view on the diverse points of view, including her own point of view” (Morin, 2008).

Een contextueel-systemische metavisie en normatieve professionaliteit gaan beiden uit van complexiteit als gegeven. Complexiteit in het werk erkennen is erop gebaseerd, dat de complexe werkelijkheid niet in een model is te vatten; het is niet uitgekristalliseerd en daarom zullen altijd wakkere, normatieve en relationeel-systemische keuzes gemaakt moeten worden om in die werkelijkheid aanknopingspunten te vinden.

“According to mainstream complexity theory, complex adaptive systems are characterized by re-entrant interactions between many components, resulting in non-linear dynamics and emergent properties that cannot be understood nor explained by referring to characteristics of individual components. Complex systems are moreover composed of different layers or levels that bring many different reciprocal relations

between parts and wholes in to play.” ... “According to Paul Cilliers, this implies that all models we develop of complex systems, such as cells, and colonies, brains and eco-systems, necessarily reduce the complexity of the system at stake. The only completely adequate model of a complex system would be the system itself! (Cilliers 1998). Critical complexity thinkers argue that, as a necessary consequence, scientific models of complex systems always involve normative choices” (Kunneman, 2015).

De gezamenlijke zoektocht met jeugdigen/ouders/gezinnen als begeleidingscontext maakt de JGW enthousiast en lerend. De complexiteit en het steeds opnieuw verhouden tot de verschillende systeemniveaus en leefwerelden maakt het werk ook intensief.

Het kwalitatief kantelen is een belangrijke maatstaf, een ijkpunt in het handelen van de JGW (transformatie). Het roept nog veel vragen op ten aanzien van wanneer je meeweegt met de cliënt en of je de cliënt kunt laten meebewegen met jouw transformatievisie: welke pas zet je samen voor, naar achter of opzij. In hoeverre is er sprake van een vruchtbare dialoog en is er binnen de dialoog ook nood aan een ‘paraloog’ (de confrontatie aangaan met de ander) (Kunneman, 2017a). Het afstemmen op de *theory of change* van de cliënt (jeugdige/ouder/gezin) vraagt in zijn algemeenheid om veel relationele lenigheid van de JGW (Aptroot & Spaander, 2016).

Aptroot (2017) benadrukt de wederkerigheid in de werkrelatie die hulpverleners hebben met hulpvragers om ontspanning en rust in te brengen: *“Als wij deze kinderen/jeugdigen/gezinnen willen ondersteunen tijdelijk of permanent om hun leven te leven, zullen ze zich verstaan moeten weten als lid van een samenleving waarin ze niet permanent tekortschieten in de ratrace. Dat kan dan alleen maar op basis van wederkerigheid in de werkrelatie die we met gezinnen en het netwerk ontwikkelen.”* Deze wederkerigheid in de werkrelatie maakt de hulp persoonlijker en staat tegenover

de overaccentuering van het methodisch- en *evidence-based* werken, omdat hier niet de methode, maar de relatie centraal staat.

Het vakmanschap van de JGW naast de huisarts heeft ook een werkplaats nodig, die tevens een broedplaats kan zijn voor dialogische vormen van samenwerking met anderen die vak-experts zijn en anderen die het vak nog moeten leren (Kunneman, 2017b). Vakmanschap ontstaat niet vanzelf, maar moet gevoed, ontwikkeld en bijgeschaafd kunnen worden. Hiervoor is ondersteuning in de vorm van ‘werkplaatsen’ van belang, zodat gewerkt kan worden aan een ‘constante kwaliteit’ en waarbij door (wederzijdse) ondersteuning overbelasting van de JGW voorkomen kan worden.

Het faciliteren van vakmanschap en werkplaatsen voor goed en betekenisvol werk met en voor anderen en de ontwikkeling van rechtvaardige instituties bevordert de condities voor een goed en betekenisvol leven op het gebied van persoonlijke relaties, het werk en op maatschappelijk gebied:

“Moreover normative professionalization is connected with a complexity-sensitive epistemological framework, encompassing the whole range of different forms of causal explanation and understanding. It implies confronting both ethical and epistemological complexity in view of good, meaningful work with and for others and the development of more just institutions. Normative professionalization thus involves an increase of the professional meaningfulness of one’s work. It furthers the conditions for a good, meaningful life not only on the level of personal relations and civil society, but also on the level of economic and political systems” (Kunneman, 2015).

Met de kwaliteit van de JGW kan de kwaliteit van leven worden vergroot van de jeugdige/ouder/gezin. Door kwaliteit van leven te omschrijven en van daaruit te weten wie de belangrijke anderen zijn om te betrekken bij de begeleiding,

kan kwaliteit van leven voorgrond gemaakt worden (Ap-troot, 2017). Met deze belangrijkste opdracht voor de JGW naast de huisarts is het profiel van een nieuw jeugdberoep, met een eigen *body of knowledge* ontwikkeld.

Kort samengevat is een beeld van de nieuwe vakinhoudelijk benadering ontstaan van de contextgerichte JGW: Het werk van de JGW is een specialisme, een vakmanschap in de vorm van breed kijkende opvoedhulp en voorziet in een ontbrekende schakel tussen huisarts en wijkteam op het gebied van jeugd. JGW en huisarts vinden elkaar in een brede, contextgerichte en relatiegerichte benadering, met oog voor complexiteit.

5.2 Positionering van de JGW in de huisartsenpraktijk

“We zaten gewoon te wachten tot er weer zo iemand aan de praktijk zou komen en hoewel die verwijsmogelijkheden al voor dat ze hier kwam er natuurlijk was, voelde dat voor mij als zorgverlener toch en voor de groepspraktijk als ver weg en dan wacht je gewoon tot zo iemand hier is” (huisarts in interview).

In deze paragraaf wordt de positionering van de JGW naast de huisarts (kort) besproken. Aan de orde komen: de JGW naast de huisarts als structuurverandering, verwijscriteria voor de huisarts, de JGW als ontbrekende schakel, een herpositionering in de keten en van structuurverandering naar cultuurverandering.

5.2.1 De JGW naast de huisarts als structuurverandering

Met de JGW in de praktijk van de huisarts heeft de JGW de opdracht gekregen om vanuit de transformatiegedachte, ook wel ‘kanteling’ genoemd, hulp zo licht als mogelijk en zo zwaar als nodig in te zetten. Dit is een structuurverandering met een inhoudelijke opdracht, die tot gevolg heeft dat

JGW'ers in hun werk de kanteling als een referentiekader hebben. Dit betekent een andere manier van werken die meer context- en relatiegericht is en uitgaat van het alledaagse. Het basale komt meer op de voorgrond, met als uitgangspunt de normaliteit van het pedagogisch handelen thuis en op school.

De JGW werkt aan eigenheid in het een gezicht zijn in de huisartsenpraktijk. De JGW werkt aan vaste verbanden en een duidelijke taakomschrijving en taakafbakening. De contextverandering van de JGW is van invloed op het werk van de JGW: de andere omgeving - die van de praktijk van de huisarts - maakt dat er positiever naar je werk wordt gekeken, omdat het gerelateerd is aan de vertrouwde en expertise van de huisarts. De JGW geeft ook aan dat zij als een serviceverlening aan de huisartsenpraktijk ook volwassenen te woord staat op de spreekuren en daarna zorgt voor een koppeling aan een hulpverlener vanuit het wijkteam.

Privacy en onderlinge informatieverstrekking is een aandachtspunt, omdat de beroepsgroepen geen toegang hebben tot elkaars dossier. De JGW is wel binnen de huisartsenpraktijk werkzaam, maar heeft geen toegang tot het medisch dossier.

De JGW moet in de praktijk 'concurreren' met de gevestigde gewoonten en verbindingen. De huisartsen hebben al lijntjes. Door nieuwe bindings(lijntjes) met JGW kan er een ombuiging mogelijk worden. Dit gebeurt bijvoorbeeld in een driemanschap met de POH. Hierbij wordt gebruik gemaakt van *case-based learning*, wat een *bottom-upsamenwerking* teweegbrengt die duidelijk maakt wie wat kan betekenen, in plaats van persoonlijke concurrentie. Deze manier van samenwerken kan hierdoor leuk en lonend zijn. Met *case-based learning* kan men kennis nemen van de andere beroepsgroep, elkaars kwaliteiten leren kennen en benutten en onderdeel gaan uitmaken van die nieuwe cultuur.

JGW: *".... En dat heb ik nu ook afgesproken, dat ik ook met die andere praktijk van, met die POH'er heb ik gezeten en gaan we één keer in de maand zitten om te overleggen met welke casussen we bezig zijn en wat we aan elkaar kunnen hebben. Dan krijg ik niet alleen van de huisartsen rechtstreeks, maar dan kan het ook, doordat hij aan die praktijk meerdere dagen verbonden is, dat het via hem dan gaat lopen, maakt niet uit. Dus dat is leuk."*

5.2.2 Verwijscriteria voor de huisarts naar JGW

De huisarts vindt het van belang bij verwijzingen dat hij de persoon kent en weet hoe de JGW werkt. Helpend is daarbij dat hij persoonlijk contact met diegene kan hebben, vertrouwen kan hebben in de professionaliteit en een warme overdracht kan doen waar mogelijk.

Indicaties waarop de huisarts verwijst naar JGW:

- Lichtere problematiek, zonder ernstige psychiatrische problematiek.
- Problemen waarvoor een diagnose (nog) niet nodig is (bijvoorbeeld concentratieproblemen) en ouders die (nog) niet doorverwezen willen worden.
- Wanneer de JGW meer kennis van jeugdproblematiek heeft en de huisarts het eigen kennistekort kan erkennen.
- Wanneer de JGW meer tijd heeft voor jeugdproblematiek: Wanneer 'er een verhaal achter kan zitten,' daar geen tijd voor hebben, maar beseffen dat het wel aandacht nodig heeft.
- Wanneer het leefwereldaspect, de context en of onderlinge interacties en relaties aandacht nodig hebben. De huisarts heeft dan oog voor leefwereldaspect en zoomt niet per definitie in op de individuele problematiek met de doorverwijzing van soms complexe problematiek naar JGW. De huisarts denkt hiermee vanuit bio-psycho-sociaal model in samenwerking met de JGW.

- Wanneer de huisarts de JGW kan inzetten om problematiek te schiften: past dit in een normale ontwikkeling of is de context er niet goed genoeg voor.
- Wanneer de huisarts de JGW wil inzetten om andere oplossingen te zoeken, om te voorkomen dat een kind onderdeel wordt van het mechanisme van instellingen en te snel gelabeld wordt, met als risico geobjectiveerd te worden in plaats van persoonlijk aangesproken.

Zelf eindregie houden over verwijzingen naar specialistische zorg en directe lijnen met de ggz blijven van belang voor de huisarts. De huisarts stelt zich beschikbaar voor overleg, maar wil in principe wel de route via het wijkteam volgen en heeft daar ook inhoudelijke redenen voor (zie bovengenoemde verwijscriteria).

De huisarts legt een verbinding met de jeugdarts en de samenwerking omtrent vroegsignalering van problemen in gezinnen. *“Daar moet je samen met consultatiebureau jeugdarts aan denken, zorgen dat je daar de vroegsignalering voornamelijk oppakt.”* Hiermee hoopt de huisarts dat er vroegtijdig passende hulp ingeschakeld kan worden om kinderen, jeugdigen en ouders in kwetsbare gezinnen verder te helpen. Hiermee is dus niet alleen de samenwerking tussen POH en JGW van belang, maar ook die tussen consultatiebureau (jeugdarts en jeugdverpleegkundige), om vroegsignalering inhoud en vervolg te kunnen geven.

De manier van verwijzen door de huisarts naar de JGW is van belang en hoe de huisarts de positie ziet van de JGW: als hulpverlener, indicatieverlener of doorverwijzer.

JGW: *“Als een huisarts bijvoorbeeld gezegd heeft: ik stuur je even door naar het sociaal wijkteam want die kan je doorsturen naar een therapeut, dan ben je eigenlijk al weg, als die die boodschap heeft meegegeven. Dan gaat het niet helemaal goed dan.”*

De huisarts voert nog niet altijd het overleg over hoe de cliënt is verwezen naar de JGW. Hierdoor kan soms verwarring

ontstaan ten aanzien van de verwachtingen van jeugdige/ouders naar de rol van de JGW, omdat de jeugdige/ouders denken dat zij direct doorverwezen worden naar de ggz. Vanwege de gerichtheid van de JGW op ‘eerst kijken wat zijzelf kunnen betekenen voor de jeugdige/ouders’ kan dit spanning in het contact opleveren.

5.2.3 De JGW als ontbrekende schakel naar het wijkteam en jeugd-ggz

Huisarts: *“Ik vind de jeugd- en gezinswerker een hele mooie ontwikkeling. Het helpt hopelijk mee om de negatieve klank die voor heel veel mensen om het sociaal wijkteam heerst, om dat weg te nemen.”*

JGW kan, naast representatie van nieuw soort hulp, ook een verbindingsslag met het wijkteam betekenen en tevens een PR voor het wijkteam vanuit de veilige zone bij de huisarts.

Met de JGW naast zich, heeft de huisarts een extra verwijsmogelijkheid gekregen op het gebied van jeugd. Door de JGW naast de huisarts is de huisarts dichterbij het wijkteam, de nulde- en eerstelijnszorg in de wijk gekomen. De JGW vormt als het ware de ontbrekende schakel naar het wijkteam op het gebied van jeugd. Door de huisarts werd een specifiek persoon voor opvoedingsproblematiek gemist.

Huisarts: *“....We zaten gewoon te wachten tot er weer zo iemand aan de praktijk zou komen en hoewel die verwijsmogelijkheden al voor dat ze hier kwam er natuurlijk was, voelde dat voor mij als zorgverlener toch en voor de groepspraktijk als ver weg en dan wacht je gewoon tot zo iemand hier is.”*

Voorheen was het wijkteam een instelling waar de huisarts naar toe kon verwijzen, maar dat was meer op afstand en kon men minder goed naar een persoon verwijzen. Door de samenwerking met de JGW heeft de huisarts weer meer zicht gekregen op de mogelijkheden van (bio-)psychosociale

hulpverlening van de JGW. De positie van het huisarts is door de samenwerking met de JGW versterkt, omdat de huisarts een meer centrale rol kan vervullen in de lijn die hij/zij heeft met het wijkteam, de nulde- en eerstelijnszorg. Doordat er eerst geen andere specifieke verwijsmogelijkheid waren op het gebied van jeugd, belandden relatief veel vragen bij de ggz. Hiermee is de JGW als een mogelijke tussenstap of preventieve interventie ook een ontbrekende schakel naar de jeugd-ggz.

5.2.4 Door andere positionering JGW een herpositionering in de keten

Door de positionering van de JGW is er voor de huisarts een verwijsmogelijkheid gekomen voor hulp die minder gericht is op problematiek en ziekte, maar meer gericht is op het alledaagse, normale pedagogisch handelen, zoals de huisarts dit verwoordt: *“Zonder gelijk een etiket te plakken op dat kind. Zonder het kind het gevoel te geven dat hij in hoge mate ziek is.”* De ggz komt hiermee in een andere positie, als specialisme, wanneer deze hulp echt nodig is. Dit betekent een herpositionering in de keten. Zie verder de toelichting bij Paragraaf 5.2.3 over de JGW als schakel in de samenwerking met de ggz.

5.2.5 Van structuurverandering naar cultuurverandering in de keten

JGW: *“Ook daarin loop je met dit soort vragen (opvoedproblematiek) ertegen aan dat het een bepaalde module is die dan ergens wordt aangeboden voor bepaalde tijd.”*

De verandering in structuur, die tevens een andere manier van werken inhoudt, confronteert de JGW zelf en andere instellingen met de vraag of en hoe zij kunnen anticiperen op deze nieuwe manier van werken. Hoe kan de JGW op een positieve wijze geïntegreerd raken in de keten. Er zullen mogelijk ook niet-bewegende organisaties zijn waar de JGW

mee te maken krijgt. De vraag is hoe er coherentie kan ontstaan in de manier van werken die meer transformatiegericht is.

5.2.6 Theoretische reflectie op de positionering van de JGW in de huisartsenpraktijk en conclusies

Door een contextgerichte JGW naast de huisarts te positioneren is er een directe schakel gecreëerd tussen de eerstelijns huisartsenpraktijk en het wijkteam op het gebied van jeugd. Uitgangspunt voor de hulp is de normaliteit van het pedagogisch handelen thuis en op school. De huisarts kan met de positionering van de JGW in de praktijk op een directe en persoonlijke manier voor jeugd- en opvoedproblematiek verwijzen naar de JGW en heeft hiervoor een aantal criteria. Deze criteria zijn in dit onderzoeksverslag op een rij gezet. De gehanteerde criteria zijn nog niet altijd duidelijk voor de JGW. En de terugkoppelingen over en weer zijn nog niet altijd vanzelfsprekend geregeld. De ene huisartsenpraktijk verwijst meer naar de JGW dan de andere. Factoren die meespelen in het verwijzen zijn het elkaar kennen en inzicht hebben in de manier van werken én de persoonlijke factor van de huisarts.

De positionering van de JGW voorkomt onnodige doorverwijzingen naar de ggz. Het doorverwijzen naar de jeugd-ggz is een meer afgewogen onderdeel van de hulp geworden. Hierdoor is de nadruk van de hulpverlening van een meer medische naar een contextgerichte en relationele invalshoek verlegd. De relationele dimensie houdt onder andere in dat de jeugd- en gezinswerker naast jeugdigen, gezinnen en de huisarts en andere betrokkenen uit het netwerk kan staan, hun vertrouwen kan krijgen en samen kunnen beslissen over de hulpvraag. Relationele hulpverleners betekent dat de relatie het stuurkader is van waaruit de hulp wordt ingericht (en niet bijvoorbeeld de DSM) en dat de relatie reeds de hulp of zorg kan betreffen (Baart, 2016b).

Kort samengevat: De positionering van de JGW naast de huisarts is niet alleen een structuurverandering, maar ook een cultuurverandering, met de normaliteit van het systemisch-pedagogische en relationele handelen als focus, die leidt tot een herpositionering in de keten.

5.3 Laagdrempeligheid van de JGW

Ouders: *“Ik zat ook na te denken van goh, wat is nu de juiste manier om hulp te gaan vragen, want daar loop je natuurlijk ook al wel een poosje mee. In eerste instantie weet je niet zo goed waar je heen moet en dan ga je zelf al nadenken van moet ik nou naar het consultatiebureau, wat moet ik er nou mee. Ik blijf erbij dat de beste weg en de beste manier wel is dat je het altijd eerst meldt bij de huisarts”* (ouders in interview).

In deze paragraaf wordt de laagdrempeligheid van de JGW (kort) besproken. Aspecten hierbij zijn: snellere hulp, klantvriendelijker, sneller schakelen door de JGW, aansprekender door persoonlijke hulp, alledaagsheid, vertrouwdsheid door locatie en laagdrempeligheid tegenover de hoogdrempeligheid van hulpvragen.

5.3.1 Snellere hulp, klantvriendelijker

Ouders geven aan dat problemen al jaren aan de hand kunnen zijn voordat ze hulp vragen. Op een gegeven moment is in het modderen de limiet bereikt en willen ouders graag snel hulp. De huisarts is daar bij een belangrijke, gezaghebbende schakel. De hoge nood is duidelijk een contextfactor bij het vragen om hulp en ouders willen hierin serieus genomen worden.

Ouders: *“Elke avond bonje en huilen en met deuren slaan en gedoe en ‘s ochtends nog drie keer erger dan vind ik het wel fijn dat je de dag erna al een mailtje hebt, het liefste binnen een uur, maar dat kan dan niet, ik bedoel maar 24 uur, maar we hebben ook wel eens drie dagen moeten wachten op een*

berichtje (van school) en dan dacht ikweet je wel, doorpakken. Maar dat was in dit geval (met de JGW) niet, het was allemaal super.”

De uitvoering van de hulp door de JGW vanuit het wijkteam wordt door ouders als snel ervaren. De JGW zelf beleeft de uitvoering van de hulp als klantvriendelijker dan voorheen, omdat het over minder schijven gaat. De JGW kan sneller werken doordat het werk minder op procedures (verdeling, werkwijze) is gericht. De JGW ervaart hierbij meer eigen regie en ook meer verantwoordelijkheid.

Ouders hebben lange tijd getobd, met pieken en dalen in het probleemgedrag van hun kind en geven aan dat je met hoge nood bij een JGW terecht kunt komen via de huisarts. Ouders krijgen dan een hulpverlener met kennis op gebied van opvoedproblematiek.

Ouders: *“Ik zat echt met mijn handen in het haar. Dat ik dat toen ook bij de huisarts wel aangegeven heb en die eigenlijk vrijwel diezelfde dag een mailtje naar JGW gestuurd heeft en zij echt nog op dezelfde dag nog of binnen 2 dagen belde van ik hoorde dat er spoed bij was en hoe kan ik jullie helpen, eigenlijk was de link zo gelegd en is het opgepakt en zijn we waar we zijn vandaag de dag en zoveel verder. Tuurlijk nu ook heeft hij weer een beetje een terugval. Dan is het wel fijn dat je weer even bij JGW terecht kan en er weer even samen over kan praten.”*

5.3.2 Sneller schakelen door JGW

De JGW kan sneller schakelen, heeft hier een focus op en is hiermee zelf laagdrempelig. De JGW wil anticiperen op nieuwe vragen en hierin snel kunnen schakelen: *“Ik heb de deur ook altijd open als ik niemand heb zitten.”* A la minute bij de JGW binnen kunnen lopen, onmiddellijk bereikbaar, snel schakelen: dit is de cultuur in de structuur van laagdrempeligheid. De JGW heeft het besef beschikbaar te willen zijn om snelle hulp te kunnen bieden. Dit betekent ook

ruimte in je agenda houden, de administratieve belasting niet te groot laten worden (hoe meer cliënten je krijgt, hoe meer administratie). Wachtlijsten kunnen hiermee voorkomen worden.

JGW: *“Ik weet van te voren niet of er afspraken staan. Ik bel donderdag altijd op: staan er afspraken; ze hebben de hele week om afspraken in te plannen.”* Het is een besef van een soort serviceverlening aan de huisartsenpraktijk: in gezamenlijkheid met de huisarts die laagdrempeligheid waar willen maken en je daarvoor flexibel opstellen.

5.3.3 Aansprekender door persoonlijke hulp

De opvoedingshulp is in theorie in de huisartsenpraktijk binnen handbereik. Door de contextverandering van jeugdhulp is er sprake van een alledaagsheid in het aanbieden van hulp en de vertrouwdsheid en expertise die de huisartsenpraktijk representeert.

Huisarts: *“De belangrijkste verandering...: dat wij nu aan de mensen hier aan tafel kunnen aanbieden dat ze in dit gebouw iemand kunnen spreken over hun kind, of met hun kind of met hun puber in de opvoeding, of in de zorgen die op school zijn geuit en dat dan gekeken kan worden dat ze gewoon hier aan de balie een afspraak kunnen maken en geholpen kunnen worden in het zelfde gebouw, dat ze hier in eerste instantie geholpen worden over niet al te lange termijn.”* De huisarts vindt het van belang dat hij naar een persoon kan verwijzen: *“En nu kan ik zeggen ga naar mevrouw zus of eh me zo. En die is hier ook in de praktijk.”*

Laagdrempeligheid heeft te maken met kennen en gekend worden door onderdeel te worden van de huisartsenpraktijk. In het onderdeel worden van een gezin- of hulpverleningssysteem draait het om elkaar te zien en te begrijpen en gezien en begrepen te worden.

5.3.4 Alledaagsheid, vertrouwdsheid door locatie

De locatie heeft invloed op de laagdrempeligheid, naast dat het de positie versterkt van de JGW: bij de huisartsenpraktijk is de hulp nog minder stigmatiserend dan bijvoorbeeld in het wijkcentrum, omdat het nog meer in de normaliteit zit.

