

JEUGD(GEZONDHEIDS)ZORG IN TRANSFORMATIE

Een kwalitatief onderzoek naar cultuurverandering bij
JGZ-verpleegkundigen van de GGD Brabant-Zuidoost

Masterthesis
Natacha Koning (3639282)

Juli, 2014



Universiteit Utrecht
Faculteit Sociale Wetenschappen
Master Arbeid, Zorg en Welzijn: Beleid en Interventie
Eerste supervisor: Dr. M. Hopman
Tweede supervisor: Prof. Dr. T. Knijn

GGD-Brabant-Zuidoost
Afdeling Jeugdgezondheidszorg
Begeleider: Stephan Hopman

Voorwoord

Met deze masterthesis rond ik mijn masterstudie ‘Arbeid, Zorg en Welzijn: beleid en interventie’ aan de Universiteit Utrecht af. Na vier jaar studie ben ik trots dat ik mijn studie Algemene Sociale Wetenschappen ga voltooien. Ik kijk terug op vier zeer intensieve, maar ook heel waardevolle jaren waarin ik veel geleerd heb op het gebied van wetenschappelijk onderzoek. De combinatie van studie en een baan is niet altijd makkelijk geweest. De inhoud van de studie en de kennis die ik daardoor heb verworven, hebben er aan bijgedragen dat ik de studie met veel plezier heb gevolgd.

Deze thesis had ik niet kunnen voltooien zonder begeleiding en ondersteuning van een aantal mensen. Ik wil daarom van de gelegenheid gebruik maken om een aantal van hen in het bijzonder te bedanken.

Allereerst een woord van dank aan mijn beide begeleiders: Stephan Hopman van de stageorganisatie GGD Brabant-Zuidoost en Marit Hopman van de Universiteit Utrecht. Beiden gaven waardevolle adviezen met betrekking tot het uitvoeren van mijn onderzoek en zinvolle feedback op concepten van mijn thesis. Mede hierdoor was ik in staat meer richting in het onderzoek aan te brengen en mijn thesis beter te structureren. Verder wil ik ook de verpleegkundigen van de afdeling jeugdgezondheidszorg van de GGD, die hebben geparticipeerd in mijn onderzoek bedanken voor hun deelname. Hun enthousiasme en openheid tijdens de focusgroepen en individuele interviews heb ik zeer op prijs gesteld. Bovenal wil ik ook mijn vader bedanken voor zijn steun en adviezen tijdens mijn universitaire studie. Tenslotte wil ik mijn partner Laus en onze beide kinderen, Daniël en Julia, bedanken voor hun enorme steun, geduld en aanmoediging tijdens het afgelopen intensieve jaar.

Natacha Koning

juli, 2014

Samenvatting

Nederland staat momenteel in het teken van de overgang van de verzorgingsstaat naar de participatiemaatschappij. De nieuwe Jeugdwet die op 1 januari 2015 van kracht wordt, past in deze overgang. Van de zijde van de regering wordt gesteld dat deze wet een cultuuromslag in de jeugdsector vereist. De door de Jeugdwet geconditioneerde veranderingen bij verpleegkundigen van de jeugdgezondheidszorg van de GGD Brabant-Zuidoost vormen het onderwerp van het onderzoek van deze masterthesis. Bij deze veranderingen gaat het om de overgang naar generalistisch en vraaggericht werken.

In deze thesis wordt in eerste instantie ingegaan op de inhoud van de nieuwe Jeugdwet en het beleid dat op basis van deze wet is geformuleerd door de diverse samenwerkingsverbanden in de regio Brabant-Zuidoost en door de GGD-Brabant-Zuidoost. Vervolgens wordt ingegaan op een drietal cultuurtheorieën. In de theorie van Straathof worden inzake de cultuur van een organisatie drie elementen onderscheiden: het denkkader en het gedrag van de leden van de organisatie en de onderlinge betrekkingen tussen die leden. Op basis van de theorie van Straathof worden de veranderingen in het denkkader en het gedrag/werkwijze van jeugdprofessionals geanalyseerd, die in het kader van de cultuurverandering noodzakelijk zijn. Tevens worden twee spanningsvelden geanalyseerd die kunnen optreden als gevolg van veranderingen in de werkwijze van jeugdprofessionals. Er is sprake van een empirisch kwalitatief onderzoek onder in totaal 22 jeugdgezondheidszorg verpleegkundigen van de GGD Brabant-Zuidoost. Het onderzoek vond plaats aan de hand van focusgroepen en individuele interviews.

In het onderzoek staan twee vragen centraal. De eerste vraag betreft de veranderingen in de werkwijze van jeugdgezondheidszorg verpleegkundigen van de GGD Brabant-Zuidoost als gevolg van de Jeugdwet. De tweede vraag heeft betrekking op een tweetal spanningsvelden die als gevolg van de veranderingen in de werkwijze bij jeugdgezondheidszorg verpleegkundigen kunnen optreden. Ten aanzien van de eerstgenoemde vraag worden in het theoretisch kader, een tweetal veranderingen in de werkwijze besproken, namelijk het generalistische en het vraaggerichte werken. Wat deze beide veranderingen betreft, manifesteert het grootste probleem zich bij het generalistische werken, omdat veel participanten de overgang naar deze werkwijze ervaren als een vervreemding van het bewust gekozen beroep van jeugd-

gezondheidszorg verpleegkundige. Met betrekking tot de tweede vraag wordt, met betrekking tot het vraaggericht werken, geconcludeerd dat de meeste participanten in het algemeen aangeven dat ze pragmatisch omgaan met de beide spanningsvelden. Een ander belangrijk resultaat betreft de opvatting van veel participanten dat de medewerking en de intrinsieke motivatie van de cliënt een noodzakelijke voorwaarde is voor een effectieve hulpverlening. Het ontbreken van deze motivatie van de cliënt kan worden aangemerkt als een belangrijke negatieve werkzame factor in het beoogde interventietraject.

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Samenvatting	2
1. Inleiding	6
1.1. Inleiding.....	6
1.2. De Jeugdwet.....	6
1.3. De Jeugdgezondheidszorg.....	8
1.4. Regio Brabant-Zuidoost.....	9
1.5. GGD Brabant-Zuidoost.....	11
1.6. De jeugdprofessional conform de Jeugdwet.....	12
2. Theoretisch kader	14
2.1. Inleiding.....	14
2.2. Cultuurtheorieën.....	14
2.2.1. Cultuurtheorie van Hofstede.....	15
2.2.2. Cultuurtheorie van Schein.....	15
2.2.3. Cultuurtheorie van Straathof.....	16
2.3. De cultuurverandering jeugdsector.....	17
2.4. Spanningsvelden voor de professional.....	20
3. Probleemstelling/vraagstelling	24
3.1. Probleemstelling.....	24
3.2. Vraagstelling.....	24
4. Onderzoeksopzet	27
4.1. Type onderzoek.....	27
4.2. Populatie.....	27
4.3. Dataverzamelmethode.....	28
4.3.1. Focusgroepen.....	28
4.3.2. Interviews.....	30

4.3.3. <i>Topics</i>	30
4.4. <i>Type analyse</i>	31
4.5. <i>Operationalisering kernbegrippen</i>	31
4.6. <i>Kwaliteitscriteria: validiteit en betrouwbaarheid</i>	33
5. Resultaten	34
5.1. <i>Inleiding</i>	34
5.2. <i>Algemeen</i>	34
5.3. <i>Deelvraag 1: veranderingen in de werkwijze</i>	35
5.4. <i>Deelvraag 2a en 2b: twee spanningsvelden</i>	39
5.4.1. <i>Beide spanningsvelden</i>	39
5.4.2. <i>Deelvraag 2a: generalistisch, vraaggericht werken versus professionele autonomie</i> ...	40
5.4.3. <i>Deelvraag 2b: generalistisch, vraaggericht werken versus evidence-based werken</i>	41
6. Conclusies en discussie	43
6.1. <i>Beantwoording vragen onderzoek & terugkoppeling naar theoretisch kader</i>	43
6.2. <i>Aanbevelingen</i>	45
6.3. <i>Reflectie</i>	46
7. Literatuur	48
Bijlage 1	54
Bijlage 2	55
Bijlage 3	56
Bijlage 4	67
Bijlage 5	69
Bijlage 6	70

1. Inleiding

1.1. Inleiding

De doelstelling van deze thesis is het verschaffen van inzicht in de veranderingen die jeugdgezondheidszorg [JGZ]⁽¹⁾-verpleegkundigen van de GGD Brabant-Zuidoost [GGD-BZO] ervaren/verwachten als gevolg de cultuurverandering in het kader van de Jeugdwet en in de wijze waarop de verpleegkundigen met de veranderingen omgaan. De doelstelling mondt uit in twee onderzoeksvragen. De eerste onderzoeksvraag betreft de veranderingen in de werkwijze van JGZ-verpleegkundigen als gevolg van de Jeugdwet. De tweede onderzoeksvraag heeft betrekking op een tweetal spanningsvelden die als gevolg van de veranderde werkwijze bij JGZ-verpleegkundigen kunnen optreden. Om de veranderingen in de werkwijze van JGZ-verpleegkundigen goed te kunnen aangeven, is het van belang om na te gaan welke wijzigingen in het jeugdbeleid door de diverse overheidsinstanties als gevolg van de Jeugdwet worden geformuleerd. Daarom wordt in dit eerste, inleidende hoofdstuk in eerste instantie ingegaan op de inhoud van de Jeugdwet en in de daarop volgende paragraaf op de implicaties van deze nieuwe wet voor de Jeugdgezondheidszorg. Daarna wordt in paragraaf 1.4 een korte beschrijving gegeven van het beleid dat in het kader van de Jeugdwet is geformuleerd door de diverse samenwerkingsverbanden in de regio Brabant-Zuidoost en de GGD-BZO. Tenslotte wordt in de laatste paragraaf op basis van een aantal beleidsdocumenten aangegeven welke nieuwe eisen in het kader van de Jeugdwet worden gesteld aan de professional, in casu de jeugdverpleegkundige.

1.2. De Jeugdwet

Het wetsvoorstel van de Jeugdwet is op 17 oktober 2013 in de Tweede Kamer en op 19 februari 2014 in de Eerste kamer aangenomen. De Jeugdwet vervangt de huidige Wet op de jeugdzorg (2005) (Ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS] & Veiligheid en Justitie, 2012a). Van de zijde van de regering worden als belangrijke tekortkomingen van het huidige jeugdstelsel aangegeven, een te grote druk op gespecialiseerde jeugdzorg, tekortschietende samenwerking rond kind en gezin en onnodige medicalisering van afwijkend gedrag, met als gevolg een kosten opdrijvend effect (Ministeries van VWS & Veiligheid en Justitie, 2012b). Door onvoldoende inzet van de eigen kracht van de jeugdige en zijn sociale omgeving wordt naar de mening van de regering te weinig gebruik gemaakt van preventieve

(1) Voor de lijst van afkortingen wordt verwezen naar bijlage 6.

en lichte ondersteuning, waardoor sprake is van een te grote druk op gespecialiseerde zorg. De inzet van gespecialiseerde zorg komt in veel gevallen te laat en levert daarom slechts minimale resultaten op. Vroegtijdig preventief ingrijpen in het proces van opvoeden en opgroeien werkt vaak effectiever en is tevens goedkoper; in de praktijk gebeurt dit echter nog onvoldoende (Actiz & GGD Nederland, 2013).

De eerder vermelde tekortschietende samenwerking is naar de mening van de regering het gevolg van de verschillende bestuurslagen en verschillende wettelijke systemen in het huidige jeugdstelsel, waardoor sprake is van gescheiden financieringsstromen en gescheiden verantwoordelijkheden (Ministeries van VWS & Veiligheid en Justitie, 2012b).

De Jeugdwet behelst niet alleen een transitie, namelijk de overdracht van de bestuurlijke en de financiële verantwoordelijkheid aan de gemeenten, maar ook een transformatie, waarbij het gaat om een inhoudelijke vernieuwing van de jeugdzorg waaronder “veranderingen in cultuur, werkwijzen en verhoudingen en communicatie tussen burgers, professionals en gemeenten” (Movisie, 2013, para 1).

De Jeugdwet kent de volgende beleidsdoelstellingen: preventie in een vroegtijdig stadium; minder medicaliseren en meer ontzorgen en integrale gezinshulp met als principe één gezin, één plan, één regisseur en jeugdhulp op basis van het eigen probleemoplossend vermogen van jongeren, ouders en hun sociale omgeving (Ministeries van VWS & Veiligheid en Justitie, 2012b). Met betrekking tot de termen ‘ontzorgen en normaliseren’ kan volledigheidshalve nog het volgende worden opgemerkt. De regering (Ministeries van VWS & Veiligheid en Justitie, 2012b) is voorstander van hulp en ondersteuning die gericht is op stimulering van een ‘normale’ manier van opgroeien en opvoeden, waarbij wordt uitgegaan van mogelijkheden (eigen kracht) en behoeften van jeugdige/gezin en hun sociale omgeving (normaliseren). Door vroegtijdige ondersteuning kan volgens de regering een onnodig beroep op gespecialiseerde zorg worden voorkomen (ontzorgen). In deze benadering speelt het sociale netwerk, rondom de jeugdige/gezin een belangrijke rol. De regering sluit hiermee aan bij het advies van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling [RMO] (RMO, 2011). Het sociale netwerk van jeugdige/gezin wordt ook wel aangeduid als de pedagogische ‘civil society’.

Met ingang van 1 januari 2015 worden gemeenten verantwoordelijk voor het gehele terrein van de jeugdzorg, dit wil zeggen alle jeugdhulp, de uitvoering van de kindbeschermsmaatregel en de jeugdreclassering. Een belangrijk verschil tussen de huidige wet op de Jeugd-

zorg en de nieuwe Jeugdwet is dat het bestaande recht op jeugdzorg is vervallen en wordt vervangen door een jeugdhulpplicht van gemeenten. In het kader van de decentralisatie zullen taken die thans nog zijn ondergebracht bij het Rijk, de provincies of de zorgverzekeraars, worden overgeheveld naar de gemeenten.

1.3. De Jeugdgezondheidszorg

De jeugdgezondheidszorg is onderdeel van de preventieve zorg voor de jeugd, die in veel gemeenten is verankerd in de Centra voor Jeugd en Gezin [CJG]. De kerntaak van de jeugdgezondheidszorg is het leveren van een preventieve bijdrage aan het gezond en veilig opgroeien van jeugdigen. Deze taak wordt afgestemd op de vraag, behoefte, eigen kracht en mogelijkheden van jeugdigen en diens sociale omgeving. De jeugdgezondheidszorg strekt zich uit tot vrijwel alle opgroeiende jeugd, omdat jeugdigen op vaste contactmomenten worden uitgenodigd voor gezondheidsonderzoek. Afwijkingen in de normale ontwikkeling van een kind kunnen zo, vroegtijdig worden onderkend en daar waar nodig worden bijgestuurd door inzet van dan wel doorverwijzing naar de juiste zorg (GGD-BZO, 2014).

De jeugdgezondheidszorg is een onderdeel van de publieke gezondheidszorg en wordt niet opgenomen in de Jeugdwet, maar blijft afzonderlijk geregeld in de Wet publieke gezondheid [Wpg]. De gemeenten zijn op basis van deze wet verantwoordelijk voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg. De nieuwe Jeugdwet vormde voor de regering aanleiding om het basistakenpakket van deze zorg te evalueren. Het basistakenpakket heeft betrekking op alle programma's en activiteiten die vanuit volksgezondheidsbelang op basis van de Wpg door de jeugdgezondheidszorg aan alle kinderen worden aangeboden. Anders als het basistakenpakket dat aan alle kinderen wordt aangeboden, zal de bestaande specifieke jeugdgezondheidszorg, die niet voor alle kinderen beschikbaar is, geen onderdeel gaan uitmaken van de Wpg (Ministerie van VWS, 2013). GGD's kunnen wel in overleg met de desbetreffende gemeente(n) specifieke programma's (zoals een opvoedcursus) blijven aanbieden. De staatssecretaris van VWS heeft kenbaar gemaakt dat het basistakenpakket moet worden gemoderniseerd, maar dat er geen radicale wijzigingen zullen worden doorgevoerd. Er zal wel een verbreding van het takenpakket van de JGZ-verpleegkundigen worden doorgevoerd, waarbij er naast de medische aspecten ook aandacht zal moeten zijn voor de pedagogische en maatschappelijke aspecten van de ontwikkeling van een kind (Van Yperen, 2012). Vanuit de optiek van een klantvriendelijke en doelmatige hulpverlening wordt van de zijde van de staatssecretaris gewezen op het belang van de samenhang tussen de taken van de jeugdgezondheidszorg vanuit de Wpg en de taken van de jeugdhulp vanuit de Jeugdwet.

Wanneer door de jeugdgezondheidszorg bijvoorbeeld risico's/problemen bij kinderen/jongeren worden gesignaleerd acht de staatssecretaris het wenselijk dat de desbetreffende jeugdigen direct hulp wordt aangeboden. Beide wetten vullen in dit opzicht elkaar aan omdat er sprake is van een verbreding van de taakopvatting van de jeugdhulpverlening, namelijk niet alleen medisch maar óók pedagogisch/maatschappelijk (Actiz & GGD Nederland, 2013).

De onderdelen van het gemoderniseerde basistakenpakket kunnen als volgt worden gerubriceerd:

- Taken die behouden blijven: monitoren, screenen, signaleren, inschatten zorgbehoefte en tijdig hulp inschakelen.
- Taken die versterkt worden: versterken eigen kracht van ouders en jongeren, normaliseren, samenwerken, toeleiden naar zorg en adviseren ten behoeve van collectieve maatregelen.

Wat betreft de taken tijdig hulp inschakelen en toeleiden naar zorg, zal in de Wpg worden opgenomen dat de jeugdgezondheidszorg niet alleen doorverwijst, maar ook zo nodig jeugdigen/ouders motiveert om gebruik te maken van zorg. Omdat de gezondheidszorg voor jongeren vanaf 14 jaar naar de mening van de staatssecretaris onvoldoende in beeld komt, zal er vanuit de jeugdgezondheidszorg een structureel aanbod voor deze jongeren dienen te worden gedaan. Inzake de taak 'samenwerken', kan nog worden opgemerkt dat deze taak betrekking heeft op de samenwerking van jeugdgezondheidszorg met de ketenpartners voorschoolse vorming, onderwijs en jeugdhulpverlening. De staatssecretaris wijst in dit verband op het belang van een goede samenwerking van de jeugdgezondheidszorg met de CJG's op het gebied van de jeugdgezondheidszorg en de opvoed- en opgroei-ondersteuning [O&O] (Ministerie van VWS, 2013). De jeugdgezondheidszorg is een van de basisvoorzieningen van het CJG (Hermans & Pijpers, 2012).

Gemeenten dienen voor 2015 te beslissen of ze uitsluitend het basispakket jeugdgezondheidszorg aanbieden of dat naast het basispakket aanvullende jeugdhulpvoorzieningen worden aangeboden, die zijn afgestemd op specifieke zorgsignalen van jeugdigen. De laatstgenoemde optie impliceert een verbreding van de expertise en competenties van JGZ-professionals (Kouijzer, Kiewik & Mikulic, 2013).

1.4. Regio Brabant-Zuidoost

De Jeugdwet verplicht gemeenten om voor de onderdelen jeugdbescherming, jeugd-reclassering, gesloten jeugdzorg, een advies- en meldpunt Huiselijk Geweld en Kindermishandeling en de Kindertelefoon te komen tot bovenlokale samenwerking. Het staat gemeenten

vrij om ook voor andere onderdelen van de jeugdhulp (sub)regionaal samen te werken. De regio Brabant-Zuidoost kent het Samenwerkingsverband Regio Eindhoven [SRE], waarin 21 gemeenten samenwerken, onder andere op het gebied van jeugdbeleid. Brabant-Zuidoost kent verder twee subregionale samenwerkingsverbanden, namelijk het samenwerkingsverband De Kempen en het samenwerkingsverband De Peel. Op 27 november 2013 hebben de 21 SRE-gemeenten een bestuursovereenkomst ‘Eerste stap transitie jeugdzorg Zuidoost-Brabant’ afgesloten, waarin is bepaald dat de gemeenten versneld, namelijk reeds per 1 januari 2014, bevoegdheden en verantwoordelijkheden voor de enkelvoudige ambulante jeugdzorg, dus jeugdzorg die in gezinnen in de thuissituatie van ouders en kinderen wordt geboden, van de provincie Noord-Brabant overnemen (SRE, 2013a). Door deze versnellingsoperatie willen de 21 gemeenten leren en verbeteren vanuit de praktijk en zodoende beter voorbereid zijn op de per 1 januari 2015 in werking tredende Jeugdwet.

