

Tilburg University

Armoede en gezondheid van kinderen. Praktische handleiding voor interventie

Rots-de Vries, M.C.; Kroesbergen, H.T.; van de Goor, L.A.M.

Publication date:
2009

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):

Rots-de Vries, M. C., Kroesbergen, H. T., & van de Goor, L. A. M. (2009). *Armoede en gezondheid van kinderen. Praktische handleiding voor interventie*. GGD West-Brabant.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Armoede en gezondheid van kinderen

Praktische handleiding voor interventie



Carin Rots-de Vries
Ike Kroesbergen
Ien van de Goor



Armoede en gezondheid van kinderen

Praktische handleiding voor interventie

Carin Rots-de Vries
Ike Kroesbergen
Ien van de Goor

COLOFON

Tekst

Carin Rots-de Vries (GGD West-Brabant/Tranzo, Universiteit van Tilburg)
Ike Kroesbergen (GGD West-Brabant)
Ien van de Goor (Tranzo, Universiteit van Tilburg)

Uitgave

Deze handleiding is een uitgave van de GGD West-Brabant
GGD West-Brabant
postbus 3369
4800 DJ Breda
www.ggdwestbrabant.nl

Redactie en productie

HDtt Communicatieadvies, Nijmegen

Vormgeving en illustraties

OptimaForma, Nijmegen

Druk

Jac. van Hardeveld drukkers, Veenendaal

Auteursrecht voorbehouden

© GGD West-Brabant, 2009

Dit project wordt mede mogelijk gemaakt door:



ZonMw

Voorwoord

Beste lezer,

Met veel genoegen bied ik u de interventie 'Armoede en gezondheid van kinderen' aan. Hiermee wordt het mogelijk om de gezondheid van kinderen positief te stimuleren door het beschikbaar stellen van financiële middelen. Eind jaren negentig van de vorige eeuw werd duidelijk dat er een samenhang bestaat tussen gezondheidsproblemen en -risico's bij kinderen en geldgebrek in het gezin. Het zicht op dit probleem was echter onvoldoende. Bovendien waren er nog te weinig mogelijkheden om daar verandering in aan te brengen. Deze handleiding biedt u hier concrete handvatten voor.

De interventie 'Armoede en gezondheid van kinderen' die destijds startte in Breda, is de uitkomst van ruim tien jaar onderzoek en praktijkervaring. Een leerproces waarin kinderziekten, evaluaties en nuanceringen zijn verwerkt. Ze hebben geleid tot een bruikbaar interventiemodel. Daarmee kan iedere JGZ-medewerker en gemeenteambtenaar in Nederland gezondheidsproblemen bij kinderen die samenhangen met armoede in het gezin aanpakken. Dit model schept bovendien mogelijkheden tot verregaande intersectorale samenwerking, waarbij Jeugdgezondheidszorg en gemeenten gezamenlijk optrekken in de aanpak van armoedegerelateerde gezondheidsrisico's bij kinderen.

Deze handleiding is het resultaat van een bijzondere samenwerking, verenigd in de academische werkplaats Openbare Gezondheidszorg Tilburg. De synergie tussen Tranzo (UvT), GGD West-Brabant, GGD Hart voor Brabant en RIVM heeft geleid tot een goed onderbouwd en praktisch bruikbaar product.

Deze handleiding is bedoeld om u als JGZ-medewerker of gemeenteambtenaar te informeren en inspireren. Met de aangereikte informatie en methodiek, kunt u direct in uw eigen organisatie aan de slag. Aan u om de interventie verder in de praktijk tot een succes te maken!

Marja Heerkens, wethouder Jeugd Gemeente Breda



Leeswijzer

De handleiding 'Armoede en gezondheid van kinderen' informeert u als (toekomstige) gebruiker over de mogelijkheden van deze interventie. Wilt u er concreet mee aan de slag, dan biedt deze handleiding u volop ondersteuning en praktische tips. Van het uitwisselen en afstemmen van ideeën en het opstellen van een plan van aanpak op maat tot de daadwerkelijke uitvoering.

Na een korte introductie die u een eerste indruk geeft, leest u in hoofdstuk 1 meer over de doelen en achtergronden van de interventie. Hoofdstuk 2 beschrijft de vier hoofdstappen die de kern van de interventie bevatten. In hoofdstuk 3 leest u meer over mogelijke variaties in de uitvoering, waarmee u een plan van aanpak kunt maken dat past bij uw situatie. Het afsluitende hoofdstuk gaat over de implementatie: hoe krijgt u uw plannen daadwerkelijk van de grond? In de bijlage vindt u checklists, verwijzingen naar relevante websites en een uitgebreide literatuurlijst. Met het oog op toegankelijkheid en leesbaarheid is ervoor gekozen geen literatuurverwijzingen in de hoofdtekst op te nemen.

Alle interventiematerialen en informatie over beschikbare ondersteuning en trainingen zijn te vinden via de I-database van het Centrum Gezond Leven (www.loketgezondleven.nl).

De handleiding is geschreven in de u-vorm, waarmee vooral de projectleider direct wordt aangesproken. De projectleider kan een medewerker van de Jeugdgezondheidszorg of van de gemeente zijn. Wat voor de ene organisatie al een heel vanzelfsprekende werkwijze is, kan voor de andere nog onontgonnen terrein zijn. Voor beide groepen bevat de handleiding inspiratie en handreikingen.

In deze handleiding is de kennis van veel mensen bijeengebracht. Een groot aantal medewerkers van de Jeugdgezondheidszorg en gemeenten hebben hun ervaringen met de interventie met ons gedeeld. Ook de landelijke begeleidingscommissie, bestaande uit Martijn Schut (StimulanSZ), Jan Jansen (NIGZ) en Willem de Regt (ZonMw), is ons zeer behulpzaam geweest. Een ieders bijdrage, in welke vorm dan ook, hebben wij bijzonder gewaardeerd!

De auteurs

Inhoud

3	Voorwoord
4	Leeswijzer
5	Inhoud
6	Introductie
9	1. Het nut van de interventie
11	Armoede in Nederland
13	Doelen van de interventie
13	Brede en integrale aanpak
14	Beïnvloeding van beleid
14	Werkzame factoren
17	2. De werkwijze stap voor stap
19	Vier hoofdstappen
19	Stap 1: signaleren
21	Stap 2: adviseren
23	Stap 3: verstrekken
25	Stap 4: nazorg
27	3. Variaties in werkwijze
29	Nevendoelen
30	Beknopt of uitgebreid signaleren
32	Leeftijdsgroepen
32	Scholen en wijken
34	Afbakening van doelgroepen
34	Signalering door derden
35	Interventiespecialisten bij JGZ en gemeente
36	Alternatieve taakverdeling JGZ en gemeente
37	Financieringsmiddelen
38	Versneld verstrekken of reguliere procedure
39	4. Aan de slag met de interventie
41	Fase 1: verkennen
43	Fase 2: inrichten
50	Fase 3: uitvoeren
52	Fase 4: evalueren
54	Fase 5: continueren
57	Bijlagen
59	I Checklists
61	II Informatieve websites
63	III Literatuur



“Mijn man is bij streetdance gaan kijken. Hij vertelde dat Marieke er echt van geniet; ze leeft helemaal op. Ook thuis is ze vrolijker geworden.”

Joke van Dam, moeder van Marieke (7 jaar)

Introductie

Armoede en gezondheidsproblemen bij kinderen. Wie zou daar nou niet iets aan willen doen? Toch is dit niet zo vanzelfsprekend. Uit onderzoek blijkt keer op keer dat mensen met een laag inkomen een veel slechtere gezondheid hebben dan mensen met een hoger inkomen. Kinderen in arme gezinnen zijn hiervoor nog eens extra kwetsbaar.

Armoedebestrijding en het bevorderen van gezondheid staan hoog op de agenda van gemeenten en Jeugdgezondheidszorg (JGZ). Het besef dat sociaal-economische gezondheidsverschillen ongewenst zijn, zeker wanneer het kinderen betreft, is er. Oplossingen zijn te vinden in een goede samenwerking tussen JGZ en gemeenten.

Snelle en directe aanpak

De interventie ‘Armoede en gezondheid van kinderen’ biedt nieuwe kansen voor intersectorale samenwerking. De JGZ en de gemeentelijke sociale dienst werken hierbij samen aan het opsporen van kinderen met gezondheidsachterstanden door armoede in het gezin. Vervolgens zoeken zij naar concrete oplossingen. Juist een praktische en snelle aanpak, dichtbij de leefwereld van de gezinnen, blijkt een succes. Ouders waarderen de directe hulp voor hun kind. Armoede en gezondheid vallen dan wel onder verschillende aandachtsgebieden; in de beleving van ouders hangen die twee nauw met elkaar samen.

Actief signaleren

De opzet van de interventie laat zich eenvoudig beschrijven. Het startpunt ligt bij de reguliere gezondheidsonderzoeken die de JGZ uitvoert bij alle kinderen tot twaalf jaar. In dit onderzoek signaleert de JGZ-medewerker of geldgebrek in het gezin een barrière vormt voor de gezonde ontwikkeling van het kind én gaat hij na of de ouders openstaan voor verdere hulp. Als dit het geval is, dan stuurt hij een adviesbrief naar de gemeentelijke sociale dienst. Die stelt vervolgens geormerkt geld ter beschikking, vaak via de bijzondere bijstand. Zo kan de gemeente de ouders extra financiële middelen verstrekken om de gezondheid van het kind te stimuleren.

Uit evaluaties blijkt dat van de verstrekkingen zo’n 80 procent besteed wordt aan sport (lidmaatschap van clubs, maar ook sportkleding of andere benodigdheden), zwemlessen, bedden en matrassen. In veel gevallen hebben de kinderen waar het om gaat een motorische achterstand, overgewicht of verkeren zij in een ernstig sociaal isolement. Daarnaast komt een breed scala van andere doeleinden voor, variërend van brillen en steunzolen tot veiligheidsvoorzieningen in de woning en vergoedingen voor de peuterspeelzaal.

Effectieve samenwerking

Deze aanpak is onderdeel van de bredere zorg en dienstverlening van de JGZ en de gemeentelijke sociale dienst. De JGZ past de interventie toe binnen het aanbod voor risicogezinnen; de sociale dienst kijkt naar de totale financiële situatie van het gezin. De inbedding in de JGZ en de sociale dienst geeft de mogelijkheid de interventie te benutten als opstap naar andere hulp- en dienstverlening. Door materiële dienstverlening te koppelen aan immateriële hulpverlening zijn ook diepere oorzaken van de problematiek aan te pakken. Er valt winst te behalen in de effectieve samenwerking tussen gemeenten en JGZ. Als zij gezamenlijk optrekken in de aanpak van armoede en gezondheidsproblemen bij kinderen, kan met behulp van dit interventiemodel meer bereikt worden.

Pilotonderzoek

De interventie 'Armoede en gezondheid van kinderen' is het resultaat van ruim tien jaar praktijkervaring en begeleidend onderzoek. Dit heeft geleid tot het interventiemodel dat in deze handleiding wordt beschreven. Een proefversie van deze handleiding is op verschillende plaatsen in Nederland getest. Op basis van die ervaringen is de handleiding aangescherpt. Onderzoek en pilots hebben bevorderende en belemmerende factoren blootgelegd. U vindt ze in deze handleiding terug. Door hier rekening mee te houden, wordt de kans op succes groter. Een gunstige politiek-maatschappelijke ontwikkeling is dat Jeugd en Gezin, en vooral de participatie van kinderen en jongeren uit gezinnen waar het minder goed gaat, momenteel hoog op de agenda staat van het kabinet en van veel gemeenten.

Databanken, interventiematerialen en publicaties

De interventie is opgenomen in de landelijke Databank Effectieve Jeugdinterventies (www.jeugdinterventies.nl). Ook in de I-database van het Centrum Gezond Leven is de interventie te vinden (www.loketgezondleven.nl). Alle interventiematerialen en informatie over ondersteuning en trainingen zijn te vinden in de I-database. De achtergrondpublicaties waarop deze handleiding is gebaseerd, staan in bijlage 3 van deze handleiding.

“Na de interventie blijken ouders een verbetering te zien van de sociaal-emotionele ontwikkeling en de lichamelijke gezondheid van hun kinderen.”

Carin Rots, onderzoeker bij de academische werkplaats Openbare Gezondheidszorg Tilburg



Het nut van de interventie

1



In welke mate heeft armoede in gezinnen effect op de gezondheid van kinderen? En hoe kan de interventie 'Armoede en gezondheid van kinderen' een positieve verandering bewerkstelligen? Dit hoofdstuk brengt allereerst de armoedeproblematiek in kaart. Daarna leest u meer over de achtergronden, aanpak en beoogde resultaten van de interventie.

Armoede in Nederland

Armoede is een complex en lastig te definiëren begrip. Het gaat niet alleen over inkomen en opleidingsniveau, maar ook over gezondheid, sociale participatie, maatschappelijke context en zelfredzaamheid. Het toekomstperspectief is ook een belangrijke factor, vooral in situaties waarin mensen nauwelijks uitzicht hebben op werk of enige verandering van de leefsituatie. Armoede is te beschouwen als een tekort aan financiële middelen, maar in brede zin ook als sociale uitsluiting.

De omvang van de groep kinderen die in armoede leeft, schommelt. Dit heeft niet alleen financieel-economische redenen, maar hangt ook samen met het inkomensniveau dat in het beleid als ondergrens gehanteerd wordt. Rond 1990 steeg het aantal arme kinderen, maar sinds 2003 is er weer sprake van een lichte afname. Om de armoede goed in kaart te brengen, wordt de Armoedemonitor gebruikt (www.armoedemonitor.nl). Die gaat uit van drie varianten. De lage-inkomensgrens vertegenwoordigt een vaste koopkracht en wordt alleen aangepast aan de prijsontwikkeling. Daarnaast zijn er twee budgetgerelateerde grenzen die gebaseerd zijn op een pakket van noodzakelijke uitgaven: in de basisbehoeftevariant gaat het om uitgaven die in Nederland nauwelijks te vermijden zijn; in de niet-veel-maar-toereikendvariant zijn ook uitgaven voor sociale participatie inbegrepen.