Ouders over het wijkcentrum: *“Het was zo’n kantoortje in het wijkcentrum. Ik ken ook heel Zwolle en je ziet daar van alles naar binnen stuiteren. .Er zit dan in je hoofd: oh jouw zoon heeft ook wat geflikt, terwijl dat totaal niet aan de orde is...Je wist gewoon niet waar je aan toe was, je wist niet wat er ging gebeuren..... Ik denk als je op het spreekuur bij de huisarts bent....dat het weer anders is. Dat slaat natuurlijk helemaal nergens op.”*

Door de locatie bij de huisarts is de JGW een aansprekende en vanzelfsprekende hulp: het is vertrouwd én heeft zo nodig voldoende afstand van de eigen thuissituatie, bijvoorbeeld om te kunnen reflecteren over het eigen ouderschap. Voor de JGW is het dan wel van belang dat zij ook daadwerkelijk in de loop van de huisarts hun spreekruimte hebben. Dit is nog niet altijd het geval, waardoor er letterlijk en figuurlijk meer afstand ontstaat en verwijzingen minder vanzelfsprekend worden.

JGW: *“De praktijk waar ik vandaag voor zit, daar ken ik de huisartsen eigenlijk helemaal niet van. die zie ik nooit. Die zien mij dus ook nooit.”*

JGW: *“Ik zit daar gewoon in de praktijk, daar is ‘s middag spreekuur, daar zie ik de huisarts ook altijd wel even, dan sluit je soms wel eens wat kort als je vragen hebt, of als hij wat heeft, dan zie je elkaar wel... [elders],... dan hebben ze alle ruimtes nodig, dus dan zit ik op een dependance, waar ik helemaal alleen zit.... dan zie ik niemand.”*

5.3.5 Laagdrempeligheid tegenover hoogdrempeligheid

Een hoge drempel voor ouders kan te maken hebben met angsten over wachttijden, geen adequate hulp kunnen krijgen, onzekerheid over waar je terechtkomt, soms angst voor etiketten en stigmatisering. Hulpvragen kent een hoge drempel met eenzaam getob. Ouders vragen zich af wat de juiste manier is om hulp te vragen. Ze weten niet goed waar ze heen moeten en wat ze er mee aan moeten.

Ouders: *“Ik wist niet zo goed wat ik er van moest denken, of we komen bij de huisarts en die zegt probeer dit en probeer dat en kom over een poosje maar terug, misschien dat de huisarts het zelf oppakt, dat wisten we natuurlijk niet en anderzijds toch het idee zou daar misschien wel iemand achter zitten....”*

De ouders hebben de verwijzing via de huisarts naar de JGW achteraf gezien als een gerichte verwijzing ervaren. Ze werden niet eerst van hot naar her gestuurd, maar direct naar het goede adres; naar een deskundig, betrokken persoon met wie het klikt. Deze ervaring kan een grote opluchting zijn voor ouders.

Ouders: *“In ons geval echt er spoed achter zetten, dat was toen wel superfijn, ...in ons geval we waren vanaf zijn geboorte al aan het modderen, zo ben je al vier jaar onderweg en op een gegeven moment in zo’n bui, op een gegeven moment ben je gewoon klaar, in dat geval bij ons was het heel fijn dat het contact heel snel gelegd kon worden. En tegelijkertijd.... je kunt je verhaal daar doen.”*

Ouders wachten lang vanwege een gevoel van persoonlijk falen en angst dat er te veel geproblematiseerd of gemedicaliseerd wordt en een ‘zorgval’ ontstaat: dat je ergens in belandt waar je niet meer uitkomt. Voordat er hulp wordt verleend, speelt zich dus al zoveel af in het hoofd van ouders (en kinderen), omdat ze een traject ingaan met angst

voor het onbekende, wachtlijsten, belastende en vervreemdende processen. De laagdrempeligheid van de JGW naast de huisarts is geruststellend tegenover de zorgen.

Ouders: *“Je wacht vaak te lang. En dat maakt dat je vervolgens eigenlijk gewoon zelf het overzicht niet meer hebt, omdat het dan zo’n warboel is. Gewoon twee uitersten: je hebt je eigen verdriet, maar je hebt vooral het verdriet van je kind en zijn boosheid en zijn frustratie en zijn heftigheid op dat moment en je wilt gewoon dat dat weggaat. Voor je zelf dat hou je nog wel even vol, maar het is vooral voor je kind dat het gewoon zo snel mogelijk, gewoon dat hij daar iets aan gaat hebben en dat je dan zo snel terecht kan. Ik denk als ik terugkijk naar toen dat dat vooral voor mij echt, voor onszelf heel veel gedaan heeft. Gewoon de snelheid.”*

5.3.6 Theoretische reflectie op de laagdrempeligheid van de JGW en conclusies

Ten aanzien van laagdrempeligheid is te concluderen dat niet de keten, maar de JGW zelf laagdrempelig is door het beschikbaar zijn, snel schakelen, servicegericht zijn. Om laagdrempelig te zijn en te kunnen blijven is, in de veelheid wat op de JGW af komt, het van belang steeds de juiste keuzes te kunnen maken. Dit kan gaan over de inhoud van het werk, maar ook over hoe het werk georganiseerd is, omdat dit ook een vorm van communiceren en in relatie treden is. Het vermogen om te reflecteren op het eigen professioneel handelen komt ook hier naar voren, gericht op de keuzes en alternatieven binnen de kaders van de professie. In de normatieve professionaliteit is dit reflecteren op het eigen professionele handelen een belangrijk uitgangspunt. Voldoende aandacht voor de normatieve dimensie van professionaliteit vergroot de kans dat de jeugd- en gezinswerker in zijn handelen aansluit bij de belevingswereld van de hulpvrager en huisarts (Kunneman, 1996).

De uitkomsten in dit onderzoek ten aanzien van laagdrempeligheid laten de urgentie zien van het belang van de lage drempel naar hulp tegenover de hoge drempel die ouders kunnen ervaren bij problemen die zij ervaren bij hun kind, in het ouderschap of in de gezinssituatie.

Kort samengevat: Het werk en positionering van de JGW naast de huisarts is laagdrempelig: het is snel, aansprekend, persoonlijk, alledaags (gewoon), dichtbij, tegenover de hoogdrempeligheid van hulp vragen.

5.4 Samenwerking van de JGW met school

“Ik denk dat er heel veel te winnen is, ook op scholen met wat meer aandacht voor het klimaat in de klas, rust-onrust van mekaar scheiden, aandacht voor kinderen die gewoon wat meer moeite hebben met concentratie, zonder dat dit gelijk een diagnose behoeft of wat dan ook. Gewoon veel meer aandacht voor dat soort aspecten. Toch rust, voorspelbaarheid, regelmaat, ik denk dat dat voor heel veel kinderen belangrijk is” (huisarts in interview).

In deze paragraaf wordt vanuit de positie en taken van de JGW de schijnwerper op de school gezet. De school is een belangrijke verwijzer via de huisarts naar de ggz en is vindplaats van jeugd in de samenwerking met de JGW.

5.4.1 School als verwijzer

School is volgens huisartsen een belangrijke verwijzer naar ggz-hulp via de huisarts: *“Als je dan ook nog de route van school richting de huisarts weet in te dammen, doordat je school gewoon goed ondersteunt, dat is wel zeker de helft van wat bij ons aan tafel komt, dat is natuurlijk door school geïnitieerd.”* School heeft ondersteuning nodig bij wat er allemaal speelt en op zijn bordje komt. Om goed te kunnen werken aan de diversiteit in het ontwikkelingsperspectief van kinderen is ondersteuning noodzakelijk. Dit voorkomt onnodig vragen om gespecialiseerde hulp.

In de samenwerking tussen school, huisarts en JGW fungeert de JGW met haar rol als toegangspoort ook als vangnet voor jeugd- en gezinsproblematiek, die mogelijk zonder specialistische hulp kan worden begeleid. De huisarts kan het waarderen dat de gemeente Zwolle ook de school als vindplaats Jeugd ‘afdekt’. De huisarts signaleert dat er een behoefte is op school aan een passend verklarings- en handelingskader en ziet dat de JGW daarin een goede positie in kan nemen: *“We krijgen natuurlijk heel veel vragen via school en dat doet diegene die bij ons zit ook wel, die neemt ook contact op met school, om te kijken hoe loopt het daar eigenlijk, zijn daar eigenlijk aanpassingen nodig. Of gewoon uitleg over wat het specifieke kind laat zien, wat je daarmee zou kunnen doen. Dus die brede blik op de verschillende terreinen die vind ik heel belangrijk.”*

De huisarts vindt dat er binnen school wat aan te pakken valt wat tot minder vragen bij hem als huisarts zal kunnen leiden. Het gaat hierbij om het pedagogisch handelen. Met een verbetering in het positief pedagogisch basisklimaat (rust, voorspelbaarheid, regelmaat) kun je leer- en gedragsproblemen (zoals concentratieproblemen) beter begeleiden en medicalisering voorkomen:

“Dit (JGW naast huisarts als specialisme) en de scholen dat vind ik (huisarts) nog steeds heel belangrijk, daar moet gewoon veel energie in worden gestoken, dat ook de scholen gestimuleerd worden om daar toch anders naar te gaan kijken en dat diagnose-denken zoveel mogelijk los te laten. Dat moeten echt uitzonderingsgevallen zijn.”

School is ook volgens de JGW een belangrijke verwijzer naar ggz-hulp via de huisarts:

JGW: *“Niet zozeer de ouders hebben de vraag, maar de school heeft de vraag om een diagnose, anders kunnen zij geen aanvullende dingen inschakelen....Een school heeft gewoon passend onderwijs te bieden, los van een diagnose.”*

Maar zij proberen op die manier om ook geldpotjes te sparen om toch te kijken kan het op een andere manier bekostigd worden.”

School zoekt soms naar financiële middelen en is daarom gericht op het verkrijgen van een diagnose voor een kind (met het daarbij horende recht op vergoeding), wat haaks staat op het gewoon geven van passend onderwijs. Een positief pedagogisch basisklimaat op school is van belang om leerproblemen beter te begeleiden. De JGW signaleert dat het gedrag van een kind op school vaak een aanleiding is om hulp te gaan zoeken door ouders en school: (ouders zeggen:) *“Nu gaat hij vastlopen, ik moet meer handvatten, zijn gedrag op school loopt uit de klauwen, dan werd er al heel gauw gezegd, ook door school, je moet, ga maar door naar onderzoek door de ggz want dan kunnen we zowel thuis als op school specifieke hulp inzetten, gericht op zijn specifieke beperking.”*

De aanpak van de JGW pleit voor een integrale aanpak ook van scholen, waarbij de focus zich richt op de voornaamste gebieden van pedagogische handeling van de leerkracht tegenover een eenzijdige inzet van specifieke hulp voor specifiek gedrag.

5.4.2 School als vindplaats

De school is ook vindplaats van jeugd voor de JGW. De JGW kan vanuit problemen die bij jeugdigen/ouders/gezinnen aangegeven worden ook interveniëren op school en zo nodig hiervoor specialistische hulp inzetten vanuit de toegangsrol. Er is op de meeste scholen ook een speciale jeugd- en gezinswerker vanuit het wijkteam werkzaam op school, voorheen het schoolmaatschappelijk werk geheten. Zowel de JGW naast de huisarts als de school-JGW hanteren de visie: ‘zo licht als kan en zo zwaar als nodig’ (*matched care*).

De huisarts ziet de eigen praktijk en de school als twee vindplaatsen van jeugd waarop de JGW's kunnen anticiperen met de juiste hulp: *“Die twee vindplaatsen van school en huisartsenpraktijk dek je hiermee af en ik denk dat je die schifting tussen gezond en ziek op de goede plekken gelijk maakt.”*

De gedachte van twee vindplaatsen is een goed hulpmiddel voor de gemeente en betrokken professionals om de hulp die nodig is aan gezinnen goed in kaart te kunnen brengen en volgens een gezamenlijk uitgangspunt wel of niet van specifieke hulp te kunnen voorzien.

De huisarts heeft zorg over de mogelijkheden op school om zich optimaal in te zetten voor het ontwikkelingsperspectief van kinderen: *“Ja en dan komt school, dan gaan ze gewoon meedraaien in de groep en dan ligt het eraan wat voor vriendjes en vriendinnetjes ze dan krijgen en wat voor pedagogische kwaliteiten zo’n leerkracht daar dan heeft om daar met gevoel de zwak-sociale mee te nemen. ... Het zijn meestal niet de meest aantrekkelijke gezinnen of kinderen. Uitdaging genoeg!”*

Er ligt een grote opdracht in het werken aan geluk voor kinderen op school: er zijn vriendjes en vriendinnetjes die veel invloed hebben en de pedagogische kwaliteiten van de leerkracht zijn heel bepalend. Kan de leerkracht helemaal gaan voor kinderen, is er de nodige passie ook voor kinderen uit sociaal-zwakke gezinnen. Het is van belang om de pedagogische kwaliteiten binnen de school op orde te hebben én dat er de nodige compassie is om alle kinderen een goed tweede milieu te bieden. Goede zorg/hulp op school heeft te maken met visie op gezinnen; dat je ondanks (uiterlijke)drempels en belemmeringen kunt zien wat een kind nodig heeft om zich te ontwikkelen.

De JGW heeft ook zorg over de mogelijkheden op school om zich optimaal in te zetten voor het ontwikkelingsperspectief van kinderen, met name op middelbare scholen: *“Scholen zijn onverbiddelijk dan hoor,.... middelbare scholen. Het is niet passend, worden ze afgeschaald, gaan ze een niveau lager dan moeten ze naar een lagere school, worden ze geschorst, dat zijn hele lastige mechanismes vind ik... Wie maakt zich dan verantwoordelijk voor zo’n jongen of meisje, weet ik niet.”* Kan ook een middelbare school inspelen op de verschillende ontwikkelingsfasen van een kind en de pedagogische begeleiding en pedagogische relatie die dat vraagt?

Volgens de JGW is de ervaring op scholen steeds meer: *“Als jullie kunnen meedenken en ons handvatten geven en het loopt inderdaad ook zo waarom zouden we dan een etiketje willen.”* Scholen willen vaak graag handvatten voor lastig gedrag van kinderen. Dit is optimaliseren van de pedagogische leefwereld op school, uitgaande van normaliteit: wat heeft dit kind nodig, in welke pedagogische omgeving kan het zich optimaal ontwikkelen. De JGW helpt dan, evenals de schoolmaatschappelijk werker, scholen mee in een verwachtingenmanagement ten aanzien van disciplineren en regulering van gedrag op school. Op school is (evenals in de thuissituatie) een verklaring nodig ten aanzien van de problematiek en is een handelingskader van belang bij handelingsverlegenheid. In alle casussen die door jeugd- en gezinswerkers, ouders en huisartsen zijn besproken, wordt genoemd dat de jeugd- en gezinswerker een rol speelt in het meedenken bij (lastig) gedrag van kinderen op school.

In verband met de wisselwerking tussen school en thuis speelt de JGW regelmatig een dankbare, verbindende rol tussen contexten. Voor school is natuurlijk de eigen context het primaire uitgangspunt en dat is het doorgaan van het leerproces. Voor het goed kunnen leren speelt echter ook mee hoe het kind op school komt, wat er aan invloeden vanuit de omgeving in het rugzakje meegaat.

Andersom neemt het kind ook weer ervaringen en prikkels die hij opdoet op school, mee naar huis. In die wisselwerking kunnen makkelijk vraagtekens of verstoringen ontstaan.

Ouders: *“Het lastige bij ons kind vooral was dat hij op school vooral het (moeilijke gedrag) niet liet zien. Hij liet het alleen thuis zien. Dus de juf had werkelijk geen flauw idee . (waarom hij) niet meer naar school wilde, onhandelbaar werd, boos werd, thuis ook zijn zus begon te slaan, te stompen en dat soort dingen. Toen hebben we het wel aangegeven,op schoolzij hadden zoiets van joh dat is helemaal niet wat hij op school laat zien en. ja.. daar bleef het toen eigenlijk ook wel een beetje bij....(De juf zei op een gegeven moment:) op de momenten dat hij ‘s ochtends aangeeft van ik heb echt geen zin, laat hem dan maar thuis en als je het idee hebt dat het wel gaat, nou doe hem dan naar school, maar dan moet ie hier ook blijven, dat is was toen de insteek; van als t ie komt, dan blijft ie gewoon.... maar op een gegeven moment was hij er vaker niet dan dat hij er wel was, omdat hij niet wilde, of omdat het niet ging...(De JGW)- die heeft toen met ons op een gegeven moment ook weer met school kunnen praten. En dat was superfijn, toen werd er een driehoek gemaakt.... sindsdien ging het eigenlijk gewoon, daar heeft hij toen hartstikke veel baat bij gehad... zo’n gesprekje met JGW heeft er wel toe gezorgd dat gewoon ook iedereen het wel serieus is gaan nemen. En dat er ook een koptelefoon in de klas is gekomen, dat ie zichzelf eventjes kan afzonderen, dat ie een plekje in de school mag zoeken waar die, mochten er te veel prikkels binnenkomen. Maar ja, je moet wel even de vinger op die zere plek leggen, om het voor hem goed te laten verlopen. Zonder JGW was dat denk ik niet gelukt, dan hadden we misschien gezegd; plaats hem dan maar over naar een andere klas, andere school desnoods, we zullen wel verder zoeken, want hij voelt zich blijkbaar hier niet goed. Terwijl nu, achteraf gezien, het met een paar aanpassingen het gewoon prima te doen is.”*

De JGW heeft in bovenstaande casus een dankbare taak in het mee kunnen denken op school wat het kind nodig heeft om zich optimaal te kunnen ontwikkelen. Door pedagogische kennis over ontwikkelingsfasen in de driehoek te brengen is er een passende oplossing gekomen. Zonder de bemiddelende hulp van de JGW was het kind naar een andere school overgeplaatst, zonder dat het gedrag van het kind begrepen was. Ouders voelen zich door de problemen thuis soms onthand om zelf beweging in de stagnatie op school te brengen: *“Het is zo’n warboel in je hoofd op een gegeven moment, je hebt al zoveel dingen geprobeerd en het lukt allemaal niet, dat je ook naar school toe het zelfde, dat je niet meer weet wat goed is.”*

Hoge nood thuis en ten aanzien van school wordt door ouders geëxpliciteerd in gevoelens van desoriëntatie, wanhoop, chaos, mislukking, het niet meer weten, onzekerheid over eigen inzichten en kunnen. Van hieruit heb je geen zeggingskracht genoeg naar school. Er kan een zelfde dynamiek van onbegrip en desoriëntatie in het contact met school ontstaan. Een gezamenlijk verklarings- en handelingskader met concrete handvatten voor school kan zorgen dat de wisselwerking tussen thuis en school in het functioneren van het kind wordt begrepen en verbeterd. Een passende leeromgeving voor een kind is helpend om een klik te hebben op school, zich op de plek te voelen.

“Toen hebben wij (ouders) besloten ga dan maar naar een andere school. En hij zit nu op zijn plek.... Nu heeft hij wel weer een klik.”

5.4.3 Theoretische reflectie op de samenwerking van de JGW met school en conclusies

Een goede (pedagogische) schoolomgeving is van groot belang voor het welzijn van het kind en het gezin. Want als een kind geen optimale ontwikkeling op school heeft, is dat van invloed op de thuissituatie en andersom en op de algehele

ontwikkeling naar volwassenheid. Dit betreft een interferentie van contexten in het bio-psychosociale model. Een passende leeromgeving voor een kind is helpend om een klik te hebben op school, zich op de plek te voelen.

Scholen moeten dus ook contextgericht, breed gaan denken en handelen, bewust van de wisselwerking en de relatie in het basale pedagogische handelen (Graas, 2017).

Zowel voor basisscholen als voor middelbare scholen geldt de vraag of zij kunnen inspelen op de verschillende ontwikkelingsfasen van een kind en kunnen ingaan op de pedagogische begeleiding en pedagogische relatie die dat vraagt, waarmee meer ‘bildung’ en burgerschapsvorming mogelijk wordt. Of blijft de prestatiedruk op de voorgrond staan, waardoor alle energie van de leerkracht weggezogen wordt naar het verkrijgen van cognitieve leerresultaten en goede beoordelingscijfers? (Wienen, 2018). Een cultuurverandering lijkt ook wenselijk te zijn in het onderwijs.

Kort samengevat: De school is nog meer in de schijnwerpers gekomen als een belangrijke leefwereld van het kind/jeugdige en een compagnon in het pedagogisch handelen ten aanzien van het kind. School is een belangrijke verwijzer naar de huisarts voor jeugd en is daarmee samenwerkingspartner voor JGW en tevens ook Vindplaats Jeugd vanwege een ontbrekende verklaring- of handelingsverlegenheid bij gedrag van kinderen/jeugdigen. Voor de JGW is de school een vindplaats en plek om preventief te werken en het alledaagse pedagogisch handelen in de driehoek met ouders en leerkracht richting te geven.

5.5 Samenwerking van de JGW met de ggz

“Dat juist daarin met zo’n model met zo’n psycholoog en een sociaal wijkteam in de eerste lijn en huisarts, dat dat medicaliseren voorkomt, stigmatisering en sociaal gezien inderdaad voor dat het kind zo gezond mogelijk is en zo simpel

mogelijk wordt opgelost. Daar ben ik wel een hard voorstander van” (huisarts in interview).

In deze paragraaf ga ik eerst in op de nadelige gevolgen van een over-diagnostiek, die inhoudelijke redenen geeft om kritisch te zijn op het aantal verwijzingen naar de ggz. Vervolgens ga ik in op de verschillen in denkmodellen, waarmee de JGW zich onderscheidt van de POH. Daarna ga ik in op het vraagstuk van de deskundigheid van de JGW ten aanzien van psychiatrische problematiek in de wijk en tot slot ga ik in op de bijdrage van de JGW aan een paradigmashift in de ggz.

5.5.1 De gevolgen van over-diagnostiek en reductie-nele benadering

Een van de aanleidingen van de pilot was het terugdringen van de hoge cijfers van doorverwijzingen naar de ggz met het inzetten van transformatiegerichte hulpverlening vanuit het wijkteam, waarmee zowel kwantitatief als kwalitatief een antwoord werd gezocht op de grote toestroom naar de ggz, met het gevaar van over-diagnostiek.

Hoewel huisartsen en de JGW de voordelen en het grote belang van specialistische ggz-hulp zien, zijn zij door ervaringen ook beducht voor de over-diagnostiek die in de afgelopen jaren door perverse prikkels als de persoonsgebonden budgetten is opgetreden.

Huisarts: *“Het is soms gewoon een druk kind en tegenwoordig is het ADHD, dan heb je wel een medische diagnose... Ik denk dat het een stukje over-diagnostiek zou kunnen zijn..... zowat de halve jeugd wordt gemedicaliseerd op een ongelofelijke manier.”*

Het kind kan daarbij op de korte en lange termijn problemen krijgen met stigmatisering:

Huisarts: *“Maar het kind krijgt natuurlijk inwendig: . ik ben niet goed, dus ik moet naar een bureau. Da’s het mooie van*

bij de huisarts, dat is vertrouwd, daar ga je met je enkel heen, daar ga je met je pols heen en dan kijken jij of je ouders ook niet gek, want dat is gewoon bij de huisarts, klaar, in die zin is die labeling veel kleiner bij ons. En als je dan naar het gebouw moet van de ggz dan ben je bijzonder want je bent zo’n moeilijk kind dat je naar een speciaal kantoor moest.”

De huisarts houdt hiermee een pleidooi tegen over-diagnostiek en medicalisering omdat dit ten koste kan gaan van het zelfbeeld van kinderen. De bandbreedte van wat normaal is zou weer opgerekt moeten worden. Aangezien de DSM 5 wat betreft het aantal stoornissen alleen maar is uitgebreid, zal dat nog niet eenvoudig zijn.

De impact van een eenzijdige blik en daaropvolgende medicalisering van problemen is stigmatisering. Er ontstaat een risico op ‘verdinglijking’ (reïficatie) van het probleem van een jeugdige en een vermijden van complexiteit.