In de beleidsnotitie van het SRE ‘21 voor de jeugd’ wordt aangegeven dat alle deelnemende gemeenten in het kader van de Jeugdwet gaan werken met generalistische teams (SRE, 2013b). De mate waarin nog specialistische jeugdzorg zal moeten worden ingekocht is afhankelijk van de lokale invulling van de generalistische professional.

In beleidsnotities van het SRE en subregio De Peel wordt in een basismodel de inrichting van de beoogde nieuwe jeugdhulpverlening beschreven aan de hand van een piramidemodel (zie bijlage 1) (SRE, 2012, p. 7; Gemeente Helmond, 2012, p. 11). Aan de basis van de piramide bevindt zich de pedagogische civil society. Op het tweede niveau van de piramide bevinden zich de basisvoorzieningen zoals bijvoorbeeld het kinderdagverblijf, de peuterspeelzaal, de buitenschoolse opvang, de huisarts en de jeugd&jongerenwerker. Op het derde niveau bevindt zich de O&O-professional, die als het aanspreekpunt voor en de schakel naar alle jeugdhulp fungeert. De O&O-er informeert, adviseert en ondersteunt zowel opvoeders als opgroeiërs op het eerste en tweede niveau bij veel voorkomende opvoed- en opgroevragen. Het is de bedoeling dat de O&O-er zelf, samen met de jeugdige en het gezin, enkelvoudige problemen oppakt. Indien er sprake is van meervoudige problemen schakelt de O&O-er direct de Jeugd- en Gezinswerker [J&G-er] in. Verder kan men bij de O&O-er terecht voor vragen over het lokale hulpverleningsaanbod. Deze professional opereert vooral preventief teneinde zwaardere problemen en/of duurdere zorg te voorkomen. De O&O-er is geen nieuwe professional, maar een professional die nu ook al een informatie- en adviestaak heeft. Er is wel sprake van een taakverscherping van deze professional, vanwege de nieuwe focus op normaliseren en

ontzorgen, de integrale aanpak aan de voorkant en het verlenen van jeugdhulp dichtbij de jeugdige en zijn gezin. Op het vierde niveau bevindt zich de belangrijkste vernieuwing van het nieuwe inrichtingsmodel, namelijk de J&G-er. Deze professional ondersteunt jongeren en/of hun gezinnen met meervoudige problemen. Samen met het gezin maakt de J&G-er een plan, activeert en benut zoveel mogelijk het sociale netwerk en collectieve voorzieningen. Zo nodig schakelt de J&G-er specialisten in. Zowel de J&G-er als de O&O-er is werkzaam in een vast werkgebied. Beide professionals zijn gemandateerd om bepaalde, nu nog geïndiceerde, vormen van jeugdzorg zonder indicatie in te zetten. Zeer dure en ingrijpende vormen van jeugdzorg kunnen alleen na overleg met en/of goedkeuring van experts worden ingeschakeld. Deze experts maken deel uit van een expertpool (zie bijlage 1), die onder rechtstreekse aansturing van de gemeente staat. In de top van de piramide bevindt zich de residentiële jeugdzorg.

Een aandachtspunt in de diverse beleidsdocumenten van de (sub)regionale samenwerkingsverbanden is het vraaggericht werken. In de beleidsnotitie ‘21 voor de jeugd’ wordt gesteld dat de jeugdige en het gezin centraal dienen te staan in de hulpverlening (SRE, 2013b). In een beleidsnotitie van subregio De Peel wordt aangegeven dat ondersteuning van de jeugdige en het gezin vraaggericht is en in een beleidsnotitie van subregio De Kempen wordt expliciet gesteld dat de Jeugdwet een “omslag van aanbodgericht naar vraaggericht werken” vergt (Gemeente Helmond, 2012; Gemeente Eersel, 2013, p. 18).

De gemeente Eindhoven neemt in Brabant-Zuidoost een aparte positie in. In het zogenaamde WIJ-programma wordt aangegeven dat in Eindhoven geen afzonderlijke transformatie van het jeugddomein wordt beoogd, maar wordt gestreefd naar een systeeminnovatie van het gehele sociale domein (Gemeente Eindhoven, 2012; Briels & Kok, 2014). Op grond hiervan zal niet nader worden ingegaan op het beleid van de gemeente Eindhoven.

1.5. GGD Brabant-Zuidoost

De GGD-BZO is een regionaal samenwerkingsverband van 21 gemeenten van het SRE. In diverse gemeenten is de GGD-BZO een belangrijke partner in het aanbieden van jeugdzorg in het kader van de hiervoor genoemde versnellingsoperatie (SRE, 2013b). De GGD-BZO heeft in het rapport ‘Op weg naar een gezonder Brabant-Zuidoost’ de implicaties geschetst voor de JGZ van de veranderingen in de jeugdhulpsector als gevolg van de Jeugdwet (GGD-BZO, 2011). Aangegeven wordt dat de GGD-BZO in het kader van het nieuwe jeugdbeleid van de

gemeenten goed wil aansluiten op de partners binnen dit beleid. De jeugdgezondheidszorg die de GGD-BZO hierbij voor ogen staat voldoet aan de volgende kenmerken:

- Aandacht voor álle kinderen
- Extra aandacht voor jeugd met een risico
- Meer normaliseren van kind en gezin

De regio Brabant-Zuidoost kent wat betreft de jeugdgezondheidszorg een tweeledige structuur. De jeugdgezondheidszorg voor de leeftijdscategorie 0-4 jaar wordt vanuit consultatiebureaus verleend door de instellingen Zuidzorg en Zorgboog. De jeugdgezondheidszorg voor de leeftijdscategorie 4-19 jaar wordt verleend door de afdeling jeugdgezondheidszorg van de GGD-BZO.

1.6. De jeugdprofessional conform de Jeugdwet

In diverse beleidsdocumenten en in de literatuur wordt aangegeven dat nieuwe eisen worden gesteld aan de professional die conform de Jeugdwet gaat werken. Voor dit onderzoek zijn een drietal punten van belang.

Het eerste punt is dat de professional zich (meer) realiseert dat de positie van de cliënt centraal dient te staan in het hulpverleningsproces. Wouters (2013) wijst er in dit verband op dat er door jeugdprofessionals nog regelmatig wordt ingezet op de behoefte van de professional zelf en niet wordt gedacht vanuit het gezin. Zuidema (2012, p. 16) stelt in dit verband dat “de vraag van de klant leidend (dient te zijn) en niet de professionele diagnose...”.

Het tweede punt is dat de professional zich (meer) bewust moet zijn van de eigen kracht van de cliënt. Dit bewustzijn impliceert dat de professional zich realiseert dat niet langer hij/zij de regie over het hulpverleningsproces voert, maar dat de regie in handen komt te liggen van de cliënt. In een beleidsnotitie van subregio De Peel wordt in dit verband opgemerkt dat professionals in de jeugdsector gericht dienen te zijn op ondersteunen in plaats van het overnemen van problemen en Wouters (2013) geeft aan dat de cliënt eigenaar dient te zijn van de oplossing van zijn eigen problemen.

Het derde punt is dat de jeugdprofessional als generalist (meer) open dient te staan voor en gericht moet zijn op samenwerking met andere professionals binnen en buiten de jeugdsector (SRE, 2012; 2013b; Gemeente Helmond, 2012). Van Delden en De Kleermaker (2012) voegen hieraan nog toe dat de nieuwe jeugdprofessional in belangrijke mate opereert in netwerken en dat een dergelijke netwerkprofessional een op samenwerking met andere professionals binnen het netwerk gerichte attitude dient te hebben.

De drie hiervoor aangegeven veranderingen in het denkkader van de jeugdprofessional worden in het volgende hoofdstuk, in het kader van de cultuurverandering in de jeugdsector, nader geanalyseerd.

2. Theoretisch kader

2.1. Inleiding

Zoals in hoofdstuk 1 al is aangegeven, gaat het bij de Jeugdwet niet alleen om een transitie maar ook om een transformatie. In dit hoofdstuk gaat het om het theoretische kader van de transformatie, de inhoudelijke vernieuwing van de jeugdsector (jeugdhulp/jeugdgezondheidszorg). De regering spreekt in dit verband van een noodzakelijke ‘cultuuromslag’ (Ministerie van VWS, 2012b, p. 3). In zijn dissertatie stelt Straathof (2009, p. 90) dat “een gerichte (=gestuurde) overgang naar een nieuwe cultuur kan worden aangeduid met de term ‘transformatie’”, namelijk de overgang naar een nieuwe cultuurformatie. Indien er inderdaad sprake is van een cultuuromslag, staan de instellingen in de jeugdsector aan de vooravond van ingrijpende wijzigingen van de cultuur van hun organisaties.

In dit onderzoek speelt de cultuurverandering in de jeugdsector als gevolg van de Jeugdwet een belangrijke rol. Om deze cultuurverandering te kunnen beschrijven zullen in dit hoofdstuk eerst een drietal cultuurtheorieën worden beschreven. Op basis van deze analyse wordt vervolgens overgegaan tot de bespreking van de cultuurverandering in de jeugdsector. Hierbij zal het dan met name gaan over de veranderingen in de werkwijze van en de potentiële spanningsvelden voor professionals in de jeugd(gezondheids)zorg als gevolg van de nieuwe werkwijze.

2.2. Cultuurtheorieën

Straathof (2009) onderscheidt ten aanzien van de analyse van organisatieculturen twee hoofdstromingen, namelijk de antropologische school, met als belangrijke representant Hofstede, en de voor deze thesis meest relevante stroming, de managementschool, met als representanten Schein en Straathof. De antropologische stroming beperkt zich hoofdzakelijk tot de (comparatieve) beschrijving van culturen en staat uitermate sceptisch ten aanzien van de mogelijkheid om organisatieculturen te beïnvloeden. De managementschool richt het onderzoek vooral op wegen om organisatieculturen te veranderen en sluit daarmee goed aan bij het onderwerp van deze thesis. Hierna zal eerst de cultuurtheorie van Hofstede, worden besproken. Daarna worden achtereenvolgens de cultuurtheorieën van Schein en Straathof, besproken.

2.2.1. Cultuurtheorie van Hofstede

Hoewel de cultuurtheorie van Hofstede zich niet uitstrekt tot cultuurverandering, is het toch van belang om een korte schets van deze theorie te geven. De hierna volgende theorieën van Schein en Straathof hebben namelijk een vergelijkbare structuur als de theorie van Hofstede: er worden verschillende cultuurlagen onderscheiden en wordt een onderscheid gemaakt tussen zichtbare en onzichtbare cultuurcomponenten (Hofstede & Hofstede, 2005). De buitenste laag betreft *symbolen*, zoals bijvoorbeeld het woordgebruik (jargon) en de huisstijl. Een laag dieper bevinden zich de *helden* van de organisatie van een organisatiecultuur, de rolmodellen die in de organisatie worden nagevolgd. Nog een laag dieper treffen we de *rituelen* aan, dat zijn collectieve activiteiten die in specifieke situaties, zoals bijvoorbeeld bij jubilea, worden ondernomen. De drie buitenste lagen vormen de uiterlijke, zichtbare verschijningsvorm van een organisatiecultuur. Het belangrijkste onderdeel, de kern van een organisatiecultuur wordt in de analyse van Hofstede gevormd door de binnenste laag, de *waarden*. Waarden zijn als zodanig niet waarneembaar, maar alleen door langdurige en gedetailleerde observatie af te leiden uit gedragspatronen. Waarden hebben betrekking op wenselijkheden waar in de regel onwenselijkheden tegenover staan en komen volgens Hofstede tot uitdrukking in de rituelen, helden en symbolen van een cultuur. Waarden als wenselijkheden komen duidelijk tot uitdrukking in de definitie die Rokeach (1973, p. 5) van waarden geeft, namelijk “A value is a enduring belief that a specific mode of conduct or end-state of existence is personally or socially preferable to an opposite or converse mode of conduct or end-state of existence”.

2.2.2. Cultuurtheorie van Schein

De Amerikaanse wetenschapper Schein is een vooraanstaand theoreticus op het gebied van cultuurverandering. Schein (1992; 2000) beschouwt cultuur als de ziel van een organisatie en onderscheidt drie cultuurniveaus in een organisatie, namelijk de *basisveronderstellingen* (‘basic underlying assumptions’), de *beleden waarden* (‘espoused values’) en de zogenaamde *artefacten*. De drie niveaus worden ook wel in de vorm van een ui-model weergegeven (Hilhorst & Van Reusel, z.j.). Hierbij stelt elke ring van de ui een niveau voor. Aan de buitenkant van de ui bevindt zich de ring die de artefacten of uiterlijkheden weergeeft. Dit zijn zich aan de oppervlakte manifesterende uitingen van een organisatie, zoals bijvoorbeeld bedrijfskleding, leiderschapsstijlen en interieur. Deze uiterlijkheden zijn in de visie van Schein relatief makkelijk te veranderen. Naarmate het om meer naar binnen gelegen ringen gaat, is verandering moeizamer. Diepgeworteld in de kern van de ui bevinden zich de basisveronderstellingen en vlak daaromheen de waarden. De basisveronderstellingen zijn de

gedachten, onbewuste en aangenomen overtuigingen binnen een organisatie. De basisveronderstellingen gaan als het ware over 'hoe de wereld in elkaar zit' volgens de leden van een organisatie en vloeien voort uit ervaringen en percepties. De aanwezige leden van een organisatie dragen de basisveronderstellingen over op nieuwe leden. De leden van een organisatie leren de basisassumpties in hun streven naar externe adaptie en interne integratie. De basisveronderstellingen vormen het fundament van de binnen een organisatie beleden waarden ('espoused values'), die in het ui-model worden weergegeven door de tweede ring. De beleden waarden van een organisatie kunnen betrekking hebben op bijvoorbeeld kwaliteit, collegialiteit en transparantie. In de visie van Schein dienen managers door middel van inventarisatie van de artefacten en de beleden waarden zich bewust te worden van de basisveronderstellingen binnen hun organisatie. Deze bewustwording is een voorwaarde voor een effectieve verandering van een organisatiecultuur.

2.2.3. *Cultuurtheorie van Straathof*

Omdat het thema van de dissertatie van Straathof de analyse van cultuurverandering bij organisaties in de private en de publieke sector is, baseert hij zich op de managementschool en dan vooral op de theorie van Schein. Straathof past de theorie van Schein op twee punten aan. In de eerste plaats zijn volgens Straathof niet alle artefacten van belang. Daarom beperkt hij zijn analyse tot het gedrag. In de tweede plaats is in de visie van Straathof cultuurverandering een groepsdynamisch proces. Op grond hiervan introduceert hij een nieuw onderdeel, namelijk de onderlinge betrekkingen tussen de leden van een organisatie. In de theorie van Straathof is een organisatiecultuur samengesteld uit drie componenten, namelijk gedrag, onderlinge betrekkingen en mindset (Straathof, 2009). Deze onderdelen zijn ingebed in een omgeving. De eerste twee onderdelen zijn de zichtbare componenten van cultuur, terwijl het laatste onderdeel de onzichtbare, de 'ondergrondse', component is (Straathof, 2009, p. 64). Van buitenaf vindt de eerste confrontatie met een organisatiecultuur plaats met het *gedrag* van de leden een organisatie. Bij het gedrag in een organisatie gaat het om herhaald groepsgedrag, dat wil zeggen hetzelfde samenhangend gedrag van meerdere personen. Het gedrag kan worden samengevat in het adagium 'zo doen wij dat hier'. Omdat het gedrag van de individuen/groepen in een organisatie voor een groot deel bestaat uit nauwelijks bewuste onderling gerelateerde gewoonten, is gedragsverandering een moeizame aangelegenheid. Het gedrag in een organisatie is verankerd in de mindset van de leden van de organisatie. De als zodanig onzichtbare *mindset* wordt gevormd door de overtuigingen en waarden binnen een organisatie. Overtuigingen hebben betrekking op de wijze waarop men de

werkelijkheid opvat en zijn bepalend voor het gedrag. In de opvatting van Straathof “fungeren overtuigingen als kleine theorieën over aspecten of onderdelen van de werkelijkheid” (Straathof, 2009, p. 66). Waarden hebben betrekking op wat men in een organisatie belangrijk vindt. Als voorbeeld noemt Straathof (2009) dat de lange reactietermijnen bij veel overheidsinstanties niet het gevolg zijn van het feit dat ambtenaren bewust hierop aansturen, maar voortvloeien uit de wenselijkheid (waarde) om zorgvuldig te zijn. De redenen die worden aangegeven voor het belang van waarden zijn gebaseerd op, veelal diepgewortelde, overtuigingen. In het algemeen hebben waarden een duurzaam karakter en stellen individuen in staat om bepaald gedrag te prefereren boven ander gedrag en het gedrag van henzelf en anderen te begrijpen en positief of negatief te waarderen. De mindset vormt in de theorie van Straathof de kern van de organisatiecultuur, omdat overtuigingen en waarden de basis vormen van de wijze waarop men met de werkelijkheid omgaat. Het derde onderdeel van een organisatiecultuur wordt gevormd door de *onderlinge betrekkingen* tussen de leden van een organisatie; Straathof (2009, p. 68) spreekt in dit verband van een “groepsarena”. Deze groepsdynamische component is het regulerende onderdeel van cultuur.

Samenvattend kan worden gesteld dat volgens Straathof (2009) de organisatiecultuur een kenmerk is van een werkgemeenschap van mensen, die bestaat uit een samenhangend geheel van overtuigingen en waarden, onderlinge betrekkingen en gedragingen. In het verdere onderzoek zal, in plaats van de term ‘mindset’ van Straathof, de term ‘denkkader’ worden gebruikt.

2.3. De cultuurverandering jeugdsector

In deze paragraaf zullen, op basis van de cultuurtheorie van Straathof, de nieuwe eisen aan de jeugdprofessional zoals die in paragraaf 1.4 zijn aangegeven, nader worden geanalyseerd. Hierbij gaat het dan om de cultuurcomponenten, denkkader en gedrag. In het onderzoek van deze thesis staan de veranderingen in de werkwijze van JGZ-verpleegkundigen en de hiermee gepaard gaande potentiële spanningsvelden centraal. De veranderingen in de werkwijze betreffen de zichtbare cultuurcomponent gedrag. Voorafgaand aan de veranderingen in de werkwijze voltrekken zich eerst wijzigingen in het denkkader van de jeugdprofessional. De potentiële spanningsvelden spelen zich primair af in het denkkader van de jeugdprofessional en zullen secundair resulteren in gedragsveranderingen.

Veel veranderkundigen huldigen de opvatting dat “change begins in the minds of the people”.(Haimé, 2011, p. 88). Daarom start deze paragraaf met de veranderingen in het

denkkader van de jeugdprofessional. De drie punten inzake het denkkader van de jeugdprofessional, zoals aangegeven in paragraaf 1.5, zullen hierna achtereenvolgens worden besproken.

Het eerste punt geeft aan dat in de nieuwe constellatie niet het beschikbare aanbod de oplossingsrichting van de hulpverlening bepaalt, maar dat de jeugdige/ouders met hun problemen, mogelijkheden en zorgvraag centraal staan (Van der Steege, 2003). Migchielsen en De Kleermaeker (2012) stellen dat er sprake is van een omwenteling van aanbodgericht werken naar vraaggericht werken, ofwel zoals Giltay Veth (2009, p. 1) treffend zegt een overgang van “wat kan ik voor u doen?” naar ‘hoe gaat het met u?’ Wouters (2013, p. 62) geeft in dit verband de volgende illustratieve uitspraak van Eric Idema, jeugdarts bij GGD Hollands Midden weer:

“Mijn opdracht is vindbaar en bereikbaar zijn. Mensen kennen de jeugdgezondheidszorg vooral van haar aanbodgerichte kant. Eens in de zoveel jaar krijgt men een uitnodiging van de jeugdarts of jeugdverpleegkundige. Dat maakt deel uit van ons (wettelijk) verplichte preventie-aanbod. Veel mensen weten echter niet dat ze bij ons terecht kunnen op het moment dat ze zelf een vraag hebben. Dit geldt vooral voor ouders met schoolgaande kinderen en jongeren zelf. Daarnaast zie ik het als mijn opdracht om te bereiken dat ouders mij zien als een professional waar je met je vraag naar toe kan. Dit betekent dat ze op de hoogte zijn van de thema’s waarop ze ons kunnen bevragen en dat ze zich gesteund voelen en niet betutteld of beoordeeld. Te vaak wordt het consultatiebureau nog het consternatiebureau genoemd, pijnlijk voor ons als werkers in dit veld.”