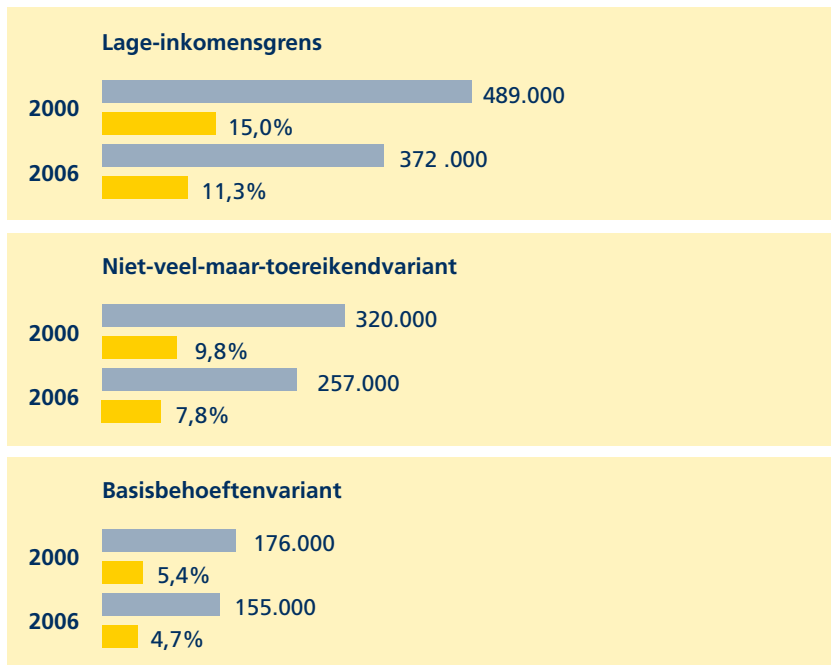
Het Armoedebericht 2008 laat zien dat 11,3 procent van de minderjarige kinderen in een huishouden met een laag inkomen leeft. Volgens de niet-veel-maar-toereikendvariant leeft 7,8 procent in armoede en 4,7 procent van de kinderen leeft in een gezin waar het inkomen onder het basisbehoefte-criterium ligt. In de huishoudens van ruim een derde van de arme kinderen schiet het inkomen langdurig (ten minste drie jaar) tekort voor minimale voorzieningen. Het risico op langdurige armoede is het grootst voor kinderen in eenoudergezinnen.



“Natuurlijk zag ik wel dat de winterjas van Soraya veel te klein was. Maar er was echt geen geld. Ze was zo blij toen ze eindelijk een nieuwe van ons kreeg.”

Yildrim Bogiz, vader van Soraya (10 jaar)

Aantal en percentage minderjarige kinderen wonend in arme huishoudens, volgens verschillende inkomensgrenzen.



Bron: Armoedebericht 2008, SCP/CBS

Gevolgen van leven in armoede

Welke directe gevolgen heeft het leven in armoede? Onderzoek hiernaar kijkt met welke deprivaties (tekorten of tekortkomingen) mensen met een minimuminkomen te maken hebben. Iemand is gedepriveerd als hij om financiële redenen bepaalde zaken niet heeft, niet kan deelnemen aan activiteiten of geen gebruik kan maken van voorzieningen. Veel gezinnen met een laag inkomen geven in de Armoedemonitor 2007 aan dat zij te weinig geld hebben om in noodzakelijke uitgaven te voorzien: 30 procent heeft onvoldoende geld om dagelijks warm te eten en 41 procent kan niet regelmatig nieuwe kleren kopen. Ook de sociale participatie van kinderen, afgemeten aan bijvoorbeeld het lidmaatschap van verenigingen, blijft in de lagere inkomensgroep achter: 30 procent is om financiële redenen nergens lid van en 43 procent heeft vanwege de kosten geen internet.

Invloed op gezondheid van kinderen

Heeft armoede direct invloed heeft op de gezondheid van kinderen in Nederland? Die vraag is niet eenvoudig te beantwoorden. Uiteenlopende factoren spelen hierbij een rol. De manier waarop ouders met de armoede-situatie omgaan, kan bijvoorbeeld al een verzachtend effect hebben. Toch blijkt uit verschillende wetenschappelijke onderzoeken dat er een verband bestaat tussen armoede en de ontwikkeling van kinderen. Op basis van geconstateerde deprivaties en gegevens uit de preventieve gezondheids-onderzoeken bij kinderen, schatten jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in dat zes tot negentien procent van de kinderen leeft in een risicovolle gezondheids-situatie als gevolg van de financiële situatie in het gezin.

Doelen van de interventie

Het hoofddoel van de interventie 'Armoede en gezondheid van kinderen' is het terugdringen van deprivaties die samenhangen met de gezondheid van kinderen van nul tot twaalf jaar. De JGZ heeft bij deze kinderen een gezondheidsrisico geconstateerd dat te maken heeft met geldgebrek in het gezin. Duidelijk is ook dat dit risico te beïnvloeden is met een financiële verstrekking. Deze risico's zien we bijvoorbeeld bij kinderen met overgewicht die vanwege financiële belemmeringen niet deelnemen aan een sportclub, bij kinderen in een sociaal isolement die niet meedoen aan activiteiten en bij kinderen met een slaapprobleem die niet beschikken over een eigen bed.

Dit hoofddoel is op te delen in drie subdoelen:

- de JGZ leidt de gezinnen toe naar de gemeentelijke sociale dienst.
- de sociale dienst stelt geormerkte financiële middelen ter beschikking aan deze gezinnen om het probleem effectief aan te pakken.
- ouders besteden het beschikbaar gestelde budget daadwerkelijk aan het beoogde doel.

Brede en integrale aanpak

Armoede en de gevolgen daarvan hebben invloed op de gehele opvoedings-situatie van kinderen. Vaak zijn aan financiële armoede ook andere risico's verbonden. Het is daarom van belang dat deze interventie deel uitmaakt van het grotere geheel van zorg van JGZ en gemeente. JGZ-medewerkers hebben regelmatig contact met kinderen die behoren tot een risicogroep. Door de interventie bij deze contacten in te zetten, is ze maximaal te benutten. Concreet betekent dit dat de interventie toegang biedt tot doorgaans moeilijk bereikbare gezinnen. Met het snel bieden van praktische hulp die aansluit op de concrete behoeften van het gezin, kan de JGZ-medewerker het vertrouwen winnen. De interventie fungeert zo als opstap naar andere vormen van hulp- en dienstverlening van de JGZ, de gemeente of andere instellingen. Sociale diensten kunnen daar ook van profiteren. Zij komen zo in contact met de doelgroep, waarvoor zij voorzieningen en middelen beschikbaar hebben. Te vaak maken deze gezinnen daar niet of nauwelijks aanspraak

"Het ingang krijgen bij doorgaans moeilijk bereikbare gezinnen vinden wij erg belangrijk, evenals het functioneren als intermediair naar bestaande voorzieningen. Deze interventie biedt daar concrete mogelijkheden voor."

Ike Kroesbergen,
programmamanager
GGD West-Brabant



“Door de Jeugd-gezondheidszorg in staat te stellen op het juiste moment bij de juiste personen op kleinschalige wijze hulp te bieden, wordt op een laag-drempelige en menswaardige wijze invulling gegeven aan gezondheidsbevordering voor kinderen uit gezinnen met weinig economische slagkracht.”

Prof. Dr. Niek Klazinga, hoogleraar sociale geneeskunde, Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam

op. Voor veel minima is de gang naar de sociale dienst met een vraag voor extra ondersteuning onbekend of hoogdrempelig. Bevorderen van het gebruik van bestaande voorzieningen is doorlopend een onderwerp van gemeentelijk beleid. De JGZ is een belangrijke intermediair naar de doelgroep. De sociale dienst kan de inkomenssituatie van het gezin breder in kaart brengen en als dat nodig is andere voorzieningen en maatregelen treffen.

Beïnvloeding van beleid

De JGZ werkt op het grensvlak van individu en collectief. Een interventie die start bij individuele kinderen, kan uiteindelijk leiden tot collectieve maatregelen gericht op gezondheidsbevordering bij kinderen in achterstandssituaties. Wanneer de JGZ via deze interventie bijvoorbeeld signaleert dat veel kinderen op twaalfjarige leeftijd nog geen zwemdiploma hebben, kan een gemeente overwegen het schoolzwemmen (opnieuw) in te voeren.

Deze rollen van JGZ-medewerkers zijn internationaal erkend en omschreven. Hieronder vallen onder meer activiteiten gericht op het toegankelijk maken van voorzieningen, het assisteren van arme families in het gebruik daarvan en beleidsbeïnvloeding gericht op het verbeteren van de inkomenssituatie van gezinnen in een armoedesituatie.

Werkzame factoren

Of een interventie slaagt, is van verschillende algemene en specifieke factoren afhankelijk.

Algemene factoren

Bij elke interventie zijn er, ongeacht thema of doelgroep, algemene factoren te benoemen die bijdragen aan een positief resultaat, zoals:

- een goede structurering van de interventie (duidelijke doelen, planning, fasering).
- adequate uitvoering van de interventie.
- professionaliteit, relevante opleiding en training van medewerkers.
- een prettige relatie tussen de medewerker van JGZ of de gemeente en de ouder.
- goede werkomstandigheden.

Deze factoren worden soms onderschat, maar zijn van groot belang voor het resultaat.

Specifieke factoren

Specifieke factoren gelden alleen voor een bepaalde interventie. Bij 'Armoede en gezondheid van kinderen' dragen de volgende specifieke factoren bij aan een positief effect:

- *Samenwerking met andere sectoren*
De sector volksgezondheid heeft zelf weinig mogelijkheden om de sociaal-economische situaties te beïnvloeden. Samenwerking van JGZ met andere sectoren is daarom noodzakelijk wil ze gezondheidsbevordering bij achterstandsgroepen realiseren.
- *Gemotiveerde ouders*
Ouders willen hun kinderen graag beschermen tegen de gevolgen van armoede en zijn daardoor gemotiveerd voor deze aanpak.
- *Interventie op maat*
De interventie wordt op maat gemaakt. In nauw overleg met de ouders wordt het doel van de verstrekking vastgesteld. De interventie sluit aan op de knelpunten in en mogelijkheden van het gezin.
- *Concrete voorziening*
Het resultaat van de interventie is een concrete voorziening die de gezondheid van het kind ten goede komt.
- *Inbedding in breder geheel van zorg*
Inbedding van de interventie in het geheel van zorg van de JGZ en de gemeentelijke sociale dienst biedt een opstap naar andere hulp- en dienstverlening.

"Ik was blij verrast dat de Jeugdgezondheidszorg ook naar onze financiële situatie keek."

Michael Dercksen, vader van Job (11 jaar)



De werkwijze stap voor stap

2



2

De werkwijze stap voor stap

Wat houdt de interventie precies in? In dit hoofdstuk leert u de kern van de methode kennen: de vier hoofdstappen die essentieel zijn om resultaat te behalen. Bij elke stap komt uitgebreid de aanbevolen werkwijze aan bod.

Vier hoofdstappen

De interventie bestaat uit de volgende vier hoofdstappen:

1. Signaleren

De JGZ signaleert gezondheidsachterstanden en gaat na of deze samenhangen met geldgebrek in het gezin. Als dit het geval is, onderzoekt de JGZ of de ouders open staan voor verdere interventies. Dit gebeurt tijdens het reguliere gezondheidsonderzoek dat elk kind krijgt op bepaalde leeftijden.

2. Adviseren

Na aanvullend onderzoek adviseert de JGZ de ouders een product te kopen of een activiteit uit te voeren, waarmee de gezonde ontwikkeling van het kind wordt gestimuleerd. Dit advies wordt vastgelegd in een adviesbrief.

3. Verstrekken

De ouders melden zich met de adviesbrief bij de gemeentelijke sociale dienst. De sociale dienst neemt de aanvraag in behandeling en stelt financiële middelen beschikbaar voor het beoogde doel.

4. Nazorg

De JGZ neemt telefonisch contact op met het gezin voor evaluatie en eventuele verdere ondersteuning.

Stap 1: signaleren

Het startpunt van de interventie ligt bij de reguliere preventieve gezondheidsonderzoeken op het consultatiebureau voor kinderen die nog niet naar school gaan of in het basisonderwijs voor vier- tot twaalfjarigen. De JGZ voert deze onderzoeken uit, zoals is vastgelegd in het landelijke JGZ-basistakenpakket. De JGZ-medewerker bekijkt of er bij een kind ontwikkelingsachterstanden zijn, wat de oorzaken hiervan zijn en welke interventies hulp kunnen bieden.



“Het overviel me dat het gesprek over geld ging. Daardoor klapte ik een beetje dicht.”

Francien Schouten,
moeder van Sara
(10 jaar)

De opkomst bij deze onderzoeken is hoog: 90 tot 95 procent van de kinderen komt op de afspraak en de ouders zijn er bijna altijd bij aanwezig. Het doel van stap 1 is signaleren of een geconstateerd gezondheidsrisico bij het kind samenhangt met geldgebrek in het gezin en of dit te beïnvloeden is met een financiële verstrekking. Deze signalering is in eerste instantie nog globaal, omdat er in het reguliere gezondheidsonderzoek slechts beperkt tijd voor is. In stap 2 kan de JGZ-medewerker hier dieper op ingaan.

Vragenlijst

Voorafgaand aan het gezondheidsonderzoek van hun kind ontvangen de ouders een vragenlijst. De ingevulde antwoorden zijn een hulpmiddel bij het gesprek en objectiveren de bevindingen van de JGZ-medewerker.

De vragenlijst bevat een aantal stellingen over potentiële deprivaties die nadelige gevolgen kunnen hebben voor de gezondheid en de ontwikkeling van het kind. De ouders geven aan of een bepaalde stelling in de situatie van hun kind ‘niet waar’, ‘een beetje waar’ of ‘waar’ is. Bijvoorbeeld: ‘Door geldgebrek is mijn kind geen lid van een sportclub’. Bij de vragen wordt steeds een verband gelegd met geldgebrek, zodat andere redenen zo veel mogelijk zijn uitgesloten.

De vragen gaan over de gezondheid van het kind in brede zin: de lichamelijke, psychische en sociale ontwikkeling. Ook bevat de vragenlijst enkele vragen over de financiële situatie van het gezin. In plaats van de vragenlijst kunt u ook volstaan met twee korte signaleringsvragen (zie pag. 30).

Gezondheidsonderzoek

De vragenlijst wordt toegevoegd aan de uitnodiging voor het gezondheidsonderzoek. Tijdens het onderzoek brengt de JGZ-arts of -verpleegkundige het onderwerp ter sprake aan de hand van de ingevulde vragenlijst. Hij probeert te achterhalen of:

- er sprake is van armoede.
- de ouders bezuinigen op zaken die voor de gezondheid van het kind belangrijk zijn.
- een geconstateerd gezondheidsrisico samenhangt met deze bezuinigingen.