Huisarts: *“Je probeert in het gesprek met ouders natuurlijk wel te kijken pas op voor labeling van je kind en dat je niet een etiket krijgt,... Je weet soms het mechanisme dat als het in de tweede lijn, derde lijn belandt.”*

Een ander aspect van de gevolgen van over-diagnostiek is wat Baart (2016) ‘de Zorgval’ noemt. Een huisarts benoemt dit als volgt: *“Je weet soms het mechanisme dat als het in de tweede lijn, derde lijn belandt, dat men ook belang bij diagnoses heeft, belang bij klandizie, dan is verwijzen soms ook een langdurig in de klauwen van een ggz-instelling, dat is het voorbeeld van het zittend vasthouden van mensen en diagnoses links en rechts opplakken.”*

Voor ouders kan het een opluchting zijn dat er geen ziekte- of stoornisgerichte houding van de JGW is, maar een normaliserende houding. Ouders: *“Ik vond ook we kwamen daar gewoon, je hebt helemaal niet het gevoel dat je bij een the-*

rapeutisch iets zit of zo, het is zo dat de buurvrouw zou kunnen vragen hoe 't gaat bij wijze van. Dus dat stelde hem ook wel op zijn gemak vond ik. Ik was wel verbaasd wat ie allemaal vertelde ook daar."

5.5.2 De JGW en de POH in de huisartsenpraktijk

De JGW ziet zichzelf als een contextwerker vanuit het (bio)psychosociaal model naast de praktijkondersteuner huisarts (POH), die meer individugericht is en meer vanuit het medisch model werkt:

JGW: "De POH associeer ik altijd nog een beetje meer met het medische model...Ik denk dat een POH minder breed kijkt met jeugd als dat nodig is als dat wij dat kunnen doen.... dus dan ga je de verbreding aan in het systeem van zo'n jongere en ik denk dat een POH dat niet zo heel snel doet dat ze met hele gezinnen om tafel gaat of in families verder gaat kijken als dat nodig is of scholen en dat doen wij natuurlijk wel.... om toch die kanteling.... te kijken hoe kunnen we dat doen."

De jeugd- en gezinswerker ziet zichzelf als breder kijkend dan de POH en kiest van daaruit voor andere oplossingen.

JGW: "Zonder dat je die dure ggz-kant in gaat, daar moet van alles behandeld worden, proberen toch te kijken van 'je leven moet op orde en je moet toch leven binnen de mogelijkheden die je hebt en de mogelijkheden die je kunt benutten binnen een wijk' en daar zijn wij denk ik wel meer op gericht dan een POH. Wij kijken breder."

5.5.3 Aanvullende zienswijzen: het bio-psychosociale model naast het medisch model

De huisarts is blij dat door de JGW het basale meer op de voorgrond kan komen. De verwachting van de huisarts is dat de hulp van de JGW zich richt op basale pedagogische handelen, minder ziektegericht.

Huisarts: "Het kind krijgt dan het etiket of is dan het probleemgeval. Mensen vergeten denk ik al te gemakkelijk dat; zo'n diagnose neem je voor de rest van je leven mee en heeft invloed op je. Zie maar weer eens van zo'n diagnose af te komen als die niet helemaal terecht gesteld is. En daar krijgen we nu steeds meer mee te maken; het gemak waar daar mee werd omgegaan heeft wel een andere kant. En ik denk dat men zich dat veel te weinig realiseert en al te makkelijk een etiket plaatst. Het is een stigma, het probleem lijkt opgelost en men hoeft zich niet meer in te spannen om te zoeken naar alternatieve benaderingen zoals rust en onrust in de klas scheiden, wat meer aandacht hebben voor het kind op zichzelf, zonder dat je daar gelijk een label aangeeft."

Om ander soort hulp te kunnen bieden zijn andere bronnen van kennis nodig:

- kennis van het basale pedagogisch handelen;
- alternatieve benaderingen en oplossingen tegenover of naast het doorverwijzen naar de ggz;
- aandacht voor wat het kind voor zijn ontwikkeling nodig heeft, zonder dit te snel te koppelen aan een label.

Het gaat om een relatiegerichtheid, erkenning van de persoon zoals die is, een gewoon kunnen zijn, geaccepteerd zijn en actief zoeken naar passende aanknopingspunten.

De JGW wil proberen te normaliseren en is alert op onnodige diagnostiek:

JGW: "Dan zou het aan het meisje liggen want het meisje heeft überhaupt behoorlijk ook zelf een medische achtergrond met allerlei toestanden, dan wordt het daaraan gelinkt; het meisje heeft al zoveel dat zal wel lastig zijn, maar het meisje kan het eigenlijk prima." De vraag is in hoeverre het mogelijk is dichter bij de normaliteit te komen. Soms zijn het hele kleine aanleidingen die kunnen maken dat een probleem uit de normaliteit raakt; de ontregeling is dan niet

meer makkelijk te regelen. Uitzoomen vanuit het bio-psychosociaal model en naar relaties in de context kijken kan helpen om de normaliteit te bewaren.

De JGW heeft vooral kennis van de normale ontwikkeling en de ggz van de verstoorde ontwikkeling, waarmee ze elkaar kunnen aanvullen. Kennis van de normale ontwikkeling is ontwikkeling op de verschillende systeem niveaus en leefwerelden. De JGW spreekt een jeugdige/ouder/gezin primair aan op kwaliteiten en mogelijkheden en niet op een (mogelijke) stoornis.

JGW: *“Een familielid heeft een suïcidepoging gedaan, is natuurlijk best heftig en de scheiding van zijn ouders. Dan kun je een kind verwijzen naar de ggz, dan heb je een soort van trauma-idee, weet ik veel. Of je kunt het nog op een lager pitje zetten. Ik heb nu een aantal gesprekken met deze jongen gehad en ik zie hem vooruitgaan en het gesprek met zijn ouders kan hij zelf aangaan en zie het op school beter gaan.”* Deze benadering is een andere manier van kijken: je houdt het kind in de context, in plaats van hem er direct uit te plaatsen en geïsoleerd te behandelen.

In bovengenoemde casus ziet de JGW dat de jongen:

- individueel, op gedrag en beleving vooruitgaat;
- het gesprek (weer) kan aangaan met zijn ouders en kan benoemen wat moeilijk is (relatie en gezin);
- op school weer beter kan functioneren.

De kennis van normale ontwikkeling is dus voor de JGW van belang. Jeugdigen/ouders/gezinnen kunnen in principe bij ontregeling met hulp van anderen hun leven weer regelen/oppakken. Als dat niet zo is, en er dreigt of is een trauma ontstaan, dan is gespecialiseerde hulp noodzakelijk. Kennis van de normale ontwikkeling houdt in dat je zicht

hebt hoe de ontwikkeling op de verschillende systeem niveaus en leefwerelden van een kind zich afspeelt en dat dit niet stagneert.

Ouders zijn ook blij dat de expertise van de JGW zo ‘gemakkelijk’ via de huisarts beschikbaar is en in het alledaagse blijft: dat er geen specialistisch zorg nodig is en minder stigmatisering: *“Dat je gewoon echt heel snel en ook via de huisarts bij iemand terecht kunt, zonder dat er een mega-etiket aanhangt, of zonder dat je het gevoel hebt dat je., nou ja, hoe zeg je dat. weet ik niet precies, zonder dat je het gevoel hebt dat er een psycholoog naar moet kijken of dat soort dingen, dat is natuurlijk wel nog een stap verder.”*

Ouders: *“In ons geval was zware zorg niet nodig geweest. Ze noemen het licht autisme, dan kunnen ze er op school ook wat mee. Wellicht krijg je ook nog een potje met geld. Het is eigenlijk een hele zware karaktertrek. Hij houdt niet van veranderingen..... In eerste instantie hebben we heel erg daar naar gezocht: is het kind dan een beetje abnormaal dat het daardoor komt, dat is niet zo. Ik denk dat het ook wel een verzameling van oorzaken en karakters is, wij zijn ook heel verschillende types.”*

Ouders hebben in dit voorbeeld de voorkeur voor het labelen als een ‘zware karaktertrek’. Ook dit geeft mogelijkheden tot acceptatie van gedrag en bijsturing. Het verschil met een vastgestelde stoornis is dat het geen ziekte is waarmee je afwijkt van het normale. Het voordeel van een karaktertrek boven een stoornis is dat je bij het eerste het over differentiatie (het persoonlijke) hebt en bij het tweede over een ziekte die ook in de intergenerationele sfeer meer in afwijkingen spreekt (en eventuele stigma’s). Ouders zijn blij met de hulp van de JGW die hun kind primair aanspreekt op zijn kwaliteit en niet op zijn stoornis. Hierdoor verlegt de aandacht zich en hoeft er geen sprake te zijn van een stigma. Een eenzijdige aandacht voor een kwaliteit van een kind, bijvoorbeeld hoogbegaafdheid kan overigens ook tot een soort stigma leiden en extra zorg. Van belang is dan ook

dat het geheel in een hanteerbaar kader blijft. Ouders zijn zich bewust van de onderlinge wisselwerking en beïnvloeding van het gedrag van het kind in verschillende contexten zoals school en thuis.

Ouders vinden het van belang dat hun kind evenals zichzelf persoonlijk benaderd worden: wie is je kind, wat heeft hij voor zijn/haar ontwikkeling nodig, wat is passend in een normale ontwikkeling en hoe help/steun je hem daarbij als ouders. Dit zijn pedagogische vragen die ouders zich stellen en waarbij ze goede, passende coaching hebben gekregen vanuit JGW.

Ouders: *“Tuurlijk zitten wij nu wel op zo’n moment dat we denken; OK, zit hier wat achter of niet iets achter. We zijn niet blind en we zien wel het een en ander, we hebben natuurlijk zelf ook oren en ogen en we zijn niet gek, maar in eerste instantie is het gewoon een persoontje, ons kind en er moet gewoon naar ons kind gekeken worden en hij is ons kind. We willen graag dat daar onafhankelijk naar gekeken wordt, zonder dat er gelijk in hokjes gedacht wordt van daar valt hij onder en daar valt hij onder en daar valt hij onder..... maar ik vind dat er eerst nu niet al - en gelukkig kan dat ook niet - nee, liever niet. Eerst hem als persoontje bekijken en dan zien we wel weer verder.”*

Ouders geven aan wanneer ze in hun specifieke geval wel ggz-hulp willen inschakelen:

- Wanneer school met de ggz-hulp aanknopingspunten en ondersteuning krijgt om het kind te begeleiden.
- Wanneer ggz-hulp informatie en ondersteuning biedt met een specifieke benadering voor het probleem, waardoor ouders weer verder kunnen.

De huisarts vindt het van belang dat er in de hulpverlening in het algemeen en ook bij de JWG primair breed en systemisch gekeken wordt vanuit een bio-psychosociaal model: wat heeft met wat te maken.

Huisarts: (bio-psychosociaal model) *“Daar hebben we het toch steeds over?want ik denk dat een hele hoop problemen niet medisch verklaard hoeven te worden. Waar we tegenaan lopen, dat is waar we het net al de hele tijd over hebben. Ik denk dat het meeste gedrag een reactie is op wat dan ook.Ik denk dat juist dat model waarbij je alles be-trekt, kijkt of het gedrag niet een reactie is op iets, dat moet gewoon de algemene praktijk worden. En als je daar niet mee uitkomt, dan ga je kijken zijn er inderdaad andere factoren spelen.”*

De huisarts verwacht van de JGW ook vooral de brede blik en niet zozeer veel kinderspsychiatrische kennis. Huisarts: *“Ik denk dat die brede blik heel belangrijk is, dat er niet eens zoveel kennis hoeft te zijn over specifieke kinderspsychiatrische diagnose of dat soort dingen, maar meer, vooral meer kennis moet zijn over het normale, wat is een goede pedagogische omgeving, wat ontbreekt er in dit geval, is het gedrag nog te verklaren - passend in een min of meer normale ontwikkeling - of is de context er niet goed genoeg voor.”*

De huisarts verwijst ook nog rechtstreeks door naar de ggz (zonder afstemming met JGW), bijv. als er sprake is van signalen van een ontwikkelingsstoornis, ADHD-Problematiek of depressie. Op dit vlak heeft de huisarts expertise die hij wil inzetten en ervaart hij geen kennistekort. De huisarts verwijst dan voor diagnostiek en behandeling naar de ggz.

Huisarts: *“Een enkele keer vind ik het dusdanig klinken dat ik denk die moet naar de specialistische ggz en daar moet echt inderdaad diagnostiek worden gedaan. Dat er zoveel signalen zijn dat het lijkt op toch wel een ontwikkelingsstoornis of ADHD-achtige problematiek of wat dan ook, of echte depressie.”*

De huisarts wil zorgvuldig en bekwaam omgaan met zijn eigen takenpakket als het gaat om psychiatrische problematiek en het begeleiden bij het voorschrijven van psychofarmaca door de ggz.

Er zijn ouders die blij zijn met het transformatiedenken van de JGW en graag willen dat de hulp zo licht mogelijk wordt ingezet. Ouders: *“Hulp bij JGW die toch wat ongedwongener is, minder het zoeken naar labels en meer het kijken naar het kind zelf en dat is vooral wat wij heel erg hoopten; wordt er dan naar zijn persootje zelf gekeken of wordt er dan met- een heel ver gekeken.”*

Deze ouders hebben geen behoefte aan verder kijken. Ze willen het graag dichtbij het persootje van het kind houden: wat heeft hij nodig. Dit sluit aan bij het gewone alledaagse pedagogisch handelen, kennis van het basale waar de huisarts voor pleit bij JGW en op scholen. De vraag die hierbij opgeroepen wordt is in hoeverre een diagnose vreemdend kan werken, zodat niet alleen het gedrag verder van je af komt te staan, maar ook je kind? Er is blijkbaar bij ouders ook angst voor stigmatisering, dat er een stempel wordt gedrukt en dat er op een onpersoonlijke wijze hulp wordt verleend en de opluchting dat dit in het hulpverleningscontact met de JGW niet is gebeurd:

Ouders: *“Vooral de angst dan wordt er gelijk een stempel op hem gedrukt of zoiets, daar ben je dan toch wel heel gauw bang voor. Dat is helemaal niet zo, dat is gelukkig niet., nee, niet onze ervaring bij JGW in ieder geval.”* Ouders zijn hier blij met de kantelgedachte dat het kind niet onderzocht hoeft te worden, omdat er afgestemd op de ontwikkeling en persoon van het kind wordt meegedacht door de JGW en concrete adviezen worden gegeven. Ouders waarderen daarbij de alledaagsheid (ongedwongen, uit de kramp komen) en de persoonlijke hulp naar het kind (naar het persootje van het kind kijken) het dichtbij het kind kijken (niet verder weg in de vorm van labels), het analyseren door de JGW en de persoonlijke hulp voor ouders, het goed luisteren naar de wens van ouders. Deze ouders zijn opgelucht dat er achter de huisarts iemand zit met verstand van zaken, met wie je een klik hebt en niet diagnosegericht is, maar in de normaliteit blijft.

JGW en ggz (waaronder de GZ-psycholoog) helpen elkaar regelmatig bij het inzoomen en uitzoomen volgens het bio- psychosociaal model, naast het medisch model en versterken daarmee elkaars hulpverlening.

Ouders: *“Die orthopedagoog heeft nog een brief geschreven, een analyse of hoe zeg je dat en nu is tie, via de gemeente, hebben ze, dat wordt dan betaald door de gemeente, zij zitten bij een psychologisch-diagnostiekbureau en daar zit hij nu. Hij is onderzocht en dat onderzoek is nu afgerond en nu zitten we daar voor begeleiding: hij en wij ook. Daar is uitgekomen dat hij toch licht autistisch is.”*

In bovengenoemde situatie heeft de JGW er samen met een orthopedagoog voor gezorgd dat er nader onderzoek voor het kind kwam met psychodiagnostiek. De JGW heeft ouders de ruimte en regie gegeven om tot een passend verklaarings- en handelingskader te komen en ouders gestimuleerd om daarbij de kennis, expertise uit de ggz te benutten. De JGW kan vooronderzoek doen als onderdeel van verwijzing naar de ggz, zodat de context nog meer een plek kan krijgen in een individuele ggz-behandeling. Goed vooronderzoek door de JGW maakt dat er uitgezoomd wordt naar de leefwereld om vervolgens bij de ggz in te zoomen op de specifieke problemen en hulp die daarbij past. Dit uit- en inzoomen vanuit het bio-psychosociaal model voorkomt dat problemen los van de context worden gezien en daarmee al dan niet door deskundigen te hanteren mechanismen worden, waarmee de onderlinge relaties ‘vergeten’ kunnen worden.

“Hoeveel mensen hebben ons kind nu gezien door de jaren heen? Vier, toen was hij nog heel jong, en toen bijen een collega daarvan en bij, en via school en nu via JGW, dus dat zijn er vier. Op school is het ook nooit ter sprake gekomen dat het dat wel eens zou kunnen zijn en dan ben je wel twaalf jaar verder. Er is wel gezegd in het autistisch spectrum zit hij aan die kant, maar hij heeft het niet hoor, echt niet. ...Dan zat hij een uur in een kamer en dan gingen ze

hem observeren en een vraag stellen en nu komt het er toch uit dat het wel zo is. (De ggz zegt volgens ouders ten aanzien van empathie): het kan ook aangeleerd zijn, maar dat geloof ik niet, nee geloof ik niet helemaal....Wat jij (andere ouder) ook al zei en wat ik ook bij mezelf zie, volgens mij is het gewoon een karaktertrek ook. Dat is het bij hem, dat hij daar gewoon niet zo van houdt. Dat kan toch? Ik had ook met die dames een gesprek: volgens mij heeft iedereen wel wat. Ik ken niemand die volgens mij helemaal niks heeft.”

Vooralsnog biedt de JGW voor deze ouders een extra verwijsmogelijkheid om medicalisering en stigmatisering te voorkomen, waarbij de focus niet op aan- of afwezigheid van stoornissen ligt, maar op het benoemen van verbanden, ingeweven in het verhaal van de ouders.

5.5.4 Deskundigheid in het wijkteam ten aanzien van psychiatrische problematiek

Als er sprake lijkt van problematiek waarvoor een diagnose helpend is, wordt er door de JGW doorverwezen naar de jeugd-ggz. Bij twijfel kan de JGW een beroep doen op een GZ-psycholoog van een instelling voor ggz-problematiek. Deze psycholoog is aan het wijkteam verbonden en is op afroep beschikbaar voor de JGW: *“Dat werkt fantastisch en als ik echt twijfel vraag ik aan de GZ-psycholoog of zij een keer-tje wil observeren in de klas of in het gezin.”* De beschikbaarheid en deskundigheid van de GZ-psycholoog zijn hierbij een belangrijke en ondersteunende aanvulling op de eigen deskundigheid. De JGW wil bepaalde problematiek benaderen samen met de GZ-psycholoog: JGW: *“Wel samen met GZ-psycholoog, want deze dingen vind ik allemaal wel... deze heeft ook een heftig verhaal, in hoeverre. dan kijk je samen en dat geeft mij ook rust van mochten er toch signalen komen dat ik denk....mm, dat ik dan ook gelijk kan doorschakelen naar de ggz-instelling en zeggen van dit gaat niet de goede kant op.”* Hieruit spreekt een alertheid en gevoel van urgentie ten aanzien van doorverwijzingen naar ggz, waarbij de samenwerking met een GZ-psycholoog helpend is: het geeft

de JGW geruststelling en aanknopingspunten bij signalen van problematiek die mogelijk doorverwezen moet worden. Verwijzing kan bijvoorbeeld van belang zijn bij traumatisering, wanneer de situatie geen progressie kent en uit de grenzen van het normale raakt.

5.5.5 Bijdrage van de JGW aan een paradigmashift in de ggz

JGW: *“En dan kregen we ze uit de ggz weer terug omdat ze dan een stukje individuele begeleiding nodig hadden en dan waren ze vaak al wel geproblematiseerd die kinderen. Een diagnose.”*

Het uitgaan van een diagnose tegenover het uitgaan van normaliteit maakt dat de JGW in de samenwerking geconfronteerd wordt met verschillende modellen/overtuigingen die elkaar lijken uit te sluiten. In de verwijzingen vanuit de ggz naar de JGW kan de expertbenadering en diagnose door de JGW als problematiserend worden ervaren omdat deze niet aansluit bij de relationele gerichtheid in de hulpverlening van de JGW. De JGW gaat dan met de framing van de diagnose aan het werk, terwijl dit niet matcht met de rol die de JGW voor zich ziet in het contact met de jeugdige/ouder/gezin.

De JGW heeft naast een alertheid ten aanzien van mogelijke psychiatrische problematiek die verwezen moet worden, als referentiekader ‘de kanteling’ (transformatie) en wil daarom primair kijken of ze problemen zelf kunnen begeleiden om tot een oplossing te komen. In deze beweging is het soms lastig om de verbinding met de ggz-instelling te vinden, die vindt dat wijkteams (en dus ook de JGW) problemen door gebrek aan expertise onderschatten.

Ook in de samenwerking met ouders botsen soms het specialistische ggz-model en die van de transformatiegerichte JGW. In de samenleving in het geheel, op school en bij ou-

ders is er soms nog een sterke gerichtheid op het specialisme van de individuele ziektebeelden (zoals die in de DSM 4/5 die in het medisch model vertegenwoordigd is).

JGW: *“Ouders hebben met een vraag...op voorhand al van we willen een diagnose: die vraag die komt. Dan ga je het uitvragen hoe het komt, dan schakel ik de GZ-psycholoog wel in. De GZ-psycholoog, die geeft de doorslag. We overleggen dan wel, maar niet zo dat zij aan mij gaat vragen of dat akkoord is. Haar visie, als zij acht dat dat of dat nodig is geeft de doorslag.”*

Ouders en of verwijzende huisartsen leggen de focus soms direct al bij een doorverwijzing naar de (jeugd)ggz. JGW: *“Er was zo’n sterke drang bij deze ouders om het goed te doen en bij specialistische hulp te komen, dat, we gaan daar ook niet tegenaan lopen, want als er die geruststelling nodig is, dan sturen we ze door.”*

Soms is er dus sprake van concurrerende diagnoses (andere *theory of change*) op basis van vertrouwen in specialistische hulp en een heersend beeld van wat goede zorg is vanuit een medisch model.

5.5.6 Theoretische reflectie op de samenwerking van de JGW met de ggz en conclusies

Een belangrijk onderscheid tussen de JGW en de ggz is de gerichtheid op diagnostiek. Diagnostiek is een specialisme vanuit de ggz ten aanzien van een aantal stoornissen (DSM 4/5) en kennis ten aanzien van psychische problematiek dat veel helderheid en houvast voor behandeling en begeleiding van een jeugdige kan geven.

Wanneer diagnostiek echter los staat van de context en de relatie, kan er vervreemding ontstaan omdat het niet meer in overeenstemming is met de beleefde werkelijkheid. Daarnaast kan er door over-diagnostiek stigmatisering ontstaan en een ongewenste afstand naar een ggz-hulpverlener die

te veel voortborduurt op een medisch-therapeutische setting in het behandelen van ‘mechanismen’ of een rigide focus op symptomen of functioneren.

Het probleem is dat mechanismes en de daarmee verbonden herhaalbaarheid en voorspelbaarheid slechts een beperkte rol spelen in de transformatie van complexe levende wezens, met name door de grote invloed op hun leven van de complexe relationele verbanden waarin die zijn ingebed. In die relaties spelen allerlei mechanismen een belangrijke rol, maar de werking daarvan wordt in hoge mate beïnvloed door allerlei factoren die zelf geen mechanisch karakter hebben (Kunneman, 2012, 2017b).

De JGW heeft vooral kennis van de normale ontwikkeling. Dit betreft kennis van ‘ontregeling en regeling’, het basale pedagogische handelen in de leefwerelden en systeemniveaus van kinderen/ouders/gezinnen. In de systeemniveaus van het bio-psychosociale model kan men bijvoorbeeld problemen van kinderen op individueel gedragsmatig niveau bezien, vanuit relaties en het gezin en het functioneren op school en de interferenties daar tussen.