Migchielsen en De Kleermaeker (2012) wijzen tevens op de beperkingen van vraaggerichte hulp omdat cliënten vaak geholpen moeten worden met het ontdekken van hun ondersteuningsbehoefte (vraag achter de vraag). Noom en De Winter (2011) geven aan dat in plaats van vraaggerichte hulp beter kan worden gesproken van dialooggerichte hulp. Omdat professionals en cliënten veelal een verschillende achtergrond hebben, vereist een dergelijke benadering dat professionals met cliënten een dialoog over opvoedwaarden kunnen aangaan, zonder de inzet van cliënten als niet-deskundig te diskwalificeren. Het uitgangspunt van een dialooggerichte benadering dient te zijn dat ouders expert zijn als het om hun eigen kind gaat.

Het tweede punt betreft de ‘eigen kracht’, van de jeugdige/ouders en hun sociale omgeving (RMO, 2011). Van Haitsema en Möhle (2013) wijzen er op dat dit concept twee elementen bevat. Het eerste element heeft betrekking op de mate waarin jeugdige/ouders in

staat zijn om zelf, zonder steun van professionals, hun problemen op te lossen. Het tweede element -en hierover gaat het tweede punt- betreft het behouden van de regie van jeugdige/ ouders over de wijze waarop ondersteuning of hulp wordt georganiseerd. In de nieuwe constellatie ziet de professional zijn/haar rol primair als ondersteunend/helpend en niet meer als sturend/bepalend. De professional richt zich primair op versterking van de eigen kracht en eigen regie van de cliënt en zijn sociale omgeving. De regie van een gezinsplan van de ondersteuning/hulp ligt bij de cliënt.

Wat het derde punt betreft, geldt dat in het nieuwe denkkader de professional er van overtuigd is dat een effectieve dienstverlening een integrale benadering vereist. Vertaald naar het gedrag, dat wil zeggen de werkwijze, van de generalistische professional, betekent dit dat deze professional het noodzakelijk acht om niet alleen samen te werken met andere professionals binnen het jeugddomein zoals bijvoorbeeld het onderwijs, maar ook met professionals van andere domeinen zoals bijvoorbeeld de arbeidsmarkt, financiën of huisvesting. Een belangrijke implicatie van de samenwerking met andere professionals is dat een ondersteuning/behandeling niet meer noodzakelijk hoeft te leiden tot het maximale resultaat dat vanuit het eigen vakgebied mogelijk is, maar dat in plaats daarvan moet worden gestreefd naar het optimale resultaat van de gezamenlijke professionals.

Scholte, Spinkhuizen & Uithof (2012) duiden de nieuwe professional aan als een 'domeingeneralist'. De huisarts geldt in het domein van de gezondheidszorg als generalist. Een generalist in het jeugddomein wordt geacht in zijn analyse ook aanpalende domeinen zoals bijvoorbeeld huisvesting, arbeidsmarkt en financiën, voor zover het problemen/vragen van cliënten betreft, in zijn/haar analyse mee te nemen. De CJG-functionaris wordt beschouwd als generalist in het domein jeugdhulp. Deze eerstelijns professional is een professional met een brede, maar niet noodzakelijk diepgaande, kennis van een heel vakgebied. Indien nodig schakelt deze generalistische professional een specialist -een professional met een specifieke diepgaande kennis van een beperkt vakgebied- in. De specialist is dienstverlenend aan de generalist. Wanneer de specialist zijn interventie heeft voltooid, neemt hij afscheid van de cliënt. De generalist daarentegen blijft ook na de interventie van de specialist bij zijn cliënt betrokken. De drie besproken veranderingen in het denkkader komen in tweede instantie tot uitdrukking in een verandering van het gedrag van de professional, namelijk in een generalistische, vraaggerichte werkwijze, waarin de eigen kracht/regie van de cliënt en zijn sociale omgeving centraal staat.

De drie hiervoor besproken punten zijn in tabel 1 gecomprimeerd weergegeven.

Tabel 1. Veranderingen in denkkader professionals jeugdsector

<i>Traditioneel</i>	<i>Nieuw</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Professional weet wat goed is voor cliënt • Oriëntatie op sturing/bepaling • Vakgerichte oriëntatie 	<ul style="list-style-type: none"> • Cliënt weet zelf wat goed is voor hem/haar • Oriëntatie op ondersteuning/hulp • Generalistische oriëntatie

Van belang is nog op te merken dat de veranderingen in de werkwijze de professionele autonomie kan inperken. Bij de professionele autonomie gaat het vooral om de eigenstandige inschattingruimte en de discretionaire handelingsruimte van de professional (Van Yperen, 2010). De professionele autonomie kan door de Jeugdwet in het gedrang komen, omdat in het denkkader van de jeugdprofessional de vraag rijst in welke mate de eigen professionele autonomie nog geldt, indien de professional zich vooral dient te richten op de hulpvraag van de jeugdige en zijn/haar sociale netwerk. De professionele autonomie kan ook in het gedrang komen doordat de professional in het kader van het generalistisch werken rekening moet gaan houden met het jeugddomein overstijgende probleemgebieden.

De generalistische werkwijze en de vraaggerichte werkwijze zijn als zodanig eigenstandige concepten. Hierna zal om twee redenen het koppelbegrip generalistisch, vraaggericht werken worden gehanteerd. In de eerste plaats dient de professional, zoals in paragraaf 1.6 al is vermeld, zowel generalistisch als vraaggericht te gaan werken. In de tweede plaats kunnen generalistisch werken en vraaggericht werken in het kader van effectieve jeugdhulpverlening als complementaire werkwijzen worden beschouwd. Bij een vraaggerichte werkwijze staan de problemen van de cliënt centraal. Deze problemen strekken zich vaak uit tot domeinen buiten het strikte domein van de jeugd(gezondheids)zorg, zoals bijvoorbeeld het onderwijs. Effectieve vraaggerichte jeugdhulpverlening vereist dus dat de jeugdprofessional niet alleen beschikt over domein specifieke kennis en vaardigheden, maar ook over (basis)kennis van het jeugddomein overstijgende probleemgebieden.

2.4. Spanningsvelden voor de professional

In de vorige paragraaf zijn in eerste instantie de in tabel 1 weergegeven veranderingen in het denkkader besproken, die als gevolg van de Jeugdwet optreden. Deze veranderingen in het denkkader, in termen van Straathof (2009) een ‘onzichtbare’ cultuurcomponent, bewerk-

stellen op hun beurt veranderingen in de zichtbare cultuurcomponent, namelijk het gedrag, de werkwijze van professional in de jeugdsector. In deze paragraaf worden een tweetal potentiële spanningsvelden besproken die als gevolg van het generalistisch, vraaggericht werken in de jeugdsector kunnen optreden. Voorafgaand aan de bespreking van de twee spanningsvelden is het van belang er op te wijzen dat de door jeugdprofessionals in te zetten interventies ‘practice-based’ dan wel ‘evidence-based’ kunnen zijn. ‘Evidence-based’ interventies zijn interventies waarvan de effectiviteit op basis van (empirisch) wetenschappelijk onderzoek is aangetoond (Van Yperen, 2010). Een bekende ‘evidence-based’ interventie in de jeugdgezondheidszorg, die ook door de GGD-BZO wordt toegepast, is Triple P (P=Positief Pedagogisch Programma). ‘Practice-based’ interventies zijn interventies die niet zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek, maar op persoonlijke of gecollectiveerde praktijkervaring. De beide spanningsvelden vloeien voort uit de overgang die de jeugdprofessional wordt geacht te maken naar generalistisch, vraaggericht werken. De generalistische werkwijze kan met zich meebrengen dat ‘practice based’ respectievelijk ‘evidence-based’ interventies niet meer volledig tot hun recht komen, omdat in de visie, het denkkader, van de professional het maximale resultaat van het eigen vakgebied door de inbreng van andere domeinen niet meer kan worden gerealiseerd. De vraaggerichte werkwijze kan tot gevolg hebben dat de professional zich genoodzaakt ziet om in plaats van ‘practice-based’ respectievelijk ‘evidence-based’ interventies andere door de cliënt gewenste niet effectieve of contraproductieve interventies toe te passen of wordt geconfronteerd met een keuze van de cliënt voor non-interventie in een situatie waarin hij/zij interventie wel geboden acht. Bij beide spanningsvelden wordt de jeugdprofessional geconfronteerd met een afweging tussen de generalistische, vraaggerichte oriëntatie enerzijds en de professionele autonomie anderzijds. In termen van de cultuurtheorie van Straathof is de te onderzoeken vraag welke veranderingen in de cultuurcomponent gedrag de potentiële spanningsvelden in het denkkader van de jeugdprofessional met zich meebrengen.

Het eerste spanningsveld doet zich voor in geval van ‘practice-based’ interventies. Wat betreft het *vraaggerichte werken* is sprake van een situatie waarin de cliënt een bepaalde interventie wenst, waarvan de professional op basis van zijn praktijkervaring (‘practice-based evidence’) weet dat deze interventie niet effectief is, of zelfs tot negatieve resultaten leidt. De spanning treedt ook op in een situatie waarin de cliënt niet wenst mee te werken aan een interventie die de professional op basis van zijn praktijkervaring effectief acht.

Het tweede spanningsveld doet zich voor in geval van ‘evidence-based’ interventies. Wat betreft het *vraaggerichte werken* is sprake van een situatie waarin de cliënt een bepaalde interventie wenst, waarvan de professional op basis van ‘evidence-based practice’ weet dat deze interventie niet effectief is, of zelfs tot negatieve resultaten leidt. De tweede spanning treedt ook op in een situatie waarin de cliënt niet wenst mee te werken aan een interventie die de professional op basis van ‘evidence-based practice’ effectief acht. De professional heeft nu, anders als bij het eerste spanningsveld, wel een ‘evidence-based’ interventie ter beschikking. Zoals al eerder is opgemerkt is bij dit tweede spanningsveld ook de professionele autonomie aan de orde, maar valt deze autonomie hier samen met de opvatting van de professional inzake ‘evidence-based’ interventies. De eigen inschattingsruimte en de discretionaire handelingsruimte zijn bij de strak geprotocolleerde ‘evidence-based’ interventies minder aan de orde dan bij ‘practice-based’ interventies.

Met betrekking tot het *generalistisch werken* kunnen beide spanningsvelden zich voordoen omdat niet meer het maximale resultaat van ‘practice-based’ respectievelijk ‘evidence-based’ interventies van het eigen vakgebied kan worden gerealiseerd

Van belang is nog te vermelden dat de effectiviteit van interventies niet alleen afhankelijk is van specifiek werkzame factoren, maar dat ook algemeen werkzame factoren van belang zijn. Deze laatstgenoemde factoren betreffen de algemene basismethodiek van kwalitatief goede hulpverlening. Deze factoren betreffen zowel het organisatorisch kader waarin de professional opereert (bijvoorbeeld de mate van coaching en de veiligheid van de professional) als de algemene kwaliteiten van de professional zelf (bijvoorbeeld het vermogen om systematisch te werken en het vermogen om een goede cliënt-professional relatie en motivering/activering van cliënten tot stand te brengen). De algemene werkzame factoren vormen de basis van een interventie en staan dus los van de specifieke interventie (Van Yperen, 2010).

Beide spanningsvelden spelen voornamelijk op het niveau van de algemeen werkzame factoren. Bij deze factoren blijkt vooral de kwaliteit van de relatie tussen professional en cliënt belangrijk te zijn (Lambert, 1992, Van Yperen, 2010). Bij deze relatie kan een onderscheid worden gemaakt tussen factoren van de cliënt en factoren van de professional. Wat de factoren van de cliënt betreft, zijn vooral de motivatie en de verwachtingen van de cliënt van belang (Van Yperen, 2010). Met betrekking tot de factoren van de professional geldt dat bij beide spanningsvelden de vraaggerichte houding van de professional aan de orde is. In dit

verband is de visie van Metselaar (2011) relevant, die inhoudt dat er sprake dient te zijn van een gedeelde verantwoordelijkheid van professional en cliënt en de inbreng van wederzijdse deskundigheid. Zowel de professional als de cliënt dragen ieder vanuit hun eigen expertise bij aan het proces van zorgverlening, te weten de professionele expertise van de zorgverlener en de ervaringsdeskundigheid van de cliënt. De gedeelde verantwoordelijkheid is de implicatie van een hoge mate van participatie van de cliënt in het zorgverleningsproces. Metselaar (2011) komt op basis hiervan tot de conclusie dat de professional alleen belang heeft bij specifieke interventies die consistent zijn met algemeen werkzame factoren en die overeenkomen met de opvattingen en mogelijkheden van de cliënt en zijn verwachtingen van de zorgverlening. De professionele expertise dient zich daarom niet tot de inzet van specifieke interventies te beperken, maar ook rekening te houden met de algemeen werkzame factoren zoals het tot stand brengen van een goede zorgverleningsrelatie met de cliënt.

3. Probleemstelling/vraagstelling

3.1. Probleemstelling

De transformatie van de jeugdsector in het kader van de Jeugdwet brengt voor JGZ-verpleegkundigen een aantal veranderingen in de werkwijze met zich mee. Deze veranderingen kunnen op hun beurt aanleiding vormen tot spanningsvelden voor JGZ-verpleegkundigen. Bij de spanningsvelden kunnen de professionele autonomie en expertise in het geding komen. In deze thesis worden de veranderingen in de werkwijze van JGZ-verpleegkundigen en een tweetal spanningsvelden, die zijn beschreven in paragraaf 2.4, geanalyseerd.

De doelstelling van deze thesis is het verschaffen van inzicht in de veranderingen die JGZ-verpleegkundigen van de GGD-BZO ervaren/verwachten als gevolg de cultuurverandering in het kader van de Jeugdwet en de wijze waarop de verpleegkundigen met de veranderingen omgaan. Dit inzicht is van belang omdat het een noodzakelijke voorwaarde vormt voor een succesvolle transformatie van de jeugdgezondheidszorg in Brabant-Zuidoost.

Van belang is nog er op te wijzen dat het onderzoek in deze thesis betrekking heeft op cultuurverandering in het jeugddomein, die nog niet volledig is gerealiseerd. Zuidema (2012) merkt in dit verband op dat de transformatie van de jeugdhulpverlening zich nog in sterke mate op visieniveau bevindt.

Wat betreft het in dit onderzoek gehanteerde onderscheid tussen ervaringen en verwachtingen van JGZ-verpleegkundigen kan nog het volgende worden opgemerkt. Zoals is subparagraaf 1.4 is vermeld, heeft de regio Brabant-Zuidoost besloten om de Jeugdwet al vanaf 2014 gedeeltelijk, namelijk wat betreft de enkelvoudige ambulante jeugdzorg, te laten ingaan. Hoewel aan het begin van de periode waarin het onderzoek plaatsvond, van het jaar 2014 nog slechts een kwartaal was verstreken, is denkbaar dat de JGZ-verpleegkundigen van de GGD-BZO toch al ervaring hebben opgedaan met het werken volgens de Jeugdwet. In zoverre dat nog niet het geval is, strekt het onderzoek zich noodzakelijkerwijze uit tot de verwachtingen van deze verpleegkundigen.

3.2. Vraagstelling

De vraagstelling voor het empirisch onderzoek vloeit primair voort uit de theoretische analyses in de paragrafen 2.3 en 2.4. In de eerstgenoemde paragraaf is aangegeven dat de cultuurverandering in de jeugd(gezondheids)zorg een aantal veranderingen in het denkkader

en vervolgens in het gedrag en de werkwijze van de JGZ-verpleegkundigen genereert. In paragraaf 2.4 zijn twee spanningsvelden aangegeven, die bij JGZ-verpleegkundigen wat betreft de professionele autonomie respectievelijk het ‘evidence-based’ werken kunnen ontstaan als gevolg van het generalistisch, vraaggericht werken en het werken vanuit de eigen kracht van de jeugdige/gezin. Bij de analyse van de veranderingen in de werkwijze van de JGZ-verpleegkundigen en de daaruit voortvloeiende spanningsvelden speelt de in subparagraaf 2.2.3 besproken cultuurtheorie van Straathof een essentiële rol. Van belang is namelijk na te gaan of de veranderingen in de werkwijze gebaseerd zijn op een intrinsieke overtuiging van de JGZ-verpleegkundigen, dit wil zeggen gebaseerd op wezenlijke veranderingen in de kerncomponent van de cultuur -het denkkader- of enkel worden geïmplementeerd omdat de Jeugdwet dat nu eenmaal vergt. In het eerstgenoemde geval zijn de gedragsveranderingen stevig verankerd in het denkkader van de JGZ-verpleegkundigen. In het laatstgenoemde geval worden de gedragsveranderingen enkel bewerkstelligd door veranderingen in de externe omgeving van de GGD-BZO en niet verankerd in het denkkader van de JGZ-verpleegkundigen. In de visie van Straathof en Van Dijk (2003) bestaat dan het risico van een terugverende cultuur in de richting van de oude cultuur.

De hoofdvraag van het onderzoek van deze masterthesis luidt:

Welke veranderingen ervaren/verwachten de JGZ-verpleegkundigen als gevolg van de cultuuromslag in het kader van de nieuwe Jeugdwet en hoe gaan zij hier mee om?

Op basis van de hoofdvraag worden de volgende deelvragen geformuleerd:

- 1. Welke veranderingen in de werkwijze ervaren/verwachten de JGZ-verpleegkundigen als gevolg van de overgang naar generalistisch, vraaggericht werken en hoe gaan zij hiermee om?*
- 2a. Ervaren/verwachten de JGZ-verpleegkundigen een spanningsveld tussen een generalistische, vraaggerichte beroepsuitoefening enerzijds en de professionele autonomie anderzijds en hoe gaan zij met dit spanningsveld om?*
- 2b. Ervaren/verwachten de JGZ-verpleegkundigen een spanningsveld tussen generalistisch, vraaggericht werken enerzijds en ‘evidence-based’ werken en anderzijds en hoe gaan zij met dit spanningsveld om?*

Als toelichting op de deelvragen kan nog het volgende worden opgemerkt. De hoofdvraag wordt ontleed in twee deelvragen. De eerste deelvraag heeft betrekking op veranderingen in de werkwijze van de JGZ-verpleegkundigen. De tweede deelvraag betreft een tweetal spanningsvelden, die als gevolg van de veranderingen in de werkwijze van de JGZ-verpleegkundigen kunnen optreden.

4. Onderzoeksopzet

In dit hoofdstuk staat de methodologische verantwoording van dit onderzoek centraal. Er wordt eerst ingegaan op het type onderzoek en de onderzoekspopulatie. In tweede instantie zullen de dataverzamelmethode en het type data-analyse aan bod komen.

4.1. Type onderzoek

Omdat in dit onderzoek de wijze waarop JGZ-verpleegkundigen omgaan met de cultuurverandering als gevolg van de Jeugdwet centraal staat, is gekozen voor een kwalitatieve case-study. In een kwalitatieve onderzoeksmethode kunnen menselijke betekenissen, verwachtingen en ervaringen met betrekking tot een sociaal probleem worden achterhaald op basis van interviews, focusgroepen, observaties en/of documentanalyse. Boeije (2005, p. 27) stelt in dit verband dat:

in kwalitatief onderzoek de vraagstelling zich richt op onderwerpen die te maken hebben met de wijze waarop mensen betekenis geven aan hun sociale omgeving en hoe ze zich op basis daarvan gedragen. Er worden onderzoeksmethoden gebruikt die het mogelijk maken om het onderwerp vanuit het perspectief van de onderzochte mensen te leren kennen met het doel om het te beschrijven en waar mogelijk te verklaren.

Van een casestudy is sprake indien onderzoek wordt verricht naar “een persoon, groep, locatie of situatie onder alledaagse omstandigheden” (Baarda, De Goede & Teunissen, p. 113).

Omdat de vernieuwingen in het kader van de cultuuromslag bij de GGD/Jeugdzorg, in casu de veranderingen in de denkkader van de JGZ-verpleegkundigen, zich (gedeeltelijk) in de toekomst zullen voltrekken en sprake is van relatief nieuwe ontwikkelingen, kan het onderzoek als exploratief worden aangemerkt (Boeije, 't Hart & Hox, 2009).

4.2. Populatie

Vanwege het verzoek van de GGD-BZO om het onderzoek te concentreren op de JGZ-verpleegkundigen, beperkt het onderzoek in deze thesis zich tot deze professionals.

Een tweede overweging om de populatie te beperken tot JGZ-verpleegkundigen, is gelegen in de visie van Wouters (2013), dat de professional een belangrijke positie inneemt in

het proces van cultuurverandering, omdat het de professional is die in contacten met cliënten feitelijk invulling geeft aan de opvatting van zijn organisatie over jeugdhulpverlening. De JGZ-verpleegkundigen zijn belangrijke actoren in het transformatieproces van het jeugddomein, omdat ze kunnen worden beschouwd als de dragers van de cultuurverandering. Het onderzoek is verricht onder een populatie van 45 JGZ-verpleegkundigen, verdeeld over vier verschillende teams van de JGZ-afdeling van de GGD-BZO. De teams zijn regionaal ingedeeld naar vier rayons.

