

## **Interventie**

## **GIZ-methodiek**

---

## Erkenning

Erkend door deelcommissie Jeugdgezondheidszorg, preventie en gezondheidsbevordering

Datum: 15 juni 2023

Oordeel: Goed onderbouwd

De referentie naar dit document is: Bontje (4 mei 2023).

Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'GIZ-methodiek'. Utrecht:  
Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van [www.nji.nl/jeugdinterventies](http://www.nji.nl/jeugdinterventies).

# Inhoud

<b>Samenvatting .....</b>	<b>4</b>
<b>1. Uitgebreide beschrijving.....</b>	<b>6</b>
1.1 Doelgroep .....	6
1.2 Doel .....	7
1.3 Aanpak .....	9
<b>2. Uitvoering.....</b>	<b>14</b>
<b>3. Onderbouwing .....</b>	<b>18</b>
<b>4. Onderzoek .....</b>	<b>26</b>
<b>5. Samenvatting werkzame elementen .....</b>	<b>35</b>
<b>6. Aangehaalde literatuur .....</b>	<b>36</b>
<b>7. Praktijkvoorbeelden .....</b>	<b>44</b>

## Samenvatting

De GIZ-methodiek is een inschattingmethodiek om in dialoog met (aanstaande) ouders, kinderen en jongeren (en eventueel andere professionals) krachten ontwikkel- en zorgbehoeften efficiënt, effectief en adequaat in kaart te brengen en samen te beslissen over passende ondersteuning. GIZ staat voor **Gezamenlijk Inschatten van Zorgbehoeften**. De GIZ-methodiek combineert de ervaringen van gezin en kind met de deskundigheid van de professional.

## Doelgroep

De GIZ-methodiek is geschikt voor alle (aanstaande) ouders en kinderen vanaf 8 jaar en jongeren en te gebruiken door alle professionals in de jeugdketen.

## Doel

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

## Aanpak

Samen met de cliënt verheldert de professional de vragen, analyseert krachten en zorgen en beslissen zij samen over passende ondersteuning. Indien relevant maken zij samen een resultaatgericht ondersteuningsplan. Het GIZ-gesprek wordt ondersteund door gebruik van visuele hulpmiddelen (GIZ-tools), de toepassing van een motiverende en oplossingsgerichte houding en gesprekstechnieken en een gestructureerde aanpak. De GIZ-methodiek is in te zetten van normale zorgen tot complexe problemen.

## Materiaal

Voor de a.s. ouders en jeugdigen zijn GIZ-tools (GIZ-driehoek, GIZ-matrix en GIZ-ondersteuningsplan) beschikbaar. Voor GIZ-uitvoerders is een opleiding leertraject beschikbaar, wat is afgestemd op de werksetting van de professionals. Voor ondersteuning van de implementatie, het geven van de GIZ-basistraining en GIZ-coaching zijn draiboeken en ondersteunende materialen ontwikkeld.

## Onderbouwing

Een mismatch tussen zorgbehoeften en daadwerkelijke zorg leidt tot onder- en overbehandeling waardoor jeugdigen en ouders zich niet begrepen en gehoord voelen. De GIZ-methodiek richt zich op het versterken van cliëntbetrokkenheid, een brede gezinsgerichte blik en een gestructureerde aanpak en beoogt hiermee eerder en efficiënter een juiste inschatting te maken van krachten en zorgbehoeften en samen te beslissen over passende ondersteuning.

De interventie is ontwikkeld vanuit de volgende theorieën en methoden:

- Self-determination theory (Ryan & Deci, 2000),
- Bio-ecologische model (Bronfenbrenner, 1994),
- Ouderschapstheorie (Van der Pas, 2006),
- Positieve psychologie (Seligman, 2000),
- Motiverende en Oplossingsgerichte gesprekstechnieken (Miller & Rollnick, 2002, Shazer & Berg, 2007),
- Handelingsgerichte diagnostiek (Pameijer, 2011)

## Onderzoek

De GIZ-methodiek is (door)ontwikkeld en getest op haalbaarheid in de JGZ, jeugdhulp en kraamzorg in nauwe samenwerking tussen praktijk en wetenschap (Werkplaats Samen.nl). De effectiviteit en gebruikersoordeel zijn onderzocht door groepen te vergelijken die zonder en met de GIZ werkten. Uit deze onderzoeken blijken de volgende resultaten: met de GIZ worden zorgbehoeften van het kind in de bredere context van ouders en omgeving besproken; onthulden ouders en signaleerden professionals vaker zorgen; ervaren ouders meer aandacht voor wat goed gaat; gaven ouders na afloop van een gesprek aan minder zorgen te ervaren; was er meer overeenstemming tussen ouder en professional, een hogere tevredenheid en meer samen beslissen. Onderzoek naar het signaleren van kindermishandeling binnen de JGZ toonden aan dat de GIZ effectief is in het voorspellen van (toekomstige) kind onveiligheid.

# 1. Uitgebreide beschrijving

## 1.1 Doelgroep

### Uiteindelijke doelgroep

De GIZ-methodiek is geschikt voor alle (aanstaande) ouders/verzorgers<sup>1</sup> met kinderen (- 9 maanden-23 jaar), kinderen vanaf 8 jaar en jongeren die gebruikmaken van de zorg voor de jeugd (preventief/ curatief).

Deze grote doelgroep verschilt niet alleen in leeftijd, maar ook in geslacht, sociaaleconomische, etnische, culturele en religieuze achtergrond, woonsituatie, taalvaardigheid en in hun ontwikkel- en zorgbehoeften.

### Intermediaire doelgroep

Professionals die gesprekken voeren met ouders en jeugdigen vanuit:

- Jeugdgezondheidszorg: Jeugdartsen, -verpleegkundigen; -assistenten
- Lokale Teams, jeugdhulp: jeugdprofessionals, jeugdconsulenten regie, jongerenwerkers, opbouwwerkers, psychologen, orthopedagogen
- Medische domein: kinderverpleegkundigen, kinderartsen
- Geboortezorg: intakers, kraamverzorgenden, verloskundigen,
- Onderwijs/welzijn: IB-ers, zorgcoördinatoren, schoolmaatschappelijk werkers, leerplichtambtenaren en sociaal professionals.

Deze intermediaire doelgroep signaleert, analyseert en beslist samen met kinderen en gezinnen hoe het gaat en welke ondersteuning nodig is.

### Selectie van doelgroepen

*Selectie doelgroep:* In de **kraamzorg** ontvangen alle a.s. ouders die zich ingeschreven hebben voor kraamzorg een intakegesprek tussen de 22<sup>e</sup> en 34<sup>e</sup> week van de zwangerschap.

In de **preventieve JGZ** 0-18 jaar worden alle kinderen en hun ouders standaard uitgenodigd op verschillende contactmomenten, vanaf een zuigelingenhuisbezoek tot aan het 15/16-jarige jongerencontactmoment (NCJ, 2022). Een deel hiervan ontvangt op indicatie aanvullend extra zorg. Sinds 2022 voert de JGZ ook prenatale huisbezoeken uit (NCJ, 2021). Bij jonge kinderen heeft de JGZ-professional gesprekken met de ouder. Vanaf 8 jaar wordt gesproken met kind en ouder. Vanaf de middelbare school met de jongere zelf. Ouders van kinderen vanaf 12 jaar tot 16 jaar worden standaard betrokken (met toestemming van jongeren zelf) bij gesignaleerde zorgen of problemen

---

<sup>1</sup>1. Verklarende woordenlijst

Ouders = Aanstaaende ouder(s), adoptie-, stief en biologische ouder(s) of verzorger(s) in willekeurig welke gezinssamenstelling of alleenstaand.

Jeugdige(n) = (ongeboren) baby, kind, jongere, adolescent of jongvolwassenen.

Gezin = Elk leefverband van één of meer volwassenen die verantwoordelijkheid dragen voor de verzorging en opvoeding van één of meer kinderen (VWS, 1996). Ook een alleenstaande zwangere wordt als een gezin beschouwd.

Professionals = Alle professionals die bevoegd zijn om te werken met (aanstaande) ouders en jeugdigen, zoals JGZ-medewerkers, jeugdprofessionals, kraamverzorgenden en verloskundigen.

De **jeugdhulp** bereikt jeugdigen van – 9 maanden-23 jaar en hun a.s. ouders/verzorgers met aanvullende of complexe zorgbehoeften (MvT, 2013). Zij kunnen zichzelf aanmelden of verwezen worden via derden.

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

De GIZ-methodiek is door de leeftijds- en doelgroep specifieke GIZ-tools en getrapte werkwijze met drie uitvoeringsvarianten (Signalerings-GIZ, Uitgebreide-GIZ en Multidisciplinaire-GIZ) breed inzetbaar.

De *Signalerings-GIZ* wordt ingezet bij jeugdigen en gezinnen met alledaagse, enkelvoudige zorgbehoeften. Hier ligt het accent op de vraagverkenning en vraagverheldering met de GIZ-driehoek. Dit korte gesprek past goed in de situatie van een gezonde gezinsontwikkeling waarbij (aanstaande) ouders/jeugdigen zich competent voelen en de draaglast en draagkracht in balans zijn.

Bij de *Uitgebreide-GIZ* wordt ingezet bij jeugdigen en gezinnen met een zorgbehoefte. Ouders en jeugdige twijfelen aan hun eigen vaardigheden en competentie. Draaglast en draagkracht kunnen uit balans zijn. Hier ligt het accent op de probleem- en krachtenanalyse met de GIZ-matrix.