Veel problematiek die zich aandient bij de JGW heeft aspecten in zich van licht psychiatrische aard. De gerichtheid van de JGW is primair op wat maakt dat deze problematiek niet opgelost kan worden in de aanwezige context en verbandingen. In het benoemen van verbandingen plaatst een context-gerichte JGW een andere werkelijkheid op de voorgrond dan de aanwezigheid of afwezigheid van stoornissen. Dit is een taal die zowel de individuele beleving als de relatie tot binnen en buiten probeert te omvatten in het begrijpen van de moeilijkheden van mensen. *“Begrippen komen tot leven als ze ingeweven worden in het verhaal van de cliënt. Zij zijn daarmee eerder dynamisch beschrijvend dan alomvattend verklarend. Verbandingen blijven zien tussen het biologische, psychische en sociale”* (Reimers, 1999).

Omdat de JGW een nauwe samenwerking met een GZ-psycholoog heeft, kan de alertheid voor psychiatrische problematiek die behandeld moet worden, gemakkelijker getoetst worden en voorkomen worden dat de situatie escaleert. Van belang hierbij is dat er een interdisciplinaire samenwerking wordt gefaciliteerd waarin sprake is het leren van elkaars kennis- en ervaringsdomeinen en waarin ruimte is voor meerdere perspectieven (Bos-de Groot en Van der Vinne, 2016).

Hoewel de betrokken JGW's in dit onderzoek alert lijken te zijn op signalen van problematiek die wel specialistische ggz-hulp nodig heeft, is de algemene indruk dat er bij instellingen voor ggz nog veel angst lijkt te bestaan dat het wijkteam onvoldoende expertise heeft om signalen van ggz-problematiek goed te herkennen (Snoek, 2016).

Vanuit de ggz wordt gedacht dat de ervaring om goed te kijken, de context te lezen, de signalen op hun waarde te schatten nog ontbreekt in het wijkteam, omdat het iets specialistisch is: *“Op momenten dat er heftige zaken aan de orde zijn, zoals plotselinge stagnatie in de ontwikkeling van een kind, langdurig schooluitval, dan is die deskundige blik van het grootste belang. Dan moet je dus vooral niet te weinig kennis inzetten.”* (Snoek, 2016) Snoek ziet dat er kinderen bij de ggz worden aangemeld voor intensieve thuisbehandeling, maar dat de crisis in die gezinnen zo heftig is dat het bijna niet meer haalbaar is om de kinderen in de thuissituatie te begeleiden. Als de ggz eerder had kunnen meekijken, was de situatie mogelijk minder geëscaleerd, waarmee het voortraject als cruciaal wordt gezien (Snoek, 2016).

Vanuit de ggz wordt een onderscheid gemaakt voor welke doelgroep de specialistische hulp kan worden ingezet. Kinderen waar de specialistische ggz mee aan de slag gaat, hebben hele ingrijpende problemen, zoals suïcidaliteit, psychotisch zijn, enorme agressie en misschien al een jaar niet naar school gaan, onhandelbaar zijn. Deze problematiek *“vereist een vorm van diagnostiek waarin factoren van het sociale*

systeem en factoren die met kinderen te maken hebben kunnen worden ontrafeld en gekoppeld aan passende interventies” (Snoek, 2016).

Vanuit de ggz bestaat de angst dat de hulp vanuit het wijkteam zo georganiseerd wordt dat zij pas in het uiterste geval hun kennis mogen inzetten, terwijl de kinderen waar het om gaat met dergelijke problematiek niet door het wijkteam geholpen kunnen worden.

Zowel bij de hulpverlening vanuit de JGW en ggz als bij ouders (en huisartsen) kan sprake zijn van concurrerende overtuigingen ten aanzien van welke hulp ingezet moet worden (andere *theory of change*). Bij ouders (en huisartsen) kan hier sprake van zijn op basis van vertrouwen in specialistische hulp en een heersend beeld van wat goede zorg is vanuit een medisch model. Specialistische ggz-hulp heeft in de afgelopen jaren duidelijk een imago van goede hulp opgebouwd, gelieerd aan de gezondheidszorg en omringd met allerlei kwaliteitseisen rondom beroepsopleidingen en beroepsregistratie. Hoewel er voor de JGW ook sprake is van een beroepsregistratie, lijkt dit minder omlijnd te zijn en is daarmee het beeld van goede hulp nog minder scherp. Voordeel hiervan is dat de JGW juist meer over het eigen domein kan heen kijken en zich niet kan verschuilen achter een eigen beroepsdefiniëring en –registratie. Daarmee kan een begrip als compassie in het werk een grotere plek krijgen.

In de expertbenadering van de ggz wordt door de meer generalistische hulpverleners in het wijkteam soms ook de aansluiting gemist met de eigen deskundigheid die schuilt in het specialisme van context- en relatiegericht werken (Baart, 2014). De relatie die de breed werkende hulpverlener heeft kunnen opbouwen met een jeugdige/ouder/gezin kan als een vorm van deskundigheid worden gezien die vaak niet mee lijkt te tellen in de expertbenadering. Aandacht voor het combineren van de expertise -, contextueel bewuste- en relatiegerichte rollen zou kunnen helpen om te

zorgen dat in de overdracht tussen ggz en JGW meer gemeenschappelijk aanknopingspunten zijn in de hulpverleningsvisie (Van Oenen, 2014). Jager-Vreugdenhil e.a. (2016) laten zien dat het in de transformatie van groot belang is voor professionals om bewust de verschillende (en verschuivende) rollen en posities te benoemen in elke specifieke context, om 'rolspanningen' te voorkomen.

Binnen de ggz lijkt sprake te zijn van een op gang komende 'paradigmashift' (Van Audenhove, 2017). Dit betreft een andere manier van denken, vanuit visie op herstel (herstelgerichte hulp) in plaats van een eenzijdige focus op ziekte en een samen optrekken met de thuisomgeving. Het is niet duidelijk of dit andere denken vanuit visie op herstel en met de thuisomgeving al gemeengoed is en tot uitdrukking kan komen in de samenwerking met de JGW.

Snoek (2016) constateert dat de beweging die met de decentralisaties is ingezet onderdeel is van een veel grotere verandering waar de gezondheidszorg voor staat en waarvoor de rol van medisch specialisten ingrijpend gaat veranderen. De specialisten in de ggz zullen mogelijk steeds meer in netwerken gaan functioneren: "*Afhankelijk van de benodigde kennis vliegen zij in op die plekken waar er vraag naar hun vakmanschap is*" (Snoek, 2016). Snoek noemt niet mee-bewegen in de nieuwe ontwikkelingen 'misschien oud denken' en ziet de herpositionering vooral als een uitdaging om binnen netwerken op het juiste moment met de juiste kennis op de juiste plek te doen wat in het belang van kinderen nodig is. Snoek ziet hierbij haar nieuwe opdracht in op- en afschalen, door- en terugschakelen als een soort harmonica waarin generalistische en specialistisch zorg in en uit elkaar schuiven. Doordat de ggz meer kennis deelt met collega-hulpverleners kan dat de hulpverlening verbeteren en het vak van de ggz verrijken (Snoek, 2016).

Vanuit de ggz wordt ook steeds meer gezien dat de systemische en relationele benadering van belang is, naast de inzet van specialistische kennis over ziektebeelden. Ook ten aanzien van het 'lezen van de context' worden er in de ggz steeds meer specialisten ingezet, die aanvullend zijn en op afroep inzetbaar zijn voor wijkteams (Snoek, 2016). Met deze accentverschuiving wordt de ggz zich de brede benadering steeds meer eigen en lukt het beter voor de JGW en ggz om elkaar te verstaan. Van Oenen (2014) pleit voor een driedelige rolopvatting ten aanzien van *knowing that*, *knowing how* en *knowing how to go on* van psychiaters (en andere behandelaars/hulpverleners), zodat men én wetenschappelijke kennis inbrengt én voortdurend professioneel reflecteert op het samenwerkingsproces én zich op unieke, persoonlijke wijze laat kennen in het behandelproces. Om de verschillende aandachts- en werkgebieden beter in elkaar te laten schuiven is het dus nodig dat er nieuwe taal ontwikkeld wordt die verstaan wordt door zowel JGW als de ggz.

Op deze manier kan er nog meer samenhang in de keten ontstaan.

Kort samengevat: De JGW is een belangrijke schakel vanuit het wijkteam in de samenwerking met de ggz. De samenwerking tussen JGW en huisarts is een alternatief voor alleen ggz-verwijzingen, waarmee onnodig medicaliseren en stigmatiseren voorkomen kan worden. Daarnaast is de interdisciplinaire samenwerking met de ggz voor een zorgvuldige verwijzing en effectieve manier van werken van groot belang. De mogelijkheid van consultatie van een GZ-psycholoog is hierbij ondersteunend. Door de herpositionering en paradigmashift in de ggz zal de hulp van JGW en ggz meer in elkaar kunnen schuiven. Voor de onderlinge samenwerking op het gebied van kennis, contextueel werken en het relationeel werken is ontwikkeling van nieuwe taal nodig.

5.6 Contextueel-Pedagogische ondersteuning van de JGW aan ouders

“Want normaal gesproken is het inderdaad: ga maar op een wachtlijst en je komt vanzelf wel een keer aan de beurt en dat is best wel heftig als je net middenin een situatie met je kind zit waarvan je denkt OK, hoe moet ik hier nu op reageren want hij is zo onhandelbaar en dat is dan best wel pittig om dan lange tijd in zo’n situatie te blijven zitten, terwijl misschien met de kijk van een ander daarop, een deskundig iemand..., kun je eigenlijk binnen een paar dagen mogelijk weer iets veranderen aan de situatie” (ouders in interview).

In deze paragraaf ga ik in op het nut en de behoefte van ouders aan het begrijpen, kunnen verklaren van het gedrag van hun kind en de behoefte van ouders aan adviezen voor een helpende manier van aanpak, een handelingskader.

5.6.1 Behoeft van ouders aan een verklaringskader met een andere blik

Ouders waarderen het dat de JGW veel expertise heeft op het gebied van ontwikkelingsfasen van het kind en pedagogiek.

Ouders: *“Vooral het kijken naar zijn leeftijd, zij heeft daar natuurlijk echt verstand van. ...Je leert hierdoor heel goed dit is wat bij zijn leeftijd hoort, op die manier kijkt ie er naar. Dan leer je hem ook weer even op een andere manier benaderen, want heel vaak snap je het gewoon niet, of denk je; waar komt dit nou weg. Dan blijkt het dus heel goed bij zijn leeftijd te horen en dat is die kundigheid van haar die ons dat dan ook weer vertelt; zo ziet hij het nu.”*

Ouders kunnen vanuit de kennis van de JGW ten aanzien van ontwikkelingsfasen van het kind en pedagogiek, begeleid worden in verwachtingenmanagement in de opvoeding van hun kind. Wat past wel en niet bij de leeftijd van het kind. Wat is passend in een normale ontwikkeling of wat ontbreekt in de context en hoe benaderen we hem dan als

ouders zodat dit helpend is voor hem. De JGW ondersteunt ouders met toevoegende pedagogische kennis waardoor zij een ander perspectief op hun kind te krijgen.

Het gewone pedagogisch handelen sluit aan bij de beleavingswereld van ouders en hun eigen contextmarkers:

Ouders: *“De JGW zei ook dingetjes van pats, pats, pats. Niet van die ellenlange lulverhalen houden, die zei gewoon dingen, die schreef wat op en weer pats, pats, pats, allemaal rake dingen gewoon.”*

Er is een match, overeenkomst tussen ouders en hulpverlener in overtuigingen, de zogenaamde *theory of change* van het gezin en die daarmee helpend is. De JGW geeft de opvoedadviezen in een context van ‘gewoon’, niet vanuit een expertpositie, maar in een proces van aansluiten op de beleavingswereld van ouders, waardoor de begeleidingsadviezen ook binnen kunnen komen bij de ouders. Op deze manier wordt de expertise ten aanzien van de pedagogiek van de JGW gewaardeerd als een verschil uitmakend, als toevoegend en helpend. Ouders zien daarbij ook hun eigen verantwoordelijkheid en willen reflecteren op hun handelen: *“Je merkt in de twaalf jaar dat je je kind ken: dat doe je niet handig, dat kun je zo doen, je kunt het wel veel beter plaatsen en je accepteert.”*

Tegenover de hoge nood en moeilijke situaties kan de normaliteit terugkomen, nadat er met hulp van de JGW geïnvesteerd is in het beste voor het kind. Omdat hun kind een enorm noodsignaal afgaf, hebben ouders van alles geprobeerd om hier oplossingen voor te vinden.

Ouders: *“...[Toendertijd]....terwijl hij in bed ligt en hartverscheurend huult dan dacht ik, nu moeten we echt, toen zijn we ook als een gek aan de gang gegaan eigenlijk, we waren altijd bezig met school mee, altijd dingen terugkoppelen en nu hebben we het lek boven.”*

Ouders zijn erg opgelucht als met hulp van JGW de normaliteit weer terug is in het gezin. Een passend verklarings- en handelingskader waar de JGW aan bijdraagt, fungeert als ‘het vinden en dichten van een lek in het gezinsfunctioneren’ waarmee de ontregeling is geregeld.

Ouders: *“Gewoon inderdaad, wij vertellen wat er in de afgelopen tijd gebeurd is, waar we tegenaan lopen en zij... denkt daar echt even over na, dat kun je ook zien en komt dan toch met kleine dingetjes waarvan je denkt van hm, ja daar heb je wel gelijk in, dat is wel het mooie.”*

Ouders ervaren de hulp van de JGW als een gefaseerd gesprek waarin aandacht is voor hun verhaal en klacht, waarbij er een analyse is door de JGW en van daaruit gewerkt wordt aan perspectiefwisseling: “Kleine dingetjes waarvan je denkt; daar heb je wel gelijk in”, als onderdeel van een veranderproces.

Ouders: *“(Aan onze zoon) hadden we ook gelijk verteld, daar gaan we naar toe, misschien kan ze papa en mama helpen om jou beter te begrijpen. Dat was bij hem meteen ook een hele opluchting, zo jong als die was, heel bijzonder.”*

Ouders hebben ervaren dat het belangrijkste doel is om de onderlinge betrekkingen/relaties te verbeteren. Ook een kind zal vanuit de betrekkingen ervaren dat er aanknopingspunten gevonden zijn om uit de gevoelde onmacht te komen.

Ouders: *“Ik merk nu wat we nu uitzetten naar ons kind toe, misschien komt het ook dat je zelf wat makkelijker wordt omdat je merkt dat er eigenlijk niet zoveel aan de hand is.”*

Een verklarings- en handelingskader geeft zoveel inzicht dat het overweldigende van het probleem wegvalt. Het is binnen een hanteerbaar kader gekomen. Ouders hebben behoefte aan een verklaringskader waarbinnen ze zelf kunnen nadenken over welke expertise wel of niet van toepassing is

in hun situatie met als modus dat de verklaringen helpend moeten zijn. Dit kader moet passen bij de eigen *theory of change*. Door een verklarings- en handelingskader ga je anders, makkelijker kijken en handelen naar je kind. Dit is dus een kenmerkend onderdeel van het werk van de jeugd- en gezinswerker naast de huisarts. Het gaat specifiek over opvoedondersteuning, waarvoor de huisarts specifiek verwijst.

Ouders: *“Ik merk nu dat het goed met hem gaat. Ik ben ook wel blij dat we aan de bel getrokken hebben. Ja echt absoluut, eigenlijk eindelijk, want op de basisschool hadden we altijd al zoiets van wat is er met dat kind, wat gaat er in zijn hoofd om, geen idee.”*

Ouders zijn onderweg zelf op zoek naar verklaringen en oplossingen/remedies en toetsen ook de eigen oplossing aan die van de hulpverleners. Zo kan het gebeuren dat ouders heel veel proberen voordat ze een verklaring op het spoor zijn dat hen daadwerkelijk verder helpt, bij voorbeeld allerlei sporten uitproberen om het sociale aspect van een kind te stimuleren.

JGW: *“Wat nu gelukkig gebeurt is dat het gedrag voorop staat. Wat zien we, wat horen we, wat kunnen we ermee, in plaats van als we weten wat er aan de hand is kunnen we er pas wat mee of zo.”*

5.6.2 Behoeftte van ouders aan een handelingskader: hulp bij pedagogisch handelen

Hulp kan weer hoop geven doordat je als ouders weet dat je iets kunt veranderen aan je moeilijke situatie: dat je weer invloed en regie gaat ervaren. Ouders verwoorden dit als volgt: *“Ik zeg wel eens jochie wat is er toch, als je hoofd van glas was dan kon ik erin kijken, weten wat er aan de hand was, maar vorige week was er ook een dingetje, dan ontploft ie. Omdat ie dan ontploft ‘s ochtends, weten we gewoon dan is er dus wat aan de hand. Nu weten we ondertus-*

sen ook dat als er iets met ons kind is veranderd, als je bijvoorbeeld zegt je moet morgenochtend wat anders, dat trekt hij gewoon niet. Dus dat weten we nu ook dat we dat voorzichtig moeten brengen. Die dingen hebben we geleerd ook met haar (JGW)."

Goede hulp geeft dus handvatten bij pedagogische vragen, waarbij hoge nood vaak een contextfactor is. Door een handelingskader kan men weer reguleren en normaliseren. Dit betreft het basale pedagogisch handelen waarvoor de JGW ingezet wordt in haar positionering naast de huisarts.

Ouders: *"De JGW had natuurlijk op dat moment de kennis in pacht om tegen ons te zeggen, weet je als je nou dit of dat handelt, hij overvraagt zich of misschien als je dit dan zo doet, wellicht dat dat een beetje helpt. Nou ja goed en dat heeft ons best wel weer een andere kijk op alles gegeven. Want zelf ben je, want je blijft analyseren, je blijft nadenken, goh wat doe ik verkeerd of wat kan er allemaal anders. Je probeert wel veel en natuurlijk werkt dat helemaal niet als je elke dag weer wat anders gaat proberen, daar wordt het kind ook helemaal gek van."* De JGW probeert ouders in een meta-positie te krijgen: zicht op waar het wel of niet goed gaat en hoe de ouders weer meer grip krijgen op de situatie.

Ouders: *"Uiteindelijk hebben wij samen met hem de beslissing genomen om naar een andere school te gaan."* Er gaat vaak nogal wat tijd overheen, voordat een kind op de goede plek zit en het kind en zijn ouders daadwerkelijk weer vooruit kunnen.

JGW: *...."Ik denk moeder heeft gewoon wat meer handvatten nodig over wat langere tijd om met haar kinderen beter door de deur te komen en dat gaat goed en dan heb je die verwijzing naar de ggz niet nodig. Dan is het daarmee klaar. Dan heeft ze voldoende tools aangereikt gekregen. Weet je, het ligt ook niet aan zo'n kind, het kind is puber."*

5.6.3 Theoretische reflectie op de contextueel-pedagogische ondersteuning van de JGW en conclusies

Het nieuwe jeugdberoep richt zich primair op jeugd- en opvoedondersteuning. In dit onderzoeksverslag komt naar voren hoe belangrijk ouders het vinden om door een JGW begeleid te worden in het vinden van een passend verklarings- en handelingskader voor hun kind. Hierbij gaat het om het verkrijgen van een ander blik op het kind, waardoor het gedrag beter begrepen kan worden, evenals een handelingskader in de vorm van pedagogische adviezen en tips die het gedrag van een kind hanteerbaar maken. Om tot die andere blik op het kind te kunnen komen is de dialoog tussen ouders en JGW van belang. De relatiecontext is essentieel voor (jeugdigen) en ouders om zich te kunnen oriënteren op de deskundigheid die de JGW ten aanzien van opvoed- en opgroei problemen inbrengt, om die als geldig en passend te kunnen ervaren. In de wederkerigheid van de ontmoeting zoeken jeugdigen en ouders wegen om hun leven met elkaar voor een moment te delen. Het gaat hierbij niet (alleen) om het overdragen van kennis in het hoofd van de ander, maar een verstaan waarin betekenisgeving van de een in contact komt met de betekenisgeving van de ander. Deze dialoog is creatief in die zin dat het resulteert in belangrijke nieuwe betekenissen, die verschillend waren van de originele betekenissen.

"Dialogic understanding creates something new" (Rober, 2005, Bakthin, 1986).

Voor ouders (jeugdigen en gezinnen) is het van belang dat er nieuwe betekenissen en nieuwe benaderingsmogelijkheden gecreëerd worden in de omgang met elkaar.

Kort samengevat blijkt uit de ervaringen van ouders met de JGW dat het van belang is voor ouders een passend verklarings- en handelingskader te vinden. Ouders hebben behoefte aan een verklarings- en handelingskader waarmee zij

het alledaagse pedagogisch handelen betekenis en inhoud kunnen geven. De kennis en ervaring van de normale pedagogische ontwikkeling en pedagogisch handelen van de JGW ten behoeve van opvoedsituaties speelt een belangrijke rol voor de perspectiefwisseling bij ouders in een procesgericht hulpverleningstraject.

5.7 Relationale ondersteuning van de JGW bij kwetsbaarheid van ouders

“Dat ik toch mag hopen dat dit voor altijd zo blijft. In ieder geval voor gezinnen, echt via de huisarts dan gewoon, dan naar zo’n iemand toe verwezen kunnen worden, dat er meerdere JGW’s zijn,..... vooral geen wachtlijsten, dat is wat ik toen zó vervelend vond, toen ik op internet ook wel ging kijken en overal las van we staan op een wachtlijst.... dat JGW inderdaad precies in zo’n moment kan invallen, toch gewoon bam, zo zit het dus, zo gaat dat nu, wat kan er nu. – er kan natuurlijk niet meteen iets gedaan worden, - maar wel dat je meteen het gevoel hebt: ik heb een klein aanknopingspunt, of je kunt in ieder geval je verhaal even kwijt. Dat is superfijn” (ouders in interview).

In deze paragraaf ga ik eerst in op kwetsbaarheid, veerkracht en eigen regie vanuit de perspectieven van ouders, huisartsen en JGW en daarna laat ik vooral ouders aan het woord over wat goede hulp is. Aan het eind van deze paragraaf vergelijk ik de uitkomsten ten aanzien van wat goede hulp volgens ouders is met wat JGW en huisartsen denken dat goede hulp is.

Goede hulp wordt gegeven aan ouders die zich soms kwetsbaar voelen. Hier ga ik dan ook het eerst op in, vervolgens op veerkracht, het belang van luisteren, breed kijken en een relatiegerichte hulpverlening volgens ouders en tot slot de betekenisgeving.

5.7.1 Wat is kwetsbaarheid van ouders

De JGW benoemt kwetsbaarheid als een onderdeel van het hulpverleningsproces, omdat je als ouder per definitie kwetsbaar bent in het hulpvragen.

JGW: *“Als je het moeilijk hebt waar dan ook mee, of dat nou na een overlijden is of is na een scheiding of kinderen die niet gaan zoals jij wilt, of een heleboel ruzie in huis en je weet het niet meer, dan ben je kwetsbaar, ja. Dus ik ga eigenlijk altijd wel uit van mensen, niet mensen die onmachtig zijn, maar wel mensen die er niet voor niks zitten, die kwetsbaar zijn.... Kwetsbaar loop je op randjes van pijn, dan zijn de zaken die aangeraakt worden in een gesprek of waar je mee komt pijnlijk omdat je er zelf pijn aan op loopt, in die zin ben je dan kwetsbaar.”* Kwetsbaarheid is er per definitie omdat je een hulpvraag aan JGW hebt: je weet het niet meer.

Ouders benoemen zelf dat zij zich inderdaad kwetsbaar voelen in het hulpvragen en dat er sprake is van hoge nood alvorens er hulp wordt gevraagd: *“Met onze zoon was het janken en ellende, dan moest ik echt, het is wel eens gebeurd dat ik hem met tas en al uit de deur heb moeten gooien, dat gaat je echt aan het hart, moest ik hem op de fiets zetten, dan duwde ik hem weg, gesodemierter, hup op weg, die kant op naar school, op de fiets. Toen zei ik op een gegeven moment dan moet ik de wijkagent maar inschakelen, dat ging nergens over, toen op een gegeven moment hu, hu, hu, daar ging die dan.”*

Hoge nood is dus een contextfactor. Een probleem kan overweldigend zijn als het niet binnen een hanteerbaar verklarings- en handelingskader is teruggebracht. Ouders voelen zich dan soms kwetsbaar.