4.3. Dataverzamelmethode

Er worden in het onderzoek van deze thesis twee methoden toegepast, namelijk focusgroepen en individuele interviews. In de focusgroepen en de interviews zijn dezelfde thema's aan de orde gekomen. Dat zijn de thema's die zijn vervat in de vraagstelling, namelijk de veranderingen in de werkwijze van de JGZ-verpleegkundigen als gevolg van het generalistische, vraaggerichte werken en de spanningsvelden met betrekking tot de professionele autonomie en 'evidence-based' werken. De deelnemers aan de focusgroepen waren JGZ-verpleegkundigen die voornamelijk vanuit CJG's opereren en enkele JGZ-verpleegkundigen die vanuit een andere constellatie werken, zoals een ZAT (bijvoorbeeld de verpleegkundigen, met als werkgebied de gemeente Eindhoven); in de ZAT's participeren naast JGZ-verpleegkundigen, professionals zoals bijvoorbeeld leerplichtambtenaren en medewerkers van Bureau Jeugdzorg. De vermelde thema's zijn besproken in de focusgroepen, waaraan in totaal 16 JGZ-verpleegkundigen hebben deelgenomen. Het aantal deelnemers was vanwege planning-technische redenen gering. Daarom is besloten om naast de focusgroepen nog een zestal individuele interviews af te nemen met verpleegkundigen die niet participeerden in de focusgroepen. De interviews bleken in de praktijk makkelijker te plannen. In totaal hebben dus 22 van de 45 JGZ-verpleegkundigen aan het onderzoek deelgenomen. De non-respons van ongeveer 50% kan in belangrijke mate worden verklaard door het feit dat de JGZ-verpleegkundigen allen in verschillende gemeenten werkzaam zijn en slechts zelden gezamenlijk op de locatie van de GGD-BZO in Eindhoven aanwezig zijn. Hierdoor was het voor relatief veel verpleegkundigen om planning-technische redenen moeilijk om beschikbaar te zijn voor de bijeenkomsten van de focusgroepen op de locatie in Eindhoven.

4.3.1. Focusgroepen

Er is in eerste instantie gekozen voor een onderzoek in de vorm van uitsluitend focusgroepen onder de JGZ-verpleegkundigen.

Focusgroepen zijn interviews met homogeen samengestelde groepen, waarbij bepaalde vooropgestelde thema's aan bod komen. De keuze voor focusgroepen is ingegeven door de overweging dat door de interactie tussen de participanten van de focusgroep, de onderzoeker inzicht kan verkrijgen in de ervaringen, verwachtingen, ideeën en/of meningen van participanten met betrekking tot de specifieke thema's (Evers, 2007). Het onderzoek van deze master thesis heeft namelijk niet alleen betrekking op de veranderingen in de werkwijze als zodanig, maar ook op de wijze waarop deze veranderingen in de vorm van een tweetal spanningsvelden door JGZ-verpleegkundigen worden beleefd. Bij de focusgroepen is gebruik gemaakt van topics, die aansluiten op de onderzoeksvraag. Tevens is een gesprekshandleiding opgesteld (zie bijlage 3).

Er zijn drie focusgroepen geformeerd die als volgt waren samengesteld: groep 1: n=5 participanten; groep 2: n=4 participanten; groep 3: n=7 participanten. De participanten zijn per mail uitgenodigd (zie bijlage 2).

Aangezien enkel JGZ-verpleegkundigen participeren, zijn de groepen op het criterium 'beroep' homogeen gesegmenteerd zijn. Verder zijn de groepen ook op het criterium 'geslacht' homogeen, omdat bij de GGD-BZO enkel vrouwelijke JGZ-verpleegkundigen werkzaam zijn. Op de criteria 'team' en 'mate van dominantie in een groepsbijeenkomst' is variatie aangebracht in de groepssamenstelling. Op het eerste criterium 'team' is variatie aangebracht door in elke groep, participanten van de verschillende JGZ-teams op te nemen. Op basis van het tweede criterium 'mate van dominantie in een groepsbijeenkomst' heeft de onderzoeker getracht om een mix aan terughoudende en meer uitgesproken participanten in de groepen te betrekken.

De ervaring leert dat tijdens de eerste twee groepsgesprekken vaak de meeste data worden verzameld. Bij de derde en vierde groepsbijeenkomst zijn de opvattingen van de participanten grotendeels gedekt. Na het derde groepsgesprek verdient het de aanbeveling om de verkregen informatie te evalueren en afhankelijk van de vraag of er al saturatie is ingetreden eventueel een vierde groepsbijeenkomst te plannen (Centraal Begeleidingsorgaan, 2004; Boeije, 2005). In het huidige onderzoek bleek na drie focusgroepbijeenkomsten er sprake te zijn van saturatie, waardoor het organiseren van een vierde bijeenkomst niet meer noodzakelijk bleek te zijn.

De groepsgesprekken hebben plaatsgevonden op de locatie Eindhoven van de GGD-BZO in een daarvoor beschikbare ruimte. De onderzoeker heeft de rol van gespreksleider vervuld en daarnaast heeft een tweede persoon als observant gefungeerd. Deze tweede persoon is een

onderzoeksmedewerker van de GGD-BZO, die geen werkrelatie heeft met de JGZ-verpleegkundigen en kan daarom als onafhankelijk worden beschouwd.

4.3.2. Interviews

De initiële keuze voor uitsluitend focusgroepen leidde in eerste instantie tot een deelname aan het onderzoek van 16 JGZ-verpleegkundigen. Om meer participanten bij het onderzoek te betrekken is in tweede instantie besloten om het onderzoek aan te vullen met individuele interviews, die voor een aantal JGZ-verpleegkundigen makkelijker te plannen waren. Dit heeft er toe geleid dat met zes verpleegkundigen die niet konden/wilden deelnemen aan de focusgroepen kwalitatieve interviews zijn afgenomen. Deze respondenten zijn ook per mail uitgenodigd.

Interviews leveren diepgaande informatie op van de respondent, maar missen de interactie zoals die bij focusgroepen plaatsvindt. Individuele interviews vragen van een onderzoeker meer tijd dan het voeren van gesprekken met focusgroepen, omdat in een interview slechts één respondent informatie kan verstrekken (Boeije, 2005). De interviews zijn in een semigestructureerde vorm gevoerd, waarbij gebruik is gemaakt van de gesprekshandleiding en de topics van de focusgroepen. Deze interviewvorm biedt de onderzoeker de mogelijkheid om op basis van topics deels richting aan het gesprek te geven en biedt ook de participant voldoende gelegenheid om zijn/haar mening, ideeën en/of verwachtingen te ventileren (Boeije, 2005).

4.3.3. Topics

Bij de focusgroepen en de interviews is gebruik gemaakt van topics die aansluiten op de in subparagraaf 3.2 geformuleerde vraagstelling. In een gesprekshandleiding zijn deze topics verwerkt aan de hand van semigestructureerde vragen en een tweetal casussen (zie bijlage 2). Aan de hand van de beide casussen is getracht de twee spanningsvelden (zie deelvragen) voor de JGZ-verpleegkundigen te illustreren. De casussen zijn tijdens de bijeenkomsten en interviews op schrift aan de participanten uitgedeeld.

De gesprekshandleiding diende als handvat voor de onderzoekers om de focusgroepen/interviews te structureren. Door de gespreksleider is regelmatig van de vragen in de gesprekshandleiding afgeweken, om het natuurlijk verloop van het gesprek niet te verstoren en omdat bepaalde vragen al eerder waren beantwoord.

4.4. Type analyse

Zowel de interviews als de gesprekken in de focusgroepen zijn getranscribeerd en gecodeerd met behulp van het dataverwerkingsprogramma NVivo-10. Met behulp van dit programma is aan essentiële transcriptdelen een bepaalde code toegekend. Hierdoor konden de opvattingen van de participanten over de besproken thema's worden vergeleken. De transcripten zijn open gecodeerd, hetgeen inhoudt dat de hoofdcodes zijn voorzien van subcodes en dat er tevens codes zijn geclusterd (Boeije, 2005). De diverse codes en subcodes zijn weergegeven in een codeboom, die in bijlage 4 is weergegeven.

4.5. Operationalisering kernbegrippen

In de in paragraaf 3.2 geformuleerde deelvragen staan een viertal theoretische begrippen centraal, die hierna zullen worden geoperationaliseerd.

a. Generalistisch werken

In de focusgroepen/interviews is bij deelvraag 1 aangegeven dat onder generalistisch werken wordt verstaan dat een professional niet alleen beschikt over de noodzakelijke domein specifieke kennis en vaardigheden, maar ook in staat is te handelen op basis van een brede, het eigen domein overstijgende, deskundigheid. Deze domein overstijgende werkwijze vereist dat de professional ook (basis)kennis heeft van verschillende andere deskundigheidsgebieden, zoals bijvoorbeeld de arbeidsmarkt of bij onvoldoende kennis van deze gebieden weet waar de kennis kan worden verkregen (Berger, Blaauw & Van Leeuwen, 2013). Het operationele begrip generalistisch werken luidt: het beschikken over voldoende kennis van, aan het domein van de jeugdgezondheidszorg grenzende, domeinen en het daadwerkelijk toepassen van deze kennis door de JGZ-verpleegkundige in de praktijk van het hulpverleningsproces, dan wel het effectief raadplegen en/of inzetten door de JGZ-verpleegkundige van professionals uit aangrenzende domeinen in geval van onvoldoende eigen kennis.

b. Vraaggericht werken

In de focusgroepen/interviews is bij deelvraag 1 aangegeven dat in het algemeen onder vraaggericht werken wordt verstaan dat de cliënt met zijn/haar problemen, mogelijkheden en zorgvraag een centrale plaats in het hulpverleningsproces inneemt. Anders als bij aanbodgericht werken, waar de professional weet wat goed voor de cliënt is, wordt er bij vraaggericht werken vanuit gegaan dat de cliënt zelf het beste weet wat goed voor hem/haar is. Vraaggericht werken is een relatief begrip, omdat het uitgangspunt van deze werkwijze is dat

de cliënt (in grote mate) bepalend is in de probleemanalyse, maar niet dat de cliënt in alle gevallen beslist welke hulp zal worden verleend (Booy, Van der Veldt & Van Yperen, 2003). In voorkomende gevallen ontbreekt het de cliënt aan voldoende kennis voor de vervulling van een (alles) bepalende rol en zal de professional een (meer) sturende rol gaan vervullen. Het operationele begrip vraaggericht werken luidt: het in de praktijk van het hulpverleningsproces door JGZ-verpleegkundigen toekennen van een belangrijke rol aan de problemen, mogelijkheden en zorgvraag van de cliënt.

c. Professionele autonomie

In de focusgroepen/interviews is bij deelvraag 2a aangegeven dat er sprake is van professionele autonomie wanneer een professional de vrijheid heeft om zelfstandig te oordelen en te handelen, in casu naar eigen inzicht kan bepalen welke vorm van jeugdhulpverlening het beste is voor een cliënt (Berger & Stevens, 2011). De professionele autonomie is groter, naarmate de ruimte om zelf beslissingen te kunnen nemen groter is. Professionele autonomie is altijd relatief, omdat de discretionaire handelingsruimte wordt begrensd door de wensen en behoeften van de cliënt en de in een concrete situatie van toepassing zijnde richtlijnen en protocollen. Het operationele begrip professionele autonomie luidt: de omvang van de feitelijke discretionaire ruimte van de JGZ-verpleegkundige in de praktijk van het hulpverleningsproces.

d. Evidence-based werken/practice-based werken

In de focusgroepen/interviews is bij deelvraag 2a aangegeven dat in het algemeen onder practice-based werken wordt verstaan het toepassen van interventies die zijn gebaseerd op de persoonlijke of gecollectiveerde praktijkervaring. Het operationele begrip practice-based werken luidt: de feitelijke toepassing door JGZ-verpleegkundigen in de praktijk van het hulpverleningsproces van op persoonlijke of gecollectiveerde praktijkervaring gebaseerde interventies, wanneer geen evidence-based interventies voorhanden zijn.

In de focusgroepen/interviews is bij deelvraag 2b aangegeven dat in het algemeen onder evidence-based werken wordt verstaan het toepassen van interventies, waarvan de effectiviteit op basis van wetenschappelijk onderzoek is aangetoond. Het operationele begrip evidence-based werken luidt: de, waar mogelijk, feitelijke toepassing door JGZ-verpleegkundigen in de praktijk van het hulpverleningsproces van aanbevolen en goed beschreven interventies van de Databank van het Nederlands Jeugdinstituut.

4.6. Kwaliteitscriteria: validiteit, betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van een onderzoek geeft aan of de onderzoeksresultaten al dan niet op toeval berusten. Een betrouwbaar onderzoek zal bij herhaling tot dezelfde onderzoeksresultaten leiden (Boeije, et al., 2009). Door vooraf vast te leggen welke stappen worden ondernomen bij de verzameling van de onderzoeksdata en de onderbouwing van de resultaten is het mogelijk om onderzoeksfouten te beperken. Het onderzoek is uitgevoerd aan de hand van een gesprekshandleiding inclusief topics en een semigestructureerde vragenlijst. Verder is van alle gesprekken een audio-opname gemaakt en zijn de teksten getranscribeerd. Hierdoor is het mogelijk om het onderzoek desgewenst te herhalen.

De interne validiteit van een onderzoek geeft aan in welke mate de meetinstrumenten meten wat ze beogen te meten. Onderzoeksresultaten die op basis van systematische fouten tot stand zijn gekomen zorgen voor een aantasting van de interne validiteit (Boeije et al., 2009). Door het garanderen van de anonimiteit van de participanten aan het onderzoek en de verzekering dat de inhoud van de gesprekken niet zal worden teruggekoppeld naar het management, is getracht te bereiken dat de participanten in de focusgroepen en interviews zoveel mogelijk vrijuit konden spreken. Hierbij kan niet worden uitgesloten dat participanten in de focusgroepen vanwege ‘sociale controle’ enigszins geremd zijn geweest in hun uitlatingen. Indien dit effect al is opgetreden, is dat naar de inschatting van de onderzoeker slechts in zeer beperkte mate het geval geweest. Alhoewel de anonimiteit en de participanten en de niet-terugkoppeling naar het management uiteraard niet kunnen voorkomen dat de antwoorden van de participanten systematische fouten bevatten, is er wel sprake van een positieve bijdrage aan de interne validiteit van het onderzoek, omdat de antwoorden niet vertekend zijn door terughoudendheid van de participanten.

De externe validiteit, ook wel aangeduid als de generaliseerbaarheid van het onderzoek, is beperkt vanwege het unieke karakter van de context van het onderzoek. Het onderzoek in deze thesis heeft namelijk enkel betrekking op JGZ-verpleegkundigen van de GGD-BZO in Eindhoven. De resultaten van het onderzoek hebben daarom geen betrekking op andere beroepsgroepen, zoals bijvoorbeeld de jeugdartsen en de assistentes. Het is wel mogelijk dat bepaalde uitkomsten ook relevant zijn voor andere GGD's of aanwijzingen geven die voor andere GGD's of andere jeugd (gezondheids)zorginstellingen van belang kunnen zijn, althans in zoverre het gaat om jeugdverpleegkundigen.

5. Resultaten

5.1. Inleiding

Zoals eerder is vermeld, hebben in de maanden april en mei 2014 drie focusgroepbijeenkomsten en zes interviews plaatsgevonden, waaraan in totaal 22 participanten hebben deelgenomen. De meeste participanten hebben een leeftijd tussen 30 en 50 jaar. De meeste participanten hebben naast een HBO-verpleegkunde opleiding, een Post-HBO opleiding gevolgd. Meer dan de helft van de JGZ-verpleegkundigen die aan het onderzoek hebben deelgenomen participeren in een CJG. In bijlage 5 zijn de demografische gegevens van de participanten weergegeven.

In het vervolg van dit hoofdstuk worden de resultaten van deze focusgroepen en interviews gepresenteerd. Zoals in hoofdstuk 4 al is gememoreerd is een belangrijk verschil tussen focusgroepen en individuele interviews gelegen in het feit dat de resultaten van focusgroepen kunnen zijn beïnvloed door de tussen de participanten opgetreden interactie. Hoewel niet kan worden uitgesloten dat dit in bepaalde mate het geval is geweest is bij de onderzoeker de sterke indruk ontstaan dat het interactieproces tussen de participanten van de focusgroepen niet zo zeer van invloed is geweest op de inhoudelijke uitkomsten van deze groepen, maar veeleer op de wijze waarop de discussie door de participanten is gevoerd. Omdat de resultaten van de focusgroepen en de interviews een gelijkkluidend beeld te zien geven, worden deze resultaten niet afzonderlijk gepresenteerd.

In de volgende paragraaf komen eerst een aantal onderwerpen aan de orde die niet rechtstreeks zijn gerelateerd aan de drie deelvragen van het onderzoek, maar die wel betrekking hebben op relevante achtergrondinformatie. In de daaropvolgende drie paragrafen worden de resultaten weergegeven, die achtereenvolgens betrekking hebben op de deelvragen 1, 2a en 2b.

5.2. Algemeen

Het overgrote deel van de participanten is op de hoogte van de transitie/transformatie van de jeugd(gezondheids)zorg in het kader van de Jeugdwet per 1 januari 2015. Hetzelfde geldt voor de versnellingsoperatie in de regio Brabant-Zuidoost, die vanaf 1 januari 2014 in gang is gezet. Tegelijkertijd zijn veel participanten van mening dat de impact van de transformatie op het (toekomstige) functioneren als JGZ-verpleegkundige nog onduidelijk is. Deze onduide-

lijkheid wordt gedeeltelijk toegeschreven aan de nog maar korte periode die is verstreken sinds de start van de versnellingsoperatie, maar ook aan het diffuse en diverse beleid van de 21 gemeenten van de regio Brabant-Zuidoost. Veel participanten signaleren dat het concrete beleid van de gemeenten in de praktijk nog lang niet is uitgekristalliseerd en onderling (sterk) van elkaar verschilt. Participanten die bij twee gemeenten werkzaam zijn maken in dit verband melding van een geheel verschillende aanpak van deze gemeenten van vrijwel identieke problemen. Door het diffuse en diverse beleid van gemeenten is er bij veel participanten onzekerheid ontstaan. Een participant van een focusgroep illustreert dit punt als volgt:

Ja, dat is de grap he.....we beginnen elkaar allemaal minder te begrijpen in bijvoorbeeld de vakgroep. Tenminste ik begin collega's dus steeds minder te begrijpen in de vakgroep, want iedereen doet het dus anders en dat ligt dus aan de gemeente.....en dan raak ik dus de draad kwijt.

Een andere participant uit een focusgroep verwoordt het onderhavige punt als volgt:

....en niemand snapt meer wat ze moet doen en dan doen we het eigenlijk met z'n allen niet goed. En dat is wat ik bedoel, ik begrijp eigenlijk niet meer wat een functieprofiel is, omdat iedereen het anders doet. Ik weet helemaal niet of ik het wel goed doe. We doen het allemaal maar op onze eigen manier en niemand heeft meer het overzicht.

5.3. Deelvraag 1: veranderingen in de werkwijze

De meeste participanten waren goed geïnformeerd over het generalistisch werken in het kader van de nieuwe Jeugdwet. Er was tussen participanten wel sprake van variatie wat betreft de concrete invulling van generalistisch werken. Enerzijds waren er een aantal JGZ-verpleegkundigen die van mening waren dat generalistisch werken betekent dat je zelf in ruime mate kennis dient te hebben van andere deskundigheidsgebieden, zoals arbeidsmarkt, huisvesting, onderwijs en financiën. Anderzijds waren er ook participanten die de opvatting huldigen dat generalistisch werken zich kan beperken tot een positie, waarbij je als JGZ-verpleegkundige weet bij wie en/of waar je de benodigde kennis over andere deskundigheidsgebieden kan verkrijgen.

Ten aanzien van generalistisch werken kan nog worden opgemerkt dat zowel in de focusgroepen als in de interviews door vrijwel alle participanten meer aandacht besteed wordt aan het generalistische dan aan het vraaggericht werken. Wat de werkwijze van de JGZ-verpleeg-

kundigen betreft, kan worden geconcludeerd dat de grootste veranderingen betrekking hebben op het generalistisch werken. Dit vindt zijn oorzaak in het feit dat de meeste participanten generalistisch werken als 'iets nieuws' beschouwen, terwijl men inzake vraaggericht werken van mening is dat 'men dat altijd al heeft gedaan'.