Daarnaast is het van belang na te gaan of ouders open staan voor een interventie op financieel gebied. Het onderwerp komt bij voorkeur aan het eind van het onderzoek ter sprake. Dat heeft een aantal voordelen: het ijs is gebroken en er is inmiddels een goed beeld van het kind en het gezin. Ook is een indruk gekregen van het gemak waarmee ouders over het onderwerp praten.

TIP

Gebruik de vragenlijst om in gesprek te komen

Gebruik de ingevulde vragenlijst om met ouders in gesprek te komen. Wat is het verhaal achter het aangekruiste antwoord? Een belangrijke indicatie voor de ernst van de situatie is de duur van de armoede. De gevolgen van een slechte financiële situatie zijn na drie jaar duidelijk merkbaar.

Armoede bespreekbaar maken

Uit ervaring blijkt dat de meeste ouders er geen problemen mee hebben als de JGZ deze onderwerpen aan de orde stelt. De financiële situatie van het gezin speelt vanzelfsprekend een rol bij de opvoeding van kinderen. In eerste instantie kunnen ouders wel een drempel ervaren om over hun problemen met geld te praten. Voor het herkennen en bespreekbaar maken van armoede bestaan speciale trainingen.

TIP

Geld ligt soms gevoelig, houd daar rekening mee

Een gesprek over geld kan veel bij mensen losmaken. Soms komen hele levensgeschiedenissen op tafel. Dat is soms lastig, maar biedt ook aanknopingspunten om met ouders na te denken over vervolgstappen die ten goede komen aan de kinderen.

KAPOTTE WASMACHINE

Na het preventief gezondheidsonderzoek verwijst de jeugdarts een moeder en haar dochter door voor een vervolggerek over de ontwikkeling van het meisje en de financiële situatie van het gezin. Het gezin met twee kinderen van zes en vier jaar heeft een inkomen van 1.600 euro per maand. Hun vaste lasten zijn tijdelijk erg hoog, omdat de moeder net haar baan heeft verloren en aan een omscholings-traject is begonnen. Daarnaast is de

wasmachine stukgegaan en niet meer te repareren, maar er is op dit moment geen geld voor een nieuwe. Volgens de JGZ behoort een wasmachine tot de noodzakelijke voorzieningen die in het belang zijn van de gezondheid van de kinderen. Omdat de situatie waarschijnlijk tijdelijk is, geeft de JGZ een advies voor bijzondere bijstand. De sociale dienst honoreert de aanvraag en stelt financiële middelen ter beschikking voor aanschaf.

Casus

Stap 2: adviseren

Na de signalering maakt de JGZ-medewerker een afspraak voor een vervolggerek met de ouders van kinderen die mogelijk voor de interventie in aanmerking komen. Een vervolggerek is nodig om tot een goed onderbouwd advies te komen. Als de ouders de vragenlijst nog niet hebben ingevuld, doen zij dat alsnog voorafgaand aan het vervolggerek.

In dit persoonlijk onderhoud met de ouders komt de relatie tussen de financiële situatie van het gezin en de gezondheid van het kind aan bod. Ook de motivatie van de ouders om de aangeboden interventie op te pakken, is een belangrijk gespreksthema. Het doel van het adviesgerek is om in samenspraak met de ouders vast te stellen welke voorziening de ontwikkeling van het kind kan stimuleren.



Adviesbrief

Op basis van dit gesprek schrijft de JGZ-medewerker, bij voorkeur al tijdens het gesprek, een adviesbrief aan de ouders. Een persoonlijke brief maakt de inhoud voor hen herkenbaar en bevordert de betrokkenheid van de ouders. De brief beschrijft wat het gezondheidsrisico is en welk product, activiteit of voorzieningen de JGZ adviseert.

TIP

Geef een concreet advies

Stel de adviesbrief niet te algemeen op. Geef een duidelijk advies over een concrete voorziening gericht op een aanwijsbaar gezondheidsrisico bij het kind.

TIP

Zorg dat de voorziening aansluit op de gezinssituatie

Besteed zorgvuldig aandacht aan de inpassing van de beoogde voorziening in de levenssituatie en de sociale omgeving van het gezin. Een aanvraag voor een plaswemaker voor het kind heeft alleen zin als de ouders ook weten hoe ze die moeten gebruiken. Een sportclub aan de andere kant van het dorp of de stad kan alleen als er ook vervoersmogelijkheden zijn.

Veel voorkomende gezondheidsrisico's en mogelijke voorzieningen

Gezondheidsrisico	Achtergrond	Voorziening
overgewicht	gebrek aan beweging	deelname sportclub
verdrinkingsgevaar	geen zwemdiploma	zwemles, behalen zwemdiploma
sociaal isolement, teruggetrokken gedrag	gebrek aan sociale participatie	deelname aan (sport)club
slaapproblemen	gebrek aan voorzieningen in de woning	eigen bed

Verwijzing

De ouders krijgen de brief mee of later thuisgestuurd. De JGZ-medewerker adviseert en stimuleert hen met deze brief naar de gemeente te gaan. In het gesprek bekijkt de medewerker samen met de ouders of zij nog andere vormen van ondersteuning nodig hebben in verband met hun financiële situatie. Deze uitkomst wordt in de adviesbrief vermeld, zodat de sociale dienst ervan op de hoogte is.

TIP

Leg duidelijk het vervolgtraject uit

Leg de ouders helder uit wat zij moeten doen en wat ze kunnen verwachten van het vervolgtraject. Geef aan dat u na afloop nog eens (telefonisch) contact met hen opneemt (zie stap 4).

STAP 3: verstrekken

De centrale rol bij stap drie ligt bij de ouders en de gemeente. De ouders melden zich met de adviesbrief bij de sociale dienst. Ze nemen contact op met hun eigen consultant of gaan naar een centraal aanspreekpunt. Dit laatste geldt voor ouders die niet bekend zijn bij de sociale dienst en geen eigen contactpersoon hebben.

Behandeling adviesbrief

De sociale dienst neemt de adviesbrief vervolgens in behandeling. Uitgangspunt is dat de adviesbrief zwaarwegend is. Dit betekent dat de medewerker van de sociale dienst zorgvuldig nagaat of het verstrekken van de aangevraagde voorziening mogelijk is binnen het gemeentelijk beleid voor bijzondere bijstand. De adviesbrief vormt de onderbouwing voor de toekenning van de financiële middelen.

In veel gevallen volstaat een eenmalige toekenning niet. Voor een blijvende verbetering is vaak verdere begeleiding van het gezin noodzakelijk. De medewerker van de sociale dienst gaat na of de ouders gebruik kunnen maken van andere financiële regelingen en of ze verdere ondersteuning nodig hebben, bijvoorbeeld in de vorm van budgettering of schuldhulpverlening.

“Een belangrijk deel van de kinderen van wie de gezondheid door armoede in gevaar komt, wordt met deze interventie gesignaleerd.”

Maria Rühl,
jeugdverpleegkundige
in Oosterhout

TIP

Regel een soepele overgang van JGZ naar gemeente

Maak goede afspraken tussen de gemeente en JGZ om de stap voor de ouders van JGZ naar de sociale dienst goed te laten verlopen. Hiermee voorkomt u dat ouders tussentijds alsnog afhaken.

Toekenning voorziening

Kent de gemeente de voorziening toe die JGZ heeft geadviseerd, dan volgt uitvoering van het positieve besluit. Hiervoor bestaan diverse mogelijkheden, zoals kasbetalingen, storten van doeluitkeringen of rechtstreekse betalingen aan leveranciers (sportclub, zwembad, witgoedzaken, opticiens). Bij kasbetalingen en doeluitkeringen is het wenselijk dat de ouders binnen een bepaalde termijn bonnen overleggen, zodat duidelijk is dat de ondersteuning ook daadwerkelijk juist is besteed (bestedingsverplichting).

TIP

Maak afspraken over soort voorzieningen

Gemeente en JGZ moeten vooraf afspraken maken over de soort voorzieningen die voor vergoeding in aanmerking komen, passend binnen het gemeentelijke armoedebeleid. Waak echter voor een té afgebakend lijstje. Dit werkt beperkend en juist het maatwerk voor het individuele kind is een kracht van deze aanpak. Lees meer op pagina 34.



“Het gesprek met de JGZ-verpleegkundige was heel prettig, omdat ik niet in een afhankelijke positie werd geduwd.”

Jana Janeckova,
moeder van Svetlana
(2 jaar)

GEMEENTELIJK ARMOEDEBELEID EN BIJZONDERE BIJSTAND

Het algemene inkomensbeleid in Nederland is de verantwoordelijkheid van de rijksoverheid. Gemeenten kunnen in aanvulling op het rijksbeleid individuele huishoudens ondersteunen. Ook hebben gemeenten een regiefunctie bij de aanpak van armoedeproblemen. De laatste jaren kunnen zij steeds meer zelf richting geven aan het armoedebelief op basis van hun kennis van de lokale situatie. Gemeenten kunnen bijvoorbeeld bijzondere bijstand verlenen, voorzieningen in het leven roepen om maatschappelijke participatie mogelijk te maken en mensen helpen met het oplossen van hun schulden en met budgetbeheer. Door materiële dienstverlening te koppelen aan immateriële hulpverlening en preventie, kunnen oorzaken van de problematiek worden aangepakt. Zo werkt de gemeente aan een duurzame oplossing.

Individuele aanpak

Een gemeentelijk instrument voor inkomensondersteuning is de bijzondere bijstand, geregeld in de Wet werk en bijstand (WWB). Hiermee kan een gemeente iets doen aan de situatie dat door bijzondere omstandigheden de uitkeringsnorm voor de cliënt onvoldoende is om noodzakelijke uitgaven te doen. De bijzondere bijstand gaat uit van maatwerk. Bij elke aanvraag stelt de gemeente de noodzaak vast. Voor sommige groepen geldt de individuele maatwerkverplichting in mindere mate. Vanaf 1 januari 2009 gaat dit bijvoorbeeld op voor gezinnen met schoolgaande kinderen. Zij kunnen aanspraak maken op voorzieningen die gericht zijn op participatie van kinderen en jongeren.

Ruimhartige uitvoering

De bijzondere bijstand gaat zo veel mogelijk uit van een individuele aanpak. Toch kunnen gemeenten ook zelf beleidsregels opstellen voor een meer gestandaardiseerde uitvoering ervan. Bovendien hebben gemeenten de vrijheid om een ruimhartig beleid te voeren, bijvoorbeeld door:

- kinderen als aparte doelgroep te zien (in principe is bijzondere bijstand alleen bestemd voor mensen van achttien jaar en ouder).
- minder streng te kijken naar de draagkracht omdat het om kinderen gaat.
- het gezondheidsrisico van het kind te beschouwen als een bijzondere omstandigheid.
- ook geld te verstrekken voor zaken die doorgaans onder de standaardkosten voor levensonderhoud vallen.

STAP 4: nazorg

De laatste stap is de nazorg vanuit de JGZ. Vier tot zes weken na het vervolggesprek belt de verpleegkundige of de arts naar de ouders. Doel van dit gesprek is te achterhalen hoe het contact met de sociale dienst is verlopen. En of dit contact heeft geleid tot een verbeterde situatie voor het gezin, maar vooral voor het kind.

Motiveren en bemiddelen

Voor sommige ouders is de stap naar de gemeentelijke sociale dienst een behoorlijke drempel. Zij kunnen hiervoor goede redenen hebben, bijvoorbeeld minder positieve ervaringen in het verleden. De uitdaging is te achterhalen welke belemmeringen een rol spelen en de ouders te 'verleiden' deze stap in het belang van het kind te zetten. Motiveer, geef uitleg en probeer een bemiddelende rol te spelen. Indien nodig belt de verpleegkundige of arts de ouders later nog eens, bijvoorbeeld om te informeren of het kind nog steeds naar de sportclub gaat.

De nazorg vormt een belangrijk onderdeel van de interventie. Die borduurt voort op de belangstelling en de motivatie die de ouders voor de interventie hebben. Hierdoor voorkomt u dat de ouders te snel weer worden losgelaten en de interventie verwatert. De nazorg vormt een belangrijke schakel naar een concreet resultaat. Kijk voor evaluatie en registratie ook op pagina 52.

SLAAPPROBLEMEN

Een kind uit groep twee van de basisschool krijgt naar aanleiding van het preventief gezondheidsonderzoek een vervolggesprek bij de JGZ. In dit allochtone gezin van vier kinderen kampen vooral de vader en de twee oudste zonen met psychische klachten en slaapproblemen. Het gezin moet sinds vijf jaar rondkomen van een uitkering. Bij een huisbezoek van de jeugdarts blijkt dat twee kinderen bij hun ouders slapen op een matras op de

grond. De twee andere kinderen hebben eveneens geen eigen bed. Bovendien beschikken de kinderen over geen enkele vorm van spel- of sportmateriaal, terwijl het binnenkort zomervakantie is en het gezin niet op vakantie gaat. Het gezin krijgt een advies voor bijzondere bijstand. Met die middelen schaffen zij bedden en diverse speelmaterialen (onder andere keelers, voetbal, tennisrackets) aan.

Casus



Variaties in werkwijze

3



De kern van de interventie ligt vast, maar binnen de vier hoofdstappen is veel ruimte voor variatie. Voor de concrete invulling van de interventie kunt u op verschillende onderdelen eigen keuzes maken die aansluiten op de lokale situatie en specifieke wensen van de uitvoeringspartners. Deze komen in dit hoofdstuk aan de orde evenals de in de praktijk gebleken voor- en nadelen ervan.

TIEN VARIATIES IN UITVOERING INTERVENTIE

U kunt bij de uitvoering van de interventie in de volgende onderdelen variëren:

1. Nevendoelen
2. Beknopt of uitgebreid signaleren
3. Leeftijdsgroepen
4. Scholen en wijken
5. Afbakening van doelgroepen
6. Signalering door derden
7. Interventiespecialisten bij JGZ en gemeente
8. Alternatieve taakverdeling JGZ en gemeente
9. Financieringsmiddelen
10. Versneld verstrekken of reguliere procedure

1. Nevendoelen

Het primaire doel van de interventie is snel en eenvoudig een concrete voorziening te treffen die de gezonde ontwikkeling van een kind ten goede komt. Met de uitvoering ervan hebt u een ingang bij ouders gekregen, waardoor nog méér uit de interventie te halen is. Vooral bij gezinnen met onderliggende problematiek, financieel of psychosociaal, is het zinvol te investeren in een duurzame aanpak. Het kan bijvoorbeeld zinvol zijn om opvoedingsondersteuning te bieden of te verwijzen naar andere mogelijkheden van inkomensondersteuning. Als materiële dienstverlening te koppelen is aan immateriële hulpverlening, kunt u de oorzaken van de problematiek aanpakken.