Ouders: *“Je moet echt wel even je verhaal daar vertellen natuurlijk en er ook wel even vanuit mogen gaan dat wat jij aan het doen bent niet werkt. Tuurlijk, dat is het eerste wat*

je doet, je stelt je kwetsbaar op, ..., het is je meest kwetsbare stuk, het is wel de opvoeding van je kind, dat wil je gewoon hartstikke goed doen. Dat werkt dus niet zo .. nee, je krijgt er geen handleiding bij." Als ouder ben je kwetsbaar omdat datgene wat je doet niet werkt, dit is een faalervaring juist op het gebied waarin je het als ouder het meest goed wil doen; de opvoeding van je kinderen.

De huisarts herkent kwetsbaarheid bij gezinnen in de praktijk, waarbij sommige gezinnen extra kwetsbaar zijn: *"Die eigen kracht hebben ze niet. De know-how, het overzicht, de opvoeding, vroeger alles, alles tegen en ook je eigen kracht. Kwetsbare mensen, zwak-sociaal, ja die mensen zijn kwetsbaar. De kinderen die daar opgroeien, daar geboren worden die hebben een hogere kans op kwetsbaarheid, dan groei je op in een kwetsbaar gezin met kwetsbaar pedagogisch klimaat en zijn kwetsbaar voor huiselijk geweld, voor ziektes."* De huisarts geeft aan dat kinderen uit kwetsbare, sociaal-zwakke gezinnen, een grotere kans hebben om zelf ook kwetsbaar te worden; dit is een intergenerationeel contextueel aspect. De huisarts ziet dat er mensen zijn die alles (kennis, overzicht, opvoeding, geschiedenis) tegen hebben in hun leven waardoor ze niet in staat zijn eigen kracht te gebruiken. De huisarts ziet kwetsbaarheid terug in een kwetsbaar pedagogisch klimaat, huiselijk geweld, ziektes en sociaal-zwakke gezinnen. De kinderen die in deze kwetsbare gezinnen opgroeien hebben zelf grotere kans om zelf ook kwetsbaar te worden. De huisarts ziet hoe kwetsbaarheid van sommige gezinnen doorwerkt op de gezondheid van de kinderen.

Huisarts: *"Je ziet gewoon sommige mensen heel weinig, die redden zich prima. Een kleine categorie zie je veel vaker. Die hebben vaak het een en ander of angsten voor het een en ander."* De huisarts ziet in het algemeen vooral de groep die kwetsbaarder is doordat men zich niet redt, niet gezond is, iets heeft of bezorgd is over ziekte of andere problematiek.

De huisarts ziet dat kwetsbaarheid al begint voor de geboorte. De huisarts verbindt gelukkig worden met (vroege) hechting in het gezin van herkomst en vindt het van belang dat jeugdzorg er op tijd bij is, want als het mis gaat in de vroege jeugd van kinderen, heeft dat impact op het latere leven.

Huisarts: *"Dat ze een evenwichtig leven kunnen leiden als ze 18 jaar zijn, daar doen we het allemaal voor. Dat de maatschappij verrijkt wordt met stabiele, gelukkige mensen, als mensen gelukkig zijn met zichzelf kunnen ze anderen ook gelukkig maken. In de maatschappij gaat het in de vroege jeugd heel vaak mis en daar moet je bij zijn. Op de consultatiebureaus de 0-4 zorg, daar moet het gebeuren, anders is de blauwdruk van de mens al kapot of heel veilig of niet veilig, al dan niet beschadigd."*

De huisarts ziet het belang van hulp gericht op de goede context voor kinderen om op te groeien. Hij ziet tevens dat opvoeden en opgroeien een weerbarstigheid kent die niet altijd gemakkelijk is te beïnvloeden of te veranderen. Dit tekent de complexiteit als context van het werk van de JGW:

Huisarts: *"Er zijn voorbeelden van kinderen die in heel moeilijke omstandigheden ook in Nederland 2017 opgroeien. We kunnen proberen als maatschappij er vroeg bij te zijn om dat in goede banen te leiden, maar dat is soms wel vechten tegen een behoorlijk grote bierkaai... Als onze maatschappij ook die kinderen een beetje gelukkig te hebben op 18e. Er uithalen wat er in zit; lastig! ja. Goede zorg!"*

Goede zorg/hulp is ook proberen (juist) die kinderen uit extra kwetsbare gezinnen zich optimaal te laten ontwikkelen tot gelukkige mensen - die dus tot hun bestemming komen - te worden wie ze zijn. Dat betekent dat je als JGW niet alleen op de 'successtory's moet richten, maar ook op de weerbarstige situaties.

Huisarts: *“Er zijn gewoon mensen met minder vaardigheden en die moet je dan ook niet overvragen denk ik. Dat is iets van iedere keer toch weer uitzoeken van hoe ver strekt het niveau en er zijn gewoon situaties, gezinnen die moet je veel meer bij de hand nemen.”* De huisarts vindt dat zelfredzaamheid een mooi principe is, maar dat de realiteit is dat er mensen zijn die je bij de hand moet nemen en die je niet moet overvragen.

Dat zijn jeugdigen/ouders/gezinnen:

- met minder vaardigheden;
- met een ander niveau, moeite in het algemeen om dingen te begrijpen of goed te kunnen interpreteren of door analfabetisme;
- die het alleen niet redden, hulpverlening nodig hebben, onvoldoende zelfredzaam zijn;
- met veel wantrouwen ten opzichte van hulp- dienstverlenende instellingen.

De huisarts hecht sterk aan alledaagsheid: je moet accepteren dat de eigen regie en eigen kracht beperkt mogelijk zijn bij deze groep en hierop inspelen. Zelfredzaamheid is niet vanzelfsprekend bij deze kwetsbare groep mensen en als men dit uit een bepaald idealisme toch vraagt, kan dit leiden tot het overvragen van mensen.

Huisarts: *“Ik denk dat dat heel belangrijk is en zeker voor de kwetsbare gezinnen, die hebben natuurlijk iemand nodig die ze echt kunnen vertrouwen. Je ziet dan ook wel een groep die door hun moeite met dingen te begrijpen, dingen goed kunnen interpreteren, die zijn vaak toch wat wantrouwiger en dan moet je een hulpverlener hebben die inderdaad vertrouwen heeft, dus dat is zeker in dat soort kwetsbare situaties heel erg belangrijk. Dat niet te veel poppetjes steeds wisselen, dat ze niet tegen een muur van een instantie oplopen.”*

5.7.2 Veerkracht, eigen kracht en regie

Veerkracht wordt door de huisarts herkend als groot en in hoge mate aanwezig bij kinderen en ouders. Als dit er niet is, is er sprake van ziekte of problematiek:

Huisarts: *“Veerkracht is denk ik vanouds van kinderen verrassend groot. Veerkracht., daar moet je van uitgaan. Als die ontbreekt heb je met ziekte te maken. Veerkracht is normaal gesproken bij ouders en bij kinderen aanwezig, in hoge mate. En als dat er niet is dan is de persoon of het systeem ziek, als dat is, dan is een bepaald gezin uitgeput.”*

De huisarts ziet hierbij ook het circulaire karakter van veerkracht, omdat je bijvoorbeeld uitgeput kunt worden door pubergedrag. In die zin is veerkracht niet een individuele kracht maar een relationeel proces.

JGW: *“Van belang voor de cliënt is: ik sta er niet meer alleen voor, ik heb nu iemand getroffen die met me mee gaat denken, mee gaat kijken, daar zou je dan meer veerkracht uit kunnen halen.”* In de match tussen JGW en jeugdige/ouder/gezin ontstaat iets, er kan vertrouwen en veerkracht ontwikkeld worden. Als je iemand treft met wie het matcht en die met je meedenkt, lukt het om de aanwezige veerkracht weer te ontwikkelen.

Om veerkracht weer te helpen ontwikkelen is het nodig om:

- te begrijpen wat kwetsbaarheid is;
- te realiseren dat veerkracht niet alleen een individuele kracht is maar vooral ook een relationeel proces, omdat veerkracht alleen in relatie met de ander kan worden gezien en ontwikkeld - als de kracht van een mens niet meer wordt gezien, wordt veerkracht ondermijnd;
- te realiseren dat door beperkingen in kennis, overzicht, opvoeding en geschiedenis de eigen kracht niet mee zit;

- te zien dat door een kwetsbaar pedagogisch klimaat, huiselijk geweld, ziekte en sociaal-zwakke gezinnen eigen kracht lastiger ontwikkeld kan worden;
- het belang erkennen van eigen regie en verantwoordelijkheid van ouders.

Eigen regie is evenals zelfredzaamheid een actueel begrip in de participatiesamenleving. De vraag is echter of eigen regie wel een reëel begrip is in de samenwerking met kwetsbare gezinnen.

Huisarts over eigen regie: *“Ik heb gewoon niet zoveel met die term. Voor heel veel geldt eigen kracht, maar voor de sociaal zwakkeren nu net niet. Daar is men wel eens vaak te optimistisch over.... Ik heb een of meerdere gezinnen op mijn netvlies, daarvan denk ik hoe komen die ooit uit de derrie. Dat zal nooit op eigen kracht lukken. Dat zijn vaak ook de multi-probleemgezinnen.....Die eigen kracht hebben ze niet. De know-how, het overzicht, de opvoeding, vroeger alles, alles tegen en ook je eigen kracht.”*

De huisarts verbindt hier eigen regie en eigen kracht. Voor kwetsbare gezinnen is het moeilijk om eigen regie te kunnen nemen en de eigen kracht te kunnen gebruiken. De huisarts ziet wel het belang van eigen verantwoordelijkheid. Goede zorg is iets waar mensen zelf een rol in hebben, dus in de wederkerigheid tussen hulp/zorgverlener en hulp/zorgontvanger.

Huisarts: *“Goede zorg is natuurlijk dat mensen geholpen worden bij als ze ziekte ervaren, goede zorg is ook, je noemde al eigen kracht, dat je mensen zelf oplossingen laat bedenken, dat je als coach meehelpt bij het bedenken van de beste oplossing, dat is goede zorg.”*

Goede zorg/hulp is dus helpen bij ziekte en mensen zelf oplossingen laten zoeken en dit coachen: wat maakt dat ze het zelf niet kunnen en hoe kun je de eigen kracht van cliënten benutten zodat ze het wel weer kunnen.

Eigen regie kan als ideaal wel heel sterk aanwezig zijn in de samenwerking met jeugdigen/ouders/gezinnen. Het gaat dan over zelf iets willen beslissen, omdat je eigen regie hebt en dat wordt door de JGW niet altijd ervaren als goed overleg of goede samenwerking, waardoor de verschillende meningen gaan botsen over wat een goede oplossing zou kunnen zijn.

JGW: *“Er zijn mensen die heel erg zelf de regie willen houden en dat straalt er ook eigenlijk uit dat ze dat mogen. De regie betekent ook ja, dat je tegen je filosofie inwerkt. En dat vind ik wel een lastige.”*

Het woord ‘eigen regie’ suggereert dat het mogelijk zou zijn in je eentje te bepalen wat er moet gebeuren, los van de dialoog met de ander. Regie is echter in relatie met anderen onderling te bepalen en daarmee relationeel bepaald: er zijn mensen die regie nemen naar eigen vermogen en de ander die dit toestaat, er in meebeweegt. Bij regie is sprake van zich verhouden in het continuüm tussen zelfbepaling en verbinding. Jeugdigen/ouders/gezinnen nemen naar vermogen eigen verantwoordelijkheid in het hulpverleningsproces, wat ook een vorm van eigen regie en het gebruiken van eigen kracht is. Ouders zien het belang van hun eigen verantwoordelijkheid en die naar vermogen van hun kind.

Ouders: *“Ik denk inderdaad dat dit heel veel helpt, heel veel scheelt; hoe betrokken ben je er bij, wil je geholpen worden. (Ouders zeggen tegen hun kind:) “Iedereen gooit je nu een reddingsboei toe, dus pak hem nou eens.” Toen zei hij: “Die zit nergens aan vast.” Hij vond het allemaal maar loze toestanden, maar hij ziet nu ook wel in, hij gaat er trouw naar toe, praten, dingen invullen. Het brengt hem ook iets.”*

Een hulpverleningsboei die je toegeworpen wordt laat je niet zwemmen en spartelen met mooie woorden, maar brengt concrete handvatten en oplossingen en geeft dus houvast. Ouders en kinderen vinden het van belang dat de reddingboei van hulpverleners is vastgehaakt aan begrip en concrete oplossingen.

Ouders: *“Er is elke dag iemand thuis hier en daarom observeer je ook meer en ik denk misschien maak je je dan ook wel eens te snel zorgen omdat je er bovenop zit, dat kan natuurlijk ook, maar ik zou ook wel willen weten hoe het was gegaan als we er allebei overdag nooit waren geweest dan was het misschien een ander verhaal geworden.”* Ouders beseffen dat ze zelf invloed hebben op het verloop van de situatie. Ouders signaleren dat soms ook de problematiek op het bordje van een hulpverlener wordt gelegd, zonder er zelf verantwoordelijkheid voor te nemen. Ouders: *“Dat is het ook, je kunt wel zeggen hier heb je ons kind en toedele-doki. Ik denk dat de mensen dat heel vaak doen.”*

Als je zelf verantwoordelijkheid neemt in het proces, betrokkenheid toont, gemotiveerd bent in het ontvangen van hulp, brengt je het ook iets; het is een houvast die je weer aan vaste wal brengt.

5.7.3 Luisteren boven pragmatiek

Ouders: *“Ik zie het zo dat je samen als vader en moeder gaat zitten, we doen ons verhaal. Daar haal je al heel veel uit.”*

Ouders ervaren ‘het eigen verhaal kunnen doen’ bij de JGW als de eerste belangrijke stap in het hulpverleningsproces.

Ouders: *“Dan kun je weer even van je afpraten, dat is voor de ouders gewoon heel belangrijk”* (ouder in interview).

Goede hulp bestaat dus uit eerst luisteren naar het verhaal van de jeugdige/ouders/gezin. Ouders hebben de ervaring dat het soms een hele zoektocht kan zijn bij verschillende hulpverleners om voldoende gezien en gehoord te worden en uiteindelijk bij een passend verklarings- en handelingskader te komen.

Ouders: *“De huisarts heeft school ingeschakeld en dat is toen allemaal heel mooi gegaan, ook met JGW. Zo ging alles perfect gewoon, rustig en ja, alle begrip ook en dingen terugkoppelen, ook met mailtjes enzo.alle lof, . niks geen klachten het was allemaal heel prettig ook en menselijk vond ik het ook. En je voelde je ook geen nummer, alles werd serieus genomen en ons kind zelf ook, dus ik vond het heel prettig... het kind was echt heel verdrietig op de vorige school, toen heeft zij gedacht hier moeten we echt even werk van maken, als er niks uitkomt, komt er niks uit, dan zoeken we wel wat anders, dat is prettig denk ik aan deze vorm van hulpverlening. Dat ze je serieus nemen dat ze denken we gaan er gewoon werk van maken.”*

Ouders hebben zich in de hulpverlening van de JGW gezien en gehoord gevoeld. Ze hebben het gevoel gekregen dat de JGW er bovenop zat, evenals dat zijzelf als ouders er bovenop zaten. Als de JGW een (klein) aanknopingspunt biedt kan dat al genoeg zijn. Het luisteren door de JGW en als ouders je verhaal kwijt kunnen, geeft hoop. Het gaat hier dus niet om onmiddellijk succes, maar dat je je gehoord voelt en dat je niet hoeft te wachten, dat de hulp persoonlijk is (eigenheid van de JGW wordt gewaardeerd), tegenover het gevoel ‘ik red het niet’. Ouders zijn opgelucht en blij met deze aanpak.

De jeugd- en gezinswerker is een actieve, responsieve luisteraar in de ontmoetingen met jeugd/ouders/gezin. De jeugd- en gezinswerker staat open voor onverwachte betekenissen die kunnen ontstaan en kan hierbij complexiteit en onzekerheid verdragen in de innerlijke en uiterlijke conversatie.

5.7.4 De klik (relatie) staat centraal

Ouders: *“We hebben een hele goede klik met JGW, dus ik denk dat we daar ook veel geluk mee hebben. Het wordt gewoon ook allemaal zo opgepakt”.*

Het is belangrijk dat je als ouders iemand tegenover je hebt met wie je een klik hebt. Het is een voorwaarde om je kwetsbaar, open te kunnen stellen voor iets anders dan wat je al hebt gedaan.

Ouders: *“Dan is het fijn dat je een persoon hebt met wie het klikt. Want ja als je iemand tegenover je hebt zitten waar je totaal geen klik mee hebt en je moet het dan gaan vertellen hoe het allemaal gegaan is in de afgelopen tijd en hoe je op bepaalde momenten reageert, terwijl je zelf denkt dat het hartstikke goed is....Dat is dus de klik. Als je de klik hebt, dan ben je als ouders zijnde of als persoon denk ik ook wel meer geneigd dingen te vertellen dan wanneer je die klik totaal niet hebt. Ik hoop ook echt dat wanneer mensen die klik niet hebben gewoon vragen naar iemand anders.”*

De eigenheid van de JGW, de persoonlijke factor wordt met de klik en het goede luisteren een kwaliteitscriterium voor goede hulp. De relatie is van belang, waarin je gezien wordt: met je kwetsbaarheid én verantwoordelijkheid en kwaliteiten, met iemand die present is voor je. Voor ouders is de klik/relatie met JGW voorwaardelijk om alles wat er speelt in het gezin, met het kind en de andere gezinsleden in de onderlinge wisselwerking in gedrag etc., ook zaken die precair zijn te kunnen bespreken. Als die goede afstemming er niet is, is er sprake van een mismatch.

Ouders geven aan dat ze zich kwetsbaar kunnen voelen bij het hulpvragen en dat het dan extra moeilijk is als er iemand tegenover hen zit die niet kan aansluiten op zowel de kwetsbaarheid die gevoeld wordt als op de verantwoordelijkheid en kwaliteiten die er wel zijn.

Ouders: *“Tuurlijk, het is je meest kwetsbare stuk, het is wel de opvoeding van je kind, dat wil je gewoon hartstikke goed doen. Dat werkt dus niet zo.... nee, je krijgt er geen handleiding bij. Dan is het fijn dat je een persoon hebt waarmee het klikt. Want ja als je iemand tegenover je hebt zitten waar je totaal geen klik mee hebt en je moet het dan gaan vertellen hoe het allemaal gegaan is in de afgelopen tijd en hoe je op bepaalde momenten reageert, terwijl je zelf denkt dat het hartstikke goed is., maar het werkt gewoon niet bij hem. Dus dat is een en al kwetsbaarheid dan.”*

De klik, de persoonlijke factor is helpend tegenover die kwetsbaarheid van faalgevoelens en faalervaringen. De klik in de relatie/betrekkingen die over en weer wordt aangegaan is fundamenteel om zich gezien te voelen en de kwetsbaarheid als jeugdige/ouder/gezin te kunnen hanteren.

Ouders: *“Vooral de benadering, gewoon in zijn geheel. Ik kan er niet echt de vinger opleggen van dit is het, nee. Zowel tijdens als na die tijd blijft het ook hangen. Je gaat ook gewoon met een plezierig gevoel weg, tijdens de gesprekken, tijdens de omgang ook wel, allemaal superpositief en het gevoel blijft als je weggaat, je gaat gewoon weer met frisse moed. Tuurlijk de gesprekken zijn niet makkelijk. Natuurlijk maak je je zorgen, dat hoort er allemaal bij. Haar kundigheid is wel heel erg prettig.”*

Ouders waarderen de volgende punten in de bejegening van de JGW:

- eigenheid (persoonlijk);
- positieve benadering;
- integrale benadering (breed kijkend);
- bemoedigende coaching;
- gevoel dat je invloed kunt hebben (frisse moed), aanknopingspunten;

- kundigheid (expertise);
- procesgericht waarin zorgen en hoop beide een plek mogen hebben.

De integrale hulp omvat het gesprek, maar dringt ook door in het denken en doen van ouders thuis. De complexiteit die gevoeld kan worden, wordt niet weggepraat. Het gaat niet om onmiddellijk succes.

Ouders: *“Op dat moment waren we behoorlijk radeloos. We kwamen daar gewoon en werden gehoord. We merkten dat we daar waren het zit gewoon goed. Je maakt je ook zorgen natuurlijk en ze stelde je ook wel gerust. Gewoon een gesprek, heel fijn. Ze had het ook wel door met de vragen die ze stelde, iemand die het snapt.”*

‘Gewoon’ wil hier zeggen dat het aansluit bij je als persoon, dat het afgestemd is. Ouders waarderen in de JGW dat zij in hun radeloosheid hen tegemoet komt met geruststelling, een goed gesprek met erkenning, begrip, verheldering en een verstaan wat er speelt.

Ouders: *“We hebben ook wel gesprekken gehad met wat meer zweverige mensen. Daar zullen anderen wel baat bij hebben. Iemand die tegenover mij zit en doet voorkomen alsof diegene alles al weet....: ja dat snap ik wel, ik begrijp hoe je kind in elkaar zit,... tuurlijk. daar heb ik niks mee. Want je snapt het helemaal niet. Want het is mijn kind. Hallo... Het kan best zijn dat er theorieën over zijn, natuurlijk zijn er theorieën over, over hoofdbegaafdheid, ADD, autisme, ADHD, maar dan nog is ieder kind uniek.”*

In een goede bejegening blijf je in je waarde en wordt het er niet dik er opgelegd. Ouders hebben eerdere ervaringen met hulpverlening waarin de hulp er wel dik werd opgelegd. Ouders waarderen bij de JGW dat er geleveld wordt met hen, dat het niet te zweverig wordt, te hoogdravend, maar in het gewone blijft. Ouders waarderen dat bij de hulp van-

uit JGW de rollen onderscheiden worden tussen de expertise van het gezin en de expertise van de JGW, zodat er geen rolverwarring kan ontstaan. Een hulpverlener kan niet doen voorkomen alsof hij vanaf dag 1 weet hoe het kind in elkaar steekt; dit is in de meeste gevallen de expertise van de ouders.

5.7.5 Leefwerelden- en contextgericht

Naast een goede bejegening en perspectiefwisseling is volgens de ervaring van ouders in goede hulp van de JGW ook een brede blik van belang:

Ouders: (over zijn gesprek met grootvader over vroeger:) *“Dan word je gevormd op straat. En nu is dat niet meer zo. Een van ons komt uit een beschermd milieu. De valkuilen van je zelf wil je je eigen kind besparen. Aan de andere kant denk ik ben er zelf ook niet slechter van geworden, maar het vormen als kind vroeger door op straat te spelen, daar leer je dingen echt in de praktijk en nu gebeurt dat niet meer, amper, we komen zelf ook uit een totaal andere wereld, dan krijg je ook een kind wat allebei de helft heeft.”*

Ouders reflecteren op hun eigen leefwerelden en levensloop. Ze kijken als het ware zelf breed naar hun gezin als geheel en ontleen hieraan verklaringen en betekenis voor hun huidige gezinssituatie.

Dit is ook het kunnen combineren van alle meningen, overtuigingen die er toe doen: van hulpverleners, ggz, en die van opa, van de familie, de verschillende werelden waar je als ouders uit komt en hun eigen overtuigingen (scripts). In het komen tot een zo sluitend mogelijk verklarings- en handelingskader voor je kind, kan het zijn dat je verschillende werelden moet overbruggen: meningen, overtuigingen van andere belangrijke personen in de familie spelen een rol, omdat zij onderdeel zijn van de relaties die er toe doen. Wat vinden diegenen in de relaties van de jeugdige/ouders/gezin

ervan en hoe verhoud ik me als jeugdige/ouders/gezin tegenover deze familiescripts?