In de *Multidisciplinaire-GIZ* richt zich op gezinnen met meervoudige en complexere problemen of situatie waarbij meerdere professionals betrokken zijn en afstemming nodig is. Hier ligt het accent op samenwerking, een gezamenlijke analyse met verschillende gezinsleden en betrokken professionals en het ontwikkelen van een gedragen integraal gezinsplan.

Er zijn geen selectiecriteria of contra-indicaties voor het gebruik van de GIZ-methodiek.

## **Betrokkenheid doelgroep**

De ontwikkeling en doorontwikkeling van de GIZ-methodiek is geworteld in de samenwerking tussen onderzoek (Leids Universitair Medisch Centrum, TNO en het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), beleid, onderwijs en praktijk.

Praktijkprofessionals, jongeren en ouders zijn betrokken bij de ontwikkeling en doorontwikkeling (<https://www.werkplaatssamen.nl/>).

Professionals uit meerdere disciplines en sectoren (gezondheidszorg, jeugdhulp, sociaal domein, geboortezorg en onderwijs) hebben bijgedragen aan de ontwikkeling, door feedback te geven op (concepten van) de GIZ, vragenlijsten in te vullen na ieder GIZ-methodiek gesprek, door feedback te geven tijdens scholingsbijeenkomsten, tussentijdse evaluaties en intervisie-sessies, werkbezoeken en co-creatie sessies.

In alle GIZ-onderzoeken zijn /worden ouders/jongeren betrokken; bijvoorbeeld bij toetsing van vragenlijsten en de dataverzameling; behoeften inventarisaties, co-creatie sessies en klanttevredenheid onderzoek. Hun suggesties voor aanpassingen zijn en worden meegenomen bij de (door)ontwikkeling van de methodiek.

Hierdoor kent de GIZ-methodiek een structuur die voldoet aan wetenschappelijke en professionele inzichten én afgestemd is op de behoeften van ouders, jeugdigen en professionals.

## **1.2 Doel**

### **Hoofddoel**

Het hoofddoel is een gezamenlijke, brede gezinsgerichte, gestructureerde inschatting\* en beslissing met de ouder/jeugdige (en eventueel andere professionals) van krachten,

ontwikkel- zorgbehoeften en ondersteuning, zodat gezinnen passende, tijdige en effectieve ondersteuning ontvangen. Dit versterkt de eigen kracht van het gezin (autonomie, competentie, verbondenheid) en bevordert een gezonde ontwikkeling van het kind of de jongere.

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

## **Subdoelen**

### **Subdoel cliëntbetrokkenheid**

De cliënt:

- 1.1.1. begrijpt het belang van actieve betrokkenheid aan de gezamenlijk inschatting en beslissing voor ondersteuning
- 1.1.2. voelt zich begrepen, tevreden over eigen inbreng en versterkt in de eigen kracht
- 1.1.3. kan actief deelnemen aan de gezamenlijke inschatting en beslissing voor ondersteuning

De professional:

- 2.1.1. kan het belang van samen beslissen voor betere uitkomsten voor cliënten uitleggen
- 2.1.2. begrijpt hoe hij/zij jeugdigen/ouders (en eventueel andere professionals) actief kan laten deelnemen aan de GIZ-inschatting en besluitvorming
- 2.1.3. kan ouders/kind actief betrekken bij het inschatten van krachten en zorgbehoeften en bij de beslissing voor passende ondersteuning

### **Subdoel brede gezinsgerichte blik**

De cliënt:

- 1.2.1. begrijpt wat belangrijk is voor een gezonde en veilige ontwikkeling van het (aanstaande) kind en de invloed van (toekomstige) ouders en (gezins)omgeving hierop.
- 1.2.2. kan de eigen/gezins krachten, vragen en zorgbehoeften en hulpbronnen verwoorden
- 1.2.3. weet hoe het eigen hulpbronnen kan inzetten.

De professional:

- 2.2.1. weet wat risico- en beschermende factoren zijn voor de ontwikkeling van de Ontwikkeling kind, Ouders en gezinsomstandigheden, en de Omgeving van het gezin (O&O&O)
- 2.2.2. kan de ontwikkeling kind, opvoedings- en omgevingsbehoeften in samenhang met ouders en jeugdigen bespreken
- 2.2.3. kan zowel de zorgbehoeften als de krachten met ouders en jeugdigen bespreken

### **Subdoel gestructureerde aanpak**

De cliënt:

- 1.3.1. begrijpt het doel en de werkwijze van de GIZ
- 1.3.2. kan met behulp van de GIZ-tools inschatten wat de krachten en zorgbehoeften van het kind/gezin zijn en de ernst van de zorgbehoeften
- 1.3.3. kan met behulp van de GIZ-tools samen met de professional beslissen wat haalbare doelen zijn en welke ondersteuning nodig is

De professional:

- 2.3.1. kan de verschillende fasen van een GIZ-gesprek gestructureerd toepassen
- 2.3.2. kan de fasen van een GIZ-gesprek afstemmen op de zorgzwaarte
- 2.3.3. kan de GIZ-tools gebruiken om samen met de ouders/kind (en eventueel andere



professionals) in te schatten wat de krachten en zorgbehoeften zijn en wat de ernst van de zorgbehoeften zijn en te beslissen over haalbare doelen en ondersteuning

## 1.3 Aanpak

### Opzet van de interventie

Met de GIZ worden zorgbehoeften in kaart gebracht, kan preventie en vroegsignalering, (waaronder signalen van kindonveiligheid<sup>2</sup> (Stolwijk, publicatie aanstaande) plaatsvinden, zodat de juiste interventie (passende ondersteuning) ingezet kan worden.

GIZ is een theoretisch en praktisch weldoordachte systematische aanpak gericht op de brede beoordeling van het psychosociaal welbevinden van een kind en diens gezin. Verschillende aspecten van de ontwikkeling van het kind (lichamelijk, cognitieve, psychische, sociale en seksuele ontwikkeling, de capaciteiten van de ouders en gezins- en omgevingsfactoren) zijn onderdeel van de analyse. Toepasbaar in zowel preventie, als ondersteuning of hulp bij specifieke risico's en problemen. Ook is de aanpak afgebakend in tijd en frequentie. GIZ-uitvoerders ervaren het GIZ-gesprek als een interventie, omdat zelfinzicht, motivatie en zelfsturing van de cliënt wordt vergroot en kennis toeneemt.

De *getrapte werkwijze met drie uitvoeringsvarianten* draagt bij aan flexibele inzetbaarheid en zorg op maat. (Zie selectie doelgroep):

1. Signalerings-GIZ (+/- 10 minuten); gebruik tijdens intakegesprekken kraamzorg/ reguliere preventieve JGZ-contacten
2. Uitgebreide-GIZ (+/- 20 - 60 minuten); gebruik tijdens extra zorg contacten, Kraamzorg/ JGZ (onderzoek op indicatie)/ tijdens intake jeugdhulp, evaluatie en monitoring hulpverleningscontacten.
3. Multidisciplinaire GIZ (+/- 60 minuten); gebruik voorafgaand, tijdens en aan het eind van een afstemmingsoverleg met meerdere professionals b.v. 1gezin1plan/ multidisciplinair zorgoverleg.

Als vooraf of tijdens de Signalerings-GIZ veel zorgbehoeften of een taalbarrière blijken, kan de uitgebreide GIZ-variant worden ingezet. Soms zijn er meerdere gesprekken nodig om een zorgvuldige zorg- en krachtenanalyse te maken.

De GIZ-gesprekken bestaan uit 7 fasen, overeenkomstig de Nederlands Jeugd instituut (Nji) Richtlijn Samen beslissen<sup>2</sup>: introductie, vraagverheldering, probleem- en krachtenanalyse, doelen stellen, samen beslissen, afronding en evaluatie. Afhankelijk van de problematiek en cliënt kenmerken worden de fasen compacter of uitgebreider doorlopen en aangepast op taal en tempo.

Introductie:

- Uitleg doel, structuur gesprek en gezamenlijk agenda opstellen (met de GIZ-driehoek)

Vraagverheldering, probleem en krachtenanalyse (Wat is er aan de hand?)

- Jeugdige/ ouder(s) krijgen actieve rol
- Inzet GIZ-tools t.b.v. structuur en transparantie

---

<sup>2</sup> Richtlijn jeugdhulp jeugdbescherming Samen beslissen met ouders en jeugdigen over passende hulp (4 juli 2022)

- Samen bespreken van kind ontwikkeling, opvoedcapaciteit en gezins- en omgevingsfactoren
- Zowel krachten als zorgen worden besproken. Evt. voorlichting normale of optimale ontwikkeling
- Balans/ conclusie zorgbehoeften samen bepalen: impact, stressbeleving, probleembesef en motivatie.

Doelen, acties en samen beslissen (Wat is er nodig?)

- Samen weging van aard, ernst en urgentie van de krachten en de zorgbehoeften ten aanzien van de verschillende domeinen van kind-ontwikkeling, opvoeding en omgeving.
- Samenhangend beeld, a.d.h.v. dossieronderzoek, observaties, klinische blik, vragenlijsten en informatie van derden.
- Na prioritering bepalen zij doelen voor verandering en beslissen zij samen welke acties nodig zijn en wie (bijv. inzet eigen hulpbronnen, formeel en informeel netwerk), in een resultaatgericht ondersteuningsplan.

Afronding, Evaluatie, monitoring en registratie

- Afsluiting door samenvatting, check begrip, nut en tevredenheid van het gesprek, transparantie registratie
- Evaluatie na inzet hulp: inzet GIZ-tools om de hulp en gestelde doelen te evalueren.
- Met toestemming van de cliënt is overdracht van de GIZ-inschatting mogelijk naar andere professionals.
- Specifieke GIZ-registraties in het cliëntdossier ondersteunen monitoring.