Volgens het Nibud kunnen mensen met een inkomen op bijstandsniveau niet rondkomen als ze niet goed met hun geld om kunnen gaan en geen gebruikmaken van de mogelijke inkomensondersteuning. Uit onderzoek van het SCP



uit 2007 blijkt dat veel huishoudens geen gebruikmaken van landelijke en gemeentelijke inkomensvoorzieningen, terwijl ze daar wel recht op hebben.

Niet-gebruik inkomensvoorzieningen

Inkomensvoorziening	Niet-gebruik
Huurtoeslag	27%
Kwijtschelding gemeentelijke belastingen	45%
Aanvullende bijstand	68%
Langdurigheidstoeslag	54%

Bron: Geld op de plank. Niet-gebruik van inkomensvoorzieningen. SCP, 2007

Vooral de gemeentelijke sociale dienst moet gezinnen die via de interventie in beeld komen, met de bestaande voorzieningen beter zien te bereiken. Alleen financiële ondersteuning is voor de meest kwetsbare gezinnen niet genoeg. Gemeenten en JGZ hebben met het armoedebeleid en het lokale jeugd- en volksgezondheidsbeleid de mogelijkheid maatwerk te leveren.

TIP

Verbeter het bereik van andere voorzieningen

Bedenk voorafgaand aan de interventie of u het bereik van andere voorzieningen kunt verbeteren. Welke kansen ziet u? Welke relatie kunt u leggen tussen deze interventie en het bestaande aanbod?

TIP

Houd vast aan de interventie zelf

Verlies de eigenlijke interventie niet uit het oog, ook als u verwacht dat het resultaat of de impact gering is. In de beleving van ouders kan dat heel anders zijn! Op het oog kleine verbeteringen voor het kind, zijn voor ouders van grote waarde. Ze kunnen een opstap zijn naar een vervolg.

2. Beknopt of uitgebreid signaleren

Tijdens de reguliere preventieve gezondheidsonderzoeken op het consultatiebureau of de basisschool signaleert de arts of verpleegkundige of het gezin te maken heeft met geldgebrek, waardoor de kinderen gezondheidsrisico's lopen. Hiervoor is een (leeftijdsspecifieke) vragenlijst beschikbaar. Ook is het mogelijk twee algemene vragen in de standaardvragenlijst van de JGZ op te nemen.

Voor- en nadelen vragenlijst

De vragenlijst levert een positieve bijdrage aan het 'leren signaleren'. Ze draagt bij aan het herkennen van de problematiek. Ook kan het gebruik van de vragenlijst helpen om eventuele schroom te overwinnen bij het bespreek-

baar maken van dit soms gevoelige onderwerp. Ook bij ouders kan de vragenlijst drempels wegnemen, omdat ermee erkend wordt dat armoede bestaat.

Een voordeel van de vragenlijst is dat het gedetailleerde gegevens oplevert over de totale omvang van de problematiek onder een brede bevolkingsgroep. Met een rapportage over alle gegevens van de onderzochte kinderen beschikt u over een handig instrument. Daarmee kunt u beleid gericht op kinderen in achterstandssituaties onderbouwen en beïnvloeden (zie ook pagina 41, Verkenningfase).

Een nadeel van de vragenlijst is dat die de nadruk legt op geld en op de onmogelijkheden in het gezin. Er zijn echter weinig signalen van ouders dat zij dit als hinderlijk of kwetsend ervaren. Toch is het van belang om bij de interventie de focus te leggen op de gezondheid van het kind en de mogelijkheden van de ouders om stappen te zetten voor hun kind.

TIP

Start met vragenlijst

Maak vooral de eerste twee jaar gebruik van de vragenlijst om de signalering in de vingers te krijgen. Hierna kunt u overstappen op de twee algemene vragen in de standaardvragenlijst.

MEE OP SCHOOLKAMP

Groep 8 van een basisschool gaat op een tweedaags kamp om de kinderen voor te bereiden op het voortgezet onderwijs. Het kamp kost 40 euro per kind. Twee jongens uit hetzelfde gezin kunnen vanwege deze kosten niet mee. De school heeft geen 'potje' waaruit ze dit bedrag voor deze kinderen kunnen betalen. Daarom neemt de directeur contact op met de GGD. Een JGZ-medewerker brengt een bezoek aan de Turkse moeder die weduwe is en vier kinderen heeft. Het gezin moet

rondkomen van een uitkering en heeft elke maand moeite om de eindjes aan elkaar te knopen. Geld voor het schoolkamp is er niet. De JGZ schrijft een adviesbrief die door de sociale dienst wordt gehonoreerd. De gemeente betaalt het bedrag vanuit de bijzondere bijstand, zodat de jongens toch mee op kamp kunnen. Deze ingreep voorkomt dat de kinderen in een sociaal isolement raken en bevordert een goede overgang naar het voortgezet onderwijs.

Casus

Betrouwbare gegevens

Zijn de antwoorden die ouders invullen ook echt betrouwbaar? Onderzoek hiernaar geeft geen aanleiding om daaraan ernstig te twijfelen. De antwoorden op de vragen werden vergeleken in een situatie dat er wél en geen interventie aan gekoppeld was. Uit de uitkomsten blijkt dat ouders de vragenlijst niet invullen met het oog op het verkrijgen van een vergoeding. Incidenteel kan dit uiteraard wel voorkomen.



3. Leeftijdsgroepen

De interventie is oorspronkelijk ontwikkeld voor kinderen in de basisschoolleeftijd, maar is ook toe te passen op kinderen in de voorschoolse leeftijd. Uiteraard is er een verschil tussen deze twee leeftijdsgroepen in benodigde voorzieningen. Kinderen van nul tot vier jaar krijgen vaak een ander advies, bijvoorbeeld een vergoeding voor de peuterspeelzaal, dan oudere kinderen. De Jeugdgezondheidszorg voor de twee leeftijdsgroepen is in de meeste gemeenten bij verschillende organisaties ondergebracht. Vooral de samenwerking tussen deze organisaties en de implementatie van de interventie vragen extra aandacht als ook de jongere kinderen worden betrokken.

Tot op heden zijn er geen ervaringen met toepassing van de interventie voor jongeren boven de twaalf jaar. Er is een discussie over de vraag in welke leeftijdsfase de invloed van armoede het grootst is. Sommige onderzoekers menen dat vooral de puberteitsfase van belang is, omdat materiële zaken voor een kind dan belangrijker zijn en sociale uitsluiting des te duidelijker naar voren komt. Anderen menen dat juist in de puberteit een kind lossier komt te staan van het gezin, waardoor de effecten van geldgebrek in het gezin minder belangrijk zijn. Bekend is dat vooral uitgaven voor school, zoals boeken, computer en andere leermiddelen, een probleem kunnen zijn.

TIP

Geef duurzaam advies voor jonge kinderen

Zorg ervoor dat het product of de voorziening die u voor kinderen van nul tot vier jaar adviseert duurzaam is. Kinderen in de voorschoolse leeftijd ontwikkelen zich nóg sneller dan basisschoolkinderen. Het is niet efficiënt om een interventie in te zetten die slechts korte tijd bruikbaar is.

TIP

Werk samen met Stichting Leergeld

Werk voor de verstrekking van leermiddelen zo veel mogelijk samen met Stichting Leergeld. Zij kunnen een belangrijke samenwerkingspartner zijn (zie kader op rechterpagina).

4. Scholen en wijken

Op welke scholen en in welke wijken gaat u de interventie inzetten? De JGZ voor vier- tot twaalfjarigen is organisatorisch gekoppeld aan de basisscholen. De consultatiebureaus richten zich op nul tot vierjarigen en werken wijkgericht. Mogelijk is het voor u efficiënt de interventie in te zetten voor een geselecteerde groep scholen of wijken. Het ligt voor de hand de scholen of wijken te kiezen waar u de meeste armoedeproblematiek verwacht. Een voordeel van deze selectieve werkwijze is de gerichte aanpak. Nadeel is de stigmatiserende werking die ervan uit kan gaan en dat kinderen die wél tot de doelgroep behoren buiten de boot vallen, omdat zij niet in de gekozen gebieden wonen of naar school gaan.

TIP**Maak afspraken over specifiek gerichte interventie**

Maak goede afspraken met de gemeente als u de interventie wilt richten op bepaalde scholen of wijken. Hoe gaat u om met kinderen die elders in de gemeente wonen, maar eveneens baat kunnen hebben bij de interventie?

SAMENWERKING MET JEUGDSPOORTFONDS EN STICHTING LEERGELD

In elke gemeente zijn maatschappelijke organisaties actief die op een of andere manier te maken hebben met de doelgroep van het lokale armoedebeleid. Een deel van deze organisaties biedt ook financiële ondersteuning of hulp in natura aan mensen met een laag inkomen. Het Jeugdsportfonds en Stichting Leergeld zijn hiervan bekende voorbeelden. Deze organisaties richten zich op het bevorderen van sociale participatie van kinderen en jongeren.

Hulp van twee stichtingen

Het Jeugdsportfonds is een landelijke stichting met als doel zo veel mogelijk kinderen de mogelijkheid bieden om te sporten in situaties waar geld een belemmering is. De stichting ondersteunt lokale initiatieven die hierop aan willen sluiten. Hulpverleners en andere intermediairs kunnen aan het lokale fonds een bijdrage vragen voor het kind of de jongere met wie zij contact hebben. Kijk voor meer informatie op www.jeugdsportfonds.nl.

Ook Stichting Leergeld kent lokale afdelingen en een landelijke organisatie. De lokale stichtingen bereiken de doelgroep via huisbezoeken van ervaringsdeskundigen. Stichting Leergeld geeft voorlichting en bemiddelt bij het aanvragen van voorzieningen van de overheid. Daarnaast geeft ze aanvullende materiële of financiële hulp als overheidsvoorzieningen niet meer voorradig of onvoldoende zijn. Kijk voor meer informatie op www.leergeld.nl.

Steun van particuliere initiatieven

Gemeenten gaan op verschillende manieren om met particuliere initiatieven zoals het Jeugdsportfonds en Stichting Leergeld. Er zijn gemeenten die inkomensondersteuning beschouwen als een verantwoordelijkheid van de overheid. Zij zien particulier initiatief als een doorkruising van het inkomensbeleid en als een risico op rechtsongelijkheid tussen burgers. Andere gemeenten zien ze juist als een welkome of noodzakelijke aanvulling op het armoedebeleid en ondersteunen daarom particuliere initiatieven.



5. Afbakening van doelgroepen

De interventie is gericht op kinderen bij wie de JGZ een gezondheidsrisico heeft geconstateerd dat samenhangt met geldgebrek in het gezin. Voorwaarden zijn dat ouders ervoor open staan en dat de situatie met een financiële verstrekking positief te beïnvloeden is.

Het uitgangspunt van de interventie is de gezonde ontwikkeling van het kind. Kan een kind vanwege geldgebrek geen lid worden van een sportclub, dan vormt dat gegeven op zichzelf nog onvoldoende onderbouwing voor de interventie. Er moet een duidelijke samenhang zijn met een gezondheidsrisico. Niet sporten betekent niet automatisch dat het kind onvoldoende beweegt. Door veel buiten te spelen met vriendjes of buurtkinderen kan het kind voldoende beweging en sociale contacten hebben.

TIP

Sluit werkinstructie aan op armoedebeleid

Leg in een werkinstructie globaal vast wat in deze interventie precies valt onder gezondheidsrisico's en voor welke doeleinden een verstrekking mogelijk is. Zo'n werkinstructie bevordert dat alle partijen met vergelijkbare gevallen hetzelfde omgaan en dat ze keuzes kunnen verantwoorden. Laat de werkinstructie aansluiten op het gemeentelijke armoedebeleid.

Afstemmen van uitgangspunten

Wat valt precies onder een gezondheidsrisico? Alleen de lichamelijke of ook de psychosociale gezondheid? Of gaat het risico ook over basisverzorging en ontwikkeling? Voor een succesvolle uitvoering van de interventie is het van belang dat de JGZ en de sociale dienst de uitgangspunten hierover helder krijgen en die onderling afstemmen. Beide partijen hebben hun eigen verantwoordelijkheid. De JGZ beschermt en bevordert de gezonde ontwikkeling van kinderen. Ze geeft een professioneel oordeel over benodigde interventies. De gemeente is verantwoordelijk voor het gemeentelijke armoedebeleid. Ze levert maatwerk aan huishoudens met financiële problemen en biedt ondersteuning voor noodzakelijke en bijzondere uitgaven. In overleg moeten beide partijen hun rollen en taken op elkaar afstemmen. Hiervoor bestaat geen standaardwerkwijze. Het is afhankelijk van lokale prioriteiten en het bestaande aanbod (zie ook onderstaande tips).

TIP

Zoek balans tussen standaardisering en maatwerk

Stel geen al te gedetailleerde criteria op wie voor de interventie in aanmerking komen en voor welke activiteiten en producten een verstrekking mogelijk is. Het werken met strikte lijstjes belemmert het leveren van maatwerk.

TIP**Neem interventie op in reguliere werkprocessen**

Het opstellen van gedetailleerde criteria komt soms voort uit de vrees dat er een grote toeloop naar de interventie ontstaat. Dit is niet nodig. Door de interventie onderdeel te maken van de reguliere werkprocessen is er controle op de instroom. Bovendien is gebleken dat in de eerste jaren de instroom vaak achter blijft bij de verwachtingen. Dit komt doordat medewerkers van JGZ en gemeente moeten wennen aan de werkwijze en geneigd zijn voorzichtig te werk te gaan.

“Omdat Daan leukemie heeft, heeft hij veel extra zorg nodig. En dat kost geld. Door de hulp van de Jeugdgezondheidszorg hoeven onze andere kinderen daar nu niet onder te lijden.”