Door veel participanten werd grote zorg uitgesproken over het generalistisch werken in relatie tot de in het verleden bewust gemaakte keuze voor de functie van JGZ-verpleegkundige. Hierbij speelt de sterke medische oriëntatie van JGZ-verpleegkundigen een belangrijke rol. De overgang naar een generalistische werkwijze impliceert voor veel verpleegkundigen een ernstig identiteitsverlies, dat veel ongenoegen en onvrede met zich meebrengt. In termen van de cultuurtheorie van Straathof kan worden gesteld dat het generalistisch werken niet is verankerd in het denkkader van veel participanten. Een aantal participanten is van mening dat er wat betreft de vervulling van de taak van O&O-er naast de functie van JGZ-verpleegkundige sprake zou dienen te zijn van een vrije keuze van de desbetreffende verpleegkundige en niet zoals nu het geval is van een beslissing van derden, in casu de GGD of een gemeente.

Een participant van een interview, merkt in dit verband op:

.....ik vind de transitie.....ik snap het en ik snap wat de doelstelling ervan is, ook dat ik daarin mee moet, maar ik voel me er gewoon helemaal niet prettig bij. Ik mis gewoon mijn kennis. En dan denk ik, ik ben verpleegkundige, ik heb HBO-V gedaan, ik heb een heel andere achtergrond daardoor. Ik heb bewust nooit gekozen om SPH (=Sociaal Pedagogische Hulpverlening) of iets dergelijks te gaan studeren, omdat ik dat werkveld helemaal niet in wilde. En nu word ik als een generalist beschouwd en wordt van mij verwacht dat ik dat wel doe.

Een participant van een focusgroep verwoordt dit punt als volgt:

.....ik vind mezelf geen hulpverlener. Ik ben niet zoals een schoolmaatschappelijk werker of iemand van Bureau Jeugdzorg of noem maar op. Ik ben geen hulpverlener. Daar ben ik niet in getraind en ik heb juist deze opleiding en dit vakgebied gekozen omdat ik dat ook niet wilde.....Als hulpverlener vind ik dat je een gezin echt onder je hoede neemt en met 10 of 20 of hoeveel je nodig hebt, gesprekken, met begeleiding een gezin echt gaat helpen. Ik wil dat best doen met opvoedondersteuning, met 3 of 5 gesprekken en kijken of je er daar mee komt. Noem het dan maar lichte hulpverlening, maar daarna houdt het voor mij wel een beetje op. Dan vind ik dat ik moet opschalen naar hulpverlening.....

De onderstaande participant van een interview is uitgesproken positief ten aanzien van generalistisch werken:

Ik ben dus echt wel een generalist.....En ik heb ook al wel een paar casussen gehad, waar dat aan de orde kwam.....Ik vind het een hele uitdaging, ik vind het ook echt heel erg leuk, om dus gewoon heel breed te kijken.....er was een casus met een jongen van tweeëntwintig jaar, waarvan de vader dacht dat zijn zoon gameverslaafd was en d'r is een dochter die het wel heel goed doet, en de moeder is overleden. Ik ben op huisbezoek geweest en er blijken nog een aantal andere systeemproblemen te lopen.....een huurschuld en omgang met geld en dat soort dingen. Het is dus ineens heel breed, maar ik vind het super echt helemaal geweldig.....Ik kijk gewoon wat ik weet en hoever ik kom en wie ik daarbij nodig heb en die mensen ga ik dan opzoeken. Maar ik merk dat ik toch heel veel kan.....Ik bespreek veel met mijn teammanager van de GGD, zo van wat doe ik nu met zo'n vraag de gemeente? Vind je dat wij dit als GGD kunnen, zeg maar. Maar je moet er toch eerst ingaan, want anders kun je dat niet beoordelen.....maar ik voel wel een enorme uitdaging.

De hierboven geciteerde positiebepaling van een participant leidde in de focusgroep tot een levendige gedachtewisseling. Het interactieproces in de focusgroep resulteerde wat dat betreft niet in wijzigingen van de opvattingen van andere participanten, maar wel in een duidelijke interesse in en vragen over de opstelling van de onderhavige participant.

Verder wijzen een aantal participanten er op dat door het generalistisch werken het reguliere werk van de GGD in de knel komt. Een participant van een focusgroep, uit haar ontevredenheid ten aanzien van dit punt als volgt:

Maar door dit hele verhaal sneeuwt de preventieve kant onder. Ik zit bijvoorbeeld in twee CJG's in twee verschillende gemeenten en daarnaast wordt ik nog geacht om mijn jeugdverpleegkundige taken uit te voeren. Nou dat bijt elkaar. Doordat die twee CJG's zoveel tijd opslokken kom ik eigenlijk maar mondjesmaat toe aan mijn gewone taken en al helemaal niet aan mijn preventieve taken. Daar is gewoon geen tijd meer voor. En de gemeenten zijn zo bezig met het hele hulpverleningsgebeuren op poten te zetten, dat die hele preventieve kant op zijn gat ligt. En dat vind ik echt heel erg jammer. En ik denk dat meer een taak voor ons ligt in dat preventieve gedeelte, in het signaleren van kinderen waarvan je denkt dat die met een kleine interventie gewoon weer verder kunnen. Wat eigenlijk ook de bedoeling is. Ik vind gewoon dat dat een ondergeschoven kindje is geworden.

In het verlengde van dit tweede punt zijn een aantal participanten van mening dat de GGD-BZO wat betreft het generalistische werken een duidelijker standpunt ten opzichte van de gemeenten zou moeten innemen. Aan JGZ-verpleegkundigen zou volgens deze participanten veel duidelijker moeten worden gemaakt in welke mate ze generalistische werkzaamheden dienen te verrichten. Op basis hiervan zou de GGD-BZO de JGZ-verpleegkundigen beter kunnen faciliteren bijvoorbeeld door voldoende uren bij gemeenten in te kopen, zodat de JGZ-verpleegkundigen voldoende tijd aan de generalistische werkzaamheden kunnen besteden. Er is bij participanten behoefte aan een duidelijke grens, waarbij bijvoorbeeld wordt aangegeven dat generalistische werkzaamheden zich uitsluitend uitstrekken tot enkelvoudige problemen en geen multiproblematiek behelst. Op basis hiervan zou volgens de meeste participanten dan ook een aanpassing van de functiebeschrijving dienen te worden doorgevoerd en zou een uitgebreidere scholing/training op het gebied van generalistisch werken moeten plaatsvinden. Niet onvermeld mag blijven dat participanten in het algemeen wel begrip tonen voor de delicate positie waarin de GGD-BZO zich bevindt. Men realiseert zich namelijk dat hun instelling zijn plaats aan andere organisaties kan verliezen, indien het generalistische werken niet of in onvoldoende mate door JGZ-verpleegkundigen van de GGD-BZO zou worden uitgevoerd.

Alle participanten geven aan dat ze bekend zijn met vraaggericht werken en wijzen er op dat dit voor hen geen nieuwe werkwijze is. Veel participanten geven aan dat vraaggericht werken voor hen betekent dat de cliënt, de jeugdige/ouders, centraal staat, maar benadrukken tegelijkertijd dat dat niet betekent dat de (hulp)vraag van de cliënt zonder meer (volledig) door de jeugdprofessional dient te worden gehonoreerd. Een belangrijke demarcatielijn wordt in dit opzicht gevormd door de veiligheid van de jeugdige. Wanneer die in het geding komt vinden de participanten dat niet kan worden voldaan aan de vraag van ouders/sociale netwerk.

Vrijwel alle participanten zijn van mening dat de medewerking en vooral de intrinsieke motivatie van de cliënt een noodzakelijke voorwaarde is voor effectieve hulpverlening. Men vindt het daarom heel belangrijk om in het kader van het vraaggericht werken zoveel mogelijk aan te sluiten op motivatie en de verwachtingen van de cliënt inzake de hulpverlening. Een participant van een focusgroep illustreert dit punt als volgt:

Mijn eerste ingeving zou toch zijn, wat ouders willen. En als zij een bepaald advies niet zien zitten, dan heeft zo'n advies volgens mij niet meer zoveel zin, want ik denk dat de ouders en het kind er wel voor gemotiveerd moeten zijn, want anders werkt het niet.

5.4. Deelvraag 2a en 2b: twee spanningsvelden

5.4.1. Beide spanningsvelden

De twee, in paragraaf 2.4, besproken spanningsvelden zijn in de focusgroepen en de interviews in eerste instantie besproken aan de hand van een casus voor elk spanningsveld (bijlage 3). In het algemeen geven de meeste participanten aan dat ze pragmatisch zouden omgaan met de problematiek van de beide casussen en vergelijkbare casussen. Deze participanten hechten veel belang aan hun professionele praktijkervaring (casus 1) respectievelijk 'evidence-based.practice (casus 2), maar benadrukken tegelijkertijd dat ze deze beide 'practices' -met uitzondering van situaties waarin de veiligheid van het kind gevaar loopt- niet laten prevaleren ten koste van een goede relatie met de cliënt.

Met betrekking tot de gepresenteerde casussen kan nog worden vermeld dat door de JGZ-verpleegkundigen is aangegeven dat ze de aan de orde gestelde spanningsvelden duidelijk onderkennen. Afgezien van het generalistisch werken als zodanig, lijken de beide spanningsvelden geen onoverkomelijk probleem voor de verpleegkundigen te vormen. De belangrijkste manier om met de beide spanningsvelden om te gaan is wat betreft de vraaggerichte werkwijze, het blijven aangaan van het gesprek met de cliënten. 'Het gesprek' wordt door JGZ-verpleegkundigen met name van belang geacht wanneer ze geïnteresseerd zijn in 'de vraag achter de vraag'. Beide spanningsvelden manifesteren zich het meest intensief in geval van casussen, waarin sprake is van 'geen vraag/wel probleem', omdat bij dergelijke casussen het aangaan en/of het voortzetten van het gesprek het moeilijkste blijkt te zijn. Het in paragraaf 2.4 vermelde uitgangspunt, namelijk dat zowel de professional als de cliënt bijdragen aan het proces van hulpverlening kan dan niet worden geëffectueerd, omdat er geen bijdrage is van deze zijde van de cliënt. Hierdoor is er ook geen sprake van gedeelde verantwoordelijkheid. Met name in situaties waarin de veiligheid van het kind/jeugdige in het geding is, voelen JGZ-verpleegkundigen zich genoodzaakt om hun 'practice-based' ervaring respectievelijk hun 'evidence-based' deskundigheid de doorslag te laten geven.

5.4.2. Deelvraag 2a: generalistisch, vraaggericht werken versus professionele autonomie

Ten aanzien van de problematiek van casus 1 nemen de meeste participanten wat betreft het vraaggericht werken een tussenpositie in. Enerzijds opteren ze voor een meer coachende rol in plaats van een regisserende rol en anderzijds gaan ze niet zonder meer mee in de vraag van de ouders naar intensieve gezinsbegeleiding. Een enkele participant heeft in dit verband oog voor een beleidsdoelstelling van de Jeugdwet, namelijk het streven om dure hulpverlening waar mogelijk te vermijden. Zoals in de vorige paragraaf al is vermeld, benadrukken veel participanten bij casus 1 dat de medewerking van de ouders essentieel is. De desbetreffende participanten vinden het daarom niet zinvol om de ouders een Sova-training op te dringen. Veel participanten stellen bij casus 1 ‘de vraag achter de vraag’: waarom willen de ouders intensieve gezinsbegeleiding in plaats van Sova-training? Deze participanten willen dus de achtergrond van de vraag van de cliënt weten en nagaan of er wellicht sprake is van bijvoorbeeld een bredere problematiek in de thuissituatie. Deze benadering wordt door een participant van een focusgroep als volgt verwoord:

Daarom hebben wij ook met het CJG afgesproken dat alle vragen die van ouders binnenkomen over een bepaalde hulpverlening aan cliënten eerst met mij of de maatschappelijk werker worden besproken. Eerst met de ouders en daarna met het kind om in kaart te brengen wat er speelt. En misschien komt er wel heel iets anders uit. Dus niet uw vraagt en dan maar verwijzen, maar eerst analyseren.....Dat kost dan wel wat meer tijd, maar het levert uiteindelijk meer op.

Desgevraagd geven de meeste participanten aan dat ze spanningsvelden zoals vervat in casus 1 in hun praktijk regelmatig tegenkomen.

In paragraaf 2.4. is aangegeven dat het onderhavige spanningsveld zich ook kan voordoen in een situatie waarin de cliënt niet wenst mee te werken aan een interventie die de professional op basis van zijn praktijkervaring effectief acht. Veel participanten merken bij de bespreking van casus 1 op dat dergelijke ‘geen vraag/wel probleem’ casussen zich in hun praktijk frequent voordoen. Een sprekend voorbeeld hiervan wordt gegeven door een participant van een focusgroep:

.....Bijvoorbeeld een moeder met een zoon met flink overgewicht. De zoon heeft autisme en ernstige gedragsproblemen, maar ze willen niet meer worden geholpen. Er zijn al verschillende trajecten geweest, maar die zijn ook weer stop gezet, vanwege verslavingsproblemen in het

gezin....Als je die jongen ziet zitten denk je 'dat wordt niks, dat is één brok ellende'.....En de moeder zegt 'er is al zoveel gebeurd, ik hoef niets meer'.....En toch zal er iets moeten gebeuren.

Dergelijke voorbeelden zijn ook in de andere focusgroepen en de interviews door participanten ter sprake gebracht. Vrijwel alle participanten kwalificeren dergelijke 'geen vraag/wel probleem' casussen als uitermate lastige problemen. Indien de cliënt uiteindelijk toch niet wenst mee te werken, komen de meeste participanten, uit bij een zogenaamde zorgmelding, wanneer de veiligheid en/of ontwikkeling van het kind in het geding is.

Wat betreft het generalistisch werken kan worden opgemerkt dat veel participanten weliswaar grote problemen hebben met de generalistische werkwijze als zodanig, maar er vrijwel geen participanten zijn die melding maken van een spanningsveld dat voortvloeit uit het niet meer kunnen realiseren van het maximale resultaat van 'practice-based' interventies van het eigen vakgebied vanwege de inbreng van andere domeinen in interventies. Het is mogelijk dat dit resultaat is beïnvloed door het feit dat het onderhavige spanningsveld niet aan de hand van een concrete casus is geïllustreerd.

5.4.3. Deelvraag 2b: generalistisch, vraaggericht werken versus 'evidence-based' werken

Alle participanten blijken in de Triple P methode te zijn geschoold. Ook ten aanzien van de problematiek van casus 2 nemen de meeste participanten wat betreft het vraaggericht werken een tussenpositie in. Evenals bij de eerste casus, opteren deze participanten bij casus 2 ook voor een meer coachende rol in plaats van een regisserende rol. Tegelijkertijd geven ze aan dat ze niet zonder meer zullen afzien van de inzet van de 'evidence-based' interventie Triple P, omdat men zich terdege bewust is van de effectiviteit van deze methode. Men wil deze interventie echter ook niet aan de ouders opdringen.

Een aantal participanten wijst er op dat de vraag om hulpverlening in eerste instantie afkomstig is van de school. Op grond hiervan willen deze participanten de problematiek van het schoolkind 'teruggeven' aan de school en zich 'beperken' tot ondersteuning/advisering van de school. Ze zijn van mening dat de school het probleem moet terugkoppelen naar de ouders en geven verder aan dat als er risico's zijn voor de veiligheid en ontwikkeling van Joep en/of andere kinderen in de klas, de school zou moeten overgaan tot een zorgmelding.

Een aantal andere participanten concentreert zich meer op de ouders en beschouwen casus 2 als een 'geen vraag/wel probleem' casus. Een aantal participanten uit bij de

bespreking van casus 2 kritiek op de in hun ogen te grote nadruk op vraaggericht werken door de overheid, omdat teveel voorbij wordt gegaan aan de in de praktijk regelmatig voorkomende ‘geen vraag/wel probleem’ casussen. Een participant van een focusgroep merkt in dit verband indringend op:

Maar de regering weet ook dat als Joepie dood wordt gevonden in de kast, dat wij dat dan niet gesignaleerd hebben. Dat vind ik dan wel dubbel, want ik vind het heel aardig van minder diagnoses en minder dit en minder dat en meer verantwoordelijkheid bij de cliënt.....en ik ben ook vóór vraaggericht werken, maar ik word er op aangesproken als O&O-er als Joepie dood in de kast wordt gevonden en ik ben er niet zo blij mee daar de verantwoordelijkheid voor te moeten dragen en dat is wel de angst die aan deze functie hangt.....Ik word wel gevraagd ‘waar was jij O&O-er.....je had toch een signaal van de school gekregen dat het nog niet goed was’ en dan denk ik whow....!

Door de meeste participanten wordt er op gewezen dat, ook in geval van een ‘evidence-based’ interventie, de medewerking van de cliënt van essentieel belang voor het welslagen van een interventie. Een participant aan een interview verwoordt dit punt als volgt:

Als ouders echt niet gemotiveerd zijn heeft Triple P echt geen nut. Dan kan die nog zo evidence-based zijn als wat, maar als ze niet willen meewerken, en bij Triple P moeten de ouders juist zelf heel veel doen, dan gaat het niet gebeuren. Triple P is echt een methode die je alleen inzet als ouders heel erg welwillend zijn.

Veel participanten overwegen alternatieven voor Triple P, ook niet ‘evidence-based’ interventies, te gaan presenteren als de ouders hun afwijzing van Triple P handhaven. Indien de ouders uiteindelijk geen enkele hulpverlening wensen te aanvaarden zullen deze participanten de mogelijkheid van een zorgmelding bezien.

Evenals bij het eerste spanningsveld kan worden opgemerkt dat veel participanten weliswaar grote problemen hebben met de generalistische werkwijze als zodanig, maar er vrijwel geen participanten zijn die wat betreft het generalistisch werken melding maken van een spanningsveld dat voortvloeit uit het niet meer kunnen realiseren van het maximale resultaat van ‘evidence-based’ interventies van het eigen vakgebied vanwege de inbreng van andere domeinen in interventies. Voor de mogelijke verklaring van dit resultaat kan worden verwezen naar de vorige subparagraaf.

6. Conclusies en discussie

6.1. Beantwoording vragen onderzoek & terugkoppeling naar theoretisch kader

Deze thesis vloeit onder andere voort uit een vraag die in de praktijk van de GGD-BZO actueel is en betreft de implicaties van de Jeugdwet voor JGZ-verpleegkundigen. De Jeugdwet staat niet op zichzelf, maar past in het bredere kader van de door de regering beoogde overgang van de verzorgingsstaat naar de participatiemaatschappij. Deze overgang kent een viertal elementen, die ook spelen in het kader van de nieuwe Jeugdwet, namelijk de decentralisatie van taken naar gemeenten, de verschuiving van het 'recht op zorg' naar beleidsvrijheid van gemeenten, het terugleggen van verantwoordelijkheden bij vragers van ondersteuning en het beroep op de civil society (Vreugdenhil, 2012).