*Vorbereiding*

Het NCJ is verantwoordelijk voor de landelijke verspreiding van de GIZ. Zij biedt startende organisaties ondersteuning bij de implementatie en kwaliteitsborging. Zij hebben een gesprek met het management over randvoorwaarden (het aanstellen van een GIZ-coördinator), implementatie en uitvoering. Eventueel verzorgt het NCJ een kick-off bijeenkomst. De GIZ-uitvoerder neemt deel aan een verplichte GIZ-basistraining, die door een gecertificeerde GIZ-trainer/ GIZ-coach wordt uitgevoerd. (zie verder 2. Materialen).

### **Inhoud van de interventie**

De GIZ-methodiek wordt geïntegreerd in bestaande contactmomenten (regulier /op indicatie) van professionals (in de geboortezorg, JGZ en sociaal domein) (GIZ-uitvoerders) met jeugdigen en hun ouders om zorgbehoeften in kaart te brengen en zorg op maat te bieden.

De GIZ-methodiek is hiermee een onderdeel van het klinisch redeneren van de professional. Klinisch redeneren is het continue proces van gegevensverzameling en analyse gericht op de vragen en problemen van een individu en diens naasten, in relatie tot ziekte en gezondheid. Klinisch redeneren omvat risico-inschatting/ kritische observaties, vroegsignalering, probleemherkenning, interventie en monitoring (Lambregts et al. 2012).

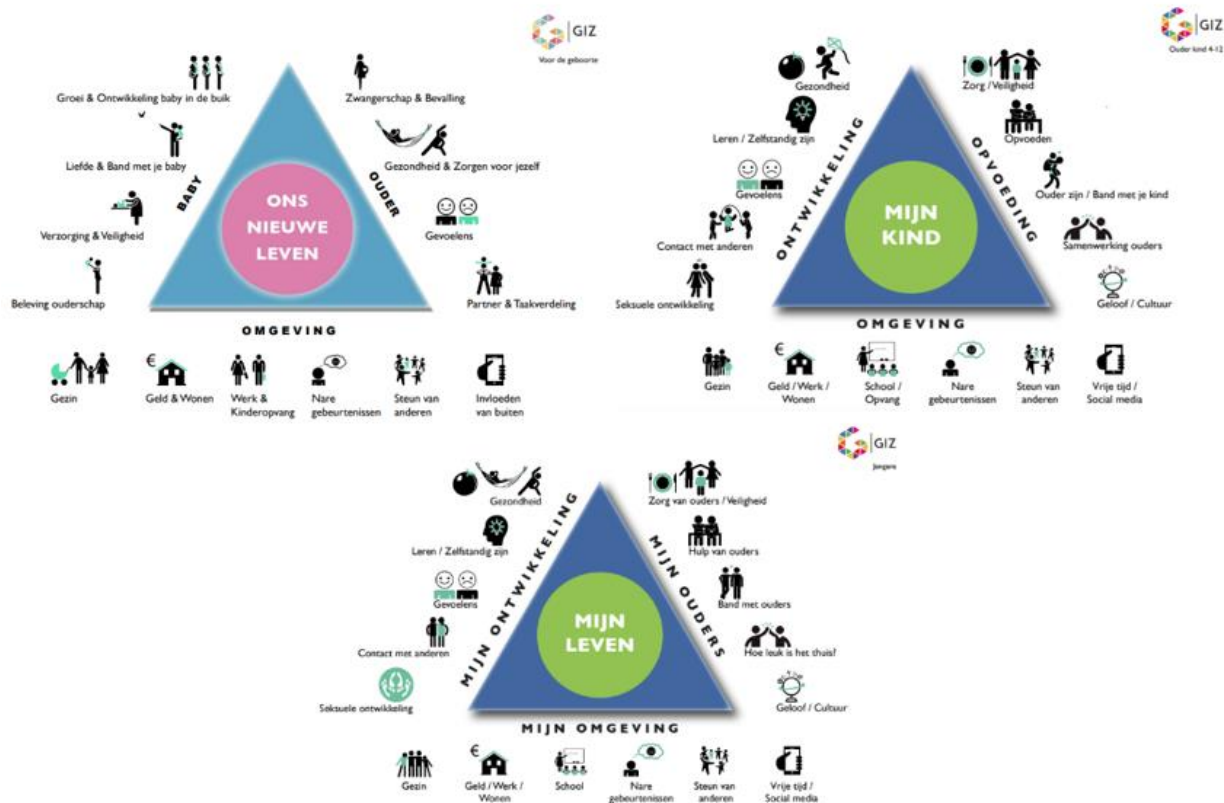
De meerwaarde van de GIZ-methodiek ligt in het gezamenlijk in kaart brengen van de zorgbehoeften en het samen beslissen wat gewenste vervolgstappen zijn (shared decision-making).

Centraal staan de vragen: Hoe gaat het? Wat is er aan de hand? Wat is er nodig? Hebben de acties geholpen?

De *GIZ-tools* zijn een essentieel hulpmiddel voor de gezamenlijke analyse en besluitvorming (Rijnders et al., 2021; Vanneste et al. 2022). Zij ondersteunen de kennis en ervaring van de professional en bij het vormgeven van persoonsgerichte zorg. De GIZ aangevuld met professionele richtlijnen, standaard screeningsinstrumenten en signaleringslijsten psychosociale problematiek (zoals Mind2care, Alpha NL, R4U, SDQ en gehoorscreening) is de optimale combinatie voor samen beslissen. (NCJ, 2022, NJi, 2022).

Door het gebruik van de GIZ-tools ontstaat een gezamenlijke taal en denkkader. Niet alleen tussen cliënt en professional, maar ook tussen professionals onderling. Dit draagt bij aan betere samenwerking. Als gedurende de levensloop; de overgang van geboortezorg naar JGZ, of bij verwijzing naar jeugdhulp cliënten herhaaldelijk de GIZ tegen komen ervaren zij continuïteit van zorg (Pannebakker, 2017).

*De GIZ-driehoek*, een afgeleide van de *CAF-driehoek (Common Assessment Framework)* creëert een visueel, overzichtelijk inhoudelijk kader voor het gezamenlijke inschattingsgesprek. Dit schema zorgt ervoor dat de jeugdige en/of ouder kennis en inzicht krijgen in drie belangrijke dimensies die nodig zijn voor het gezond, veilig en liefdevol opgroeien van jeugdigen: de Ontwikkeling kind, de Ouders en opvoedcapaciteiten de Omgeving van het gezin (O&O&O) en hun onderlinge samenhang. Iedere dimensie omvat specifieke gespreksonderwerpen. De driehoek dient als input voor de agenda. De gespreksplaat biedt transparantie over wat er aan de orde kan komen. De cliënt wordt uitgenodigd aan te geven wat belangrijk is voor hem/haar om te bespreken. De professional geeft ook aan wat vanuit hem/haar de agendapunten zouden kunnen zijn. Samen beslissen ze daarna over de agenda. De driehoek dient als input voor de agenda. De gespreksplaat biedt transparantie is over wat er aan de orde kan komen. De cliënt wordt uitgenodigd aan te geven wat belangrijk is voor hem/haar om te bespreken. De professional geeft ook aan wat vanuit hem/haar de agendapunten zouden kunnen zijn. Samen beslissen ze daarna over de agenda. De driehoek ondersteunt professionals in te zoomen op wat goed gaat, waar vragen of zorgen liggen en de onderlinge samenhang tussen de domeinen in te (laten) zien. De GIZ-driehoek kenmerkt zich door eenvoudig taalgebruik, vanuit het perspectief van de jeugdige of ouder om de betrokkenheid en begrip te bevorderen.



Figuur 1a, 1b, 1c Voorbeelden van GIZ-driehoeken voor verschillende doelgroepen: 1a. aanstaande ouder 'voor de geboorte'; 1b ouder met een kind 4-12 jaar, 1c Jongere.

### De GIZ-Matrix

De gekleurde, leeftijdsspecifieke GIZ-matrix (voorheen GOM; Gezonde Ontwikkeling Matrix) wordt besproken bij zorgbehoeften en helpt de professional om samen met de ouders of jeugdige op een systematische en speelse manier de aard en ernst van de krachten en de zorgbehoeften in kaart te brengen.

De GIZ-matrix is geen vragenlijst die vooraf opgestuurd wordt.

Net als de GIZ-driehoek zijn er drie hoofddimensies: Ontwikkeling kind, Ouder en opvoedcapaciteiten en Omgeving van het gezin die onderverdeeld zijn in 10 domeinen, die enigszins verschillen per levensfase en doelgroep. Bijvoorbeeld voor ouders van kinderen 0-4 zijn de domeinen: gezondheid; leren, taal en zelfstandigheid; gevoelens; contact met anderen en seksuele ontwikkeling; zorgen voor mijn kind en veiligheid; opvoeden; ouder zijn /band met mijn kind; samenwerking ouders; gezinsomstandigheden; steun van anderen).

Cliënten krijgen tijdens het gesprek met de GIZ-matrix letterlijk 'de pen in eigen hand' bij het analyseren van hun eigen situatie en het vaststellen van de aanwezige ontwikkel-/zorgbehoeften. Op een visuele manier krijgt iedereen inzicht in de beleving van de krachten die al aanwezig zijn en in 'wat er nodig is' om de ontwikkeling van de cliënt optimaal te ondersteunen. De beschrijvingen in de witte kolom, geven een beeld hoe het eruit ziet als het goed gaat en kunnen de basis vormen voor het prioriteren en het opstellen van concrete doelen en acties, die dan eenvoudig te monitoren zijn.