Hiermee leggen deze ouders een visie bloot over wat opvoeden inhoudt: een actief, voortgaand proces waar je ook zelf als opvoeder aan leert. Om hier als JGW op aan te kunnen sluiten is het relationele en contextueel-systemische denken van belang; het denken en spreken vanuit onderlinge wisselwerking in interacties, gedrag. Aandacht voor de posities van alle systeemleden in de relaties die er toe doen.

Ouders: *“Dus ja, het is wel fijn dat het hele gezin dan inderdaad eventjes besproken wordt, in korte lijnen dan.”*

De JGW is begaan met het netwerk van relaties waarin het te begeleiden kind/gezin een eigen positie kan gaan innemen met zijn of haar capaciteit om zich te binden.

5.7.6 Perspectiefwisseling bij ouders in het proces met de JGW en betekenisgeving

Ouders: *“Ze observeerde hem en ze liet ons praten en we kregen de goede dingen terug. Ze is gewoon ontzettend goed in haar werk in het observeren van mensen, van ouders met hun kind en hoe gaan die twee met elkaar om en na een uur weet zij precies hoe ouders zijn en hoe hun kind is. Iemand die ons kind goed kan inschatten. Gewoon een mindfuck maar dan op een therapeutische basis. Kennis en ervaring.”*

In het hulpverleningsproces van de JGW gaat het om het inzetten van een (zogenaamde tweede orde) verandering die gericht is op overtuigingen en denken, een perspectiefwisseling, door ouders een ‘mindfuck op therapeutische basis’ genoemd. Bejegening en coaching met kennis die ouders waarderen en die een andere manier van kijken in gang kunnen helpen zetten.

Ouders: *“Ze is niet met het vingertje aan het wijzen, of niet van het gaat helemaal niet goed, of nee, maar juist vind ik heel open en zegt bijvoorbeeld: je kind bekijkt het zo en als jullie dit nou eens op die manier zouden bekijken, of uitvoeren of wat dan ook, maar wel zo dat je er zelf gewoon wel even over na gaat denken. niet dat vingertje, maar wel zo van hij komt nu wel op een leeftijd dat papa toch wel heel belangrijk wordt in zijn leven.”*

Ouders ervaren hulp van JGW als goed voor zover er sprake is van:

- geen beschuldiging of moralisering;
- eigen tempo kunnen volgen (geen druk op de tijd);
- het wordt niet allemaal voorgekauwd - hiermee houdt je zelf regie en kun je gaan uitproberen - het is van je zelf;
- je wordt op een vriendelijke manier stevig gecoacht: je gaat zelf nadenken, wat werkt wel en niet;
- aandacht voor posities in het gezin en fase-overgangen, bijvoorbeeld de specifieke rol van vader;
- aandacht voor wisselwerking in het gezin, in gesprek over hoe pakken we dit op;
- in een metapositie komen, dat wil zeggen kunnen gaan reflecteren, nadenken over de eigen opvoedsituatie en vandaaruit kunnen sturen;
- verwachtingenmanagement ten aanzien van de leeftijdsfase en ontwikkeling;
- persoonlijke behoefte van een kind leren begrijpen;
- breed kijken (alle gezinsleden worden meegenomen);
- passend verklaringskader, perspectiefwisseling (andere blik krijgen) en handelingsgericht.

Ouders: *“Door dingen op een bepaalde manier te zeggen raakt ze (JGW) juist net wel de snaar waarvan je als ouders echt even bij gaat nadenken, van hm, OK, we kunnen hier wat mee. Toen bleek toch ook wel dat voor het een deel als ouders het reageren is, en ook wel met het kind omgaan, toch wel de vaardigheden, - de kennis legt ze uit - op deze leeftijd denkt mijn zoon zo en zo of kijkt hij op deze of deze manier. Door die dingetjes die zij zegt waardoor je als ouder wel even gaat nadenken van oh ja hij bekijkt het op zo’n manier, misschien.”*

De geïnterviewde ouders hebben niet direct een vraag naar psychiatrische kennis, maar wel naar pedagogische kennis om hun kind te verstaan. De relatie en betekenisgeving zijn van belang.

Ouders: *“Bij nader inzien is dit eigenlijk maar een kleinigheidje ten aanzien wat er allemaal gebeurt tegenwoordig. Maar het had ook heel anders kunnen gaan. We zitten hier nu en kunnen lachen en grapjes maken over hoe het allemaal gaat....Ik bedoel nu in dit geval als ik niet elke dag thuis was geweest en jij in de weekenden en onze zoon was bij de vorige school wel blijven hangen of we konden hem niet achter zijn voddens aanzitten met school, jouw ouders hadden hier niet gewoond- konden ons niet ondersteunen met huiswerk maken, dan was ’t ie misschien wel helemaal afgegleeden. Wat was er dan gebeurd. En dat dan door zo’n klein dingetje, deze terugkoppeling goed gegaan is en we zitten er zelf bovenop.”*

Met de perspectiefwisseling van de ouders over hun situatie waarin sprake is van het leggen van een brug tussen de ouders en de zorg voor hun kind is er voor het gezin een nieuw verhaal geschreven.

5.7.7 Theoretische reflectie op de relationele ondersteuning van de JGW bij kwetsbaarheid van ouders en conclusies

Voor het nieuwe werken met (kwetsbare) gezinnen zijn andere bronnen van kennis nodig, die gaan over relationele hulpverlening. De complexiteit van multiproblematiek en het zich kunnen bewegen hierin vraagt om een relationele lenigheid vanuit een systeemtheoretisch ontwikkelingsperspectief (Aptroot en Spaander, 2016).

Voor kwetsbare gezinnen is een aandachtige nabijheid en een presente JGW extra van belang, tot uiting komend in:

- een hulpverlener die vertrouwen geniet van de jeugdigen/ouders/gezinnen (dus gemakkelijk/goed contact kan leggen en onderhouden);
- een hulpverlener die consistent is in aanwezigheid (betrouwbaarheid in er kunnen zijn voor de cliënt en niet steeds het verhaal opnieuw moeten doen);
- een hulpverlener die het persoonlijk met ze kan oppakken, zonder dat ze steeds de weg moeten vinden in de instanties om iemand te vinden die hen kan ondersteunen (Baart, 2011).

Een relatiegerichte en presente hulpverlener laat de volgende houdingsaspecten zien:

- is gemakkelijk aan te klampen, heeft zo nodig langduriger contacten;
- is breed aanspreekbaar, werkt zo nodig domeinoverstijgend (samen);
- sluit aan bij de leefwereld en levensloop van jeugdigen/ouders/gezinnen en deelt in hun leven, met niet een jacht op problemen, maar is alledaags;
- heeft een open agenda met daarbij niet zozeer strakke doelen als wel een doelrichting om mee aan de slag te gaan;

- richt de inhoud van het werk op een betekenisvolle omgang en zo nodig praktische ondersteuning (Baart, 2011, Baart en Steketee, 2003).

Het werken met de kwetsbaarheid van gezinnen vraagt van de JGW in de omgang ook om praktische wijsheid, vanuit een zorg-ethisch perspectief: *“In de huidige systemische gezondheidszorg is de praktische wijsheid van de zorgverlener de plaats bij uitstek om antwoord te krijgen op de vraag wat zorg tot goede zorg – tot moreel gezien goede zorg – maakt of maken kan”* (Baart & Vosman, 2008).

Voor de ouders is de JGW in de ontmoetingen een actieve, responsieve luisteraar. De jeugd- en gezinswerker staat open voor onverwachte betekenissen die kunnen ontstaan en kan hierbij complexiteit en onzekerheid verdragen in de innerlijke en uiterlijke conversatie. *“There is wonder and fear, beauty and uncertainty, good intentions and remorse. There is pain and love and everything in between. This is how frail a dialogue of living persons is. This is how full of potential it is”* (Rober, 2005).

Ouders reflecteren op hun eigen leefwerelden en levensloop. Ze kijken als het ware zelf breed naar hun gezin als geheel en ontlenen hieraan verklaringen en betekenis voor hun huidige gezinssituatie. Zij overbruggen hiermee verschillende werelden: meningen, overtuigingen van andere belangrijke personen in de familie, omdat zij onderdeel zijn van de relaties die er toe doen. Wat vinden diegenen die er in de relaties van de jeugdige/ouders/gezin ervan en hoe verhoud ik me als jeugdige/ouders/gezin tegenover deze familiescripts? Hiermee leggen deze ouders een visie bloot over wat opvoeden inhoudt: een actief, voortgaand proces waar je ook zelf als opvoeder aan leert. Om hier als JGW op aan te kunnen sluiten is het relationele en contextueel-systeemisch denken van belang; het denken en spreken vanuit onderlinge wisselwerking in interacties, gedrag.

Datgene waar ouders wat mee kunnen (wat goede hulp is voor hen) matcht in dit onderzoek met wat de JGW naast de huisarts en huisartsen denken dat goede hulp is. Alle elementen die in het vakmanschap, de positionering en gewenste beroepsprofiel door huisartsen naar voren zijn gebracht worden bevestigd in de uitspraken van ouders.

Goede hulp brengt de ouders iets wat voor hen van belang is; de *CHIMED-principles*, te weten *connectedness, hope, identity, meaning, empowerment* en [erkenning van] *difficulties* (Van Os en Delespaul, 2018). Deze aspecten als uitkomsten van goede hulp worden met dit onderzoek bevestigd, waarbij vooral verbinding, hoop en betekenisgeving, alsmede erkenning voor moeilijkheden aandacht hebben gekregen. De JGW is begaan met het netwerk van relaties waarin het te begeleiden kind/gezin een eigen positie kan gaan in nemen met zijn of haar capaciteit om zich te binden, genieten (Aptroot, 2017).

In het vragen van hulp neemt de ouder (en jeugdige) zelf een belangrijke rol en verantwoordelijkheid voor het hulpverleningsproces. Het zelf verantwoordelijkheid nemen, betrokkenheid tonen, gemotiveerd zijn in het ontvangen van hulp, zorgt voor het vastgrijpen van de reddingsboei als houvast die je weer aan vaste wal brengt. Het is het eigen belangrijke aandeel van ouders en jeugdigen en is een bekende succesbepalende common factor in de hulpverlening (Duncan & Miller, 1999, Vries de, 2007, Hermanns, 2008).

In de wederzijdse betrekkingen van het hulpverleningsproces schrijft niet alleen de jeugdige/ouder/gezin een nieuw verhaal, maar ook de JGW. De JGW wordt uitgedaagd in het zich laten aanspreken op de morele en professionele overtuigingen die iets nieuws laten ontdekken of tot iets nieuws uitdagen om te doen. Hiermee schrijft de JGW een nieuw verhaal voor een goed, betekenisvol leven met en voor anderen.

“The idea of the narrative development of our identity thus functions as a bridge between the idem-pole (onszelf) and the ipse-pole (zorg voor de ander) of our identities. At decisive points in our life, we can narratively imagine different plots for the future development of our life story: as a continuation of our idem identity, or as a new figuration of our identity based on being true to the promise we made to care for others or to our moral convictions. Thus a new, ethically and morally richer plot of our life story can emerge, in terms of which we can ‘rewrite’ or reconfigure up to a point the story of our life” (Kunneman, 2015).

Kort samengevat hebben ouders ervaringen met de JGW opgedaan ten aanzien van de vraag ‘Wat is goede hulp’ bij de kwetsbaarheid die zij ervaren. Goede hulp voorziet primair in een klik, de persoonlijke factor met een goede relatie, waarbij luisteren centraal staat, boven pragmatiek, een brede blik en dialoog. Ouders ervaren nabijheid in hun soms hoge nood en zijn vaak ook verrast en opgelucht over de snelle effecten van de hulp. De JGW wordt onderdeel van hun leefwereld en heeft oog voor de wisselwerking in interacties en de betekenis van alle relaties die er voor het kind toe doen.

6 Uitkomsten focusgroep, kwantitatief onderzoek, vergelijking met andere pilots

6.1 Focusgroep

Op woensdag 14 februari 2018 is een focusgroept bijeenkomst gehouden om de onderzoeksresultaten te bespreken met 2 huisartsen en 3 jeugd- en gezinswerkers, in aanwezigheid van de pilotleider en opdrachtgever, de onderzoeker en de lector van het Centrum voor Samenlevingsvraagstukken Viaa. De focusgroep met ouders vindt in maart plaats.

Doelstelling van de focusgroep: De uitkomsten van het onderzoek voorleggen ter validatie.

Na de kennismaking werd de aanwezigen eerst de volgende vraag voorgelegd. Wat is volgens u de belangrijkste verandering en wel of geen meerwaarde van de jeugd- en gezinswerker naast de huisarts. Vervolgens werden in twee subgroepen (huisartsen en jeugd- en gezinswerkers apart) de zeven hoofdthema's uit de onderzoeksuitkomsten besproken (zie hoofdstuk vijf van dit onderzoeksverslag).

De aanwezigen voor de focusgroep onderstreepten de uitkomsten van het onderzoek. Op de thema's die in stelling werden gebracht naar aanleiding van de zeven hoofdthema's uit het onderzoek, werden een paar nuanceringen en waardevolle toevoegingen aangebracht.

Op de eerste open vraag wat de belangrijkste verandering is met de komst van de JGW werd genoemd: snel en laagdrempelig, minder doorverwijzing naar de jeugd-ggz, meer tijd voor jeugdigen/ouders/gezinnen, een brede blik waarbij oog is voor de klokkenluidersfunctie van een kind, de JGW is verbindend in de samenwerking in de keten, een soort *linking pin* en kan zorgen voor meer samenhang. De JGW vraagt een omdenken van de huisartsen, omdat een aantal huisartsen in eerste instantie liever een Praktijk Ondersteuner Huisarts (POH) uit de ggz hadden gehad. Inzicht in de werkwijze van de JGW is van belang zodat er vertrouwen kan ontstaan in de manier van werken. Dit kan gedaan

worden door middel van terugkoppelingen en feedback over praktijksituaties.

Vervolgens zijn de resultaten van het onderzoek kort toegelicht. Bij de resultatenbespreking was er de vraag in hoeverre er al sprake is van een paradigmashift in de ggz waar de JGW aan kan bijdragen. De paradigmashift is tot nu toe alleen herkenbaar in aanwijzingen uit de literatuur, maar het is nog niet duidelijk in hoeverre deze daadwerkelijk aan de gang is.

Huisartsen en JGW zijn vervolgens afzonderlijk in gesprek gegaan over de uitkomsten, weer aan de hand van een aantal stellingen op basis van conclusies uit het onderzoek.

Uit de bespreking van de JGW komen de volgende punten naar voren:

Het werken met jeugd is inhoudelijk naast de huisarts niet zozeer anders dan in het wijkteam, maar vindt bij de positionering naast de huisarts wel in een andere context plaats, waardoor de verwachtingen van ouders en verwijzers anders zijn. Ouders willen vaak een snelle oplossing volgens de diagnose-recept-methode en moeten zich dus verhouden tot procesgerichte hulp. Uitleg van de JGW is dan nodig dat de JGW de tijd neemt om hulp te bieden. Ook ouders die binnenkomen met de verwachting naar de ggz doorgestuurd te zullen worden, moeten een knop omzetten. De JGW ziet zichzelf als investerend in de relatie en als breed kijkend. De samenwerking met de GZ-psycholoog wordt als zeer waardevol gezien, omdat het een goede back-up is, zeker bij ingewikkelde problematiek. Ingewikkelde problematiek is inspirerend, maar ook zwaarder, spannender. Het wordt behapbaar door het breder te trekken. De positionering naast de huisarts maakt het werk ook spannender. In het begin moest de JGW ook wennen aan de medische context met andere taal. Op school draagt de JGW bij aan een goede pedagogische opvoeding. De JGW ziet voor zichzelf een rol in het normaliseren bij problemen, ouders te ondersteunen bij

hun zelfbeeld en te zien dat een kind zich reactief gedraagt ten aanzien van de invloeden in het gezinssysteem. Het kind, bijv. een puber kan natuurlijk gedrag laten zien in een onnatuurlijke omgeving, omdat de context niet passend is. Je komt met ouders tot een passend verklarings- en handelingskader, door erkenning van het probleem en erkenning van hun inzet voor hun kinderen. Als JGW krijg je vaak wel erkenning voor je werk van ouders, dan ben je voor hen het ‘kersje op de taart’, maar soms kun je niet aan de verwachtingen voldoen en dan ben je de ‘zure pruim’.

Uit de bespreking van de huisartsen komen de volgende punten naar voren.

Tussen huisarts en wijkteam is de JGW een mooie schakel en ook tussen huisarts en ggz. De ene huisarts zat echt te wachten op iemand als de JGW, maar de andere huisarts zat in eerste instantie ‘nog in het oude patroon van denken.’ Het omdenken van een aantal huisartsen ten aanzien het in eerste instantie voorkeursmodel POH-jeugd naar JGW, had te maken met het verwijzingsmodel waarbij de gedachte aan gespecialiseerde behandeling in de praktijk van de huisarts eerst erg aantrekkelijk leek. Er was sprake van onbekendheid met de werkwijze van de JGW en huisartsen, waarbij de JGW naast de huisarts een vertraging leek naar zowel het wijkteam als naar de ggz. Huisartsen hebben deze omschakeling gemaakt en merken nu de voordelen: dat het sneller en laagdrempeliger is. Huisartsen hebben behoefte aan terugkoppeling vanuit de JGW en vanuit ouders over hoe de hulp is verlopen en hoe de hulp is bevallen. Huisartsen willen zelf uitdragen dat de JGW onderdeel uitmaakt van de praktijk en zien zichzelf als ‘signaleerder van problematiek’, waarbij ze de deskundigheid aan de JGW en andere instellingen overlaten.

Huisartsen hebben zorg over het problematiseren van gedrag van kinderen op school met een voorgesorteerde verwijzingspartij. De rol van de jeugddarts is ten aanzien van vroegsignalering onduidelijk. Het uitgangspunt voor hulp aan jeugd zou moeten zijn: we kijken breed, tenzij.... De huisarts ziet dat het ‘te veel medicaliseren’ werd gestimuleerd door perverse prikkels.

De huisartsen vindt ook dat de bandbreedte van wat als normaal en niet normaal aangemerkt kan worden, opgerekt zou moeten worden, dit heeft te maken met wat we kunnen verdragen. De huisartsen vinden het borgen van een constante kwaliteit van belang, waarbij het helpend is om voorlichting te geven over het model waaruit de JGW werkt, alsmede aan te geven dat er sprake is van intervisie, opleiding en een beroepsregister.

Huisartsen willen voorts de aandacht voor de gedachte één-gezin-één-plan levend houden. Het gezinsplan wordt gemist bij complexe situaties waar veel hulpverleners bij betrokken zijn en onvoldoende duidelijk is wie regie neemt. Ook geven de huisartsen de suggestie om sommige problemen, zoals ‘druk gedrag’ in een collectief aanbod te benaderen, zoals themagroepen in de wijk.

Na afloop van de bespreking in subgroepen JGW en huisartsen zijn de uitkomsten uitgewisseld, waarbij gewezen is op het belang van vervolgonderzoek om te zien of de JGW ook op termijn een waardevolle schakel vervult in de hulpverlening. Mogelijk kan hierbij dan ook de visie van jeugdigen zelf worden betrokken. Daarnaast zou een vervolgonderzoek kunnen ingaan op de vrees van de ggz dat er te laat hulp wordt ingeschakeld door wijkteams, waarbij het ook interessant is om te kijken naar de netwerken, waarin de expertise van de ggz op het juiste moment op de juiste plaats kan worden ingezet.

6.2 Uitkomsten kwantitatief onderzoek

Er heeft in 2017 een kwantitatieve monitoring plaatsgevonden vanuit de gemeente Zwolle, onder eindverantwoordelijkheid van de projectleider, mevr. L. Kievit ten aanzien van de hoeveelheid verwijzingen naar de ggz, die in Zwolle boven het landelijk gemiddelde liggen. In het rapport naar aanleiding van de kwantitatieve monitoring worden onder andere de volgende gegevens besproken:

Cijfers van het CBS over 2015 – het eerste jaar waarin gemeenten verantwoordelijk waren voor jeugdhulp – geven aan dat de verwijzing via huisartsen naar specialistische jeugdhulp in Zwolle boven het landelijke gemiddelde ligt. De

helft van alle verwijzingen naar gespecialiseerde jeugdhulp in Zwolle komt van de huisartsen.

Het streven voor 2017 was dit percentage om te buigen naar het landelijk gemiddelde. Op dit moment zijn de cijfers voor de eerste helft van 2017 beschikbaar en deze laten een daling van het percentage zien van rond 50% naar 43%. Het landelijk gemiddelde percentage is ook verder afgenomen: van 40% naar 37%, maar minder fors dan de daling in Zwolle.

Daarnaast stijgt het percentage van het aantal verwijzingen via de gemeentelijke toegang, het sociale wijkteam (SWT) van 12% in 2015 naar 27% in 2016 tot 33% in eerste helft 2017. Hier zie je landelijk een andere trend: van 13% in 2015 naar 23% in 2016 tot 27% in de eerste helft van 2017. Het SWT in Zwolle speelt in de toeleiding tot Jeugdhulp een grotere rol dan gemiddeld in Nederland.

In het rapport voor de gemeente Zwolle worden onder andere de volgende conclusies getrokken op basis van de cijfers:

Conclusies per onderdeel van de monitor

1. Het CBS-cijfer laat een vermindering van het aantal verwijzingen naar specialistische jeugdhulp door de huisarts zien: van 50% in 2016 naar 43% in de eerste helft van 2017. Daarmee is een van de doelen van de pilot behaald. De bijdrage van de pilot in deze verschuiving is niet groot geweest, omdat deze net gestart was. De pilot heeft als katalysator gewerkt. Deze manier van werken wordt ook op andere vindplaatsen toegepast, bijvoorbeeld op de scholen.
2. Uit de monitor over 2017 blijkt dat van de patiënten, die door de huisarts zijn doorgestuurd naar de jeugd- en gezinswerker, er 75% niet verwezen zijn naar een ggz-aanbieder. Daarvan heeft de jeugd- en gezinswerker 50% zelf ondersteund en bij 25% is gekozen voor een brede aanpak door het SWT. Er vindt momenteel een berekening plaats van de netto besparing op basis van de businesscase.

3. Het kwalitatief onderzoek zet een positief beeld neer over de ervaringen van betrokkenen. Huisartsen zien de jeugd- en gezinswerker als een welkome aanvulling van de verwijsmogelijkheden binnen de eerstelijnszorg. De ouders zeggen blij te zijn met de laagdrempelige ondersteuning door de jeugd- en gezinswerker. De jeugd- en gezinswerkers merken dat zij nu eerder betrokken zijn bij de hulpvraag van het kind en de jongeren en hun ouders. Het grote voordeel is volgens alle betrokkenen dat de ondersteuning zo gewoon mogelijk is.
4. De ggz-aanbieders merken - dat waar goed afgestemd en samengewerkt wordt met het SWT - dit een duidelijk een toegevoegde waarde heeft bij de behandeling (Kievit, 2018).

Samengevat kan worden gezegd dat er sprake is van een in gang gezette beweging naar minder verwijzingen naar de ggz en het zoeken naar andere oplossingen, een andere benadering van de problematiek, waarmee ik met dit kwalitatieve onderzoek inzage geef vanuit verschillende perspectieven op deze andere manier van werken.

Vergelijking met andere pilots

Er lijken (nog) weinig gemeenten te zijn die dezelfde keus maken in een breed opgeleide jeugd- en gezinswerker naast de huisarts zoals in Zwolle het geval is. Veel gemeenten, waarvan documentatie beschikbaar is, kiezen voor een specialistisch opgeleide zorgverlener met een ggz-achtergrond, zoals de Praktijk Ondersteuner Huisarts (POH)-jeugd.

In het algemeen wordt ook ten aanzien van de POH-Jeugd gemeld dat deze wordt gezien als een waardevolle toevoeging binnen het sociale domein, hetgeen leidt tot een toename van de kwaliteit van de eerstelijnszorg voor kinderen en jongeren met psychische en psychosociale problematiek. In de gemeente Leeuwarden wordt bij een eerste evaluatie van deze constructie als belangrijke succesfactoren genoemd: het laagdrempelige karakter, de korte lijnen tussen de POH-Jeugd en de huisarts, de kennis van de POH-Jeugd over de sociale kaart en het contact tussen de POH-Jeugd en de ketenpartners (Boendermaker e.a., 2016).