Peter Konings, vader van Daan (5 jaar)

6. Signalering door derden

De reguliere signalering vindt plaats tijdens de preventieve gezondheidsonderzoeken van de JGZ. Dit is de ‘hoofdingang’ van de interventie. In de praktijk blijkt dat er behoefte kan zijn aan praktische ‘zij-ingangen’ zoals:

- verwijzing naar de interventie door andere instanties zoals school, maatschappelijk werk of welzijnswerk.
- het meenemen van broertjes en zusjes van het onderzochte kind.
- ouders die op eigen initiatief aankloppen of herhaaldelijk terugkomen in de interventie.
- de sociale dienst die de JGZ inschakelt voor advies.

Ingangen vaststellen

Voor de start van de uitvoering van de interventie moet vaststaan welke ingangen mogelijk zijn. Het is aan te bevelen dat alle kinderen de vier hoofdstappen doorlopen om de interventie te kunnen standaardiseren. Herhaaldelijk verstrekkingen doen voor hetzelfde kind is in principe af te raden. Het is eerder een signaal dat JGZ en sociale dienst meer moeten inzetten op het werken aan de onderliggende problematiek, samen met het gezin.

TIP**Zoek balans tussen distantie en betrokkenheid**

Zoek naar een goede balans tussen distantie en betrokkenheid bij de doelgroep. Soms slaan JGZ-medewerkers door te nauwe betrokkenheid stappen over of worden allerlei ‘zij-ingangen’ populair. Een zorgvuldige uitvoering komt hierdoor onder druk te staan.

7. Interventiespecialisten bij JGZ en gemeente

Alle artsen en verpleegkundigen die werkzaam zijn in het werkgebied waar de interventie wordt toegepast, voeren de signalering – hoofdstap 1 – uit. Voor de stappen 2 tot en met 4 bestaat de keuze om die door dezelfde JGZ-medewerker te laten uitvoeren of door interventiespecialisten binnen de JGZ-afdeling. Deze keuze is er ook voor de gemeente. Zij kan de adviesbrieven van JGZ laten behandelen door alle consulenten van de sociale dienst of door één gespecialiseerde consulent.



GELD VOOR KARATELES

Na het preventief gezondheids-onderzoek van een kind uit groep 7 heeft de jeugdarts een vervolg-gesprek met de moeder. Zij heeft op de vragenlijst een groot aantal tekorten aangegeven. Tijdens het gesprek komt naar voren dat het om een bijzondere situatie gaat. Het gezin bestaat uit vier kinderen. De jongste dochter heeft een zeldzame stofwisselingsziekte, waarvoor zij vaak naar het zieken-

huis moet dat op 60 kilometer van hun woonplaats ligt. Dit brengt veel extra kosten met zich mee. Het gezin leeft sinds zeven jaar van een uitkering. De oudste zoon uit groep 7 vertoont druk gedrag en heeft overgewicht. Moeder geeft aan hem graag op sport te willen doen. Op advies van de JGZ verstrekt de sociale dienst geld voor karatelessen van de zoon.

Voordeel van specialisten

Een voordeel van het inschakelen van alle medewerkers in elke stap, is dat de interventie een integraal onderdeel is van het werk van JGZ en sociale dienst. De uitvoerders werken op een natuurlijke manier verder met de ouders met wie ze al eerder contact hebben gehad. Als de interventie voor het eerst wordt toegepast, heeft het ook voordelen om met interventiespecialisten te werken. Die kunnen dan ervaring en expertise opbouwen. De opgedane kennis kunnen zij later overdragen op het hele team.

TIP

Start met interventiespecialisten

Werk in het begin met interventiespecialisten. Zij leren dan goed werken met de interventie en kunnen één lijn vinden in de advisering. Na één of twee jaar kunnen zij hun taken overdragen aan alle medewerkers. De specialisten zijn dan nog in te schakelen voor consultatie.

8. Alternatieve taakverdeling JGZ en gemeente

De taakverdeling in de hoofdstappen van de interventie sluit aan op de expertise van de samenwerkingspartners. De JGZ onderzoekt de gezondheids-situatie van het kind en adviseert de ouders. De gemeentelijke sociale dienst beoordeelt of het kind in aanmerking komt voor een voorziening en zorgt voor de financiële en administratieve afhandeling.

Voor- en nadelen van taakverzwaring JGZ

De JGZ heeft in de praktijk ervaringen opgedaan met modellen waarin zij meer taken op zich neemt. Dit ging vooral om de toetsing van het toekennen van financiële middelen en soms ook de administratieve afwikkeling. Een voordeel van deze werkwijze is dat de drempel van het totale traject voor ouders lager wordt. Toch weegt dit voordeel niet op tegen de nadelen. De extra taken zijn moeilijk op te brengen als de interventie enig volume begint te krijgen. Bovendien bestaat het risico dat de gesprekken met ouders meer over geld gaan dan over de gezondheid van het kind. Ouders kunnen zich in het uiterste geval claimend of opvliegend opstellen. Daarnaast is een te lage drempel onwenselijk, omdat dit ten koste gaat van een actieve betrokkenheid van de ouders en het versterken van hun vaardigheden om gebruik te maken van gemeentelijke voorzieningen.

Ook zijn er gemeenten die kiezen voor een beperktere rol van de JGZ. In deze variant signaleert de JGZ gezondheidsachterstanden, maar vindt geen apart adviesgesprek met de ouders plaats. De JGZ-medewerker vult in plaats daarvan een aanvraagformulier voor bijzondere bijstand in en stuurt dit rechtstreeks naar de sociale dienst. Dit ingevulde document beschouwt de sociale dienst als onderbouwing voor het toekennen van bijzondere bijstand. De contactpersoon van de sociale dienst verricht drie maanden na de verstrekking nazorg door contact op te nemen met de ouders. Vooral gemeenten die al meer ervaring met de interventie hebben, kiezen voor deze variant. De JGZ heeft inmiddels leren signaleren, waardoor een korter voortraject volstaat. Bovendien is deze werkwijze goedkoper, omdat het aantal uren inzet van de JGZ beperkter is.

“Bij deze interventie moet er veel onderling worden geregeld en afgestemd tussen de gemeente en de Jeugdgezondheidszorg. Dit hadden wij van te voren onderschat.”

Mirella Schouwenaars,
senior casemanager,
Sociale Zaken gemeente
Moerdijk

TIP

Laat taken aansluiten op expertise en faciliteiten

Hanteer een taakverdeling die aansluit op de expertise en faciliteiten van JGZ en sociale dienst.

9. Financieringsmiddelen

Het ligt voor de hand de interventie een plaats te geven in het beleid voor bijzondere bijstand en de verstrekkingen te financieren vanuit dit budget. De aanpak valt daarmee onder bestaande structuren. Dit komt de implementatie en continuïteit ten goede. De gemeenten die werken met de interventie hebben ondervonden dat daarvoor een flexibeler beleid voor bijzondere bijstand nodig is. Kinderen worden aangemerkt als een aparte doelgroep; de JGZ-adviesbrief wordt beschouwd als basis voor de toekenning van bijzondere bijstand.

Als gemeenten binnen hun beleid voor bijzondere bijstand geen mogelijkheden hebben, kunnen zij eventueel werken binnen een ander kader en met een ander budget. Dit geeft mogelijk meer beleidsvrijheid, maar is ook kwetsbaar als de gemeente geen meerjarenperspectief aan een dergelijke voorziening koppelt.



10. Versneld verstrekken of reguliere procedure

In sommige gemeenten bestaat de behoefte om, naast de reguliere procedure, op een snellere manier een verstrekking te doen. De standaard-aanvraagprocedure voor bijzondere bijstand duurt maximaal acht weken. In schrijnende gevallen is spoed vereist en dan is het handig de mogelijkheid tot een snelle verstrekking achter de hand te hebben.

Voordelen van een versnelde procedure zijn de efficiëntere werkwijze bij kleine bedragen (een aanvraag voor bijzondere bijstand kost tijd en geld) en de voldoening voor medewerkers en ouders als de hulp direct geboden kan worden.

TIP

Snelle procedure, heldere uitvoering

Zorg ook bij een versnelde procedure voor heldere uitvoeringsafspraken.

Aan de slag met de interventie

4



U bent overtuigd van het nut en de noodzaak van de interventie 'Armoede en gezondheid van kinderen'. Nu wilt u de interventie daadwerkelijk gaan uitvoeren. Bij deze implementatie komt heel wat kijken, zeker omdat er twee sectoren bij betrokken zijn. Wat moet u doen, en wat moet u laten? Hoe creëert u draagvlak en krijgt u de samenwerking van de grond? Dit hoofdstuk geeft u een blauwdruk voor een succesvolle implementatie. In de regel bestaat de aanpak uit vijf fases: van verkennen, inrichten en uitvoeren tot evalueren en continueren. Door de concrete invulling van deze stappen ontstaat maatwerk voor uw eigen situatie.

Fase 1: verkennen

Doel en eindpunt

In uw gemeente is het idee gelanceerd om de interventie 'Armoede en gezondheid van kinderen' op te pakken. Dit voornemen kan bij de JGZ of bij de gemeente zijn ontstaan. Op dat moment gaat de verkenningsfase van start. De eerste stap is dat u sleutelfiguren benadert om de interventie onder de aandacht te brengen. U tast af of er interesse voor bestaat. De partijen die het meest betrokken zijn – JGZ en gemeente – krijgen informatie over de werkwijze en wisselen hun perspectieven uit. U werkt toe naar een intentie van de JGZ en de gemeente om de interventie uit te voeren. Gezamenlijk kunt u uiteindelijk ook besluiten dat de interventie toch niet wenselijk of haalbaar is, bijvoorbeeld omdat ze geen meerwaarde biedt ten opzichte van het bestaande aanbod.

Betrokken partijen

De basis van de interventie is de samenwerking tussen JGZ en gemeente, en dan vooral met de gemeentelijke sociale dienst. Samenwerken gaat niet vanzelf. Dit vraagt om coördinatie, open overleg en afstemming tussen de partners. JGZ en gemeente moeten ouders dezelfde boodschap geven, zodat zij zich niet van het kastje naar de muur gestuurd voelen. Ook voor JGZ en de gemeente is het prettig om op één lijn te zitten: de partners vertrouwen op elkaars expertise, zijn het eens over de aanpak en weten wat ze van elkaar kunnen verwachten.

Een aandachtspunt is dat de JGZ gewoonlijk samenwerkt met een gemeentelijke beleidsambtenaar van Volksgezondheid, Zorg, Welzijn en/of Jeugd. Bij deze interventie staat het vast dat de gemeentelijke sociale dienst de uitvoeringspartner is. Tijdige betrokkenheid van een beleidsmedewerker Sociale



Zaken is daarom essentieel.

Voor een goede start is ook het niveau waarop het overleg wordt ingestoken van belang. Bij de JGZ en bij de gemeentelijke sociale dienst bestaat onderscheid tussen beleid, management en uitvoering. Doorgaans vinden voorbereidende besprekingen plaats op beleidsniveau of op het niveau van het afdelingsmanagement. In de loop van het traject worden het contact en overleg met de directe uitvoerenden steeds belangrijker.

Kartrekkers

Voor een succesvolle implementatie is een coördinator of projectleider nodig. Deze neemt het voortouw, treedt op als leider, kennis- en verandermanager én motivator. Hij is ook een bruggenbouwer en vertaler. De JGZ en de gemeentelijke sociale dienst hebben ieder hun eigen vakjargon en cultuur. De kartrekker slaat een brug tussen deze culturen en levert zo een belangrijke bijdrage aan het ontwikkelen van een gezamenlijke werkwijze. In de verkenningfase is het raadzaam dat beide partijen een projectleider hebben. Als zij hebben besloten om tot uitvoering over te gaan, werkt het effectiever om één projectleider aan te stellen. Toch blijft het belangrijk dat er zowel bij de JGZ als de gemeente iemand is die enthousiasmeert, goed op de hoogte is en vragen kan beantwoorden. De rol van projectleider is tijdelijk en bestaat zolang er sprake is van een pilot. Als de interventie een vast onderdeel is van het werk, kan bij de JGZ en de gemeente een manager of uitvoerder de coördinatie overnemen.

KWALITEITEN VAN EEN PROJECTLEIDER

Een goede projectleider:

- heeft visie en overtuigingskracht.
- weet hoe een implementatietraject verloopt.
- is een goede organisator.
- beschikt over financieel inzicht en schrijft helder.
- weet met de juiste sleutelfiguren op het goede moment in gesprek te gaan.
- heeft een flexibele instelling.
- heeft oog voor de verschillen en mogelijkheden tot samenwerking tussen de partijen.

Tijdpad

De duur van het voortraject varieert. Fase 1 (verkenkende gesprekken voeren) en fase 2 (inrichten van de interventie) nemen samen ongeveer één jaar in beslag. De uitvoering van de interventie voor kinderen in het basisonderwijs vindt meestal plaats in cycli van één schooljaar. De uitvoering start in de meeste gevallen dus in september. Het is goed om daar vanaf het begin rekening mee te houden. Trek voor een pilot twee jaar uit om een goed oordeel te kunnen geven over de resultaten.

Epidemiologisch onderzoek

De uitgebreide vragenlijst over deprivaties (zie pagina 19 en 30) die u bij de signalering gebruikt, kunt u ook inzetten voor epidemiologisch onderzoek. Een dergelijk onderzoek voorafgaande aan de uitvoering van de interventie is om diverse redenen zinvol:

- het maakt de aard en omvang van de problematiek duidelijk. Aan de hand daarvan kan besloten worden of de interventie wenselijk is, wat de doelen ervan zijn en wat de omvang van de doelgroep is.
- JGZ-medewerkers raken alvast gewend aan het thema en aan het omgaan met de vragenlijst.
- het creëert draagvlak voor de interventie.

Het beste kunt u zo'n onderzoek dus afnemen vóór het invoeren van de interventie. Het is dan belangrijk dat de JGZ-medewerkers die de ingevulde vragenlijst innemen, al iets in handen hebben om de ouders verder te helpen. Zorg er daarom voor dat zij op de hoogte zijn van het aanbod van financiële voorzieningen in de gemeente. Zo kunnen zij de ouders gericht adviseren. Eventueel kunt u een epidemiologisch onderzoek ook uitvoeren in het eerste pilotjaar. De vragenlijst heeft dan een dubbele functie: opsporen van individuele problemen en analyseren van de problematiek binnen de gehele doelgroep. De afdeling epidemiologie van de GGD kan u advies geven en het onderzoek uitvoeren.