De gekleurde 5 puntenschaal van GIZ-matrix stelt de gevoelens van de jeugdige/ouder centraal en werkt motiverend. De roze, onderste regel ondersteunt de gezamenlijke conclusie van de zorgbehoeften (bevestiging, advies, extra zorg, zorg nu!, veel zorg (Zie handboek).



Figuur 2a,2b,2c Voorbeelden van GIZ-matrices voor verschillende doelgroepen: 1a. aanstaande ouder 'voor de geboorte'; 1b. ouder met een kind 4-12 jaar, 1c. Jongere.

### Het GIZ-ondersteuningsplan

Het GIZ-ondersteuningsplan geeft een helder overzicht voor alle partijen van de krachten en zorgen, de doelen en acties en draagt zo bij aan doelgericht en effectief werken. In een evaluatiegesprek wordt aan de hand van het ondersteuningsplan besproken of het gelukt is om de acties uit te voeren en de doelen te bereiken of dat bijstelling gewenst is. Een kwalitatief goed ondersteuningsplan (ook wel actieplan, zorgplan, gezinsplan of plan van aanpak) wordt ontwikkeld volgens kwaliteitscriteria. Door deze kwaliteitscriteria wordt het plan van de ouder/jeugdige en wordt hulpverlenerstaal vermeden. Daarnaast is het van belang dat het plan realistisch en uitvoerbaar is voor alle betrokkenen. Dat kan alleen wanneer doelen en acties positief en concreet worden beschreven in de taal van de ouder/jeugdige. Een goed plan vormt de basis voor een effectief traject wat kan worden gemonitord. Wanneer samen met het gezin concrete en haalbare doelen worden gesteld is de kans groter dat er daadwerkelijk verandering plaatsvindt (Crone, 2021).

## 2. Uitvoering

### Materialen

De GIZ-uitvoerder zet de GIZ-tools in tijdens de gesprekken met de ouders/jeugdigen. Daarnaast zijn er materialen ontwikkeld ter ondersteuning van de implementatie. Een implementatieteam bestaat uit de volgende rollen:

- GIZ-coördinator, fungeert als projectleider en is verantwoordelijk voor de implementatie.
- GIZ-trainer, geeft de basistraining aan de GIZ-uitvoerders.
- GIZ-coach, ondersteunt de GIZ-uitvoerders, na de basistraining in een leer- en coaching traject.

De GIZ-methodiek omvat de volgende materialen:

#### **A. Materialen voor de ouders/jeugdigen einddoelgroep:**

- **Zeven doelgroep- en leeftijdsspecifieke GIZ-schema's**, met de GIZ-driehoek en GIZ-matrix voor (aanstaande) ouders met kinderen van -9 maanden, 0-2; 2-4; 4-12; 12+; 0-23 jaar, kinderen en jongeren. Deze GIZ-schema's zijn vertaald in meerdere talen.
- **GIZ-ondersteuningsplan**

#### **B. Materialen voor de intermediaire doelgroep: de GIZ-uitvoerder:**

- **Handboek GIZ-methodiek**
- **Basistraining, inclusief e-learning**

#### **C. Materialen voor de implementatie voor de GIZ-coördinator:**

- **Raamwerk Succesvol implementeren**
- **Monitor GIZ-methodiek**

#### **D. Materiaal voor de GIZ-trainer en GIZ-coach**

- Basistraining: handleiding, trainers draaiboek, PowerPoints, evaluatieformulier
- Werkmateriaal voor coaching, intervisie, supervisie, bijv. stappenplan bespreken videobeelden

#### **E. Materiaal voor de GIZ-train-de-trainer/ coach**

- Vervolgtraining GIZ-coaches: trainers draaiboek, PowerPoints, werkopdrachten voor deelnemers, reader en evaluatieformulier
- Vervolgtraining GIZ-trainers: trainers draaiboek, PowerPoints, werkopdrachten, reader en evaluatieformulier

#### **F. Website; [www.ncj.nl/GIZ](http://www.ncj.nl/GIZ)**

Met een openbaar en besloten gedeelte voor leden

### Locatie en type organisatie

De GIZ-methodiek is te gebruiken door alle professionals die gesprekken voeren met ouders/jeugdigen in de hele jeugdketen, zoals jeugdgezondheidszorg, jeugdhulp en lokale teams, medisch domein, geboortezorg en onderwijs. Inmiddels zijn al ruim 3000 professionals getraind in de GIZ-methodiek. GIZ is toe te passen bij individuele cliënt-, en gezinsgesprekken- en overleggen waarbij meerdere gezinsleden en professionals betrokken zijn. GIZ is als inschattingsmethodiek bij voorkeur in te zetten bij face-to-face gesprekken, maar met behulp van beeldbellen en scherm delen zijn ook goede ervaringen opgedaan (Bontje, 2021).

## Opleiding en competenties van de uitvoerders

### Opleiding:

Geschikt voor MBO, HBO en WO-opgeleide professionals (zie intermediaire doelgroep).

### Competenties:

- Na het GIZ-opleidings- leertraject heeft de GIZ-uitvoerder inzicht in het doel, de meerwaarde, de achtergronden en uitgangspunten en kan de GIZ uitvoeren.
- Na de coachopleiding kan de GIZ-coach de GIZ-uitvoerders ondersteunen in werken met de GIZ-methodiek en deze getrouw uit te voeren.
- Na de trainersopleiding kunnen de GIZ-trainers de basistraining geven.

### Structuur en inhoud van de GIZ-methodiek opleidings-leertraject



#### 1. Verplichte basistraining voor uitvoerders.

De basistraining bestaat uit een e-learning en drie dagdelen vaardigheidstraining. De e-learning bevat de kernelementen en achtergronden en voorbeeldgesprekken. In de vaardigheidstraining staat in elk dagdeel één van de drie uitvoeringsvarianten centraal. Deze worden gedemonstreerd en geoefend, met aandacht voor de basishouding en gesprekstechnieken. Tussen de bijeenkomsten is een oefentijd van 4 tot 6 weken gepland met praktijkopdrachten. Elke bijeenkomst reflecteren deelnemers op transfer naar de eigen werksituatie.

2. **Sterk aanbevolen GIZ-coaching:** *in werkbegeleiding en/of groepssupervisie* o.l.v. de GIZ-coach, gericht op transfer naar de eigen werksituatie. Als gouden standaard VIB (video interactie begeleiding) of *video-coaching als optimale ondersteuning van het leertraject*. Dit kan individueel en/of in een groep. Deze supervisie richt zich op programma trouw, aan de hand van videobeelden van GIZ-gesprekken.

### Nazorg:

3. Na ongeveer 2 jaar een opfris mogelijkheid **of verdiepingstraining**, in gesprek over de GIZ over een 'thema'. Bijvoorbeeld: 'geldzorgen en armoede', 'veiligheid', 'ouderschap'.
4. **Ondersteuning: coaching on the job of jaarlijks het bespreken van videobeelden van GIZ-gesprekken in groepjes, begeleid** door de GIZ-coach.

## Kwaliteitsbewaking

Kwaliteitsbewaking vindt plaats op landelijk, regionaal en organisatorisch niveau. Er wordt gekeken naar: implementatie, programma-integriteit, kwaliteit van de uitvoering, randvoorwaarden en clienttevredenheid.

### Landelijk niveau

NCJ beheert de GIZ-methodiek en ondersteunt de verspreiding en implementatie. GIZ-organisaties ondertekenen een licentieovereenkomst. Deze gebruiksvoorwaarden zijn een waarborg voor doorontwikkeling en kwaliteitsborging.



GGD Hollands Midden i.s.m. LUMC en TNO (werkplaats Samen) en het NCJ zijn verantwoordelijk voor doorontwikkeling van, onderzoek naar en onderbouwing van de GIZ-methodiek.

NCJ organiseert overleg en deskundigheidsbevordering voor de *GIZ-coördinatoren*, *GIZ-trainers* en *GIZ-coaches* en de *GIZ-klankbordgroep*.

De *GIZ-trainer/coach* verwerft een licentie voor 5 jaar, door het volgen van een vijfdaagse train-de-trainer opleiding uitgevoerd door het NCJ met daarna een training-on-the-job.

Het traject van her-certificering is het volgende:

Eisen her-certificering zijn:

- aanwezigheid minimaal jaarlijks 50% van de bijscholings- en intervisiebijeenkomsten,
- minimaal 1x per jaar zelf training geven, overwegend positieve evaluaties via NCJ-evaluatieformulier,
- reflectie en observatie van trainerscompetenties van 1 training door een andere gecertificeerde GIZ-trainer.

*Regionaal niveau:*

Een keer in de vier jaar neemt een GIZ-organisatie deel aan regionale uitwisseling tussen verschillende GIZ-organisaties.

*Organisatorisch niveau:*

De *GIZ-coördinatoren* dragen zorg voor implementatie en procesevaluaties en jaarlijks aanleveren van rapportages over bereik. Door GIZ-coaching en cyclische reflectie op het eigen functioneren van de GIZ-uitvoerder, vindt kwaliteitsbewaking plaats. Het toepassen van (video)coaching of Video Interactie Begeleiding (VIB) wordt sterk aanbevolen.

Kwaliteitsborging VIB ligt bij AIT.

## **Randvoorwaarden**

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

***Randvoorwaarden:***

- formele bekrachtiging van bestuur, ondertekende licentieovereenkomst tussen NCJ en uitvoerende organisatie.
- Implementatieplan (m.b.v. GIZ-raamwerk implementatie)
- steun van management en staf
- draagvlak bij de medewerkers
- basistraining GIZ-methodiek, inclusief werkmaterialen
- aangepast registratiesysteem, (volgens richtlijnen in document 'GIZ-monitoring')
- opname GIZ-methodiek in het inwerkprogramma van nieuwe medewerkers
- financiële middelen en tijd voor scholing, voor het zich eigen maken van een nieuwe methodiek, begeleiding, deelname aan intervisie en voor aanschaf GIZ-materialen
- tijd om te oefenen, intervisie of werkbegeleiding
- communicatieplan
- GIZ-coördinator die de innovatie trekt en verantwoordelijk is voor implementatie van de GIZ-methodiek in de organisatie.