De nadruk wordt hier dus gelegd op de korte lijnen in het gehele veld. De lijn tussen de huisarts en het wijkteam is in de pilot van de gemeente Leeuwarden minder sterk aanwezig. Er wordt een overlap in expertise en doorverwijsmogelijkheden opgemerkt van de POH-jeugd bij de huisarts en het wijkteam, die als twee parallelle routes voor de toegang tot gespecialiseerde zorg worden gezien. “Welke route wordt bewandeld is onder meer afhankelijk van de persoonlijke keuze van de jongere en zijn ouders en de aanwezigheid van multiproblematiek. Over het algemeen bereikt het wijkteam cliënten waarbij sprake is van problematiek op meerdere leefgebieden, terwijl de meer zelfredzame cliënten met laag-complexe problematiek eerder de route via de huisarts zullen nemen” (Boendermaker e.a., 2016). Aangegeven wordt dat het voor de POH-Jeugd soms lastig is om te beoordelen in welke situaties zij de begeleiding van een kind of jongere zelf kan doen en in welke gevallen een doorverwijzing gewenst is, omdat heldere kaders en richtlijnen hiervoor ontbreken.

Het verschil met de pilot in de gemeente Zwolle is dat de JGW verbonden is met de huisarts vanuit het wijkteam, waardoor er geen sprake is van twee parallelle routes. Een ander verschil is dat bij twijfel over het wel of niet inschakelen van gespecialiseerde hulp, door de JGW in Zwolle een beroep kan worden gedaan op een GZ-psycholoog.

Opmerkelijk is dat men in Leeuwarden verwacht dat de aanwezigheid van een POH-Jeugd een drempelverlagende werking heeft, waardoor het aantal cliënten dat wordt doorverwezen naar een POH-Jeugd groter is dan voorheen door de huisarts werd doorverwezen naar de specialistische zorg. Eenzelfde effect door de laagdrempeligheid zou misschien ook in Zwolle kunnen ontstaan. Gezien het feit echter dat de gemeente Zwolle ook bij de Vindplaats Jeugd op scholen het toegangsteam versterkt heeft, is het ook mogelijk dat er in Zwolle in de toekomst juist minder jeugdigen via de huisarts naar de jeugd- en gezinswerker verwezen gaan worden. Het aantal verwijzingen naar specialistische zorg in Leeuwarden betrof bij de eerste evaluatie 29%. Daarnaast werd 40 % van de jeugdigen door de POH begeleid, 2 % doorverwezen naar het wijkteam en 30 % had geen verdere begeleiding of be-

handeling nodig. In Zwolle zijn deze cijfers enigszins vergelijkbaar, zij het dat de JGW in verhouding meer jeugdigen en gezinnen zelf helpt.

In het algemeen wordt ook ten aanzien van de POH-jeugd gemeld dat de laagdrempeligheid en de korte lijnen met de huisarts en ketenpartners belangrijke succesfactoren zijn. Ook kan met de POH-jeugd onnodige verwijzingen naar zwaardere vormen van zorg worden voorkomen. Naast deze overeenkomsten is het de vraag of de POH-Jeugd op eenzelfde manier transformatiegericht hulpverleners vertegenwoordigt als de JGW. De POH-jeugd zal nog steeds overwegend individu-gericht zijn (medisch model) en de JGW overwegend contextgericht (bio-psychosociaal model). De structuur- en cultuurverandering zullen daarom met de JGW een ingrijpend proces omvatten in de samenwerking met de ggz.

In Utrecht is in 2016 een proeftuin Basiszorg Jeugd ggz gestart. De huisartsvoorzieningen en de teams Jeugd & Gezin, als onderdeel van de buurtteams, vormen in Utrecht de basiszorg als het gaat om de zorg voor de psychische gezondheid van de jeugd, hetgeen een enigszins vergelijkbare situatie is als in Zwolle. Er wordt van uitgegaan dat de constructie van de basiszorg vraagt om samenwerking en het aanbrengen van samenhang in de zorg die zij leveren, mede omdat psychische klachten vaak samengaan met sociale en/of opvoedkundige problemen in het gezin. Het gaat daarbij om de samenwerking tussen huisartsen, praktijkondersteuners huisarts geestelijke gezondheidszorg (POH-ggz) en buurtteams die allen als generalisten werken, maar wel vanuit verschillende perspectieven.

Er heeft in 2016 een inventariserend onderzoek plaatsgevonden waarin men met de deelnemers van de pilot tot een gezamenlijke visie is gekomen op effectieve basiszorg voor jeugd met psychische klachten. In de pilot worden o.a. casuïstiekbesprekingen benut om de uitgangspunten te toetsen. Hierop volgend zal een verslag worden uitgebracht met de bevindingen rondom de pilot, die nog niet beschikbaar is. De gezamenlijke visie van de professionals uit het eerste onderzoek (de mening van ouders is hierin niet meegenomen) wordt als volgt beschreven:

“Goede basiszorg voor jeugdigen met psychische klachten kenmerkt zich door: Samenwerking en afstemming met het gezin. Wij zetten het perspectief van de jeugdige en het gezin in de eigen context centraal: in de dialoog, de inhoud van zorg en het beoogde resultaat. De zorg sluit aan op de hulpvraag van de jeugdige en het gezin als het gaat om tijdigheid, pro-activiteit en maatwerk. De zorg is zo licht als verantwoord en zo zwaar als nodig (matched-care). De zorg is dichtbij het kind gepositioneerd: toegankelijk en bereikbaar, in een vertrouwde omgeving en bij een vertrouwde professional. Kind en ouder hebben medezeggenschap over het zorgtraject: zij bepalen tempo en inhoud en geven aan in hoeverre de sociale omgeving geïnformeerd wordt en hen kan ondersteunen” (Van Bon-Martens en Gilsing, 2016).

De geformuleerde visie is uitgewerkt in twaalf thema's van goede basiszorg: Samenwerking rondom het kind, Randvoorwaarden basiszorg, kind en ouder centraal, ketenhelderheid, deskundigheid, passende zorg, dichtbij het kind, communicatie ouders, afstemming basiszorg, breed reflecteren en evalueren, regie bij kind en ouder, toegankelijkheid en continuïteit.

Bovenstaande visie en kenmerken zijn herkenbaar voor de Zwolse situatie. Het verschil is dat in dit onderzoek niet alleen over visie is gesproken, maar vooral over ervaringen van ouders, huisartsen en jeugd- en gezinswerkers met de pilot. In Utrecht heeft het onderzoek alleen onder professionals plaatsgevonden.

Ten aanzien van het thema Kind en Ouders centraal wordt door de onderzoekers van de Academische Werkplaats Transformatie Jeugd (AWTJ) Utrecht aangegeven dat het hierom gaat *“dat het perspectief van het gezin (kind en ouder) in hun context centraal dient te staan in de wijze waarop de basiszorg wordt geleverd. In het gesprek, in de inhoud van de zorg, en in wat het op moet leveren voor het gezin.”* Dat het gezin wordt meegenomen in communicatie tussen professionals (niet over het gezin, maar met het gezin praten!) (Van Bon-Martens en Gilsing, 2016).

In een overzicht wordt weergegeven welke kenmerken hierbij van belang zijn:

- dat professionals dezelfde taal als de jongeren (kunnen) spreken;
- dat de context van de patiënt/cliënt meegenomen wordt;
- dat er voldoende tijd wordt besteed aan het gesprek met cliënten;
- dat ouders een stem hebben als het gaat om vervolgstappen;
- dat ouders concrete handvatten krijgen die zij onmiddellijk kunnen inzetten;
- dat er in oplossingen en kansen wordt gedacht;
- dat er oog is voor de persoon achter de diagnose;
- dat mensen serieus worden genomen in hun hulpvraag.

Voorts wordt opgemerkt: “Het kenmerk ‘dat het gezin wordt meegenomen in communicatie tussen professionals (niet over het gezin, maar met het gezin praten!)’ leidt tot discussie bij de deelnemers. Het is volgens hen een zoektocht hoe je dat organiseert. Soms, zo stellen sommige deelnemers, is dit niet passend en soms ook niet nodig. Het contact tussen huisartsvoorziening en teams Jeugd & Gezin wordt zeer belangrijk gevonden, maar hoe geef je dat dan vorm? Voor de proeftuin wordt geadviseerd om dit in de casuïstiekbesprekingen aan de orde te stellen. Ook het kenmerk ‘Dat de context van de patiënt/cliënt meegenomen wordt’ behoeft aandacht in de proeftuin. Meer bewustwording van deze context is daarvoor nodig” (Van Bon-Martens en Gilsing, 2016).

In Utrecht wordt aandacht voor de context van het gezin van belang geacht, maar is men nog zoekende in hoe dit uitwerking moet krijgen.

In Zwolle lijkt er bij de geïnterviewden (ouders, huisartsen en jeugd- en gezinswerkers) sprake van eenzelfde basisvisie, zonder dat deze in gezamenlijkheid is geformuleerd. Op basis van dit onderzoek zou mogelijk in Zwolle ook een eigen visie op de onderlinge samenwerking kunnen worden geformuleerd en daarop volgend met ketenpartners.

7 Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de conclusies gepresenteerd van het onderzoek naar de jeugd- en gezinswerker naast de huisarts.

Onderstaande vraag staat centraal in dit onderzoek:

7.1 Conclusies ten aanzien van de hoofdvraag

Het antwoord op de hoofdvraag **“Wat betekent de bijdrage van een contextgerichte jeugd- en gezinswerker naast een huisarts voor de gezinnen, voor de huisarts en voor het werk van de jeugd- en gezinswerker?”** luidt als volgt:

De bijdrage van de contextgerichte jeugd- en gezinswerker naast de huisarts betekent voor de ouders laagdrempelige en relatiegerichte hulp met een normaliserend karakter. In mijn onderzoek kwam naar voren dat ouders deze hulp waarderen en dat ze nabijheid en opluchting ervaren bij de soms hoge nood. De hulp van de jeugd- en gezinsmedewerker zet een afname in gang van onnodig medicaliseren en stigmatiseren, omdat het kind primair als ‘persoon’ wordt gezien en met basaal pedagogisch handelen wordt benaderd.

De bijdrage van de contextgerichte jeugd- en gezinswerker betekent voor de huisarts een ontbrekende schakel naar het wijkteam en de ggz op het gebied van opvoedhulp en vormt daarmee een alternatief voor het teveel aan verwijzingen naar de ggz.

De bijdrage van de contextgerichte jeugd- en gezinswerker betekent voor de jeugd- en gezinswerker zelf het inhoud geven aan specifiek vakmanschap op het gebied van systemisch-pedagogisch hulpverleners bij opvoed- en opgroei-problematiek, waarbij de jeugd- en gezinswerker zich meer uitgedaagd voelt, meer voldoening ervaart in het werk en zich meer verbonden voelt met collega's en ouders.

7.2 Conclusies ten aanzien van de deelvragen

7.2.1 Wat betekent de nieuwe situatie van samenwerking voor gezinnen, huisartsen en het werk van de jeugd- en gezinswerker in verhouding met de oude situatie?

- a) De positionering van de JGW naast de huisarts voorziet in een ontbrekende schakel tussen jeugdhulp en huisarts en voorkomt onnodig medicaliseren en stigmatisering met te veel doorverwijzingen naar de ggz. Doordat de professionals dichtbij elkaar zitten is de hulp dichterbij, sneller en persoonlijker omdat naar een persoon kan worden verwezen in plaats van een instituut. Hiermee is de hulp meer persoonsgericht en normaliserend.
- b) De positionering van de JGW naast de huisarts betekent ook een herpositionering in de keten, omdat de jeugd-ggz een andere plaats inneemt. Het transformatiedoel van het versterken van de samenhang tussen sociale wijkteams, huisartsen, jeugdgezondheidszorg en onderwijs rondom de toegang tot specialistische jeugdhulp wordt met de jeugd- en gezinswerker naast de huisarts beter behaald. Ook het transformatiedoel ‘zo licht als kan, zo zwaar als nodig’ wordt met de positionering van de jeugd- en gezinswerker naast de huisarts beter behaald.

7.2.2 Wat betekent het willen hanteren van een contextgericht model naast het bestaande medisch model in de samenwerking tussen jeugd- en gezinswerkers en huisartsen?

De huisarts en JGW vinden elkaar in een brede contextgerichte benadering die inherent is aan de eerstelijnszorg, waarbij de focus ligt op het alledaagse pedagogisch handelen thuis en op school. Met het werken vanuit een bio-psy-

chosociaal model wordt het gedrag van kinderen in de context begrepen, waarmee voorkomen kan worden dat een kind eenzijdig individueel benaderd wordt en mogelijk onnodig wordt geproblematiseerd.

7.2.3 Wat betekent de keus van de gemeente Zwolle in verhouding met keuzes die andere gemeenten maken ten aanzien van de transformatie Jeugdhulp?

Er lijken (nog) weinig gemeenten te zijn die dezelfde keus maken in een breed werkende jeugd- en gezinswerker naast de huisarts. Veel gemeenten waarvan documentatie beschikbaar is, kiezen voor een specialistisch opgeleide persoon, zoals de POH-jeugd naast de huisarts. In het algemeen wordt ook ten aanzien van de POH-Jeugd gemeld dat deze wordt gezien als een waardevolle toevoeging binnen het sociale domein, hetgeen leidt tot een toename van de kwaliteit van de eerstelijnszorg voor kinderen en jongeren met psychische en psychosociale problematiek. Daarnaast wordt ook ten aanzien van de POH-jeugd gemeld dat de laagdrempeligheid en de korte lijnen met de huisarts en met de ketenpartners belangrijke succesfactoren zijn.

Een belangrijk verschil tussen de JGW en POH is, dat de JGW voor een directe schakel tussen wijkteam en huisarts zorgt, zodat er geen parallelle route naar de ggz ontstaat, zoals bij de keuze voor een POH het geval is. Een ander verschil is dat de JGW naast de huisarts bij twijfel over wel of niet doorverwijzen naar de ggz de beschikking heeft over het inzetten van expertise van een GZ-psycholoog. Tot slot is een belangrijk verschil dat de POH-jeugd nog steeds overwegend individu-gericht zal zijn (medisch model) en de JGW overwegend contextgericht (waaronder benutten sociaal netwerk). De structuur- en cultuurverandering zullen daarom met de JGW naast de huisarts een ingrijpende transformatieproces omvatten.

7.2.4 Wat kan helpend/behulpzaam zijn in de samenwerking tussen jeugd- en gezinswerker en huisarts ten behoeve van gezinnen?

Duidelijkheid over de inhoud en borging van het vakmanschap van de JGW in het algemeen kan inzicht verschaffen in de manier van werken van de JGW, waardoor het voor de huisarts gemakkelijker wordt om te verwijzen naar de JGW.

Daarnaast is specifieke terugkoppeling door de JGW op cliëntniveau ten aanzien van de behandelde problematiek van belang, zodat de huisarts inzicht heeft in het doorlopen proces van hulpverlening.

7.3 Algehele conclusies naar aanleiding van het onderzoek

De algehele conclusies hebben betrekking op veranderingen, ervaren door ouders, huisartsen en jeugd- en gezinswerkers, leidend tot drie hooftperspectieven.

Procedureel perspectief: het implementeren van veranderingen:

De JGW naast de huisarts biedt nieuwe en andere mogelijkheden aan ouders om geholpen te worden bij opvoedproblemen, (dan alleen doorverwijzing naar gespecialiseerde ggz-zorg voor hun kind). De JGW is hierbij de ontbrekende schakel van de huisarts naar het wijkteam. De positionering van de JGW is een structuurverandering die ook een cultuurverandering inhoudt met de normaliteit van het systemisch-pedagogische handelen als focus en leidt tot een herpositionering in de keten.

De JGW is snel, laagdrempelig, persoonlijk en dichtbij. Het werk en de positionering van de JGW naast de huisarts is laagdrempelig: het is snel, aansprekend, persoonlijk, alle-daags (gewoon), dichtbij tegenover de hoogdrempeligheid van hulp vragen.

Professioneel perspectief: het inhoudelijke perspectief

De JGW is een nieuwe jeugdberoep met specifiek vakmanschap. Het werk van de JGW is een specialisme, een vakmanschap in de vorm van breed kijkende opvoedhulp en voorziet in een ontbrekende schakel tussen huisarts en wijkteam op het gebied van jeugd. JGW en huisarts vinden elkaar in een brede, contextgerichte en relatiegerichte benadering, met oog voor complexiteit. Vanuit complexiteitsbewustzijn en een dialooggerichte benadering probeert de JGW met praktische wijsheid normatief te handelen. Het belangrijkste onderdeel van het werk is het onderhouden van betrekkingen, hetgeen vorm gegeven kan worden vanuit een relationeel zorg-ethisch perspectief. De JGW probeert de dialoog op een goede manier gaande houden, met de jeugdige, ouders, gezin en ook met het *larger system*, als familie, vrienden, buurt, andere hulpverleners, de huisarts en de ggz. Een dialoog met potentie vraagt om een voortdurende reflectie op eigen casuïstiek en handelen.

De JGW heeft de school in beeld als verwijzer en vindplaats jeugd. De school is nog meer in de schijnwerpers gekomen als een belangrijke leefwereld van het kind/jeugdige en een compagnon in het pedagogisch handelen ten aanzien van het kind. School is een belangrijke verwijzer naar de huisarts voor jeugd en is daarmee samenwerkingspartner voor JGW en tevens ook Vindplaats Jeugd vanwege een ontbrekende verklaring of handelingsverlegenheid bij gedrag van kinderen/jeugdigen. Voor de JGW is de school een vindplaats en plek om preventief te werken en het alledaagse pedagogisch handelen in de driehoek met ouders en leerkracht richting te geven.

De JGW is een schakel naar de ggz en draagt in de samenwerking met hen bij aan cultuurverandering, een paradigmashift binnen de ggz, waarbij nieuwe taal nodig is. De samenwerking tussen JGW en huisarts is een alternatief voor alleen ggz-verwijzingen, waarmee onnodig medicaliseren en stigmatiseren voorkomen kan worden. Daarnaast is de interdisciplinaire samenwerking met de ggz voor een zorgvuldige verwijzing en effectieve manier van werken van groot belang. De mogelijkheid van consultatie op het gebied van psychiatrisch kennis door een GZ-psycholoog is hierbij ondersteunend. Door de herpositionering en paradigmashift in

de ggz zal de hulp vanuit JGW en ggz met behulp van nieuw op te zetten netwerken meer in elkaar kunnen schuiven. Hiertoe zijn in dit onderzoek de eerste aanzetten gevonden. De JGW is vanuit haar positie en vakmanschap meer gericht op context en relatie en de ggz heeft meer kennis, met name als het gaat om de verstoorde ontwikkeling. Voor de onderlinge samenwerking op het gebied van kennis, contextueel werken en het relationeel werken is in het denken en werken vanuit de meerdere ordes, ontwikkeling van nieuwe taal nodig.

De JGW geeft ouders ondersteuning bij alledaagse pedagogische vragen met een passend verklarings- en handelingskader. Uit de ervaringen van ouders met de JGW blijkt dat een passend verklarings- en handelingskader vinden van belang is voor ouders. Ouders hebben behoefte aan een verklarings- en handelingskader waarmee zij het alledaagse pedagogisch handelen betekenis en inhoud kunnen geven. De kennis en ervaring van de normale pedagogische ontwikkeling en pedagogisch handelen van de JGW ten behoeve van opvoedsituaties speelt een belangrijke rol voor de perspectiefwisseling bij ouders in een procesgericht hulpverleningstraject.

Cliëntperspectief: wat betekent de hulp van de JGW voor cliënten

De hulp vanuit de JGW is primair gericht op een klik, een goede relatie, waarbij een brede blik en de dialoog centraal staan. Ouders hebben ervaringen met de JGW opgedaan ten aanzien van de vraag 'Wat is goede hulp' bij de kwetsbaarheid die zij ervaren. Kwetsbaarheid komt tot uitdrukking in hoge nood die ouders ervaren en de hoge drempel om hulp te vragen bij het ervaren faalgevoel. Sommige ouders zijn (erg) weinig zelfredzaam en de complexiteit van deze gezinnen is vaak groot, wat zich niet altijd verhoudt tot het optimistische transformatiedenken. Om aan deze gezinnen houvast te geven is vertrouwen essentieel alsmede een goede samenwerking met onderlinge visie- en regiebepaling tussen hulpverleners.

Goede hulp voorziet primair in een klik, de persoonlijke factor en een goede relatie, waarbij luisteren centraal staat,

boven pragmatiek, een brede blik en dialoog. Ouders ervaren nabijheid in hun soms hoge nood en zijn vaak ook verrast en opgelucht over de snelle effecten van de hulp. De JGW wordt onderdeel van hun leefwereld en heeft oog voor de wisselwerking in interacties en de betekenis van alle relaties die er voor het kind toe doen.

7.4 Evaluatie

In deze evaluatie wordt stilgestaan bij de vragen vanuit het theoretisch kader, aandachtspunten die naar boven gekomen zijn vanuit de resultaten en aandachtspunten bij de methodologie van dit onderzoeksverslag.

7.4.1 Vragen uit het theoretisch kader

In het theoretisch kader is een aantal vragen gesteld van waaruit verschillende overwegingen te noemen zijn.

1. In mijn onderzoek ga ik uit van praktijkervaring, succes elders en collectief beschikbare kennis, en neem ik interviews af over de ervaringen in de samenwerking, met als uiteindelijk doel na te gaan of de jeugd- en gezinswerker een goede bijdrage kan leveren aan de staat van de Jeugd in Zwolle. Om hierop zicht te krijgen is een verschil relevant van hoe voorheen werd gewerkt en hoe de nieuwe situatie wordt ervaren.

In dit onderzoek blijkt dat de jeugd- en gezinswerker een goede bijdrage kan leveren aan de opvoedsituaties in gezinnen, waarmee de staat van de jeugd gediend is. Voor meer zicht op hoe jeugdigen de hulp zelf ervaren, is vervolgonderzoek met jeugdigen zelf nodig.

2. Gezien de samenwerkingservaring met de veel meer vanuit het medisch model opererende jeugdpsychiatrische instellingen en verwijzende instellingen als scholen, kan het zijn dat het medisch model nog centraal staat. De vraag is hoe jeugd- en gezinswerkers het op leefwerelden gerichte systemisch-contextuele werken, binnen de bestaande discoursen centraal kan stellen.

In mijn onderzoek blijkt dat de jeugd- en gezinswerker inderdaad af en toe worstelt met verwachtingen die geënt zijn op het medisch model, niet alleen in de samenwerking met ggz en scholen, maar ook bij ouders.

3. Volgens Baart (2016) is het van belang kwetsbaarheid als gegeven van ouders en kinderen op te nemen in rijke, zo alledaags mogelijke relaties, zodat de kans van gedeelde zinvolheid ontstaat (Baart en Carbo, 2013). De vraag is welke plek kwetsbaarheid tegenover zelfredzaamheid in het werk van de jeugd- en gezinswerker kan hebben te midden van het huidige transformatiedenken.

In dit onderzoek wordt kwetsbaarheid beter herkend dan zelfredzaamheid. Volgens met name huisartsen en jeugd- en gezinswerkers is zelfredzaamheid niet haalbaar voor alle jeugdigen/ouders/gezinnen. Wel moet volgens hen eigen (veer)kracht worden bevorderd.

4. Bij normatieve professionalisering gaat het om het vermogen om te gaan met morele, existentiële dilemma's en politiek-ethische vragen als: wat is passende zorg of ondersteuning, ook als er verschillende belangen en opvattingen over 'het goede' in het spel zijn? De vraag is in hoeverre het de jeugd- en gezinswerker lukt om vanuit een complexiteitsbewustzijn en praktische wijsheid normatief te handelen.