Fase 2: inrichten

Doel en eindpunt

Fase 1 is afgerond en de neuzen staan dezelfde kant op. Nu moet u bepalen hoe de interventie er precies uit gaat zien en op welke manier u de implementatie voortzet. Ook werkt u aan het verstevigen van het draagvlak. Aan het einde van deze fase is er een plan van aanpak voor een pilot.

Inhoud van de interventie bepalen

De projectleider formeert een werkgroep die als taak heeft de doelen en werkwijze van de interventie vast te stellen. Naarmate het proces vordert, verandert het karakter van de werkgroepbijeenkomsten. Eerst ligt het accent op informeren en overtuigen, later verschuift dat meer naar het concreet invullen van de interventie. De relatie met de uitvoering moet gewaarborgd blijven. Daarom is het belangrijk dat aan deze werkgroep ook medewerkers deelnemen van JGZ en de sociale dienst die belast zijn met de uitvoering. Meestal zijn dit teammanagers of senior medewerkers.

De werkgroep gebruikt als leidraad de vier hoofdstappen en varianten van de interventie (zie hoofdstuk 2 en 3). Ze vult de hoofdstappen concreet in voor de eigen situatie en kiest uit de varianten de opties die het beste aansluiten op de lokale wensen en mogelijkheden. Dit is van belang om de interventie 'eigen' te maken. Goed overleg tussen de samenwerkingspartners is hierbij gewenst. Wat voor de gemeenten voordelen biedt, is voor JGZ wellicht een nadeel.

“Het is van belang voor deze interventie een meerjarenperspectief te hebben zodat het minder een ad hoc karakter krijgt.”

Mathilda Oosterhuis,
beleidsmedewerker
afdeling Sociale Zaken
en Werkgelegenheid,
gemeente Groningen



“Ik wil in onze gemeente graag de mogelijkheden van de Jeugdgezondheidszorg inzetten bij een concreet armoedebeleid voor kinderen.”

Jos Nooijens,
beleidsadviseur afdeling
Samenleving, gemeente
Etten-Leur

VOOR DE JGZ: DE GEMEENTE ALS PARTNER

Hoe werkt de gemeente?

Binnen de gemeente houden verschillende sectoren zich bezig met een eigen inhoudelijk terrein. Sommige gemeenten hebben een aparte sector beleidsontwikkeling, andere – grotere – gemeenten beschikken over een beleidsafdeling binnen elke sector. Op elk beleidsterrein is de grote lijn voor een aantal jaren uitgezet in een beleidsnota. Jaarlijks beleid staat in een jaarplan.

Als de gemeente iets wil aanpakken dat niet in het jaarplan staat, kan een ambtenaar of wethouder zelf actie ondernemen. Zo'n voorstel kan op verschillende niveaus blijven steken of juist ineens worden opgepakt. De gemeente kan beleid of projecten financieren uit doeluitkeringen (geormerkt door het rijk) of uit algemene middelen (geormerkt door de gemeente).

Benaderen van de gemeente

Voor een goede samenwerking van de JGZ met de gemeente kunt u het beste naar de interventie kijken vanuit gemeentelijk perspectief. Inhoudelijk gaat u na op welk beleidsterrein de interventie het beste aansluit. Gezondheidszorg voor individuen is meer een taak van het rijk dan van gemeenten. Een nevensdoel als 'het verminderen van niet-gebruik van voorzieningen' spreekt een gemeente daarom vaak meer aan. Besteed dus aandacht aan het nut van de interventie voor de gemeente. Kijk ook welke paden u binnen de gemeente het beste kunt bewandelen. Een beleidsmedewerker is makkelijker te benaderen dan een wethouder. In een kleine gemeente kan dit anders liggen, omdat de lijnen wat korter zijn.

Sociale zaken meteen betrekken

De gemeente kan betrokken zijn of raken bij de interventie vanuit beleidsterreinen als jeugd, volksgezondheid en armoede. Daardoor moet u soms zoeken en kan het thema een tijdje 'rondzwerven' binnen de gemeente. Bij deze interventie is de afdeling sociale zaken uitvoeringspartner. Tijdige betrokkenheid van dit beleidsterrein is essentieel. Betrek niet alleen de beleidsmedewerker, maar ook iemand van het management; dat baant de weg naar de uitvoering. Dit geldt vooral als er een aparte beleidsafdeling is.

VOOR DE GEMEENTE: DE JGZ ALS PARTNER

Wat doet de JGZ?

Jeugdgezondheidszorg is preventieve gezondheidszorg voor alle kinderen van nul tot negentien jaar. De JGZ volgt de ontwikkeling van kinderen en signaleert stagnaties daarin. Doel is het tijdig aanbieden van interventies door de JGZ of anderen. Bij kinderen van nul tot vier jaar ligt het accent op de lichamelijke (groei, motoriek), psychische (angst, hechting) en cognitieve ontwikkeling (logisch denken, taalontwikkeling) en mogelijke risico's in het gezin. Gedurende de basisschoolleeftijd verschuift het accent meer naar de sociale ontwikkeling (vriendjes, pesten). Vanaf het voortgezet onderwijs is er ook aandacht voor de maatschappelijke positie (school(verzuim), vrijetijdsbesteding) van de jongere. Het zorgaanbod staat in het landelijke Basistakenpakket JGZ. Dit pakket bestaat deels uit activiteiten voor alle kinderen en jongeren van een bepaalde leeftijd, zoals screenings, vaccinaties en preventieve adviezen aan ouders (uniforme deel). Een ander deel bestaat uit activiteiten die voor elke gemeente verschillend zijn (maatwerk). Hierdoor kan iedere gemeente het zorgaanbod afstemmen op de lokale situatie.

Hoe werkt de JGZ?

De Jeugdgezondheidszorg wordt veelal uitgevoerd door thuiszorgorganisaties (nul- tot vierjarigen) en GGD's (vier- tot negentienjarigen). De meeste JGZ-activiteiten vinden plaats op het consultatiebureau, op school of bij de GGD. De JGZ maakt per gemeente afspraken over het aan te bieden maatwerkpakket. Bij de interventie 'Armoede en gezondheid van kinderen' kunnen ook andere afdelingen van

de GGD een rol spelen zoals onderzoek en beleid. Deze afdelingen verrichten epidemiologisch onderzoek en evaluaties. Ze geven ook beleidsadvies aan gemeenten en ontwikkelen preventieprogramma's.

De JGZ en het Centrum voor Jeugd en Gezin

Vroegtijdig signaleren van problemen bij jeugdigen en daar adequaat op reageren, is iets dat hoog op de politieke agenda staat. Om de samenwerking tussen instellingen te verbeteren, komen er in alle gemeenten Centra voor Jeugd en Gezin (CJG's). Dit zijn laagdrempelige inloopcentra waar (aanstaande) ouders, kinderen, jongeren en professionals met al hun vragen over opgroeien en opvoeden terecht kunnen. Het CJG moet snelle, goede en gecoördineerde ondersteuning op maat vanzelfsprekend maken (één gezin, één plan). De nadruk ligt op het voorkomen van problemen. In het basismodel van de CJG worden de JGZ, de vijf Wmo-functies en de schakels naar Bureau Jeugdzorg en de Zorg Advies Teams op scholen gebundeld. Gemeenten kunnen zelf bepalen welke andere functionaliteiten en instanties (bijvoorbeeld de sociale dienst) zij aan de centra willen toevoegen (zie www.samenwerkenvoordejeugd.nl).

Benaderen van de JGZ

Wilt u als medewerker van de gemeente de JGZ benaderen, maar bent u nog onbekend met de JGZ, dan kunt u het beste contact opnemen met de afdelingsmanager JGZ. Deze zal waarschijnlijk ook de betreffende teammanager of een beleidsmedewerker in het gesprek betrekken.



‘Er is bestuurlijke en ambtelijke durf nodig om tot een effectieve samenwerking tussen JGZ en gemeenten te komen.’

Ferry Aarts,
beleidsmedewerker
Sociale Zaken,
gemeente
Geertruidenberg

De projectleider is de spil in het proces. Hij analyseert de situatie op verschillende niveaus: van de toekomstige uitvoerders en hun huidige werkwijze, van de organisaties en het management, en van de ruimere maatschappelijke context. Zo kan hij goed inspelen op factoren die bevorderend of belemmerend werken. De projectleider stimuleert dat betrokken medewerkers hun verwachtingen en vooronderstellingen uitspreken. Vaak bepalen juist de impliciete wensen, bezwaren en motieven de drijfveren van mensen.

Als de invoering van de interventie dichterbij komt, gaan managers met hun medewerkers in gesprek. Om hen enthousiast te maken voor de interventie is goede en tijdige informatie noodzakelijk. Ook is het van belang goed te luisteren naar hun inbreng.

Vaststellen van implementatiestrategie

Naast de inhoud van de interventie bepaalt de werkgroep ook op welke manier de verdere implementatie plaatsvindt. Daarbij gaat het om twee vragen: welke strategie kiest u en welke de concrete activiteiten horen daarbij?

1. Welk type strategie?

Breng eerst de uitgangssituatie in kaart:

- hoe kijken JGZ en gemeente tegen de verandering aan?
- hoeveel weerstand is er nog?
- in hoeverre hebben uitvoerders behoefte aan uitgewerkte instructies en aansturing?
- in welke mate willen uitvoerders zelf de inhoud en het proces bepalen?
- moeten uitvoerders nog vaardigheden leren en op welke manier?

Kies vervolgens een strategie die zo veel mogelijk aansluit op de situatie. De projectleider kent de zwakkere plekken en kan zich daarop richten. Als er nog veel weerstand is, is er aandacht nodig voor het vergroten van draagvlak. Kies een strategie die past bij de stijl van de projectleider. Dat maakt de kans op een succesvol proces groter.

2. Welke concrete implementatieactiviteiten?

Voorbeelden van concrete implementatieactiviteiten zijn: voorlichtingsmiddagen, trainingen, periodiek overleg en communicatieafspraken. Per activiteit moet duidelijk zijn: wat er wordt gedaan (informerende, motiverende of aanlerende), wanneer (in welke fase), voor wie ((midden)management of uitvoerders) en met welk doel (vergroten van kennis, draagvlak of vaardigheden)?

Integratie in totale aanbod

Er zijn meer organisaties die zich richten op kinderen in achterstandssituaties. Ouders en kinderen krijgen de beste ondersteuning als de verschillende organisaties op de hoogte zijn van elkaars activiteiten, contact onderhouden en hun werkzaamheden op elkaar afstemmen. Om die reden is het van belang dat de projectleider relevante organisaties informeert over de interventie en afstemming met hen zoekt. Dit zijn onder meer scholen, huisartsenpraktijken, welzijnswerk, maatschappelijk werk, schuldhulpverlening, en particuliere initiatieven om armoede en uitsluiting te bestrijden.

Kosten en financiering

De interventie kost capaciteit, tijd en dus geld. U moet rekening houden met kosten voor implementatie, uitvoering en verstrekkingen.

1. Kosten voor implementatie

Dit zijn de kosten voor de projectleiding en voor de organisatie van implementatieactiviteiten zoals training van de uitvoerders. Implementatiekosten vervallen als de interventie geen project meer is, maar onderdeel uitmaakt van het reguliere werk.

2. Kosten voor uitvoering

De JGZ moet kosten maken voor het signaleren en adviseren, en voor de nazorg. De gemeente maakt kosten voor het beoordelen en verwerken van de adviesbrieven. Als een deel van deze werkzaamheden te beschouwen is als reguliere werkzaamheden, dan hoeft u hiervoor geen extra kosten te berekenen. De advisering en nazorg door JGZ vallen in de regel buiten het reguliere takenpakket.

Het vervolgcontact (advisering), de nazorg en registratie kosten JGZ-medewerkers aanvankelijk 45 tot 60 minuten per gesignaleerd kind. Zodra zij meer ervaring met de interventie hebben opgedaan, hebben ze minder tijd nodig. Ook een eventueel epidemiologisch onderzoek en in elk geval het opstellen van een jaarlijks evaluatierapport behoren tot de uitvoeringskosten.

3. Kosten voor verstrekkingen

Aan de kosten voor de verstrekkingen wordt veelal een maximum gesteld van 150 tot 300 euro per kind, per jaar (zie ook pagina 37)

De daadwerkelijke kosten hangen af van het aantal inwoners in de gemeente dat leeft in armoede, het overige aanbod van voorzieningen, en van de keuzes die u maakt in de uitvoeringsvarianten. Als meer scholen of wijken meedoen, leidt dat bijvoorbeeld tot hogere kosten. Hiermee kunt u sturen, afhankelijk van het beschikbare budget.

Gemeenten kunnen de interventie financieren vanuit het volksgezondheidsbeleid (maatwerkopdrachten) of vanuit het armoedebeleid. De verstrekkingen komen in principe uit het budget voor bijzondere bijstand. U kunt ook subsidie aanvragen. Provincies stellen de laatste jaren speciale fondsen beschikbaar, waarmee zij een bijdrage leveren aan de bestrijding van armoede en sociale uitsluiting.

Plan van aanpak

De inrichtingsfase resulteert in een uitgewerkt plan van aanpak voor het uitvoeren van een pilot. De onderdelen van dit plan vindt u in het kader op de volgende pagina. U legt het plan van aanpak eerst voor aan de werkgroep om af te stemmen of het overeenkomt met hun wensen. Vervolgens gaat het naar degene die uiteindelijk toestemming of opdracht moet geven voor een pilot. Wie dat is hangt af van de besluitvormingstructuur. Vaak is formele goedkeuring nodig van het college van burgemeester en wethouders. Aansluitend stelt u het contract op.



“Ik vind het niet meer vervelend om met de ouders over financiën en gezondheid te praten. Inmiddels stel ik het onderwerp aan de orde alsof het de normaalste zaak van de wereld is.”

Han de Veth,
jeugdarts in Breda

ONDERDELEN PLAN VAN AANPAK

- aanleiding voor de interventie
- namen van projectleider en andere sleutelfiguren
- schets van het tot nu toe doorlopen proces
- interventiewerkwijze
- doelen (van implementatie en uitvoering) en gewenste resultaten
- registratie
- korte beschrijving van belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie
- passende implementatieactiviteiten
- evaluatieplan (hoe evalueert u of de doelen zijn bereikt)
- communicatieplan
- formatie en budget
- verantwoordelijkheden en bevoegdheden van management en uitvoerders
- stappenplan met rol- en taakverdeling, en tijdschema met beslismomenten

DENK SMART

Gebruik bij het stellen van doelen de SMART-formule. Dit betekent dat u zich bij elk doel afvraagt of het voldoet aan de volgende eigenschappen:

- Specifiek (wat wilt u bereiken?)
- Meetbaar (hoeveel gaat u doen?)
- Acceptabel (is er draagvlak?)
- Realistisch (is het haalbaar?)
- Tijdgebonden (wanneer is het af?)