In het onderzoek van deze masterthesis staan twee vragen centraal. De eerste vraag betreft de veranderingen in de werkwijze van JGZ-verpleegkundigen van de GGD-BZO als gevolg van de Jeugdwet. De tweede vraag heeft betrekking op een tweetal spanningsvelden die als gevolg van de veranderingen in de werkwijze bij JGZ-verpleegkundigen kunnen optreden. Ten aanzien van de eerstgenoemde vraag zijn in het theoretisch kader van hoofdstuk 2, een tweetal veranderingen in de werkwijze besproken, namelijk het generalistische en het vraaggerichte werken. Wat deze beide veranderingen betreft, is gebleken dat het grootste probleem zich manifesteert bij het generalistische werken, omdat veel participanten de overgang naar deze werkwijze in zekere zin ervaren als een vervreemding van het bewust gekozen beroep van JGZ-verpleegkundige. Met betrekking tot de tweede vraag kan worden geconcludeerd dat de meeste participanten in het algemeen aangeven dat ze pragmatisch omgaan met de beide spanningsvelden

Veel JGZ-verpleegkundigen blijken moeite te hebben met de overgang naar generalistisch werken. De problemen van de verpleegkundigen kunnen worden verklaard uit de onzekerheid die de Jeugdwet met zich meebrengt. De in het vorige hoofdstuk gesignaleerde onduidelijkheid als gevolg van het diffuse en diverse beleid van de 21 gemeenten van de regio Brabant-Zuidoost draagt zeker bij aan de onzekerheid van de JGZ-verpleegkundigen. Een belangrijke rol speelt vooral het identiteitsverlies dat veel verpleegkundigen als gevolg van de generalistische werkwijze ervaren. Teruggrijpend op de cultuurtheorie van Straathof vormt de sterke medische oriëntatie van veel JGZ-verpleegkundigen en de moeite die men heeft met de generalistisch oriëntatie, de uitdrukking van het collectieve waardepatroon van de GGD-BZO,

dat ten grondslag ligt aan het denkkader van de JGZ-verpleegkundigen. In termen van de theorie van Straathof kan worden gesteld dat de moeite die veel JGZ-verpleegkundigen hebben met de overgang naar generalistisch werken, er op wijst dat bij veel JGZ-verpleegkundigen wat dat betreft (nog) geen echte duurzame verandering van het kernelement van de organisatiecultuur van de GGD-BZO, namelijk het denkkader, heeft plaatsgevonden. Voor veel JGZ-verpleegkundigen is generalistisch werken alleen nodig vanwege de Jeugdwet en ligt aan deze nieuwe werkwijze geen eigen intrinsieke overtuiging ten grondslag. Het onderhavige resultaat betekent dan ook dat de betrokken verpleegkundigen ambivalent staan in de praktijk van het generalistisch te werken. Indien zich in het denkkader geen echte verandering voltrekt, kan er ook geen, complementaire gedragsverandering naar een duurzame generalistische instelling van de desbetreffende JGZ-verpleegkundigen optreden. Omdat een gedragsverandering verankerd dient te zijn in een consistente verandering van het denkkader, is het voor het management van belang te bedenken dat het uitsluitend sturen op verandering van gedrag in het proces van cultuurverandering meestal niet blijkt te werken. Zoals in hoofdstuk 3 al is aangegeven bestaat het risico van een terugverende cultuur, indien aan de gedragsverandering geen verankering in het denkkader is voorafgegaan (Straathof & van Dijk, 2003).

Een ander belangrijk resultaat betreft de opvatting van veel participanten dat zowel bij practice-based als evidence-based, de medewerking en de intrinsieke motivatie van de cliënt een noodzakelijke voorwaarde is voor een effectieve hulpverlening. Vrijwel alle JGZ-verpleegkundigen realiseren zich dat het geen zin heeft om een bepaalde interventie in te zetten, indien een cliënt niet echt gemotiveerd is voor deze interventie. Deze opvatting sluit aan bij de in paragraaf 2.4 vermelde conclusie van Metselaar (2011). In de visie van deze auteur dienen specifieke interventies namelijk consistent te zijn met algemeen werkzame factoren, te weten een goede zorgverleningsrelatie tussen professional en cliënt, waarin de professional rekening houdt met de mogelijkheden en verwachtingen van de cliënt. Het ontbreken van intrinsieke motivatie van de cliënt kan worden aangemerkt als een belangrijke negatieve werkzame factor in het beoogde interventietraject.

Ten aanzien van beide vragen kan nog worden opgemerkt dat wat de focusgroepen en de interviews betreft, JGZ-verpleegkundigen die opereren in gemeenten waar de versnellingsoperatie daadwerkelijk in gang is gezet een grotere inbreng hebben gehad dan verpleegkundigen die werkzaam zijn in gemeenten waar de versnellingsoperatie (nog) niet is gestart.

De verklaring hiervoor is uiteraard dat de eerstgenoemde JGZ-verpleegkundigen zelf ervaring hebben met het generalistisch, vraaggericht werken.

Wat de bruikbaarheid van het onderzoek betreft, kunnen de resultaten inzicht verschaffen in de mate waarin en de wijze waarop de door de Jeugdwet geconditioneerde cultuurverandering bij de JGZ-verpleegkundigen van de GGD-BZO zich voltrekt met betrekking tot het denkkader en het gedrag/werkwijze van deze professionals. Dit kan van belang zijn voor het managen van de cultuurverandering.

6.2. Aanbevelingen

De in de vorige paragraaf aangegeven weerstand wordt nogal eens geassocieerd met een geringe veranderingsbereidheid. Het is de vraag of deze associatie in geval van de JGZ-verpleegkundigen van de GGD-BZO terecht is. In het algemeen namelijk kan worden gesteld dat JGZ-verpleegkundigen van de GGD-BZO erg betrokken zijn bij het door de Jeugdwet geconditioneerde proces van cultuurverandering. Verder kan ook worden gerefereerd aan het in de vorige paragraaf vermelde begrip van JGZ-verpleegkundigen voor de delicate positie, waarin de GGD-BZO zich in het jaar voorafgaande aan de inwerkingtreding van de Jeugdwet bevindt.

Naast de in de vorige paragraaf vermelde onzekerheid, kunnen de volgende factoren als mogelijke verklaring van de weerstand van JGZ-verpleegkundigen tegen het generalistische werkwijze worden onderscheiden.

In de eerste plaats kan niet worden uitgesloten dat een belangrijke rol speelt dat JGZ-verpleegkundigen vinden dat ze vaak worden geconfronteerd met buiten hen om genomen beslissingen, zoals bijvoorbeeld de beslissing om als O&O-er bij een gemeente te worden ingezet.

Een tweede factor kan zijn dat de nieuwe missie van de jeugdgezondheidszorg in het kader van de Jeugdwet onvoldoende overtuigend bij JGZ-verpleegkundigen is overgekomen. Kobes & Vrugink (2013) wijzen er in dit verband op dat, vanwege het bestaansrecht van de eigen organisatie en de baanzekerheid van de eigen medewerkers, de aandacht vaak is geconcentreerd op de transitieproblematiek, de financieel-organisatorische gevolgen van de Jeugdwet, en minder is gericht op de transformatieproblematiek, de vereiste cultuurverandering. In de nieuwe missie zal aan JGZ-verpleegkundigen duidelijk moeten worden gemaakt dat een generalistische oriëntatie verenigbaar is met van het beroep van JGZ-

verpleegkundige. Hierbij kan worden gerefereerd aan de positieve ervaringen van andere JGZ-verpleegkundigen, waarvan in de vorige paragraaf een voorbeeld is gegeven. Bij het communiceren van de nieuwe missie kan het middenkader een cruciale, verbindende rol spelen (Kobes & Vrugink, 2013). Vanwege de positionering van het middenkader tussen bestuur/directie en de professionals is het middenkader bij uitstek in staat om de door bestuur/directie gewenste veranderingen in denken en handelen naar de professionals te vertalen.

In de derde plaats kunnen voorwaardenscheppende factoren worden genoemd. Hierbij gaat het dan allereerst om het vaststellen van een kader, waarin de grenzen van generalistisch werken duidelijk worden gemarkeerd. Verder dienen voldoende uren beschikbaar te zijn voor generalistisch werken en moet worden voorzien in adequate scholing en training. Tenslotte zal ook aandacht moeten worden besteed aan de actualisering van de functiebeschrijvingen van JGZ-verpleegkundigen.

In de volgende paragraaf zal worden aangegeven dat de wijze waarop de groepsdynamische processen zich in een organisatie voltrekken van essentieel belang is voor het welslagen van de cultuurverandering. De groepsdynamica speelt een belangrijke rol in de vorming en instandhouding van de cultuur van een organisatie. Straathof en Van Dijk (2003) wijzen er dan ook op dat cultuurverandering niet realiseerbaar is zonder interventies van het management in de groepsarena. Dit betekent onder andere dat elementen in de onderlinge betrekkingen die bevorderend zijn voor de beoogde cultuurverandering moeten worden benut om deze verandering te bewerkstelligen. In dit verband kan er op worden gewezen dat JGZ-verpleegkundigen met uitgesproken positieve opvattingen inzake de noodzakelijke cultuurverandering een nuttige rol kunnen vervullen bij het effectueren van de cultuurverandering bij de GGD-BZO. Het management zou kunnen overwegen om deze verpleegkundigen in het communicatieproces inzake cultuurverandering een bijzondere rol toe te kennen bij het 'bepaleiten' van de beoogde cultuurverandering bij collega verpleegkundigen.

6.3. Reflectie

Het onderzoek van deze masterthesis kent een beperking in die zin dat het derde onderdeel van de organisatiecultuur, te weten de onderlinge betrekkingen tussen de leden van en de groepen binnen een organisatie buiten beschouwing blijven (Straathof, 2009). Het verkrijgen van inzicht in het denkkader en het gedrag is wel een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde voor een succesvolle cultuurverandering. Alhoewel groepsdynamische processen

gezien de aard van het onderzoek van deze masterthesis buiten beschouwing zijn gebleven, is de wijze waarop deze processen verlopen wel van essentieel belang voor het welslagen van de cultuurverandering. Cultuurverandering grijpt namelijk niet alleen in op het denkkader en het gedrag, maar ook op de onderlinge betrekkingen van de leden van een organisatie. Straathof (2009) benadrukt dat in de groepsarena niet zozeer de formele, maar vooral de informele invloedsposities/machtsposities bepalend zijn voor het denkkader en het gedrag van de leden van een organisatie. In de groepsarena wordt bepaald wat belangrijk is voor een organisatie, bijvoorbeeld welke gedragsregels gelden en wat goed gedrag is, goed in de zin van goed voor de groep/organisatie. Het collectieve waardepatroon dat ten grondslag ligt aan de sterke medische oriëntatie van JGZ-verpleegkundigen is de resultante van een groepsdynamisch proces binnen de GGD-BZO. Dit, in de groepsarena gevormde, waardepatroon is (mede) bepalend voor de houding van JGZ-verpleegkundigen ten opzichte van het generalistisch werken. Naar het zich laat aanzien zullen de problemen van JGZ-verpleegkundigen met de generalistische werkwijze blijven bestaan zolang er binnen de GGD-BZO geen duidelijkheid bestaat inzake de mate van medische oriëntatie van JGZ-verpleegkundige in relatie tot generalistische oriëntatie van de JGZ-verpleegkundige in het kader van de nieuwe Jeugdwet.

In een cultuurveranderingstraject dient binnen een organisatie duidelijk te zijn wat, in relatie met de beoogde cultuurverandering, het gewenste denkkader, de gewenste onderlinge betrekkingen en het gewenste gedrag is. In deze thesis is in hoofdstuk 2, in het kader van de Jeugdwet, een theoretische analyse gegeven van het gewenste denkkader en gedrag van de JGZ-verpleegkundigen. De beperking van het onderzoek van deze thesis zou kunnen worden ondervangen door aan de hand van nader onderzoek na te gaan wat in relatie tot de beoogde cultuurverandering de gewenste onderlinge relaties zijn. In dit onderzoek zouden dan niet alleen JGZ-verpleegkundigen dienen te worden betrokken, maar ook andere personeelsleden van de GGD-BZO, zoals bijvoorbeeld JGZ-assistentes en artsen. Een ander aandachtspunt betreft de kwalificatie door Bakker-Camu en van Kuppevelt (2014, p. 14) in een publicatie van de vereniging van zorgprofessionals (Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland) van de jeugdverpleegkundige als een 'reflectieve evidence-based professional'. Deze professional werkt in grote mate zelfstandig, waardoor directe collegiale ondersteuning en overleg niet altijd mogelijk zijn. Nagegaan zou moeten worden wat deze relatief zelfstandige positie betekent voor de positionering van JGZ-verpleegkundigen in de groepsarena.

7. Literatuurlijst

Actiz & GGD Nederland. (2013). Investeren in opvoeden en opgroeien loont! Kosten-effectiviteit van de preventie in pedagogische en psychosomatische problematiek door de jeugdgezondheidszorg. Verkregen van: <http://www.actiz.nl/stream/drieluikinvesteren-inopvoedenenopgroeienloont-092013.pdf>

Baarda, D., Goede, M. de & Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Groningen: Wolters-Noordhoff.

Bakker-Camu, B. & Kuppevelt van, M. (2014). Expertisegebied jeugdverpleegkundige. Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN). Verkregen van: <http://www.eerstelijnn.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=piDRQLfM9Y%3D&tabid=4276>

Berger, M., Blaauw, B. & Leeuwen, M. van (2013). Generalistisch werken rondom jeugd en gezin: Een analyse van ontwikkelingen, taken en competenties. Verkregen van: <http://www.nji.nl/nl/Generalistisch-werken-rondom-jeugd-en-gezin-2013.pdf>

Berger, M. & Stevens, R. (2011). Begrippenkader Dossiers Professionalisering. Verkregen van: http://www.nji.nl/nl/Professionalisering_Begrippenkader.pdf

Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen*. Den Haag: Boomonderwijs.

Boeije, H., 't Hart, H. & Hox, J. (2009), *Onderzoeksmethoden* (8^e druk). Utrecht: Boomonderwijs.

Booy, T., Veldt, M. van der & Yperen, T. van (2003). Vraaggerichte hulp, motivatie en effectiviteit jeugdzorg. Verkregen van: <http://www.nji.nl/nl/2003-yperen-vraag.pdf>

Briels, B. & Koks, E. (2014). Evaluaties sociale wijkteams: Inventarisatie van afgesloten onderzoeken van sociale wijkteams. Verkregen van: http://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Evaluaties-van-sociale-wijkteams%20%5BMOV-2183371-1.0%5D.pdf

Centraal Begeleidingsorgaan. (2004). Handleiding focusgroepen. Verkregen van: <http://www.communicerenmetarmen.be/sites/default/files/HandleidingFocusgroepenCBO200409.pdf>

Delden van, P. & De Kleermaker, M. (2012). De verbindende professional: werken met en binnen netwerkorganisaties. In M. Berk, A. Hoogenboom, M. De Kleermaeker & K. Verhaar (Red.). *De Jeugdprofessional in ontwikkeling: Handboek voor professionals in het jeugddomein* (pp. 401-412). Alphen aan den Rijn: Kluwer.

Evers, J. (Red.).(2007). *Kwalitatief interviewen: kunst én kunde*. Den Haag: Boom Lemma.

Gemeente Eersel. (2013). Plan van aanpak “Transitie Jeugdhulp in De Kempen”. Verkregen van: <http://www.wmoadviesraadeersel.nl/wp-content/uploads/2013/10/Plan-van-Aanpak-Transformatie-Jeugd-De-Kempen-versie-23-september-2013-definitief-bijlage-3.pdf>

Gemeente Eindhoven. (2012). Eindhoven, de sociaalste: ontwikkeling van samenkracht. Verkregen van: <http://praktijkvoorbeelden.vng.nl/userpages/Unthemed/DownloadDocument.aspx?id=5070>

Gemeente Helmond. (2012). Jeugdzorg dichtbij, in samenhang en effectief: Uitgangspunten en plan van aanpak voor de voorbereiding van de transitie Jeugdzorg in de Peelregio. Verkregen van: <http://www.helmond.nl/internet/Uitgangspuntennotitie-jeugdzorg.pdf>

GGD Brabant-Zuidoost. (2011). Op weg naar een gezonder Brabant-Zuidoost: Regionaal rapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2011. Verkregen van: http://www.regionaalkompas.nl/object_binary/o11586_GGD-BZO-Regionaal-rapport.pdf

GGD Brabant-Zuidoost. (2014). Productenboek 2014 GGD Brabant-Zuidoost: Gezamenlijk pakket voor alle gemeenten. Verkregen van: intranet GGD-BZO

Giltay Veth, D. (2009). Het rendement van zalmgedrag. De projectencarrousel ontleed. Verkregen van: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2009/11/01/het-rendement-van-zalmgedrag-de-projectencarrousel-ontleed.html>

Haimé, M. (2011). Cultuurverandering in de jeugd-GGZ. In K. Diephuis, F. Dronkers, I. Janssen, H. Tijink, & van der Zijden, Q. (2009). *Slimmer organiseren: Handboek sneller zorg voor jeugd*. (pp. 61-72). Hoogmade/Utrecht: Partners in Jeugdbeleid/CBO.

Haitsema, J. van & Möhle, M. (2013). Op zoek naar ondersteuning. In B. Kobes & J. Vrugink. *De Kunst van het transformeren (deel 2): Gezamenlijk op weg naar nieuwe zorg voor jeugd*. Alphen aan den Rijn: Kluwer Schulink & Expertisecentrum voor jeugd, samenleving en ontwikkeling (JSO).

Hermans, J. & Pijpers, F. (2012). Samenwerken in het jeugddomein: uitdagingen voor jeugdprofessionals vanuit het perspectief van de jeugdgezondheidszorg. In M. Berk, A. Hoogenboom, M. De Kleermaeker & K. Verhaar (Red.). *De Jeugdprofessional in ontwikkeling: Handboek voor professionals in het jeugddomein* (pp. 401-412). Alphen aan den Rijn: Kluwer.

Hilhorst, P. & Reusel van, V. (z.j.). Ui-model van cultuur/Edgar Schein. Verkregen van: <http://www.hroconferentie.nl/files/Paul%20Hilhorst%20-%20Vincent%20van%20Reusel%20-%20Belemmerende%20overtuigingen%20op%20tafel%20in%203%20stappen.pdf>

Hofstede, G. & Hofstede, G.J. (2005). *Cultures and organisations: Software of the mind*. 2nd Edition. New York: McGraw-Hill.

Kobes, B. & Vrugink, J. (2013). De verbindende rol van het middenkader. In B. Kobes & J. Vrugink (Red.). *De Kunst van het transformeren (deel 2). Gezamenlijk op weg naar nieuwe zorg voor jeugd* (pp. 55-74). Alphen aan den Rijn: Kluwer Schulink & Expertisecentrum voor jeugd, samenleving en ontwikkeling (JSO).

Kouijzer, I., Kiewik, M. & Mikulic, A. (2013). Een handreiking met inrichtings- en uitvoeringsmodellen voor gemeenten. Een functioneel ontwerp 'Zorg voor Jeugd' in opdracht van Transitiebureau Jeugd. Verkregen van: <https://www.vng.nl/onderwerpenindex/decentralisaties-sociaal-domein/decentralisatie-jeugdzorg/publicaties/een-functioneel-ontwerp-zorg-voor-jeugd>

Lambert, M. (1992). *Psychotherapy Outcome Research: Implications for Integrative and Eclectic Therapists*. In: J.C. Norcross, M.R. Goldfried (eds.), *Handbook of psychotherapy integration*. New York: BasicBooks.

Metselaar, J. (2011). *Vraaggerichte en gezinsgerichte jeugdzorg: processen en uitkomsten: evaluatie van het programma Gezin Centraal*. (Dissertatie, Rijksuniversiteit Groningen, Nederland). Verkregen van: <http://dissertations.ub.rug.nl/faculties/gmw/2011/j.metselaar/?pFullItemRecord=ON>

Migchielsen, H. & Kleermaeker, M. de (2012). Samenwerken onder gemeentelijke regie: Aan de hand van de casus Centra voor Jeugd en Gezin in 's-Hertogenbosch. In M. Berk, A. Hoogenboom, M. De Kleermaeker & K. Verhaar (Red.). *De Jeugdprofessional in ontwikkeling: Handboek voor professionals in het jeugddomein* (pp. 401-412). Alphen aan den Rijn: Kluwer.

Ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport & Veiligheid en Justitie. (2012a). Conceptwetsvoorstel Jeugdwet d.d. 18 juli 2012. Verkregen van: <https://www.internetconsultatie.nl/jeugdwet>

Ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport & Veiligheid en Justitie. (2012b). Memorie van Toelichting op het conceptwetsvoorstel Jeugdwet d.d. 18 juli 2012. Verkregen van: <https://www.internetconsultatie.nl/jeugdwet>

Ministerie van Volksgezondheid, Werkgelegenheid en Sport. (2013). Kamerbrief standpunt advies basispakket Jeugdgezondheidszorg. Verkregen van: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2013/06/25/kamerbrief-standpunt-advies-basispakket-jeugdgezondheidszorg.html>

Movisie. (2013). Transformatie Jeugdzorg: voorwaarden voor verandering. Verkregen van: <http://www.movisie.nl/artikel/transformatie-jeugdzorg-voorwaarden-verandering>

Noom, M. & Winter, M. de (2001). Iemand die je gewoon als mens behandelt....Thuisloze jongeren over het verbeteren van de hulpverlening. *Pedagogiek*, 21, 4

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. (2011). Burgerkracht. De toekomst van het sociaal werk in Nederland. Verkregen van: http://www.adviesorgaan-rmo.nl/Publicaties/Essays/Burgerkracht_De_toekomst_van_het_sociaal_werk_in_Nederland_april_2011

Rokeach, M. (1973). *Beliefs, attitudes and values*. San Francisco: Jossey-Bass.