## Implementatie

Een succesvol implementatieproces is belangrijk voor een kwalitatief goede uitvoering. Het implementatieproces voor de GIZ-methodiek in een GIZ-organisatie kent vier fasen: verspreiding, adoptie, invoering en borging. In het Raamwerk implementeren worden de vier fasen concreet uitgewerkt. Hierdoor kan de GIZ-organisatie zich goed voorbereiden op de implementatie. Planning en afspraken rondom financiering, beschikbare uren, aanschaf materialen etc. worden vastgelegd in een implementatieplan.

De basisscholing en coaching zijn een belangrijke strategie voor de invoering van de methode. Ook de inrichting van het registratiesysteem is een belangrijke voorwaarde. Ook zijn diverse documenten ter ondersteuning van de GIZ-organisaties.

*De GIZ-coördinatoren* dragen zorg voor implementatie en procesevaluaties (Raamwerk implementeren, bijv. Meetinstrument Determinanten Implementatie, Fleuren, 2012) en jaarlijks aanleveren van rapportages over bereik. Bijvoorbeeld: een implementatie team maakt een werkplan voor onder andere deskundigheidsbevordering, integratie van GIZ in het werkproces en communicatie.

## Kosten

### *Incidentele kosten:*

- Basistraining GIZ-methodiek € 455,- per deelnemer (\*prijzen vanaf 2023), inclusief accreditatie en materiaal. (Totaal 12 uur per deelnemer voorbereiding /uitvoering).
- GIZ-train de trainer/coach opleiding, als men met een interne trainer wil werken. € 3250, Losse GIZ-coaching opleiding € 800,-

### *Structurele kosten:*

- De organisaties die de GIZ-methodiek gebruiken, betalen aan het NCJ een jaarlijkse bijdrage voor het landelijk beheer. Hiervoor sluiten zij een overeenkomst af met het NCJ. De kosten variëren van € 1.250 tot € 27.500 (\*prijspeil 2023) per jaar afhankelijk van de grootte van de organisaties.
- GIZ-coaching (jaarlijks 6 uur per medewerker) en voor de GIZ-coach tijd voor begeleiding op maat.
- \* Aan deze bedragen kunnen geen rechten worden ontleend.
- Organisaties dienen rekening te houden met kosten voor intervisie en registratie in dossiers. De uitvoering van de GIZ-methodiek kan in principe budgettair neutraal zijn, door de integratie in werkprocessen. Bij aanvang zal soms extra tijd nodig zijn om de nieuwe werkwijze eigen te maken.

## 3. Onderbouwing

### Probleem

Als kinderen met serieuze problemen geen hulp ontvangen en andere kinderen zonder serieuze problemen wel gespecialiseerde hulp ontvangen, spreken we van een mismatch. Deze mismatch tussen zorgbehoeften en daadwerkelijke zorg leidt tot onder- en overbehandeling (Bot, 2013, IGJ, 2021; Nanninga, 2018).

Diverse onderzoeken ondersteunen mismatch (Bartelink, 2010; Bot, 2013; Nanninga, 2018; Ouders online 2011). Volgens Bot (2013) ervoeren 40% van de gezinnen die specialistische jeugdhulp gebruikten geen serieuze problemen (Bot, 2013). Nanninga (2018) constateert dat 13% van de jeugdigen in de jeugdhulp geen problemen leken te hebben, terwijl 35% wel problemen hadden maar niet in de jeugdhulp terecht kwamen. Mismatch is vooral relevant voor kinderen uit etnische minderheidsgroepen (Bevaart, 2012). Ook de Inspectie signaleert dat kinderen en gezinnen met complexe problemen niet altijd tijdig passende hulp krijgen (IGJ, 2022). Terwijl het percentage van alle jeugdigen die jeugdhulp ontvangen nog steeds stijgt. In 2015 ontving 1 op de 10 jongeren onder de 18 jaar jeugdhulp en in 2021 was dat 1 op de 7,5. (CBS, 2015, 2021).

Om de mismatch aan te pakken is er geïnvesteerd in vroegsignalering en kwaliteitsverbetering o.a. door inzet van gevalideerde instrumenten (Dijkerhuis & van Baaren, 2020, 2021; Theunissen, 2013; Vogels, 2009). Echter,

- Instrumenten beperken zich vaak tot een deel van de ontwikkeling van het kind. Een goede inschatting kijkt naar het kind in context (Black et al., 2017; NCJ, 2022; NJi, 2022).
- Inschattingen zijn veelal gericht op het signaleren van risico's en problemen en te weinig op de sterke kanten van gezinnen (Bohlmeijer, 2013; Huber, 2016; Seligman, 2000).
- jeugdigen en ouders voelen zich onvoldoende gehoord, gezien en gesteund in het beoordelings- en besluitvormingsproces (van Bon, 2021; Van Heerwaarden, 2012; Spijk-de Jonge et al, 2022). De stem van het kind zelf ontbreekt vaak (Peper & Smeets, 2020).
- (toekomstige) gezinnen in kwetsbare gezinsomstandigheden, jongeren met een niet westerse herkomst worden minder goed bereikt (Andersson Elffers Felix, 2020; Kansrijke Start, 2023; Nji, 2023).
- Professionals geven aan het moeilijk te vinden om gezinnen actief te betrekken in het beslissingsproces. (Bartelink, 2010; van Heerwaarden, 2012; NCJ, 2022). Zonder goede gezamenlijke inschatting 'missen' professionals hulpbehoevende jeugdigen en gezinnen, of sluiten zij onvoldoende aan bij persoonlijke voorkeuren en werkelijke zorgbehoeften (Hielkema, 2014; Min J&V, maart 2021).

### Gevolgen

De 'mismatch' tussen de zorgbehoeften en de ondersteuning die ze daadwerkelijk krijgen heeft persoonlijke en maatschappelijke kosten tot gevolg en heeft een significant negatief effect op de kwaliteit en effectiviteit van geleverde zorg aan kinderen en gezinnen. Bij 'onderbehandeling' kunnen problemen escaleren en leiden tot persoonlijk leed, waaronder jeugdtrauma's, ontsporingen en zelfs de dood (ten Boom, 2019; Boon, 2018). Onderzoekers wijzen op de risico's van ontwikkelingsachterstanden, schooluitval, werkloosheid, criminaliteit en uithuisplaatsingen, ongezonde leefgewoonten,

psychosociale problemen, slechte onderwijsprestaties en geringe participatie in de samenleving (Black, 2017; Boer et al; 2022; Put, 2013; Romijn, 2010; Seligman, 1995). 'Overbehandeling' leidt tot verspilling van schaarse zorgmiddelen (Taskforce beheersing van zorguitgaven; 2012). Hiernaast ondermijnt het de 'kracht van de burger', waaronder het zelfvertrouwen en motivatie om eigen problemen te overwinnen zonder professionele hulp (Van Heerwaarden, 2015; Jumelet, 2012).

## Oorzaken

Er zijn drie oorzaken te noemen die ten grondslag kunnen liggen aan mismatch tussen zorgbehoeften en daadwerkelijke zorg (Bartelink, 2010):

*1. Het onvoldoende actief betrekken (samen beslissen) en aansluiten bij de doelgroep*  
Bartelink (2010) concludeerde dat de gebrekkige cliëntbetrokkenheid een kernprobleem is in het inschattingsproces, waardoor het een eenzijdig proces van de professional blijft (Bartelink et al., 2010). Bij cliënten is er een toenemende behoefte om zeggenschap te hebben over het eigen leven en mee te willen beslissen over ondersteuning (zelfmanagement) (Jumelet, 2013; NCJ, 2023; NJi, 2022; Spijk-de Jonge, 2022). Zij missen vaak transparantie over doel- en beoordelingskaders en ervaren onvoldoende vertrouwen in het nut van hulpverlening (Bot, 2013; Nanninga, 2018).

### *2. Een onvolledige risico inschatting*

Problemen zijn vaak complex en dynamisch en kinderen ontwikkelen zich snel. Hierdoor kan ook de aard en ernst snel veranderen. Daarnaast kunnen meerdere problemen een rol spelen in de kindsituatie, zoals binnen het gezin, op school en in de omgeving. Voor een juiste inschatting en oplossingsrichting is een 'brede blik' en een gezinsgerichte aanpak noodzakelijk (Horwath, 2010; Integraal Toezicht Jeugd, 2012; Min J&V, 2021; NCJ, 2015; NJi, 2022). Verder is het belangrijk risico en beschermende factoren in verschillende levensdomeinen mee te wegen. Hierdoor wordt samen met het gezin beter begrepen waardoor gedrag is ontstaan en waarom het voort bestaat (Van Leeuwen & Geeraerts, 2022; Spijk-de Jonge, 2022).

Voor professionals is het echter lastig de context breed en gestructureerd mee te nemen in het gesprek. Zij stellen eerder vragen binnen hun eigen vakgebied. (Eigen observaties implementatieonderzoek GIZ, Bontje, 2013). Ook richten screeningsinstrumenten of vragenlijsten zich alleen op deelaspecten. Daarnaast is men meer gericht op risicotaxatie in plaats van de krachten en het gezamenlijk inschatten (Bohlmeijer, 2013; Bontje, 2013; Huber, 2016).