Omgaan met weerstand

Weerstand hoort bij veranderingsprocessen. Mensen moeten het vertrouwde loslaten, bovendien brengt vernieuwing onzekerheid met zich mee. Weerstand kan sluimerend of duidelijk – verbaal of non-verbaal – aanwezig zijn. Ze staat effectief (samen)werken in de weg en verdwijnt niet vanzelf. Als u er niets mee doet, neemt hij toe. Ineffectieve reacties op weerstand zijn: negeren of afkappen, bagatelliseren, bekeren, bestrijden, dwingen of terugtrekken. U kunt beter de weerstand respecteren en deze aanpakken of verlagen door:

- de weerstand erkennen en benoemen door open vragen te stellen, te luisteren en ruimte te geven om bedenkingen te uiten.
- op zoek gaan naar de oorzaken of belemmeringen.

- probleem omkeren en kijken wat de verandering de persoon te bieden heeft.
- tijdelijk niet op de weerstand ingaan en later er op terugkomen.
- de betreffende persoon apart nemen en de weerstand bespreken.
- kijken wat iemand nodig heeft om de verandering wél te accepteren.

In de volgende twee kaders vindt u de meest voorkomende uitingen van weerstand, met tips hoe u als projectleider hierop kunt reageren.

WEERSTAND BINNEN DE JGZ

- **Uitbreiding van de taken met armoedebestrijding**
Tip: leg uit dat het gaat om de gezondheid van kinderen.
- **Schroom om armoede ter sprake te brengen en erover te praten**
Tip: leg uit dat ouders het meestal niet vervelend vinden. In hun beleving hangen armoede en opvoeding samen. Het is eerder zo dat ouders het vreemd vinden als JGZ-medewerkers het onderwerp negeren, maar wel adviezen geven die geld kosten. De interventie is een kans beter aan te sluiten op de belevingswereld van de ouders.
Tip: geef training over het herkennen en bespreekbaar maken van armoede.
- **Meer werk, terwijl het al zo druk is**
Tip: geef indien mogelijk (uitzicht op) extra uren of extra formatie.
- **Nóg een vragenlijst**
Tip: benadruk de voordelen van het gebruik van de vragenlijst.
Tip: leg uit dat de vragen op termijn in de standaardlijst worden geïntegreerd.
- **Inschatten en adviseren op een nieuw en moeilijk te bevatten terrein**
Tip: bied training en ondersteuning, zodat kennis, vaardigheden en zelfvertrouwen groeien.



“De voorlichting van de afdeling Sociale Zaken over alle financiële voorzieningen was heel nuttig. Dit was voorheen echt een black box voor mij.”

Lineke Nienhuis,
jeugdverpleegkundige
in Groningen

WEERSTAND BINNEN DE GEMEENTE

- **Uitbreiding van de taken met gezondheidsbevordering**
Tip: leg uit dat het gaat om het bestrijden van een ernstig gevolg van armoede.
- **Meer werk**
Tip: leg uit dat het uiteindelijk even snel gaat als een reguliere aanvraag.
- **Voorbijgaan aan de eigen verantwoordelijkheid van mensen**
Tip: licht toe dat de interventie zich richt op actieve betrokkenheid van ouders.
- **Adviezen aannemen van de JGZ**
Tip: geef aan dat er goede afspraken zijn tussen JGZ en gemeente en dat ieder beslist op zijn eigen expertisegebied.
- **Ruimer interpreteren van de bijzondere bijstand dan gewend**
Tip: benadruk dat dit in het belang van het kind is.
- **Beoordelen en besluiten op basis van minder strikte criteria dan gewoonlijk**
Tip: bied training en ondersteuning in het vormen van een eigen oordeel.

Fase 3: uitvoeren

Doel en eindpunt

Het plan van aanpak is gereed en goedgekeurd. De uitvoering kan beginnen! Om een goed start te waarborgen, investeert u in deze uitvoeringsfase eerst in een zorgvuldige voorbereiding. Medewerkers die de interventie uitvoeren, gaan iets nieuws ondernemen. Het is belangrijk dat zij hiervoor welbeslagen ten ijs komen en zich er ‘klaar’ voor voelen. Hun vertrouwen en vaardigheden zullen werkenderwijs groeien. De duur en het eindpunt van de uitvoeringsfase zijn afhankelijk van het verloop van de pilot.

Voorbereiden van de uitvoering

Voordat de medewerkers van JGZ en gemeente met de uitvoering aan de slag gaan, is het raadzaam als de samenwerkingspartners met elkaar hebben kennigemaakt, bijvoorbeeld tijdens een werkbezoek. U moet ervan uitgaan dat de twee organisaties niet op de hoogte zijn van elkaars werkzaamheden en dat zij een verschillende denk- en werkwijze hebben. Voorlichting en persoonlijke contacten bevorderen de onderlinge samenwerking. U doet er goed aan om de structuur van beide organisaties uit te leggen en veelgebruikte woorden of vaktermen toe te lichten. Ook voorlichting over het armoedebeleid en de gemeentelijke voorzieningen ter bestrijding van armoede is belangrijk.

Naast kennismaken is ook training nodig. Met een of meerdere trainingsbijeenkomsten kunt u medewerkers concreet voorbereiden op de uitvoering van de interventie (zie ook bijlage 2).

SPECIFIEKE LEERDOELEN

JGZ-medewerkers leren:

- armoede herkennen en bespreekbaar maken.
- de relatie leggen tussen armoede en de ontwikkeling van het kind.
- adviseren over producten en activiteiten die het kind ten goede komen en die passen binnen de gemeentelijke beleidsmogelijkheden voor deze interventie.

Consulenten van de sociale dienst leren:

- JGZ-adviesbrieven beoordelen binnen de gemeentelijke beleidsmogelijkheden voor deze interventie.
- helder en respectvol communiceren over de gemaakte keuzes met de ouders.

“Normaal praat ik niet met anderen over geldproblemen. Ik vond het heel moeilijk om de JGZ-medewerker in vertrouwen te nemen. Maar ik ben blij dat ik het heb gedaan, ze heeft me echt kunnen helpen.”

Jacqueline de Wit,
alleenstaande moeder
van Fleur (6 jaar)

De aftrap

In een startbijeenkomst voor de interventie ontvangen de medewerkers die de uitvoering voor hun rekening nemen, specifieke informatie over de werkwijze. Ze krijgen toelichting over de procedures en maken afspraken over de communicatie. De aftrap staat onder leiding van de projectleider en het management van JGZ en gemeente. Het werkt motiverend om voor deze bijeenkomst iemand uit te nodigen van een andere gemeente die ervaring heeft met de interventie. Maak tijdens de aftrap voldoende tijd vrij voor het bespreken van vragen.

De betrokkenen ontvangen een uitvoeringsmap met:

- de omschrijving van de interventie (doel en werkwijze).
- een organigram en een lijst van contactpersonen van JGZ en Sociale Zaken.
- de procedure en documenten van JGZ: de werkinstructie, de vragenlijst naar deprivatie, het format van een adviesbrief en het registratieformulier.
- de procedure en documenten van de gemeente, met onder andere de werkinstructie en een voorbeeldbeschikking.

Ondersteuning tijdens de pilot

Als projectleider moet u er rekening mee houden dat de uitvoering niet meteen soepel verloopt. Uit ervaring blijkt dat het enige tijd duurt voordat de interventie enig volume heeft. De start is vaak voorzichtig en de instroom van kinderen aanvankelijk gering. Het is van belang dat medewerkers ondersteuning krijgen bij hun werkzaamheden. Bespreek hun eerste ervaringen en probeer samen knelpunten op te lossen. De medewerkers hebben binnen hun eigen organisatie een aanspreekpunt nodig. Zij kunnen uiteraard ook hun collega's om advies vragen of met hen overleggen over casussen waarin het niet duidelijk is of de interventie is toe te passen of meerwaarde heeft. Tijdens de pilot komt de werkgroep regelmatig bijeen om het verloop van de interventie te bespreken en om de praktische details en de grote lijn af te stemmen. Ook overlegt de werkgroep over de kwaliteit van de adviezen en



verstrekkingen.

Vaak ontstaat tijdens de pilot discussie over de vraag wie er nu precies voor de interventie in aanmerking komen en of het afgesproken kader hiervoor in de praktijk ook werkbaar is (zie pagina 34). Voor alle partijen is het frustrerend als de gemeente veel aanvragen met een positief advies van JGZ niet honoreert. De beste manier om dit te voorkomen, is tijdens het eerste pilotjaar de volgende werkwijze af te spreken:

- formuleer voorlopige criteria voor advisering en verstrekking die een afgesproken periode gelden.
- de JGZ adviseert in deze periode volgens de vastgelegde afspraken en criteria.
- de gemeente neemt in principe de JGZ-adviezen over.
- de werkgroep overlegt na afloop van de afgesproken periode over de adviezen en verstrekkingen. Als de gemeente vindt dat de adviezen van JGZ te ruim of te beperkt zijn, kunt u de afspraken in overleg aanpassen.

Fase 4: evalueren

Doel en eindpunt

De medewerkers die de uitvoering verrichten, hebben de nieuwe werkwijze inmiddels aardig onder de knie. Het is belangrijk om de aandacht tijdens de pilot niet te laten verslappen. Het kost enige tijd voordat de interventie beklijft. Monitoren, evalueren en eventueel bijsturen blijven nodig. De hele pilotperiode is een continu proces van reflectie: doen we de goede dingen en doen we de dingen goed? En wat is er intussen gerealiseerd? De evaluatiefase eindigt met een evaluatierapport over de pilot.

De interventie aanscherpen

Gedurende de pilot ontstaan er nieuwe inzichten. De praktijk zal uitwijzen hoe u de interventie zo effectief en efficiënt mogelijk kunt inzetten. En hoe u deze maximaal kunt benutten als opstap naar andere vormen van hulp- en dienstverlening. Met deze inzichten kunt u de interventie aanpassen en nog beter op maat maken voor uw lokale situatie. De vier hoofdstappen van de interventie (zie hoofdstuk 2) zijn leidend en vormen de blauwdruk. Kleine wijzigingen in de praktische procedures kunt u tijdens de pilot doorvoeren. Meer fundamentele wijzigingen (zie de varianten in hoofdstuk 3) vragen om goede reflectie en overleg tussen de samenwerkingspartners. Dergelijke wijzigingen kunt u het beste pas doorvoeren na afloop van de pilotperiode, omdat het voor uitvoerders anders verwarrend wordt.

Registreren en evalueren

Na afloop van de pilot stelt de projectleider een evaluatierapport op. Dit rapport beschrijft de resultaten, geeft aanbevelingen en vat alle opgedane kennis en ervaring samen. Het is aan te raden de pilotperiode in elk geval twee jaar te laten duren. Dan pas is goed te beoordelen wat de interventie over een langere periode heeft opgeleverd. Uiteraard kunt u tussentijds beknoptere evaluaties organiseren.

Indicatoren voor evaluatie van bereikte resultaten

Stap	Te verzamelen gegevens (indicatoren)
1. Signaleren	<input type="checkbox"/> aantal kinderen dat is uitgenodigd voor een preventief gezondheidsonderzoek en van wie de ouders is gevraagd de vragenlijst in te vullen <input type="checkbox"/> aantal ouders dat de vragenlijst heeft ingevuld <input type="checkbox"/> resultaten van de deprivatievragenlijsten <input type="checkbox"/> aantal doorverwijzingen voor een vervolggesprek
2. Adviseren	<input type="checkbox"/> aantal vervolggesprekken <input type="checkbox"/> aantal adviesbrieven <input type="checkbox"/> geadviseerde activiteiten en producten
3. Verstrekken	<input type="checkbox"/> aantal ouders dat zich met de adviesbrief bij de sociale dienst meldt <input type="checkbox"/> aantal, aard en kosten van toekenningen (beschikkingen) door de sociale dienst <input type="checkbox"/> aantal en aard van de gerealiseerde voorzieningen voor kinderen <input type="checkbox"/> aantal en aard van gestarte vervolgtrajecten (bijvoorbeeld budgettering, schuldhulpverlening, baanbemiddeling)
4. Nazorg	<input type="checkbox"/> aantal en aard van de gerealiseerde voorzieningen voor kinderen <input type="checkbox"/> aantal en aard van gestarte trajecten (bijvoorbeeld opvoedingsondersteuning, hulp bij psychosociale problematiek)

In de evaluatie gaat u systematisch na of de doelen uit het plan van aanpak zijn behaald. Het rapport geeft antwoord op de volgende vragen:

- is de implementatie volgens plan verlopen?
- is de interventie uitgevoerd zoals bedoeld?
- zijn de beoogde resultaten behaald?

De eerste twee vragen zijn te beantwoorden door navraag te doen bij de betrokkenen en door een analyse van gebruikte documenten en tijdsregistraties zoals plannen, gespreksverslagen, correspondentie en notulen van vergaderingen. Voor het beantwoorden van de derde vraag gebruikt u bij elke stap van de interventie een aantal indicatoren voor het resultaat. U vindt deze indicatoren in bovenstaand schema. De vier hoofdstappen van de interventie vormen hierbij de leidraad. Elke stap is een voorwaarde voor het bereiken van het uiteindelijke resultaat. Als de verschillende stappen in het interventieproces met succes zijn doorlopen, is het beoogde resultaat bereikt.

Het evaluatierapport geeft antwoord op de vraag of het eindpunt van de interventie bereikt is: een gerealiseerde voorziening (een activiteit of product) voor het kind. Het is nuttig om daarnaast te onderzoeken of de interventie heeft geleid tot vervolgtrajecten. In bovenstaand schema zijn deze onderdelen van de evaluatie opgenomen in stap 3 en 4. Uit het contact met ouders tijdens de nazorg kunt u ook een indruk krijgen van de impact die de interventie heeft op het kind en het gezin.



Het werkt prettig als evaluatiegegevens eenvoudig te achterhalen zijn. Ideaal is als ze in bestaande (digitale) dossiers of registratiesystemen ingepast worden. Toch hebt u aanvankelijk wellicht de behoefte om een aparte registratie op te zetten.