Samenwerkingsorgaan Regio Eindhoven. (2012). Basismodel voor andere jeugdzorg, versie 3. Verkregen van: <http://www.sre.nl/projecten/transitie-jeugd/downloads/3-concept-functioneel-model-versie-mei-2012>

Samenwerkingsorgaan Regio Eindhoven. (2013a). Bestuursovereenkomst “Eerste stap transitie jeugdzorg Zuidoost-Brabant”. Verkregen van: <http://www.sre.nl/publicaties/persberichten/eerste-stap-jeugdzorg-naar-gemeenten-zuidoost-brabant>

Samenwerkingsorgaan Regio Eindhoven. (2013b). 21 voor de jeugd. Verkregen van: <http://www.sre.nl/projecten/transitie-jeugd/13-10-31-rta-21-voor-de-jeugd-ondertekend>

Schein, E. (1992). *Organizational culture and leadership*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Schein, E. (2000). *The Corporate Culture Survival Guide: Sense and Nonsense About Culture Change*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.

Scholte, M., Spinhuisen, A. & Zuithof, M. (2012). *De generalist: De sociale professional aan de basis portretten en conceptuele verkenningen*. Houten: Bohn Stafleu & Van Loghum.

Steege van der M. (2003). Gewoon goed hulpverleners. Over de cliënt centraal, vraaggericht werken en cliëntenparticipatie in de jeugdzorg. Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn/NIZW. Verkregen van: <http://www.nji.nl/nl/GewoonGoedHulpverleners.pdf>

Straathof, A. & Dijk van, R. (2003). *Cultuurverandering bij de overheid: Sturen of sleuren?* Utrecht: Lemma.

Straathof, A. (2009). *Zoeken naar de kern van cultuurverandering*. Delft: Eburon.

Vreugdenhil, M. (2012). *Nederland participatieland? De ambitie van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de praktijk in buurten, mantelzorgrelaties en kerken.*

(Dissertatie, Universiteit van Amsterdam, Nederland). Verkregen van:

<http://dare.uva.nl/document/451108>

Wouters, J. (2013). De professional in transitie. In B. Kobes & J. Vrugink (Red.). *De Kunst van het transformeren. (deel 2). Gezamenlijk op weg naar nieuwe zorg voor jeugd* (pp. 55-74).

Alphen aan den Rijn: Kluwer Schulink & Expertisecentrum voor jeugd, samenleving en ontwikkeling (JSO).

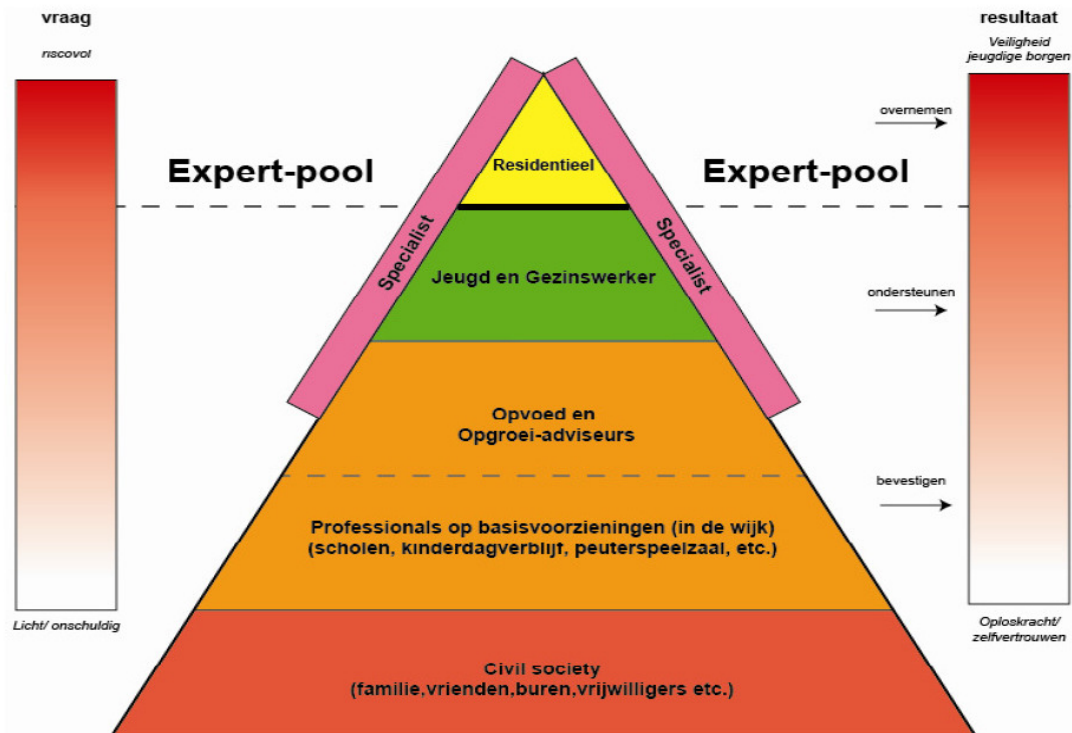
Yperen, T. van (Red.). (2010). 55 Vragen over effectiviteit. Antwoorden voor de jeugdzorg. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Yperen, T. van (2012). Rol en positie JGZ in het stelsel voor jeugd. Verkregen van:

<http://www.nji.nl/nl/Lezing-Tom-van-Yperen.pdf>

Zuidema, H. (2012). Transformatie van het sociale domein: De decentralisaties: achterliggende visie en mogelijke aanpak. Verkregen van: <http://www.bouwstenenvoorsociaal.nl/files/wijkplaats/20121112%20Transformatie%20van%20het%20sociale%20domein%20-%20Hans%20Zuidema.pdf>

Bijlage 1: Basismodel inrichting jeugdhulp Brabant-Zuidoost



Bron: SRE (2012)

Bijlage 2: Uitnodiging focusgroepen

Beste (naam JGZ-verpleegkundige),

Bij deze wil ik je in het kader van mijn onderzoek vanuit de Universiteit van Utrecht graag uitnodigen voor een focusgroepbijeenkomst op:

Datum:

Tijdstip:

Locatie:

Wat is een Focusgroep?

Een focusgroep is een bijeenkomst van een groep van 6-10 deelnemers, waarbij de deelnemers gezamenlijk onder leiding van een gespreksleider brainstormen over een bepaald onderwerp. Het doel van een focusgroep is om inzicht te krijgen in de ideeën, motieven, ervaringen en verwachtingen van de deelnemers. Wat binnen de groep besproken wordt, blijft binnen de groep, want er wordt vertrouwelijk mee om gegaan.

Programma

Het thema dat tijdens de bijeenkomsten centraal zal staan, is de transformatie van de jeugdzorg in het kader van de nieuwe Jeugdwet. Het accent ligt daarbij op de ervaringen en verwachtingen van JGZ-verpleegkundigen met betrekking tot generalistisch, vraaggericht werken (o.a. middels O&O-taken), het 'eigen kracht' principe en de eigen professionele expertise en autonomie.

Ik zal zelf de rol van gespreksleider op me nemen en daarnaast word ik ondersteund door een medewerker, M., van de onderzoeksafdeling van de GGD. Er zullen diverse thema's en sub-thema's door mij worden ingebracht, maar er wordt uitgegaan van een natuurlijk verloop van het gesprek. Van de bijeenkomst wordt een audio-opname gemaakt, zodat ik na afloop van het gesprek kan beluisteren wat er door de deelnemers ter sprake is gebracht. Alle uit de bijeenkomst naar voren komende resultaten zullen anoniem worden verwerkt. Op basis van de verkregen informatie zullen de veranderingen van de werkwijze in het kader van de Jeugdwet tegen het licht worden gehouden en eventuele aanbevelingen richting het management worden gedaan.

De bijeenkomst zal maximaal 1,5 uur duren.

Het management JGZ en ikzelf stellen het zeer op prijs wanneer je je interesse en deelname zo snel mogelijk wilt bevestigen. Mocht je verhinderd zijn, dan zou ik je willen verzoeken je met reden tijdig af te melden bij je eigen teammanager.

Met vriendelijke groeten,

Natacha Lijding-Koning

Onderzoeksstagiaire Universiteit Utrecht

Opleiding Master Arbeid, Zorg en Welzijn: Beleid en Interventie

Bijlage 3: Topics focusgroepen en interviews + gesprekshandleiding¹

I Topics:

Transformatie jeugd(gezondheids)zorg

Generalistisch werken

Vraaggericht werken

Professionele autonomie

Evidence-based werken

Practice-based werken

Spanningsveld 1: generalistisch, vraaggericht werken ↔ professionele autonomie

Spanningsveld 2: generalistisch, vraaggericht werken ↔ evidence-based werken

II Gesprekshandleiding

Voorafgaand aan de start van de focusgroepbijeenkomsten

- Materialen klaarzetten:
 - Voice-recorder en mobiele telefoon.
 - Pennen voor deelnemers.
 - Papier voor aantekeningen
 - Iets lekkers voor bij de koffie/thee (koffie/ thee kunnen de deelnemers zelf pakken uit automaat)
 - Bedankjes

¹ Deze gesprekshandleiding betreft de handleiding die is gebruikt bij de focusgroepen. Voor de interviews is met een aangepaste gesprekshandleiding gewerkt, die inhoudelijk niet afwijkt, maar enkel afwijkingen bevat op het uitvoerende vlak (o.a. geen observant aanwezig, enigszins andere gespreksspelregels). Daar waar in deze gesprekshandleiding over 'jullie' wordt gesproken, zijn de participanten in de interviews uiteraard met 'je' aangesproken. Voor de interviews was maximaal een uur gepland.

- Gesprekhandleiding/ topiclijst
- Voldoende individuele vragenlijsten
- Voldoende casussen printen
- Tafelopstelling klaarzetten en naambordjes (ook vooraf schrijven) op juiste plaatsen zetten.

TIJDSAFBAKENING: ALLE ONDERDELEN VÓÓR DE PAUZE: 30 MINUTEN:

Bij binnenkomst deelnemers verzoeken tot invullen van korte anonieme vragenlijst:

- Wat is je leeftijd?
- Welke opleiding(en) heb je gevolgd?
- Wat is de periode waarin je werkt als JGZ-verpleegkundige bij de GGD?
- Wat is de totale periode waarin je werkervaring hebt opgedaan als verpleegkundige (dus incl. je werkervaring als JGZ verpleegkundige)?
- Ben je werkzaam binnen een CJG?

Introductie en kennismaking

- Deelnemers welkom heten en waardering uitspreken voor de aanwezigheid van de deelnemers.
- Voorstellen onderzoekers:
 - Natacha: ik ben momenteel bezig met een masteronderzoek binnen het thema Jeugdzorg voor de studie Algemene Sociale Wetenschappen aan de Universiteit Utrecht. Binnen de JGZ doe ik een onderzoeksstage waarbij ik eind juni hoop te kunnen afstuderen.
 - Onderzoeksmedewerker M.: werkzaam als onderzoeksmedewerker bij de GGD-BZO. Tijdens mijn studie en werk bij de GGD al vaker groepsgesprekken mee opgezet en uitgevoerd. Daarom gevraagd of ik Natacha vanuit de afdeling Onderzoek, als onafhankelijke partij, hierbij kon ondersteunen.
- Navragen of alle deelnemers elkaar kennen of dat er een voorstelrondje moet plaatsvinden.
- Anonimiteit en vertrouwelijkheid:
Aangeven dat van het gesprek audio-opname worden gemaakt, maar dat die niet aan het management wordt overhandigd. Alleen de onderzoeker zal de gesprekken naluisteren, vervolgens zullen de gesprekken worden gewist.

- Introductie van het onderwerp:

De GGD heeft aan de Universiteit Utrecht gevraagd om een student van de studie Algemene Sociale Wetenschappen, in het kader van een stage, onderzoek te laten verrichten naar de consequenties van de nieuwe Jeugdwet voor JGZ-verpleegkundigen van de GGD-BZO. Deze consequenties zijn het thema van deze bijeenkomst. Met andere woorden wat gaat de nieuwe Jeugdwet voor jullie werkpraktijk betekenen? Het gaat hierbij om de ervaringen en verwachtingen van JGZ-verpleegkundigen met betrekking tot onderwerpen die een belangrijke rol spelen in de Jeugdwet. Hierbij moet vooral worden gedacht aan het generalistisch en vraaggericht werken. Wat dit nieuwe werken betreft, willen we jullie ervaringen en verwachtingen in kaart brengen door middel van deze focusgroepen.

Het onderscheid tussen ervaringen en verwachtingen heeft de volgende achtergrond. In 2015 wordt de nieuwe Jeugdwet van kracht, waardoor alle taken en bevoegdheden met betrekking tot jeugdzorg van de provincie naar de gemeenten worden overgeheveld. Om deze overgang soepel(er) te laten verlopen heeft de regio Brabant Zuidoost besloten om de Jeugdwet al vanaf 2014 gedeeltelijk in te laten gaan, namelijk wat betreft de enkelvoudige ambulante jeugdzorg (=versnelling transitie Jeugdzorg). Hoewel van het jaar 2014 pas een kwartaal is verstreken, is denkbaar dat jullie als JGZ-verpleegkundigen toch al ervaring hebben opgedaan met het werken volgens de Jeugdwet. In zoverre dat nog niet het geval is zouden we het graag in deze focusgroep hebben over jullie verwachtingen.

- Rol onderzoekers aangeven:

- Natacha: gespreksleider, vragensteller; de deelnemers dienen zelf zo veel mogelijk te discussiëren, gespreksleider zal zelf niet mee discussiëren, maar enkel de gespreks-onderwerpen inbrengen en het gesprek sturen.
- Rol onderzoeksmedewerker M.: observant, notulist; bewaker interviewschema (alle vragen gesteld?); doorvragen; tijdsbewaking, ondersteunend zijn aan gespreksleider.

- Spelregels, doel en verwachtingen van de bijeenkomst:

- Door de interactie in de groep trachten de onderzoekers inzicht te krijgen in de ervaringen, verwachtingen, ideeën en/of meningen van de deelnemers met betrekking tot de specifieke thema's.
- We hopen op actieve deelnemers, waarbij ieder de gelegenheid krijgt om te reageren. Probeer mee te denken en mee te discussiëren. Reageer ook op elkaar en/of stel vragen

- aan elkaar bij onduidelijkheid. Het gaat tijdens de bijeenkomst vooral om jullie mening. De onderzoekers willen graag van jullie expertise, ervaringen en verwachtingen leren!
- Er is geen goede of foute inbreng. Ieder heeft zijn eigen mening en men heeft respect voor elkaars mening.
 - Wat binnen de groep besproken wordt, blijft ook binnen de groep. De onderzoeker zal de resultaten anoniem verwerken.
 - Verzoek om mobiele telefoon uit te zetten.
- Eindtijd: streven om de bijeenkomst binnen 1½ uur af te ronden.
 - Navragen alle deelnemers de vragenlijst hebben ingevuld en ingeleverd.

Start focusgesprek:

Startvraag:

- Wat weten jullie (in het algemeen) over de transitie (in de volksmond wordt vaak enkel over transitie gesproken) van de jeugd(gezondheids)zorg?²

Achtergrondinformatie voor de onderzoekers:³

Transitie= overdracht van de bestuurlijke en de financiële verantwoordelijkheid van provincie aan gemeenten

Transformatie= een inhoudelijke vernieuwing van de jeugdzorg waaronder veranderingen in cultuur, werkwijzen en verhoudingen en communicatie tussen burgers, professionals en gemeenten.

Deelvraag 1: Welke veranderingen in de werkwijze ervaren/verwachten de JGZ-verpleegkundigen als gevolg van de overgang naar generalistisch, vraaggericht werken en hoe gaan de verpleegkundigen hiermee om?

Uitleg:

De regering vraagt in het kader van de transitie jeugdzorg van hulpverleners/professionals in het jeugddomein om generalistisch en vraaggericht te gaan werken.

- Onder generalistisch werken wordt verstaan dat een professional niet alleen beschikt over de noodzakelijke domein specifieke kennis en vaardigheden, maar ook in staat is te handelen op basis van een brede, het eigen domein overstijgende, deskundigheid. Deze

² Teksten in 'rood': vragen die gesteld kunnen worden aan de doelgroep. Deze staan niet geheel vast, maar kunnen als leidraad dienen. Afhankelijk van het gesprek kan hier flexibel mee worden omgegaan

³ Teksten in 'blauw': achtergrondinformatie voor de onderzoekers bij de diverse thema's die aan bod komen.

domein overstijgende werkwijze vereist dat de professional ook (basis)kennis heeft van verschillende andere deskundigheidsgebieden, zoals arbeidsmarkt, huisvesting, onderwijs en schuldhulpverlening of bij onvoldoende kennis van deze gebieden weet waar de kennis kan worden verkregen

- Onder vraaggericht werken wordt verstaan dat de cliënt met zijn/haar problemen, mogelijkheden en zorgvraag een centrale plaats in het hulpverleningsproces inneemt. Anders als bij aanbodgericht werken, waar de professional weet wat goed voor de cliënt is, wordt er bij vraaggericht werken vanuit gegaan dat de cliënt zelf het beste weet wat goed voor hem/haar is

Vragen over deelvraag 1:

1. Wordt er door jullie al generalistisch gewerkt?
2. Kunnen jullie hiervan voorbeelden aangeven.
3. Kunnen jullie aangeven of jullie al (algemene) kennis hebben van andere deskundigheidsgebieden dan de jeugdgezondheidszorg of waar jullie je kennis van deze gebieden eventueel vandaan halen?
4. Wordt er door jullie al vraaggericht gewerkt in de praktijk?
5. Kunnen jullie ook hiervan voorbeelden aangeven?
6. Verwachten jullie dat in de toekomst (met name na de invoering van de Jeugdwet per 1 januari 2015) dat je (nog) intensiever generalistisch en vraaggericht zal gaan werken? Kun je ook aangeven waarom je dat verwacht? Kun je voorbeelden geven?

Afsluitend: samenvatting:

Gesprekleider geeft korte samenvatting van de belangrijkste zaken die door de JGZ-verpleegkundigen zijn aangegeven (observant vult zo nodig aan).

~ PAUZE: 5 minuten ~

TIJDSAFBAKENING: 30 MINUTEN:

Deelvraag 2a: Ervaren/verwachten de JGZ-verpleegkundigen een spanningsveld tussen een generalistische, vraaggerichte beroepsuitoefening enerzijds en de professionele autonomie anderzijds en hoe gaan de verpleegkundigen met dit spanningsveld om?

- **Wat verstaan JGZ-verpleegkundigen onder professionele autonomie?**

Vraag over deelvraag 2a/professionele autonomie:

7. Kunnen jullie aangeven wat je in de uitvoering van je functie verstaat onder professionele autonomie? (nagaan of de verpleegkundigen weten wat wordt bedoeld met de term 'professionele autonomie', anders kort uitleggen).

Achtergrond informatie voor de onderzoekers:

Professionele autonomie= de vrijheid van de professional (in dit geval JGZ-verpleegkundigen) om zelfstandig te oordelen en te handelen = de eigenstandige inschattingsruimte en de discretionaire handlingsruimte van de professional. De professionele autonomie is groter naarmate de ruimte om zelf beslissingen te kunnen nemen en daarna te handelen groter is. Hierbij moet een professional natuurlijk wel rekening houden met de voorschriften/protocollen die in een bepaalde situatie van toepassing zijn.

- **Spanningsveld I: professionele autonomie ↔ generalistisch, vraaggericht werken**

(casus 1 wordt nu op schrift uitgereikt met het verzoek aan de verpleegkundigen om deze te lezen (2 minuten)).

Casus 1

Er komt een vraag binnen per e-mail via een CJG site van een gemeente in regio Brabant-Zuidoost. Een moeder geeft daarin het volgende aan: "Onze zoon Jeroen, 11 jaar heeft veel moeite met conflicthantering, spelen met anderen en zit zich zelf vaak in de weg. Hij geeft zelf aan dat hij hier in geholpen wil worden. Waar kunnen we terecht?"

Jij als JGZ verpleegkundige belt met moeder. Zij vertelt je dat het vooral gaat om het beter contact leren maken van Jeroen met leeftijdsgenootjes en het leren beheersen van zijn emoties als de dingen niet zo gaan zoals Jeroen dit wenst. Je verwijst haar naar een Sova-training van het SMW (school maatschappelijk werk).

Nadat moeder haar zoon heeft aangemeld, blijkt de training vol te zitten en neemt moeder opnieuw contact met je op. Zij uit wederom haar zorgen over haar zoon en geeft aan dat de conflicten tussen Jeroen en andere kinderen uit de hand dreigen te lopen. Jeroen heeft onlangs uit boosheid met steentjes naar zijn zusje gegooid. Je besluit in overleg met moeder een keer een huisbezoek bij het gezin te plannen.