Onderzoekers constateren dat normaliseren en het benadrukken van de eigen krachten momenteel minder goed geoperationaliseerd is (Van Heerwaarden & Pijpers, 2015; Hilderink, 2020; RMO, 2012; Wesseling, 2021). Eenzijdige nadruk op normaliseren heeft het risico van onderdiagnose.

### *3. Het ontbreken van een gestructureerde aanpak*

Het NJi onderzoek beschrijft het gevaar dat professionals intuïtief indiceren Munro (2008). De Kwaadsteniet (2009) toont aan dat verschillen in de besluitvorming te maken hebben met verschillende theoretische kaders van hulpverleners. Zelfs ervaren hulpverleners blijken als zij een instrument gebruiken tot betere oordelen over problemen te komen (Spengler, 2009).

Een mogelijkheid om de kwaliteit van de besluitvorming te verbeteren ligt volgens Bartelink (2018) in meer methodisch, onderbouwd, toetsbaar en transparant te werken,

op basis van voor de sector geldende richtlijnen en een gedegen theoretisch kader, met geschikte instrumenten.

## Aan te pakken factoren

Om een mismatch te voorkomen zet de GIZ-methodiek in op de factoren: cliëntbetrokkenheid, een brede en gezinsgerichte blik en een gestructureerde aanpak.

### 1. De GIZ richt zich op actieve cliëntbetrokkenheid door:

- Jeugdigen en ouders inzicht te geven in het belang van actieve betrokkenheid aan de gezamenlijk inschatting en beslissing voor ondersteuning, en daaraan actief te laten deelnemen
- Professional inzicht te geven in het belang van samen beslissen over betere uitkomsten voor cliënten. En kennis en vaardigheden te geven om jeugdigen/ouders (en eventueel andere professionals) actief te laten deelnemen aan de GIZ-inschatting en besluitvorming.

### 2. De GIZ richt zich op het versterken van een brede en gezinsgerichte blik door:

- De cliënt inzicht te geven wat belangrijk is voor een gezonde en veilige ontwikkeling van het (aanstaande) kind en de invloed van (toekomstige) ouders en (gezins)omgeving hierop, te leren om de eigen/gezins krachten, vragen en zorgbehoeften en hulpbronnen in te zetten.
- De professional inzicht te geven in wat risico- en beschermende factoren zijn voor de ontwikkeling van het (toekomstige) kind, ouders en gezinsomstandigheden en omgeving van het gezin, vaardigheden te leren om de ontwikkeling kind, opvoedings -en omgevingsbehoeften in samenhang met ouders en jeugdigen te bespreken en om zowel de zorgbehoeften als de krachten met ouders en jeugdigen te bespreken.

### 3. De GIZ richt zich op een gestructureerde aanpak door:

- De cliënt inzicht te geven in het doel en de werkwijze van de GIZ, vaardigheden te leren om met behulp van de GIZ-tools in te schatten wat de krachten en zorgbehoeften van het kind/gezin zijn en de ernst van de zorgbehoeften en om met behulp van de GIZ-tools samen met de professional te beslissen wat haalbare doelen zijn en welke ondersteuning nodig is.
- De professional de vaardigheden te leren om de verschillende fasen van een GIZ-gesprek gestructureerd toe te passen, om de fasen van een GIZ-gesprek af te stemmen op de zorgzwaarte en om de GIZ-tools te gebruiken om samen met de ouders/kind in te schatten wat de krachten en zorgbehoeften zijn en wat de ernst van de zorgbehoeften zijn en te beslissen over haalbare doelen en ondersteuning.

## Verantwoording

GIZ-methodiek combineert werkzame elementen die hieronder met hun theoretische onderbouwing worden toegelicht.

### Ad 1. Cliëntbetrokkenheid bij samen beslissen

Samen beslissen tussen zorgverleners en cliënten wordt beschouwd als de kern van cliëntgerichte zorg (Stiggelbout 2012).

- Door samen te beslissen ontstaat een vollediger inschatting en beslissing, omdat de cliënt eigen kennis rondom de eigen situatie, geschiedenis en voorkeuren inbrengt en benut (Namanen, 2019).

- Een gezamenlijke en gezinsgerichte analyse lijkt te zorgen voor meer en eerdere signalering van risico's op sociale en emotionele problemen van gezinnen met extra zorgbehoeften (Bontje, 2021; Min VWS, 2018; NJi, 2022; Reijneveld, 2017; Rijnen, 2021;).
- Een actieve rol van ouders met extra zorgbehoeften in de besluitvorming heeft ook positieve effecten op het opvolgen van adviezen en vervolcontacten en op uitkomsten zoals kindermishandeling (Fuller 2017; Littell 2001; Vis, 2011) en clienttevredenheid (Bontje, 2021; Rijnders, 2021).

Samen beslissen heeft de voorkeur omdat het de ethische principes van autonomie en zelfbeschikking bevordert (Elwyn, 2012). Dit zijn de kernelementen van de self-determination theory (Deci & Ryan, 2008). Volgens de SDT functioneren mensen optimaal op alle levensdomeinen als ze intrinsiek gemotiveerd zijn. Motivatie is extra belangrijk wanneer er zorgen over de ontwikkeling van een kind zijn of wanneer er onvoldoende basiszorg of onveiligheid aanwezig is binnen een gezin. Van ouders/jeugdigen wordt motivatie en bereidheid tot verandering verwacht. Deze motivatie is gekoppeld aan hun behoefte aan autonomie, competentie en verbondenheid met andere mensen. Als aan deze basisbehoeften voldaan wordt, kunnen we als mens optimaal functioneren. Wordt daar niet aan voldaan, dan raken we gefrustreerd en neemt ons welbevinden af. De GIZ kan een bijdrage leveren aan deze gevoelens van autonomie, competentie en verbondenheid door de jeugdigen en ouders actief mee te laten beslissen over zorgbehoeften en ondersteuning.

Tijdens de GIZ-basistraining leren de GIZ-uitvoerenden het belang van een empathische, respectvolle houding en door de inzet van oplossingsgerichte en motiverende gesprekstechnieken de gezinnen actief te betrekken bij het samen beslissen. Deze houding en gesprekstechnieken hebben als intentie de gevoelens van autonomie, competentie en verbondenheid te versterken (Miller & Rollnick, 2002; Shazer & Berg, 2007). Motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 2002) is een effectieve methode om gedrag van mensen te veranderen. (Bartelink, 2013). Oplossingsgericht werken gaat uit van de autonomie van cliënten. De aandacht gaat in een gesprek vooral naar de oplossing en de gewenste situatie in plaats van het probleem (Bannink, 2013; Shazer & Berg, 2007;).

## **Ad 2. Breed en gezinsgericht kijken, met een focus op krachten en hulpbronnen**

Vele onderzoekers benadrukken dat kinderen in de zorg voor de jeugd een alomvattende zorgbehoeften inschatting nodig hebben, inclusief hun sociaal emotionele welzijn, lichamelijke gezondheid, hun ontwikkelbehoeften, seksuele gezondheid, middelengebruik, voedingsgedrag en veiligheid (McTavish, 2022). Welzijn van kinderen hangt vaak af van hun ouders (vooral bij kwetsbare gezinnen) waardoor een inschatting van zorgbehoeften van kinderen niet geïsoleerd gezien kan worden van de behoeften van ouders. Een breed perspectief is belangrijk, omdat mentale gezondheidsproblemen van kinderen een reflectie kunnen zijn van disfunctioneren van gezinnen, zoals huiselijk geweld of mentale problemen bij de ouders (Lenton et al., 2016).

Met de GIZ-methodiek kijken professionals in een breed perspectief naar de wisselwerking tussen de ontwikkelbehoefte van het kind, de opvoedcapaciteit en gezins- en omgevingsfactoren. Het inhoudelijk theoretisch beoordelingskader, op basis van het bio-ecologische model van Bronfenbrenner, ondersteunt de cliënt en de professional. Door de brede blik kunnen bronnen van stress of steun ontdekt worden die de

capaciteiten van de ouders om in de ontwikkelbehoeften van kinderen te voorzien positief of negatief beïnvloed. Het bio-ecologisch model benadrukt het belang van de invloed van ouders en de sociale en culturele omgeving op de ontwikkeling van kinderen en hun onderlinge wisselwerking (Bronfenbrenner, 1994).

De GIZ-driehoek en de GIZ-matrix ondersteunen het bespreken van de verschillende levensdomeinen en dit draagt bij aan bredere signalering van zorgbehoeften (Bontje, 2021, Rijnders, 2021). De GIZ-driehoek is een doorontwikkeling van het theoretische raamwerk van het Britse Common Assessment Framework (Bontje, 2012; Department of Health, 2000; Horwath, 2010; Léveillé, 2010) ontwikkeld als 'needs assessment' en om de samenwerking tussen verschillende zorgprofessionals te bevorderen. De GIZ-matrix is een doorontwikkeling van het onderbouwde Ernsttaxatiemodel van CJG Rijnmond (Bronfenbrenner, 1994; Sutton, 2013).

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

De GIZ-driehoek en de GIZ-matrix helpen bij het in kaart brengen van de zorgbehoeften van kinderen en gezinnen en dragen bij aan bredere signalering van deze behoeften. Deze visuele tools dragen bij aan objectieve en systematische informatieverzameling, waardoor de inschatting van zorgbehoeften wordt verbeterd. Visuele hulpmiddelen versterken bovendien begrip, herinneringen, het onthouden, creatief denken, verbanden leggen, actieve deelname en het nemen van beslissingen (Westerman, 2010).