In dit onderzoek blijkt dat het nagaan wat het goede is, dagelijkse praktijk is van de JGW, al wordt het niet als zodanig benoemd; de JGW geeft wel aan diverse afwegingen te maken. Praktische wijsheid en normatief handelen zouden expliciet onderdeel kunnen worden van intervisie, in een ambachtelijke setting. Reflectie is hierbij van belang, ruimte voor het nadenken over een dialoogisch verstaan die nieuwe betekenisgeving creëert.

5. De vraag is hoe de jeugd- en gezinswerker het belangrijkste onderdeel van zijn/haar werk, het onderhouden van betrekkingen, vorm kan geven binnen een relationeel zorg-ethisch perspectief.

In dit onderzoek komt naar voren dat de jeugd- en gezinswerker de verandering in zijn/haar werk vooral omschrijft op het gebied van persoonlijker en relationeler hulpverleners, naast de brede blik (contextgerichtheid). Het relationeel zorg-ethisch perspectief zou evenals praktische wijsheid, dialogisch en normatief handelen expliciet onderdeel kunnen worden van interventie in een ambachtelijke setting, waardoor deze begrippen steeds meer reliëf gaan krijgen.

6. De vraag is hoe de jeugd- en gezinswerker de dialoog op een goede manier gaande kan houden, met de jeugdige, ouders, gezin en ook met het *larger system*, als familie, vrienden, buurt, andere hulpverleners, de huisarts en de ggz. Hoe frêle is deze dialoog en hoe vol van potentie? In dit onderzoek blijkt dat de JGW zich dagelijks oefent in de dialoog en dat deze soms complex is. Het aangaan van de dialoog met alle verschillende personen op de diverse systeemniveaus vraagt veel. De potentie van de dialoog hangt samen met het vakmanschap en de werkcontext van de JGW: is er voldoende ondersteuning en facilitering mogelijk en zo nodig een goede overdracht naar specialisten.
7. Voor de jeugd- en gezinswerker raakt de ontwikkeling naar een mogelijke paradigmashift aan de eigen ontwikkeling van taal die ruimte biedt aan de meerdere ordes van denken en waarbij de relatie centraal staat. De vraag is in hoeverre er daadwerkelijk sprake is van een op gang komende paradigmashift in de ggz. Ook is het de vraag in hoeverre de JGW vanuit de gerichtheid op normaliteit hieraan een bijdrage zou kunnen leveren in het samen optrekken ten behoeve van jeugdigen/ouders/gezinnen. Vanuit dit onderzoek is op de eerste vraag ten aanzien van de paradigmashift in de ggz geen valide antwoord te geven en blijft het antwoord beperkt tot aanknopingspunten in de literatuur. Wat betreft de tweede vraag kan gezegd worden dat de JGW met de ontwikkeling van het nieuwe jeugdberoep, waarbij de kanteling een belangrijke maatstaf is, een bijdrage levert aan een paradigmashift in de onderlinge samenwerking.

7.4.2 Aandachtspunten vanuit de inhoud van dit onderzoeksverslag

In dit onderzoeksverslag worden voornamelijk positieve geluiden gehoord over de Pilot 'Jeugd- en gezinswerker naast de huisarts.' In de methodologische verantwoording is aangegeven dat dit waarschijnlijk te maken heeft met de bereidheid van een 'voorhoede'; mensen die enthousiast zijn over het project om deel te nemen aan het onderzoek. Vanuit dit onderzoek is echter wel een aantal inhoudelijke aandachtspunten te noemen ten behoeve van verbetering en voortgang van de jeugd- en gezinswerker naast de huisarts. De volgende aandachtspunten komen uit het onderzoek naar voren:

Vanuit de huisartsen werd als een belangrijk aandachtspunt de vraag benoemd of de JGW een constante kwaliteit kan neerzetten op de langere termijn: kan de huisarts er op rekenen dat elke nieuwe JGW dezelfde kwaliteit kan representeren. Het profiel van de JGW lijkt voor huisartsen in eerste instantie minder duidelijk omlijnd te zijn dan die van een medewerker uit de ggz, omdat de opleiding en beroepsregistratie met verplichte bijscholing van ggz-geschoolde professionals van oudsher als meer gespecialiseerd, en dus als meer gedegen bekend is. De onbekendheid met het beroepsprofiel van de JGW en de mate van geschoold zijn en (bij)geschoold blijven, kan onzekerheid opleveren bij huisartsen die willen gaan deelnemen aan de pilot. Meerdere huisartsen zullen het gevoel kunnen hebben te moeten 'omdenken' met de JGW in de praktijk, omdat de POH in eerste instantie dichterbij lijkt en een directe verbinding met de (vertrouwde) ggz geeft. In hoeverre is de nieuwe rol en positie van de JGW (ook op de langere termijn) voldoende effectief? Vooral nog blijkt in dit onderzoeksrapport dat er tevredenheid is van ouders en huisartsen, maar dit zal op de langere termijn opnieuw geëvalueerd moeten worden. Verlichting aan de huisartsen over de (voortgaande) opleiding van de JGW en terugkoppelingen ten aanzien van de manier van werken door de JGW is ondertussen essentieel om het wederzijds vertrouwen te vergroten.

Daarnaast kan het brede karakter van het jeugdberoep van de JGW tot mogelijke overbelasting leiden, omdat de JGW zich steeds moet verhouden tot verschillende kennis-, leef- en samenwerkingsgebieden. Het vraagt veel om steeds de focus te houden op wat zinvol is om te doen en ook kost de brede benadering de nodige tijd. In hoeverre kan de JGW steeds voldoende gefaciliteerd blijven en ook bij lastige, complexe kwesties voldoende ruggensteun krijgen in de vorm van bijvoorbeeld consult door specialisten op dit contextueel-systemisch gebied, met mogelijkheid tot doorverwijzing.

De JGW staat voor de brede blik die door huisartsen gevraagd wordt. De JGW wil dit blijven waarmaken en niet alleen een toegangsteam zijn. Door de positionering naast de huisarts is voor het gevoel van de JGW ook meer 'de spotlight' op hun werk gekomen, wat een zekere 'druk' kan geven in het verantwoorden van het werk van de JGW. In hoeverre kan de JGW als nieuw jeugdberoep blijvend gefaciliteerd worden en als specifiek vakgebied doorontwikkelen met voldoende ruimte voor reflectie.

Voor de JGW zijn de gehanteerde criteria waarop verwezen wordt door de huisarts niet altijd duidelijk. De terugkoppeling/afstemming over en weer is nog niet vanzelfsprekend geregeld. Daarbij verwijst de ene huisartsenpraktijk meer naar de JGW dan de andere. Factoren die meespelen in het wel of niet verwijzen zijn het elkaar kennen en inzicht hebben in de manier van werken én de persoonlijke factor van de huisarts.

Om de samenhang te versterken, is samenwerking van belang. De JGW werkt nauw samen met de GZ-psycholoog. In hoeverre is hier sprake van een interdisciplinaire samenwerking tussen JGW en GZ-psycholoog, waarbij men niet alleen maar verschillende expertises naast elkaar inzet, maar streeft naar een gezamenlijk resultaat waarbij de bijdragen vanuit de betrokken vakgebieden elkaar versterken?

Een paradigmashift in de ggz zou helpen in het vergroten van de onderlinge samenhang, omdat dan beter een gemeenschappelijke taal en benadering ontwikkeld kan worden. In hoeverre zijn er aanknopingspunten te vinden om deze ruimte bij de ggz op te zoeken voor een benadering die ruimte biedt voor én inzet van (specifieke) kennis, én een systemisch-contextuele benadering én een relationele benadering, zodat de samenwerking beter in elkaar kan schuiven?

De cultuurverandering die ontstaat door de positionering van de JGW naast de huisarts vraagt nog om veel uitwisseling ten aanzien van visie en nieuwe netwerken waarin de specialistische jeugdhulp en jeugd-ggz op het juiste moment en op de juiste plek, de juiste specialistische kennis kunnen toevoegen in het belang van kinderen.

7.4.3 Aandachtspunten vanuit de methodologie van dit onderzoeksverslag

Vanuit de methodologie is reeds opgemerkt dat dit onderzoek door het interviewen van een 'voorhoede' van ouders, huisartsen en JGW's die wilden deelnemen, een positief beeld schetst van de pilot. Dit kan de indruk van een eenzijdig beeld geven. Bij nader onderzoek zou misschien een meer gedifferentieerd beeld kunnen ontstaan met kritische en negatieve ervaringen, op basis waarvan nog meer verbeterpunten kunnen worden aangegeven.

Ten aanzien van de in dit onderzoek opgehaalde resultaten wordt voorgesteld deze te bezien als *best practice*.

Voor vervolgonderzoek is het dus een uitdaging om voldoende kritische deelnemers aan de samenwerking te vinden die aangeven welke verbeterpunten nog meer mogelijk zijn, wat de validiteit van de opgehaalde onderzoeksgegevens kan vergroten.

7.5 Aanbevelingen

1. Geef voorlichting aan huisartsen over de achtergrond (hoe de JGW is toegerust en de transformatiegerichtheid) en inhoud van het vakmanschap van de JGW. Bied ook inzicht in de manier van werken door aandacht voor terugkoppelingen in de samenwerking.
2. Blijf voldoende tijd en reflectieve ruimte bieden aan de JGW om laagdrempelig te zijn en breed te kunnen kijken en werken en blijf de mogelijkheid van ondersteuning door een GZ-psycholoog bieden.
3. Bied een constante kwaliteit in het profiel van de JGW door (bij)scholing, supervisie en reflectie in een ambachtelijke setting. Geef hierbij de mogelijkheid tot specifieke ondersteuning op de drie deelgebieden van het beroep:
 - kennis van alledaagse pedagogiek en lichte kennis van psychiatrische problematiek;
 - kennis, inzichten en vaardigheden ten aanzien van de context (systeemtheoretisch ontwikkelingsperspectief en relationele lenigheid);
 - relationele kennis en reflectievaardigheden op basis van normatieve professionaliteit.
4. Faciliteer specifieke ondersteuning op de drie deelgebieden van het beroep (kennis, context, relaties) met netwerken van instellingen en personen die deze specifieke expertise aanbieden, waardoor 'ruggespraak' mogelijk is en overbelasting voorkomen kan worden, alsmede (specialistische) hulp tijdig en afgestemd kan worden ingezet.
5. Faciliteer netwerken waarbinnen interdisciplinaire samenwerking mogelijk is en waar men leert van elkaars kennis- en ervaringsgebieden om tot een gezamenlijke ontwikkeling te komen van helpende denkkaders en bijbehorende taal voor een gemeenschappelijke paradigmashift in de keten.
6. Formuleer op basis van de uitkomsten van dit onderzoek een gemeenschappelijke visie voor de samenwerking tussen de jeugd- en gezinswerker, huisarts en ggz, school en andere samenwerkingspartners, zodat men elkaar beter kan vinden op doel, taal en inhoud en de hulp in nog meer samenhang kan plaatsvinden.
7. Laat vervolgonderzoek doen naar de jeugd- en gezinswerker naast de huisarts, de pedagogische rol van scholen en het inzetten van de juiste specialistische hulp op het juiste moment en op de juiste plek in netwerken, waarmee de doelen bij punt 6 omschreven, (ten behoeve van meer samenhang) ondersteund kunnen worden.

Gebruikte bronnen

- Aptroot, E., Franssen, Z., Mulderij, K.J. & Spaander, M.G. (2016). *Relationele lenigheid. Jeugdzorg 3.0 vakmanschap*. Amsterdam: SWP
- Aptroot, E. Lezingen 2013 en 2017.
- Audenhove, C. van (2017). De geestelijke gezondheidszorg: een nieuwe mindset? *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 47 (1), 5-18.
- Baars, J. (2014). Persoonlijkheidsstoornissen. In: A. Savenije, *Handboek Systeemtherapie*. Utrecht: de Tijdstroom
- Baart, A. (2011). *Een theorie van de presentie*. Den Haag: Boom Lemma.
- Baart, A. & Steketee, M. (2003). *Wat aandachtige nabijheid vermag. Over professionaliteit en present-zijn in complexe situaties*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut
- Baart, A. & Vosman, F. (2008). *Aannemelijke zorg. Over het uitzieden en verdringen van praktische wijsheid in de gezondheidszorg*. Den Haag: Lemma.
- Baart, A. & Carbo, C. (2013). *De Zorgval*. Amsterdam: Thoeis.
- Baart, A., Leest, J. Red. Clarijs, R. (2015). *Om de jeugd. Perspectief voor beleid en praktijk. Hoofdstuk 10. Finaliseren als sleutelbegrip in de jeugdzorg*. Amsterdam. SWP
- Baart, A. (2016a). Masterclass Onderzoek LESI. Thematische analyse.
- Baart, A. (2016b). Masterclass Presentie LESI.
- Baart, A. (2017). *Close Reading: teksten van internet en uit de dissertatie van Tim Schilling*. Artikel voor Masterclass Onderzoek LESI. Geraadpleegd 21 december 2017.
- Bakhtin, M. (1984). *Problems of Dostoevsky's poetics*. Minneapolis, MN; University of Minneapolis Press.
- Baxter, L.A. (2004). A Tale of Two Voices: Relational Dialectics Theory. *The Journal of Family Communication*, 4 (2&4), 181-192
- Benjamin, J. (2014). *The discarded and the dignified*. Public lecture. Geraadpleegd op 20 januari 2018. <http://www.publicseminar.org/2014/12/the-discarded-and-the-dignified-part-6/>
- Berger, M., Gercama, A., Halteren, M. van, Hogendorp, J., Kramer, A., Lobo, C., Somford, R., & Brugge, A. ter. (december 2008). De ideale huisarts voor de jeugd: een betrokken gezinsarts. *Huisarts & Wetenschap*. 51 (13), 669-673
- Boendermaker, M., Snippe, J. & Bieleman, B. (2016). *Eerste evaluatie POH-jeugd Leeuwarden*. Groningen-Rotterdam: Intra-val Onderzoek en Advies.

- Boer, F. de. (2006). De Grounded Theory Approach: een update. Kwalon. *Tijdschrift voor Kwalitatief Onderzoek*. Jaargang 2011 (16) 1. 25-33.
- Bon, M.J.H. van, & Gilsing, R. (2016). *Visie op basiszorg Jeugd ggz. De ontwikkeling van een gedeeld, stedelijk conceptueel kader in Utrecht*. Utrecht: Academische Werkplaats Transformatie Jeugd Utrecht.
- Bos-de Groot, E. & Vinne, J.T. van der (2016). *Behoeften en richtlijnen in de samenwerking onderwijs en jeugdhulp*. Zwolle: Hogeschool Viaa.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3:2, 77-101.
- Cilliers, P. (2006). On the importance of a certain slowness. E:CO Issue Vol. 8. No. 3
- Choy, J. & Goedhart, M. (2011). Multifocus. De kracht van verbinden. Venlo: Mutsaersstichting.
- Duncan, B. & Miller, S. (2000). *The Heroic Client*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Fereday, J. and Muir-Cochrane, E. (2006). Demonstrating Rigor Using Thematic Analysis: A Hybrid Approach of Inductive and Deductive Coding and Theme Development. *International Journal of Qualitative Methods* 5 (1) March 2006.
- Fukkink, R & C. Vink (2014). The parents' perspective in policy, research and practice on parenting support in Europe. In: R. Fukkink, C. Vink en N. Bosscher (red). *Think Parents! Putting parents at the heart of parenting support*, Amsterdam: SWP (p. 107-116)
- Frechtling, J. & Sharp, L. (1997). *User-Friendly Handbook for Mixed Method Evaluations*. Directorate for Education and Human Resources. Division of Research, Evaluation and Communication. National Science Foundation. Gedownload door A.J. Baart op 4 juni 2004
- Golafshani, N. (2003). *Understanding Reliability and Validity in Qualitative Research*. The Qualitative Report, 8(4), 597-606. Retrieved from <http://nsuworks.nova.edu/tqr/vol8/iss4/6>
- Graas, D. (2017). *Wie maakt de dienst uit in opvoeding en onderwijs? Over de kracht van de pedagogische relatie in gezin, onderwijs en jeugdhulp*. Lectorale rede. Zwolle: Windesheim hogeschool.
- Guba & Lincoln (1985)in: Patton, M. (2015). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Module 5 Naturalistic Inquiry. SAGE Publications, pg 48-50
- Hermanns, J. (2008). Professionaliteit in discussie. In: Gezinsinterventies. Aan de slag met problematische opvoedkwesties. 7-17.
- Huber, M. & H.P. Jung (2015). Persoonsgerichte zorg is gebaat bij kennis van ziekte én van gezondheid. Een nieuwe invulling van gezondheid, gebaseerd op de beleving van de patiënt: "Positieve gezondheid". *Bijblijven*, jg. 31 (8). 589-597.
- Jacobs, G. (2015). *Ontwikkelen van verbindingen. Persoonsgerichte en evidence-based praktijkvoering in zorg en welzijn*. Lectorale rede. Fontys Hogescholen.

- Jager-Vreugdenhil, M., Linders, L., Feringa, D. & Potting, M. (2016). Spanningen in het sociaal domein; een conceptueel kader. In: L. Linders, D. Feringa, M. Potting & M. Jager-Vreugdenhil, (reds.) *Tussen regels en vertrouwen. Veranderende rollen in de verzorgingsstaat*. Amsterdam: Van Genneep.
- Kievit, L. (2016). Plan van aanpak toegang huisartsen. Publicatie Gemeente Zwolle
- Kievit, L. (2018). Concept rapportage toegang jeugdhulp. Publicatie (in voorbereiding) Gemeente Zwolle.
- Kummar, R. (2014). *Research Methodology*. London: SAGE.
- Kunneman, H. (1996). *Van Theemutscultuur naar Walkman-ego. Contouren van postmoderne individualiteit*. Amsterdam: Boom
- Kunneman, H. (2012). Het kritisch humanisme van Rudy Kopland. Uit: J. Goud (red.). *Het leven volgens Rutger Kopland. Onze vluchtige plek van waarheid*. Klement/Pelckman.
- Kunneman, H. (2013). *Kleine waarden en grote waarden -Normatieve Professionalisering als politiek perspectief*. Amsterdam: SWP
- Kunneman, H. (2015). The political importance of voluntary work. Springerlink.com
- Kunneman, H. (2017a). Masterclass LESI. De persoonlijke factor.
- Kunneman, H. (2017b). Amor complexitatis. Bouwstenen voor een kritisch humanisme. Deel 2.
- McNamee, Sheila (2010). Research as Relational Practice. <https://www.taosinstitute.net/Websites/taos/images/AboutRelationalResearchNetwork/Research%20as%20Relational%20Practice%20-McNamee.pdf>. Geraadpleegd op 20 januari 2018.
- Meurs, P. (2016). *Een gedurfde ambitie. Veelzijdig samenwerken met kind en gezin*. Geraadpleegd op: 20 januari 2017. www.raadrsv.nl
- Morin, E. (2008). *On complexity. Advances in systems theory, complexity, and the human science*. Hampton Press.
- Netwerk Kwalitatief Onderzoek AMC – UvA. (2002). *Richtlijnen voor kwaliteitsborging in gezondheids(zorg)onderzoek: Kwalitatief Onderzoek*. Amsterdam.
- NJI. (2017). *Transformatiedoelen*. Geraadpleegd op 21 juni 2017, van <https://www.nji.nl/nl/Kennis/Dossier/Transformatie-jeugdhulp/Definitie>.
- Oenen, F. van, Deursen S. van, & Cornelis, J. (2014). De rol van de psychiater: medisch, contextueel én persoonsgericht denken en handelen in de psychiatrie. *Tijdschrift voor psychiatrie* 56 (11) 728-736.
- Os, J. van & Delespaul, Ph. (2018). Een kwaliteitskader voor de ggz: Een benchmark- ROM aan de achterkant naar regionale regie en co-creatie aan de voorkant. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 60 (2), 98-104.
- Patton, M. (2015). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. United Kingdom: SAGE Publications
- Reimers, E. (1999, december). Systeemtheorie en psychopathologie. *Systeemtherapie*, 11 (4).

- Ricoeur, P. (1992). *Oneself as another*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rober, P. (2005). Family therapy as a dialogue of living Persons: A perspective inspired by Bakthin, Voloshinov and Shotter. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31 (4), 385-397.
- Rober, P. (2017). *Samen in gezinstherapie. Over afstemming en dialoog in de gezinstherapeutische praktijk*. Kalmthout, België: Pelckmans Pro.
- Shotter, J. (1993). *Conversational Realities*. London: Sage.
- Shotter, J. (2012). *Wittgenstein in Practice. His Philosophy of Beginnings and Beginnings and Beginnings*. Ohio: Taos Institute Publication. 100-128.
- Spaander, M. (2017). Presentaties in de Zwolsche Zwerm. Een indeling in een continuüm van gezond naar ziek (gebaseerd op de omgangsstrategieën van Millon) en een biologisch-relatieel-systemisch werkmodel op basis van Bunge/Engel.
- Smaling, A. (2009). Generaliseerbaarheid in kwalitatief onderzoek. Essay, debat en dialoog. *KWALON 42. 2009*, jaargang 14, nr. 3. 5-12.
- Smaling, A. (2014). Steekproeven voor generalisatie. Essay, debat en dialoog. *KWALON 2014*. 19. 15-13.
- Snoek, H. (2016). Op zoek naar het juiste moment. *Magazine Transitiecommissie Sociaal Domein*. Uitgave Minbzk. 36-40.
- Stern, E. (2004). Philosophies and types of evaluation research. The foundations of evaluation and impact research. Third report on vocational training research in Europe: background report.
- Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. (Cedefop Reference series, 58)
- Velden, E. van de. (2014). *Handboek Systeemtherapie*. Hoofdstuk 46. Systemische consultatie. Utrecht: De Tijdstroom.
- Verhaeghe, P. (2012). *Identiteit*. Amsterdam: De Bezige Bij.
- Vries, S. de (2007). *Wat werkt? De kern en de kracht van het maatschappelijk werk*. Amsterdam: SWP.
- Watzlawick, P. (2001). *Het kan anders. Over het onderkennen en oplossen van menselijke problemen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Werkman, R. A. (2006). Werelden van verschil : hoe actoren in organisaties vraagstukken in veranderprocessen hanteren en creëren. Academisch proefschrift UvA. https://pure.uva.nl/ws/files/1108292/40032_02.pdf. Geraadpleegd op 1 maart 2017.
- Wienen, B. (2018). Lezing samenwerking tussen onderwijs en jeugdhulp. Samen op school. Academische Werkplaats Jeugd Zwolle
- Wierdsma, A.F.M & Swieringa, J. (2011). *Lerend organiseren en veranderen. Als meer van hetzelfde niet helpt*. Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Yperen, T. van (2013). *Met kennis oogsten: Monitoring en doorontwikkeling van een integrale zorg voor de jeugd*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

De gemeente Zwolle heeft als transformatiethema “Samenhang in de toegang (tot de jeugdhulp),” waarin gewerkt wordt aan het versterken van de samenwerking tussen sociale wijkteams, huisartsen, jeugdgezondheidszorg en onderwijs rondom de toegang tot specialistische jeugdhulp. De bedoeling hiervan is dat kinderen en ouders een sneller en beter passend antwoord krijgen op hun ondersteuningsvraag. Onderdeel hiervan is de pilot ‘jeugd- en gezinswerker naast de huisarts’: in een aantal huisartsenpraktijken zijn jeugd- en gezinswerkers uit de sociale wijkteams gepositioneerd ten behoeve van een betere samenwerking. Specifiek aan de werkwijze is bovendien dat de jeugd- en gezinswerkers een contextgerichte werkwijze hanteren.

In dit onderzoek wordt inzicht gegeven in de bijdrage van deze vorm van samenwerking met de huisartsen, in vergelijking met de oude situatie. Ook wordt antwoord gegeven op de vraag wat het hanteren van een contextgericht model betekent voor gezinnen, in de samenwerking tussen jeugd- en gezinswerkers naast de huisarts, en wat helpend kan zijn in de samenwerking. Ten slotte wordt een beknopte vergelijking gemaakt met hoe andere gemeenten de toegang tot specialistische hulp regelen.

ISBN 978-90-75545-84-5