Alle betrokkenen krijgen het evaluatierapport op een passende manier aangeboden, eventueel in verschillende versies. Het rapport is een bruikbaar instrument in het beleidsproces van de interventie. Ook in een bredere context heeft het een functie: het kan behulpzaam zijn bij het ontwikkelen van toekomstig gemeentelijk armoede- en JGZ-beleid.

Fase 5: continueren

Doel en eindpunt

De pilot is afgerond. De uitkomsten van de evaluatie bepalen of en hoe u de interventie voortzet. Als u gezamenlijk besluit om verder te gaan, komt de interventie geleidelijk in ander vaarwater terecht. De projectmatige aanpak verdwijnt en de interventie wordt verankerd in de reguliere werkwijzen van de JGZ en de gemeentelijke sociale dienst. De kans is groot dat dit leidt tot andere keuzes in de varianten (zie hoofdstuk 3). De verankering is het eindpunt van deze fase. Wellicht wilt u na de evaluatie eerst nog andere varianten proberen. In dat geval start u een nieuwe pilot en krijgt de verankering pas later vorm.

Verankering

Formeel hebben de betrokkenen besloten dat de interventie een vast onderdeel van de werkzaamheden van de JGZ en de sociale dienst gaat uitmaken. Nu moet de interventie nog geïntegreerd en verankerd worden in de meerjarenbeleids- en uitvoeringsplannen (inclusief financiering) en functieomschrijvingen. Na de verankering eindigt de functie van de projectleider. Besteed zorgvuldig aandacht aan de overdracht van taken. Voor iedereen moet na de projectfase duidelijk zijn wie voortaan waarvoor verantwoordelijk is. Het (midden)management neemt de begeleiding en monitoring van de interventie over.

Onderhoud

De ervaring leert dat er continu aandacht nodig is om de kwaliteit van de uitvoering van de interventie te waarborgen. De komst van nieuwe en het vertrek van ervaren medewerkers maakt geregelde afstemming tussen de samenwerkingspartners noodzakelijk. Ook kunnen zich tussentijds nieuwe prioriteiten of initiatieven van andere instellingen voordoen die om aandacht vragen. U kunt overwegen om een helpdesk in te richten die fungeert als vraagbaak voor uitvoerend medewerkers. Een jaarlijkse evaluatierapportage met de belangrijkste ontwikkelingen en de kerncijfers geven inzicht in het verloop van de interventie en bieden nuttige informatie om deze waar nodig bij te stellen.

Lange termijn

Hoe gaat het verder op de lange termijn? Na een intensieve startperiode zal de aandacht voor de interventie geleidelijk afnemen. De ervaringen en resultaten geven ideeën voor een nieuwe werkwijzen en ander beleid. Ook maatschappelijke ontwikkelingen staan niet stil. Het armoedebeleid is veranderlijk, meer nog dan het volksgezondheidsbeleid. Maar het thema armoede en gezondheid is op den duur niet meer weg te denken van de agenda van de JGZ en de gemeente. De JGZ en de sociale dienst weten elkaar te vinden en laten zien dat constructieve samenwerking mogelijk is. De brug is geslagen en in gebruik, ten gunste van kansen voor kwetsbare kinderen!



Bijlagen

Checklists

1. INTERVENTIECHECKLIST

**Bij het uitvoeren van de interventie, doorloopt u vier hoofdstappen.
Ga na of uw interventie de volgende kernstappen bevat.**

- Signaleren**
De JGZ signaleert gezondheidsachterstanden tijdens reguliere contacten met ouders en kinderen en gaat na of deze samenhangen met geldgebrek in het gezin.
- Adviseren**
Op basis van aanvullend onderzoek adviseert de JGZ de ouders een product te kopen of een activiteit uit te voeren. Dit advies legt de JGZ vast in een adviesbrief.
- Verstrekken**
De ouders melden zich met de adviesbrief bij de gemeentelijke sociale dienst. De sociale dienst neemt de aanvraag in behandeling en stelt financiële middelen beschikbaar voor het beoogde doel dat de gezondheid van het kind moet verbeteren.
- Nazorg**
De JGZ neemt telefonisch contact op met het gezin voor een evaluatiegesprek. Daarbij wordt ook onderzocht of er behoefte is aan verdere ondersteuning.

Hebt u bij het vaststellen van uw werkwijze rekening gehouden met de volgende variaties?

- Nevendoelen
- Beknopt of uitgebreid signaleren
- Leeftijdsgroepen
- Scholen en wijken
- Afbakening van doelgroepen
- Signalering door derden
- Interventiespecialisten bij JGZ en gemeente
- Alternatieve taakverdeling JGZ en gemeente
- Financieringsmiddelen
- Versneld verstrekken of reguliere procedure



2. IMPLEMENTATIECHECKLIST

Heeft u voldoende aandacht besteed aan elke fase?
Ga per fase na of u de belangrijkste activiteiten heeft gedaan.

Fase 1: verkennen

- Gesprekken voeren met sleutelfiguren van GGD en gemeente
- Informeren over het probleem en over de interventie
- Interesse in de interventie peilen
- Aanstellen van een projectleider
- Bijeenkomsten organiseren met JGZ en gemeente
- Onderzoeken van draagvlak en ideeën over doelen en werkwijze

Fase 2: inrichten

- Bijeenkomsten organiseren met JGZ en gemeente
- Bepalen van precieze vorm van de interventie
- Bepalen van implementatiestrategie
- Schrijven van plan van aanpak
- Uitwerken van procedure, criteria en registratie
- Samenstellen van uitvoeringsmap
- Informeren en trainen van uitvoerders van JGZ en gemeente
- Kennismaken met uitvoerders van JGZ en gemeente

Fase 3: uitvoeren

- Eerste toepassing van de werkwijze
- Ondersteunen van uitvoerders
- Oplossen van knelpunten

Fase 4: evalueren

- Schrijven van evaluatie over de pilotperiode

Fase 5: continueren

- Blijven afstemmen van JGZ en gemeente
- Monitoren en eventueel bijstellen van de werkwijze
- Formeel verankeren van de interventie
- Onderhouden van de interventie door regelmatig overleg
- Verbreden van de interventie

Informatieve websites

De interventie 'Armoede en gezondheid van kinderen' is te vinden via:

► www.loketgezondleven.nl

Website van het Centrum Gezond Leven met de I-database.

Interventiematerialen, informatie over ondersteuning en training zijn via deze website beschikbaar.

► www.jeugdinterventies.nl

Website van het Nederlands Jeugdinstituut met de Databank Effectieve Jeugdinterventies.

Over armoedeproblematiek (omvang, aard, geografische spreiding):

► www.armoedemonitor.nl

Monitor van het CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek) en het SCP (Sociaal en Cultureel Planbureau)

Over sociaal-economische gezondheidsverschillen:

► www.monitoregezondheidsachterstanden.nl

Nationaal kompas volksgezondheid van het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu).

► www.wijkslag.nl

Steunpunt voor de aanpak van gezondheidsverschillen van het NIGZ (Nationaal Instituut Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie).

Over armoedebeleid:

► www.stimulansz.nl

Website van Stimulansz, een onafhankelijke organisatie die gemeenten en burgers ondersteunt op het gebied van werk en inkomen, wonen, zorg en welzijn.

► www.socialezekerheid.nl

Website van Stimulansz over de Nederlandse sociale zekerheid.

Over jeugdgezondheidszorg:

► www.rivm.nl/jeugdgezondheid

Website van het Centrum Jeugdgezondheid.

► www.ggd.nl

Website van GGD Nederland, de koepelorganisatie van GGD-en.

Over landelijke/lokale voorzieningen op het terrein van jeugd en armoede:

► www.jeugdsportfonds.nl

Website van het Jeugdsportfonds.

► www.leergeld.nl

Website van Stichting Leergeld.



Overige:

► **www.nibud.nl**

Website van het NIBUD (Nationaal Instituut voor Budgetvoorlichting).

► **www.socialealliantie.nl**

Samenwerkingsverband van belangenorganisaties die zich richten op armoedebestrijding.

► **www.stichtingdevonk.nl**

Instelling voor maatschappelijk activeringswerk met deskundigheid en een landelijke steunpuntfunctie op het gebied van armoede en kinderen.

Literatuur

In dit overzicht staan de belangrijkste publicaties waarop de handleiding is gebaseerd.

Cohen B.E. en L. Reutter. *Development of the role of public health nurses in addressing child and family poverty: a framework for action*. Journal of advanced Nursing 2007; 60: 96-107.

Dekovic M., E. Snel en J.H.A. Groenendaal. *Kinderen van de rekening: over de effecten van armoede op kinderen*. In: Engbersen G., J.C. Vrooman en E. Snel (red). De kwetsbaren: tweede jaarrapport armoede en sociale uitsluiting. Amsterdam University Press, Amsterdam, 1997.

Dronkers J. en J. Gijtenbeek. *Heeft financiële armoede gevolgen voor het welzijn van kinderen en thuiswonende jongeren?* Een inventarisatie van literatuur en databestanden. SCO-Kohnstamm Instituut, Amsterdam, 1997.

Hoff S.J.M., J. Dronkers en J.C. Vrooman. *Arme ouders en het welzijn van kinderen*. In: Engbersen G., J.C. Vrooman en E. Snel (red). De kwetsbaren: tweede jaarrapport armoede en sociale uitsluiting. Amsterdam University Press, Amsterdam, 1997.

Hooghiemstra E. en T. Knijn. *Onder moeders paraplu: alleenstaande ouders op de armoedegrens*. In: Engbersen G., J.C. Vrooman en E. Snel (red). De kwetsbaren: tweede jaarrapport armoede en sociale uitsluiting. Amsterdam University Press, Amsterdam, 1997.

Jehoel-Gijsbers G. *Kunnen alle kinderen meedoen? Onderzoek naar de maatschappelijke participatie van arme kinderen*. Nulmeting. SCP, Den Haag, 2009.

Kroesbergen H.T., M.C. Rots-de Vries en S.W.H. Zandvoort. *Bedreiging van de gezondheid van kinderen door armoede: prevalentie en risicogroepen*. Tijdschrift Gezondheidswetenschappen 2002; 80:367-74.

Nistelrooij R. van. *Dan had mijn moeder een som in haar hoofd. Een kwalitatief onderzoek naar de beleving van armoede en het copinggedrag van moeders en kinderen in vijftien bijstandsgezinnen*. Katholiek Centrum Welzijnsbehartiging, 's-Hertogenbosch, 1998.

Programmacommissie Sociaal-economische gezondheidsverschillen – tweede fase, *Sociaal-economische gezondheidsverschillen verkleinen*. Eindrapportage en beleidsaanbevelingen van de programmacommissie SeGV-II. Programmacommissie Sociaal-economische gezondheidsverschillen II, Den Haag, maart 2001.



Rots-de Vries M.C. en H.T. Kroesbergen. *Bedreiging van de gezondheid van kinderen door armoede: beleid en interventie*. Tijdschrift Gezondheidswetenschappen, 2002, 80:375-81.

Rots-de Vries M.C., H.T. Kroesbergen en P.J.A.M. van der Smissen. *Interventie Armoede en gezondheid van kinderen: van experiment naar implementatie*. Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg, 2005, 37:13-18.

Rots-de Vries M.C., H.T. Kroesbergen en L.A.M. van de Goor. *Interventie-ontwikkeling en evaluatie: een iteratief proces. Een illustratie aan de hand van de interventie 'armoede en gezondheid van kinderen'*. Tijdschrift Gezondheidswetenschappen, 2007, 85:287-95.

Snel E., T. van der Hoek en T. Chessa. *Kinderen in armoede. Opgroeien in de marge van Nederland*. Van Gorcum, Assen, 2001.

Stronks K. *Gemeentelijk armoedebeleid en de gezondheid van de laagste inkomensgroepen*. In: Sociaal-economische gezondheidsverschillen: van verklaren naar verkleinen, Deel 1. Programmacommissie Sociaal-economische gezondheidsverschillen II, Den Haag, april 1999.

Stronks K. en J. Hulshof. *De kloof verkleinen. Theorie en praktijk van de strijd tegen sociaal-economische gezondheidsverschillen*. Van Gorcum, Assen, 2001.

Vrooman C., G. Jehoel-Gijsbers en A. Soede. *Armoede en sociale uitsluiting van kinderen*. In: Vrooman C., S. Hoff, F. Otten en W. Bos (red). *Armoedemonitor 2007*. SCP/CBS, Den Haag, 2007.



West-Brabant



Hart voor Brabant



rivm

Over de auteurs

Drs. M.C. Rots-de Vries is gezondheids-wetenschapper. Haar onderzoeksgebied is de ontwikkeling en evaluatie van jeugdinterventies. Ze is werkzaam in de academische werkplaats Openbare Gezondheidszorg Tilburg. In 2010 hoopt ze te promoveren op een proefschrift over praktijkgestuurd interventie-onderzoek in de Jeugdgezondheidszorg.

Ir. H.T. Kroesbergen is programmamanager bij de GGD West-Brabant. Zij heeft expertise op het terrein van preventieve jeugdinterventies en heeft hierover regelmatig gepubliceerd in zowel vaktijdschriften als wetenschappelijke tijdschriften. Momenteel is zij manager van het programma Beleid, kennis en innovatie.

Dr. L.A.M. van de Goor is universitair hoofd-docent en senior onderzoeker bij Tranzo (Universiteit van Tilburg). Haar aandachtsgebieden zijn openbare gezondheidszorg, verslaving en preventie. Ze heeft expertise op het terrein van evaluatie- en monitoring-onderzoek. Zij is coördinator van de academische werkplaats Openbare Gezondheidszorg Tilburg.

Gezondheidsrisico's bij kinderen door armoede in het gezin komen in Nederland nog regelmatig voor. De interventie 'Armoede en gezondheid van kinderen' laat zien hoe de Jeugdgezondheidszorg en gemeenten de handen ineen kunnen slaan om de gezondheid van kinderen positief te stimuleren. De interventie is de uitkomst van ruim tien jaar onderzoek en praktijkervaring bij GGD'en en gemeenten in Noord-Brabant. Het resultaat is een bruikbaar interventiemodel dat mogelijkheden schept tot verregaande intersectorale samenwerking.

Deze handleiding beschrijft de achtergrond en werkwijze van de interventie. Het bevat een uitgebreide methodiekbeschrijving, tips en veel mogelijkheden om de aanpak op maat te maken voor de lokale situatie. Met deze handleiding kunnen gemeenten en Jeugdgezondheidszorg direct aan de slag.