#### *Focus op krachten en hulpbronnen*

Vanuit Positieve Psychologie groeit inzicht over de kracht van positieve emoties op persoonlijke groei en ontwikkeling (Fredrickson, 2003; Seligman, 2000;). Uit een meta-analyse blijkt dat interventies die werken vanuit empowerment en zich richten op versterking van krachten en het sociale netwerk van het gezin effectiever zijn dan interventies die deze aspecten niet bevatten. Interventies die cliënten bij het programma betrekken, blijken meer effect te hebben dan interventies die dit niet deden (MacLeod, 2000). De Ouderschapstheorie van de Pas leert professionals hoe de veerkracht van ouders versterkt kan worden door bewustwording van buffers die beschermen tegen ongunstige omstandigheden als armoede, scheiding, geweld (van der Pas, 2006). De GIZ-methodiek heeft als doel ouders en jeugdigen te betrekken en daarbij expliciet te kijken naar de sterke kanten, de krachten van gezinnen, maar ook onvervulde ontwikkel- en zorgbehoeften in kaart te brengen.

### **Ad 3. Gestructureerde aanpak; transparant en trapsgewijs**

Methodisch werken betekent dat zorgverleners gestructureerd, planmatig en doelgericht de benodigde informatie verzamelen en analyseren, zodat zij kunnen beslissen welke hulp nodig is. Gestructureerde processtappen dragen bij aan betere besluitvorming (Bartelink, 2010). De diagnostische cyclus van de Bruijn (2003) en het praktijkmodel Handelingsgerichte diagnostiek (Pameijer, 2011) onderbouwen de systematische stappen van de GIZ-methodiek. De GIZ-tools ondersteunen de professionals transparant en planmatig te werken in een gestructureerd gesprek. Samen doelen stellen en evalueren zijn belangrijke aspecten van gestructureerd werken (Crone, 2021; Mann, 2013;).

Het bevorderen van vertrouwen en een goede samenwerkingsrelatie kan worden bereikt door transparantie over inhoud, proces en besluitvorming, waarbij GIZ-schema's een ondersteunend hulpmiddel zijn. Uit praktijkonderzoek (Bontje, 2013) blijkt dat transparantie door cliënten en professionals wordt gewaardeerd.

In onderstaande tabel wordt in het eerste deel verantwoord met welke onderbouwde methoden en GIZ-aanpak de doelen voor de cliënt worden bereikt. In het tweede deel wordt verantwoord hoe met welke onderbouwde methoden (Kok, 2016) de GIZ-training de doelen voor de professional worden bereikt.

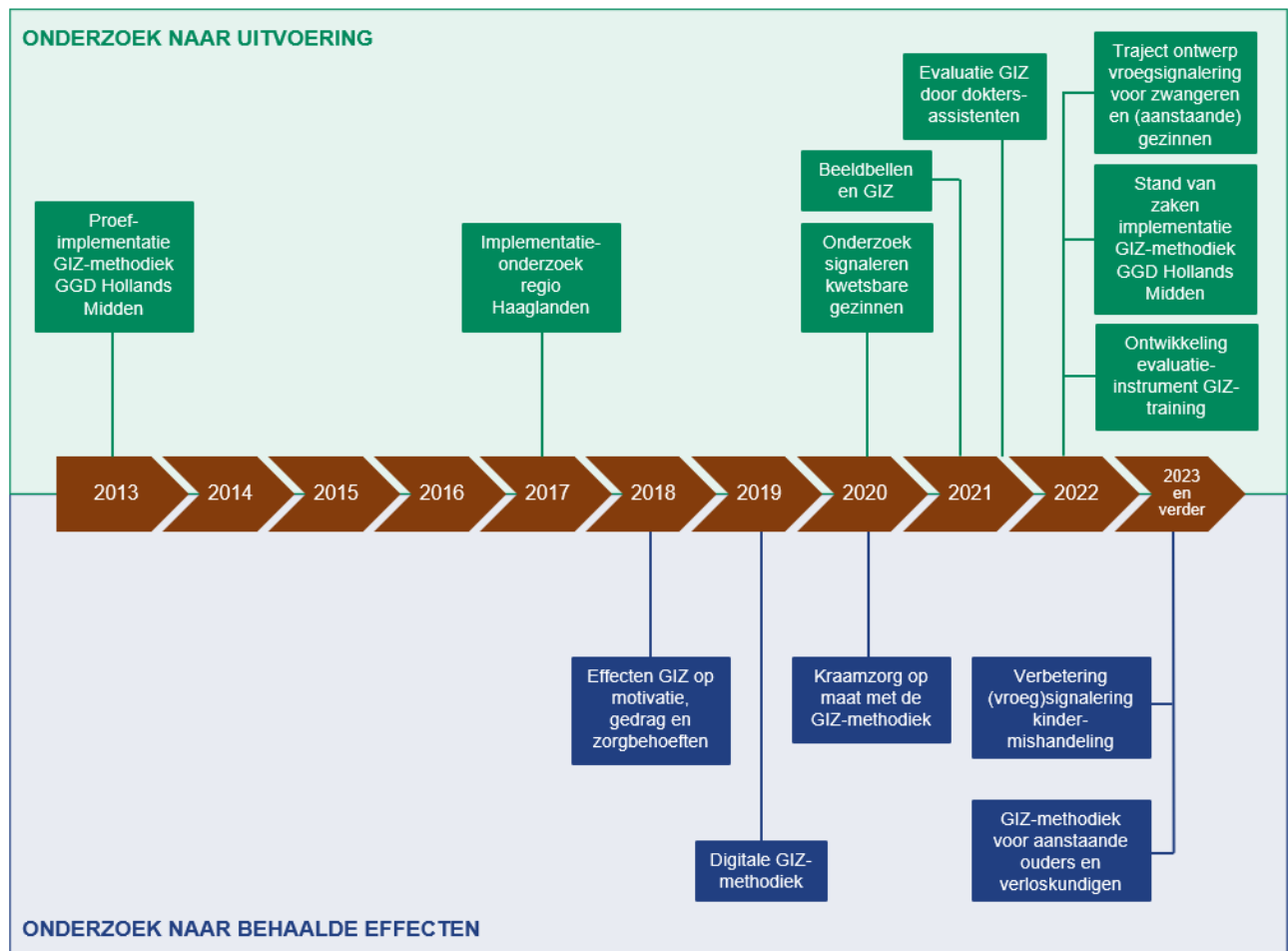
<b>Aan te pakken determinant en</b>	<b>Subdoelen</b>	<b>Methode</b>	<b>Praktische aanpak</b>
<p>Hoofddoel: een gezamenlijke inschatting en beslissing met de ouder/jeugdige (en eventueel andere professionals) van krachten, ontwikkel-/zorgbehoeften en ondersteuning, zodat gezinnen passende, tijdige en effectieve ondersteuning ontvangen. Dit versterkt de eigen kracht van het gezin (autonomie, competentie, verbondenheid) en bevordert een gezonde ontwikkeling van het kind of de jongere.</p>			
<p>Subdoelen ouders/ jeugdigen</p>			
			<p>Tijdens het GIZ-gesprek werkzame elementen van de interventie:</p>
<p><i>Cliëntbetrokkenheid</i></p>	<p>De cliënt:            1.1.1. begrijpt het belang van actieve betrokkenheid aan de gezamenlijk inschatting en beslissing voor ondersteuning            1.1.2. voelt zich begrepen, tevreden over eigen inbreng en versterkt in de eigen kracht            1.1.3. kan actief deelnemen aan de gezamenlijke inschatting en beslissing voor ondersteuning</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Theorie: Self-determination theory (Ryan &amp; Deci, 2000)</li> <li>• Methode: Oplossingsgerichte en motiverende gespreksvaardigheden (Miller, Rollnick, 2002; Shazer &amp; Berg, 2007)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De cliënt voelt zich op zijn gemak om actief deel te nemen en erkent in de eigen expertise en waarden door de respectvolle, empathisch, niet-veroordelende houding van de professional.</li> <li>• De cliënt ervaart ruimte voor eigen inbreng door expliciete uitnodiging deel te nemen, door inzet van motiverende en oplossingsgerichte gesprekstechnieken door de professional</li> <li>• GIZ-tools zorgen voor een 'gezamenlijke taal'. Cliënten worden daarin aangesproken in de ik-vorm. De eenvoudige taal, pictogrammen en vertaalde versies van de GIZ-driehoek en -matrix, dragen bij aan de brede toegankelijkheid.</li> <li>De regie van cliënten wordt versterkt, bijvoorbeeld door hen letterlijk een pen of fiche in de hand te geven om zelf hun situatie te waarderen in de GIZ-matrix.</li> <li>• 7 gespreksfasen geven invulling aan een gezamenlijk proces, bijvoorbeeld: introductie waarin doel en structuur wordt uitgelegd; met een gezamenlijke agenda setting, het samen analyseren en samen beslissen.</li> </ul>
<p><i>Een brede gezinsgerichte blik</i></p>	<p>De cliënt: 1.2.1. begrijpt wat belangrijk is voor een gezonde en veilige ontwikkeling van het (aanstaande) kind en de invloed van (toekomstige) ouders en (gezins)omgeving hierop.            1.2.2. kan de eigen/gezinskrachten, vragen en zorgbehoeften en hulpbronnen verwoorden.</p>	<p>Theorie: Bio-ecologische model (Bronfenbrenner, 1994)            Ouderschap theorie Van der Pas, 2006)            Positieve Psychologie (Seligman, 2000)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De GIZ biedt door middel van visuele tools (GIZ-driehoek en GIZ-matrix) een inhoudelijk onderbouwd gesprekskader. De ontwikkeling van het kind, de capaciteiten van de ouders, gezins- en omgevingsfactoren zijn allemaal onderdeel van de zorgbehoefte inschatting.</li> <li>• Aan de hand van GIZ-driehoek/-matrix worden de ontwikkelbehoeften van het kind in relatie tot de opvoedopgaven van ouders en de invloed van de omgeving in onderlinge samenhang besproken. Hierdoor krijgt de cliënt inzicht wat belangrijk is voor kinderen om gezond en veilig op te groeien (Bontje, 2021).</li> <li>• De cliënt deelt zijn perspectief, geeft aan wat hij/ zij belangrijk vindt, wat goed gaat, waar vragen en/of zorgen over zijn. Door de focus op krachten te</li> </ul>