Tijdens het huisbezoek spreek je zowel met moeder als met Jeroen. Vader is niet bij het gesprek aanwezig, omdat hij aan het werk is. Je bespreekt zowel de zaken die goed gaan (op school tijdens het volgen van de les, tijdens het alleen spelen en tijdens de judoles gaat het goed met Jeroen) en de dingen die niet goed gaan (Jeroen mag na schooltijd soms niet mee spelen met andere kinderen, hij wordt dan wel eens boos. Wanneer hij toch meespeelt wil hij graag de spelregels bepalen en dat vinden andere kinderen niet altijd leuk; vaak eindigt zo'n speelcontact dan met schreeuwen/schelden en soms slaat Jeroen dan ook wel eens een kind).

Wanneer Jeroen op zijn gedrag wordt aangesproken, lijkt hij zijn fouten te herkennen en belooft hij beterschap. Echter blijkt het bij een volgend speelcontact toch weer mis te lopen.

Omdat het vrij spelen een aantal keren uit de hand is gelopen, durft moeder hem eigenlijk niet meer alleen buiten te laten spelen. Aan de andere kant wil moeder ook niet iedere keer bij het buiten spelen aanwezig zijn omdat ze bang is dat Jeroen dan zal worden gepest. Jeroen is het er allemaal niet mee eens en voelt zich hierdoor vaak alleen.

Moeder geeft aan niet goed raad te weten met de situatie en ze is bang dat naast Jeroen ook zijn zusje last gaat krijgen van de reacties vanuit de buurt op het gedrag van Jeroen. Wanneer jij haar vraagt of er zich al situaties hebben voor gedaan waarbij het gezin is aangesproken op het gedrag van Jeroen, blijkt dat niet het geval te zijn.

Moeder vertelt je tijdens het huisbezoek dat ze ook op school is geweest om de situatie met de leerkracht te bespreken, maar dat deze de problemen niet tijdens schooltijd herkent. Jeroen doet goed zijn best en haalt ook prima schoolresultaten. De conflicten tussen Jeroen en zijn klasgenootjes, ervaart de leerkracht niet als ernstig en passend bij zijn leeftijd. School zou verder geen rol kunnen spelen in de thuissituatie. De leerkracht heeft moeder echter wel beloofd dat wanneer hij problemen bij Jeroen signaleert hij die aan de ouders kenbaar zal maken.

Tijdens het huisbezoek spreek je vervolgens nogmaals met moeder de mogelijkheid van een Sova-training. Tevens wijs je haar op de mogelijkheid van enkele dagdelen naschoolse opvang met als doel om het gezin te kunnen ontlasten.

Enige tijd na je eerste huisbezoek, zoekt moeder wederom contact met je. Zij blijkt een onbevredigend gevoel te houden met betrekking tot het gedrag van Jeroen. Met haar man heeft ze gesproken over een Sova-training en naschoolse dagopvang, maar zij wensen daar uiteindelijk geen gebruik van te maken. Moeder geeft aan dat zij en haar man veel meer de behoefte hebben aan intensieve gezinsbegeleiding om de problemen thuis eens grondig aan te pakken. Moeder vraagt jou omdat te regelen en in gang te zetten.

Vragen over deelvraag 2a/casus 1 gerelateerd:

8. Hoe ga je als JGZ-verpleegkundige in de praktijk om met een situatie zoals beschreven in de casus? Ga je als professional alsnog de regie in handen nemen en probeer je daarbij de ouders toch te overtuigen van deelname aan een Sova-training en/of naschools dagopvang omdat je vanuit je ervaring inschat dat een Sova-training/naschoolse dagopvang het best aansluit bij de problematiek van de cliënt? Of ben je van mening dat de ouders het beste weten wat goed is voor hun zoon en ga je in op hun verzoek om hen te helpen met het in gang zetten van een intensieve gezinsbegeleiding?
9. In hoeverre wordt je standpuntbepaling beïnvloed door het gegeven dat je generalistisch en vraaggericht moet werken, met ander woorden door het feit dat de ouders aangeven dat ze een andere behoefte (= een andere vraag) hebben dan hetgeen jij ze hebt geadviseerd?

10. Ervaren of verwachten jullie dat door het generalistisch en vraaggerichte werken dit dilemma in de toekomst vaker zal gaan optreden? Leg uit waarom wel/niet.

Vragen over deelvraag 2a/algemeen:

11. Worden jullie als JGZ-verpleegkundigen in de praktijk wel eens geconfronteerd met situaties, waarin de cliënt iets anders van jullie verlangt dan je praktijkervaring aangeeft of met situaties waarin een cliënt niet wenst mee te werken aan practice-based hulpverlening/ advisering?

12. Zo ja, hoe ga je dan met een dergelijke situatie om? Wat is volgens jullie de beste manier om met een dergelijk dilemma om te gaan?

Achtergrond informatie voor de onderzoekers:

De professional zal, in geval er geen ‘evidence-based’ interventies voorhanden zijn, interventies wensen toe te passen gebaseerd zijn op zijn (persoonlijke of gecollectiveerde) praktijkervaring (=‘practice-based evidence’) (niet-interveniëren is in de praktijk veelal geen optie). Indien deze interventies niet conform de door de cliënt gewenste interventie(s) zijn, is de professionele autonomie in het geding.

Afsluitend: samenvatting:

Gesprekleider geeft korte samenvatting van de belangrijkste zaken die door de JGZ-verpleegkundigen zijn aangegeven (observant vult zo nodig aan).

TIJDSAFBAKENING: 30 MINUTEN:

Deelvraag 2b: Ervaren/verwachten de JGZ-verpleegkundigen een spanningsveld tussen generalistisch, vraaggericht werken enerzijds en ‘evidence-based’ werken anderzijds en hoe gaan de verpleegkundigen met dit spanningsveld om?

- **In hoeverre kunnen JGZ-verpleegkundigen in hun dagelijkse werkpraktijk evidenced-based werken?**

Vraag over deelvraag 2b/evidence-based werken:

13. Weten jullie wat er wordt verstaan onder evidence-based werken? Zo ja, leg uit. (wanneer de verpleegkundigen niet (goed) weten wat wordt bedoeld met de term ‘evidence-based’ werken, dan dit kort uitleggen).

Achtergrond informatie voor de onderzoekers:

➤ **Evidence-based:** werken met interventies (bijvoorbeeld Triple P methode) waarvan de effectiviteit op basis van (empirisch) wetenschappelijk onderzoek is aangetoond; de methode die je inzet om een ‘probleem’ aan te pakken bij een cliënt is dus wetenschappelijk bewezen.

Denk bijv. ook aan de doelstelling van de Academische werkplaats (Tranzo) om evidence-based werken binnen de JGZ te bevorderen

➤ De effectiviteit van interventies is niet alleen afhankelijk van specifiek werkzame factoren, maar ook **algemeen werkzame factoren** zijn van belang. Deze factoren betreffen zowel het organisatorisch niveau waarin de professional opereert (bijvoorbeeld de mate van coaching en het waarborgen van de veiligheid van de hulpverlener) als de algemene kwaliteiten van de professional (bijvoorbeeld het vermogen om systematisch te kunnen werken, het kunnen realiseren van een optimale cliënt-professional relatie en het vermogen om cliënten te kunnen motiveren en activeren). Deze factoren staan dus los van de specifieke interventie.

- **Spanningsveld II: ‘evidenced-based’ werken ↔ generalistisch, vraaggericht werken** (*casus 2 wordt nu op schrift uitgereikt met het verzoek aan de verpleegkundigen om deze te lezen (2 minuten)*).

Casus 2

In het ZAT van een basisschool wordt aangegeven dat de leerkracht van Joep (8 jaar) zich zorgen maakt over zijn gedrag. Joep pest andere kinderen, is brutaal in de klas, maakt veel ruzie en luistert niet naar de leerkracht. De leerkracht heeft zijn zorgen met de moeder van Joep besproken. De moeder herkent de gedragsproblemen vanuit de thuissituatie en heeft aangegeven veel problemen te hebben met de opvoeding van Joep.

Het gezin komt bij jou in beeld als JGZ verpleegkundige. Het gezin bestaat uit vader, moeder, Joep en een jonger broertje (3 jaar). Nadat somatische problematiek is uitgesloten weet je een huisbezoek bij het gezin te plannen. Je hebt moeder voorafgaand aan het huisbezoek al kort gesproken. De moeder heeft in dat gesprek al aangegeven open te staan voor opvoedingsondersteuning en jij hebt haar toen meegedeeld dat een kortdurend traject van 3 à 4 begeleidingssessies zou kunnen plaats vinden (Triple P).

In het huisbezoek geven de ouders aan zich zorgen te maken over het gedrag van Joep, met name het ruzie maken met en het slaan van zijn broertje, niet stil kunnen zitten aan tafel en 's avonds niet naar bed willen gaan. De ouders blijken Joep veel straf te geven maar dit heeft volgens de ouders weinig effect gehad. De vader blijkt bovendien ‘een kort lontje’ te hebben en veel tegen Joep te schreeuwen. Moeder is in verband met de problematiek van Joep al eerder bij de huisarts geweest en deze heeft hen geadviseerd de kleurstoffen uit het eten te filteren. Dit advies is opgevolgd door ouders, maar heeft volgens moeder geen effect gehad. De zwangerschap en bevalling van Joep zijn volgens moeder goed verlopen. Hij bleek een rustige baby te zijn geweest. Het gedrag is ontstaan vanaf het moment dat Joep kon lopen. De ouders zijn, toen Joep jonger was, ook bij Vroeghulp geweest, maar ze voelden toen niets voor het advies van een video-hometraining.

Uiteindelijk zien de ouders toch af van deelname aan een Triple P cursus en zijn zij verder in geen enkel opvoedingsadvies meer geïnteresseerd. Zij zijn van mening dat zijn gedragsproblemen niets te maken hebben met hun opvoedingsstijl. Ze willen het nog een tijdje aanzien en hopen dat het uiteindelijk wel beter zal gaan. De ouders verzoeken jou om de problemen van Joep niet meer met de leerkracht/ZAT te bespreken.

De leerkracht/ZAT blijft echter zijn zorgen over het gedrag van Joep uiten. Aangegeven wordt dat de gedragsproblemen van Joep erger worden. Hij heeft een paar keer een klasgenootje geslagen. De ouders hebben aangegeven dat de leerkracht in de klas Joep maar harder moet aanpakken, maar de leerkracht weet niet goed meer hoe hij met het gedrag van Joep moet omgaan. Jij hebt als verpleegkundige de overtuiging dat, wanneer de ouders wel bereid zouden zijn om deel te nemen aan een Triple P cursus, dit zeker zou kunnen leiden tot positieve resultaten.

Vragen over deelvraag 2b/casus 2 gerelateed:

14. Hoe ga je als JGZ-verpleegkundige in de praktijk om met een situatie zoals beschreven in de casus? Ga je als professional alsnog de regie in handen nemen en heel actief proberen de ouders te overtuigen van het nut en effectiviteit van een Triple P cursus? Of ben je van mening dat de ouders het beste weten wat goed is voor hun zoon en dat de gedragsproblemen van Joep (uiteindelijk) de verantwoordelijkheid van de ouders zijn en onderneem je geen verdere actie?
15. In hoeverre word je standpuntbepaling beïnvloed door het gegeven dat je in de praktijk (steeds meer) generalistisch en vraaggericht moet werken, met ander woorden door het feit dat de ouders aangeven dat ze geen behoefte (=geen vraag) hebben aan advisering.
16. Ervaren of verwachten jullie dat door het generalistisch en vraaggerichte werken dit dilemma in de toekomst vaker zal gaan optreden? Leg uit waarom.

Vragen over deelvraag 2b/algemeen:

17. Worden jullie als JGZ-verpleegkundigen in de praktijk wel eens geconfronteerd met situaties, waarin de cliënt iets anders van je verlangt als de evidence-based practice aangeeft of met situaties waarin een cliënt niet wenst mee te werken aan evidence-based hulpverlening/advisering?
18. Zo ja, hoe ga je dan met een dergelijke situatie om? Wat is volgens jullie de beste manier om met een dergelijk dilemma om te gaan?

Achtergrond informatie voor de onderzoekers:

De spanning tussen 'evidenced-based' werken enerzijds en vraaggericht werken anderzijds doet zich voor in een situatie waarin de cliënt een bepaalde interventie wenst, waarvan de professional op basis van 'evidence-based practice' weet dat deze interventie niet effectief is, of zelfs tot negatieve resultaten leidt. De spanning treedt ook op in een situatie waarin de cliënt niet wenst mee te werken aan een interventie die de professional op basis van 'evidence-based practice' effectief acht.

Afsluitend: samenvatting:

Gesprekleider geeft korte samenvatting van de belangrijkste zaken die door de JGZ-verpleegkundigen zijn aangegeven (observant vult zo nodig aan).

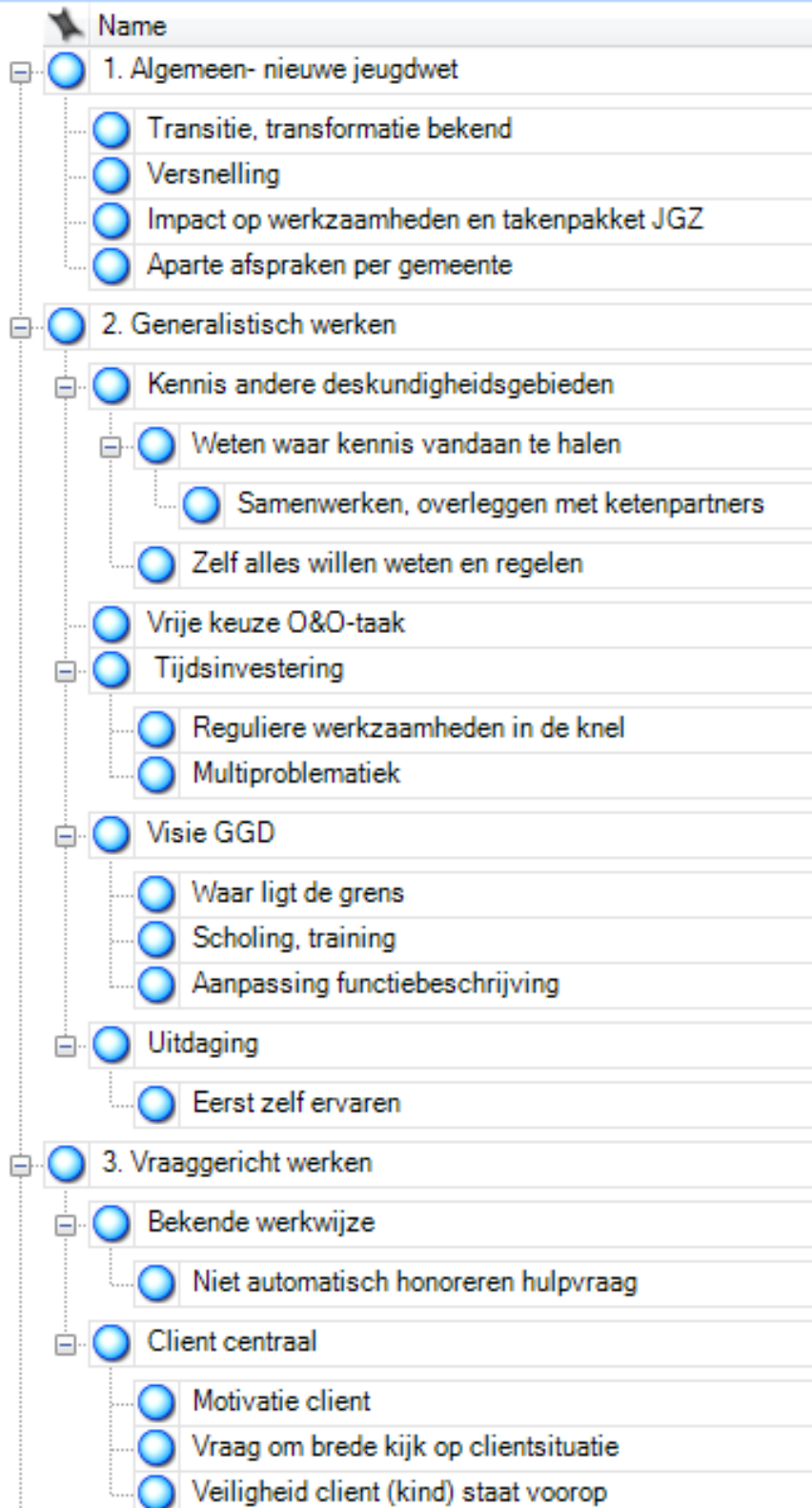
TIJDSAFBAKENING: 5 MINUTEN:

Afronding van de bijeenkomst:

- Navraag doen of de deelnemers nog wat hebben toe te voegen aan het gesprek/ zijn er nog zaken onbesproken gebleven?
- Navragen wat de deelnemers van de bijeenkomst vonden.
- Deelnemers bedanken voor de medewerking.
- Overhandigen van de contactgegevens van de gesprekleider (GGD-mailadres), zodat de deelnemers de onderzoeker kunnen bereiken mochten ze nog iets willen aangeven met betrekking tot het onderzoek.
- Aangeven wanneer het onderzoek definitief zal worden afgerond en dat de onderzoeksrapportage via de site van de GGD tegen die tijd is in te zien.
- Bedankjes uitdelen.

Bijlage 4: Codeboom

Nodes



- 4. Spanningsveld 1
 - Pragmatische benadering
 - Zorgrelatie met client staat voorop
 - Inventariseren, analyseren, in kaart brengen
 - Gesprek aangaan met ouders en of kind
 - Vraag achter vraag achterhalen
 - Niet tegen wil van client een interventie opleggen
 - Voorkomen dure hulpverlening
 - Geen (concrete) hulpvraag, wel probleem
 - Kind in veiligheid en ontwikkeling bedreigd, dan ingrijpen (zorgmelding)
- 5. Spanningsveld 2
 - School aan zet
 - enkel advisering, ondersteuning aan school geven
 - zorgmelding door school igv bedreigde ontwikkeling, veiligheid client of klasgenoten
 - Triple-P geschoold
 - Bewust van effectiviteit interventie
 - Inventariseren, analyseren, in kaart brengen
 - Coach i.p.v. regisseur
 - Motivatie en medewerking client
 - Niet tegen de wil van ouders een interventie opleggen
 - Zoeken naar andere (niet) evidence-based interventies
 - Geen (concrete) hulpvraag, wel probleem
 - Te grote nadruk vanuit overheid op vraaggericht werken
 - Kind in veiligheid en ontwikkeling bedreigd, dan ingrijpen (zorgmelding)

Bijlage 5: Demografische gegevens

Demografische gegevens focusgroepen

	Groep 1: n = 5	Groep 2: n = 4	Groep 3: n = 7	Totaal
Leeftijdscategorie				
20-30			1	1
30-40	3	1	1	5
40-50	2	2	2	6
50-65		1	3	4
Opleidingsniveau				
A-verpleegkundige	1	1	1	3
HBO-V	4	3	6	13
Post-HBO	4	2	5	11
Overig	1	1	3	5
Periode werkzaam als JGZ-verpleegkundige				
0-5 jaar	1	2	1	4
5-10 jaar	1	1	5	7
10-20 jaar	3	-	1	4
> 20 jaar	-	1	-	1
Totaal periode werkzaam als verpleegkundige (inclusief periode werkzaam als JGZ-verpleegkundige)				
0-5 jaar	-	-	-	-
5-10 jaar	-	-	2	2
10-20 jaar	5	3	1	9
> 20 jaar	-	1	4	5
Werkzaam in CJG				
Ja	3	2	6	11
Nee	2	2	1	5

Demografische gegevens interviews

	Part.*1	Part. 2	Part. 3	Part. 4	Part. 5	Part. 6	Totaal
Leeftijdscategorie							
20-30			x		x		2
30-40	x					x	2
40-50							-
50-65		x		x			2
Opleidingsniveau							
A-verpleegkundige		x					1
HBO-V	x		x	x	x	x	5
Post-HBO	x		x	x		x	4
Overig		x					1
Periode werkzaam als JGZ-verpleegkundige							
0-5 jaar					x	x	2
5-10 jaar			x				1
10-20 jaar	x			x			2
> 20 jaar		x					1
Totaal periode werkzaam als verpleegkundige (inclusief periode werkzaam als JGZ-verpleegkundige)							
0-5 jaar					x		1
5-10 jaar			x				1
10-20 jaar	x			x		x	2
> 20 jaar		x		x			2
Werkzaam in CJG							
Ja	x		x		x	x	4
Nee		x		x			2

* Part.= participant

Bijlage 6: Afkortingen

CJG	Centra voor Jeugd en Gezin
GGD-BZO	GGD Brabant-Zuidoost
J&G-er	Jeugd- en Gezinswerker
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
O&O	Opvoed- en Opgroeiondersteuning
RMO	Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling
SRE	Samenwerkingsverband Regio Eindhoven
VWS	(ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wpg	Wet publieke gezondheid