	1.2.3. weet hoe het eigen hulpbronnen kan inzetten.		leggen wordt de cliënt zich bewust van de eigen krachten en die van het eigen netwerk. <ul style="list-style-type: none"> <li>• De cliënt 'weegt' met behulp van de GIZ-matrix de eigen situatie naar aard en ernst op een vijfpuntsschaal. Hierdoor ontstaat inzicht en overzicht in de <i>balans van krachten en zorgen</i>, krijgt de cliënt inzicht in de gewenste situatie en wat er nodig is om dit te bereiken.</li> </ul>
<i>Een gestructureer de aanpak</i>	De cliënt: 1.3.1. begrijpt het doel en de werkwijze van de GIZ. 1.3.2. kan met behulp van de GIZ-tools inschatten wat de krachten en zorgbehoeften van het kind/gezin zijn en de ernst van de zorgbehoeften. 1.3.3. kan met behulp van de GIZ-tools samen met de professional beslissen wat haalbare doelen zijn en welke ondersteuning nodig is.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Handelingsgerichte diagnostiek (Pameijer),</li> <li>• Richtlijn samen beslissen met ouders en jeugdigen over passende zorg (Nji, 2022)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Gespreksfasen</i> structureren het inschattingproces, ondersteund door GIZ-tools. De GIZ-driehoek wordt ingezet bij de fase van introductie en vraagverheldering, de GIZ-matrix bij de krachten en probleemanalyse, het GIZ-ondersteuningsplan ondersteunt de beslis- en evaluatiefase met doelen en acties. Deze structurering draagt bij aan transparantie voor de cliënt en bevordert efficiënt en doelgericht werken.</li> </ul>
Subdoelen professionals			
			Tijdens de basistraining, in een cyclus van demonstratie, instructie, literatuur, oefenen tijdens training en in praktijk, zelfreflectie met behulp van eigen video-opnames en observatielijst en feedback van coaches leert, oefent en ervaart de professional:
<i>Cliëntbetrokkenheid</i>	De professional: 2.1.1. kan het belang van samen beslissen voor betere uitkomsten voor cliënten uitleggen. 2.1.2. begrijpt hoe hij/zij jeugdigen/ouders (en eventueel andere professionals) actief kan laten deelnemen aan de GIZ-inschatting en besluitvorming. 2.1.3. kan ouders/kind actief betrekken bij het inschatten van krachten en zorgbehoeften en bij de beslissing voor passende ondersteuning.	Methode; Informatieoverdracht, demonstratie, oefenen, positieve feedback (self-efficacy theorie van Bandura, 1977; Social Cognitive Theory; theories of learning; Kazdin 2008; Kelder et al., 2015)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• de voordelen van samen analyseren en samen beslissen.</li> <li>• nieuwsgierig te zijn naar het perspectief van cliënten en aan te sluiten bij de behoeften, wensen en taal van de cliënt.</li> <li>• hoe een open en niet-beoordelende attitude en oplossingsgerichte en motiverende gesprekstechnieken de basis is voor een goede samenwerking en gevoelens van autonomie, competentie en verbondenheid bij cliënten versterken.</li> <li>• als gelijkwaardige gesprekspartner cliënten regie te geven op de inhoud, zelf vakmanschap in te brengen en regie te houden op het proces.</li> <li>• weerstand te voorkomen en om te gaan met weerstand als dit zich voordoet.</li> <li>• verschillen in zienswijze te overbruggen (discrepancies bijv. tussen professional(s) en ouder(s), kind of jongere of tussen gezinsleden) en te streven naar overeenstemming over eventuele zorgbehoeften.</li> </ul>



<p><i>Een brede gezinsgerichte blik</i></p>	<p>De professional: 2.2.1. weet wat risico- en beschermende factoren zijn in de Ontwikkeling kind, Ouders en opvoedcapaciteiten en Omgeving van het gezin (O&amp;O&amp;O). 2.2.2. kan de O&amp;O&amp;O behoeften in samenhang met ouders en jeugdigen bespreken. 2.2.3. kan zowel de zorgbehoeften als de krachten met ouders en jeugdigen bespreken.</p>	<p>Informatieoverdracht demonstratie, oefenen, positieve feedback</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• de GIZ-tools te gebruiken als een inhoudelijk gesprekskader voor de gezamenlijke inschatting van krachten en zorgbehoeften.</li> <li>• belangrijke kind, gezins- en contextuele factoren die de ontwikkeling van het kind beïnvloeden naar aard, ernst en urgentie te bespreken en samen in kaart te brengen.</li> <li>• samen met cliënt tot een samenhangend beeld te komen wat er aan de hand is en samen te beslissen wat gewenst/nodig is.</li> <li>• op activerende wijze, na toestemming en met oog voor de behoefte: eventuele preventieve voorlichting, advies en/of informatie op maat te geven (passend bij de ontwikkeling en evt. problematiek).</li> <li>• alert te zijn op de ouder-kindrelatie, de buffers van ouderschap en hulpbronnen te versterken en deze actief bespreekbaar te maken.</li> </ul>
<p><i>Een gestructureer de aanpak</i></p>	<p>De professional: 2.3.1. kan de verschillende fasen van een GIZ-gesprek gestructureerd toepassen. 2.3.2. kan de fasen van een GIZ-gesprek afstemmen op de zorgzwaarte. 2.3.3 kan de GIZ-tools gebruiken om samen met de ouders/kind in te schatten wat de krachten en zorgbehoeften zijn en wat de ernst van de zorgbehoeften zijn en te beslissen over haalbare doelen en ondersteuning.</p>	<p>Informatieoverdracht demonstratie, oefenen, positieve feedback</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• de juiste GIZ-variant in te zetten passend bij de zorgzwaarte van het kind/gezin (<i>getrapte werkwijze</i>)</li> <li>• het GIZ-gesprek te structureren op basis van de 7 gespreksfasen, en hierdoor doelgericht te beslissen over passende hulp.</li> <li>• de GIZ-tools te gebruiken om transparant te zijn over inhoud, proces en besluiten. "<i>Wat eerst in mijn hoofd zat, ligt nu op tafel</i>".</li> <li>• gebruik te maken van de GIZ-schema's en een ondersteuningsplan om de zorg of situatie samen met de cliënt te monitoren en te evalueren, zodat vooruitgang inzichtelijk wordt en bijgestuurd kan worden waar nodig.</li> </ul>

## 4. Onderzoek



### 4.1 Onderzoek naar de uitvoering

1	<b>Proefimplementatie GIZ-methodiek in de JGZ HECHT/GGD Hollands Midden, 2013.</b>
a	<i>M.C.A. Bontje, A.D.J van Dijk-van Dijk., R. Reis, M.R. Crone, GGD Hollands Midden, LUMC. (2022). Manuscript in review.</i>
b	Procesevaluatie, proefimplementatie GIZ-methodiek in de jeugdgezondheidszorg en jeugdhulp, middels schriftelijke vragenlijsten die ingevuld werden na een gesprek met de GIZ en interviews professionals. Omvang doelgroep JGZ: ouders (n = 247), jongeren (n = 276) en professionals (n = 628) Omvang doelgroep jeugdhulp: ouders en jongeren (n=17) en professionals (n=10) Gericht op in- en de uitvoering van de GIZ-methodiek, professional- en cliënt tevredenheid (verloop, inhoud, resultaat gesprek), -betrokkenheid en gebruikte GIZ-tools. Het onderzoek was onderdeel van de Werkplaats Samen, in samenwerking met LUMC en GGD Hollands Midden.
c	JGZ: De GIZ-methodiek bleek goed te integreren in het huidige preventieve gezondheidsonderzoek JGZ. Gemiddelde duur 10 minuten. Bij veel zorgen werd een extra zorgcontact afgesproken. De ouders en jongeren waardeerden de nieuwe methodiek en waren tevreden tot zeer tevreden over het verloop (96 resp. 99%), de inhoud (92 resp. 98%) en het resultaat (93 resp. 98%) van het gesprek. Ze vonden dat hun eigen inbreng groot tot zeer groot was en waren daar zeer tevreden over. Als ouders een groot eigen aandeel in het gesprek ervaarden, waren ze significant meer tevreden over het proces (R=. 28), de inhoud (R= .30) en het resultaat (R=. 27). (p<.0001) van het gesprek. Ook bij jongeren was er een significant positieve relatie; proces (R=.25, p<.0001), inhoud (R=.21, p<.002) en resultaat (R=.18,

	<p><math>p &lt; .009</math>). Ouders (97%), jongeren (84%), en JGZ-professionals (80-90%) rapporteerden hoge overeenstemming over de kindontwikkeling, opvoeding en omgeving. Ouders en jongeren rapporteerden hoge evaluatiescores (8.7 en 9, respectievelijk, op een schaal van 1-10) voor de professional die ze bezochten. De gebruikte GIZ-tools vinden ze begrijpelijk en nuttig.</p> <p>Jeugdhulp: gemiddelde waardering GIZ-tools 8,4 (max 10). Bij aanvang soms ongemak bij cliënt, maar al snel actieve deelname en waardering. De visuele tools ondersteunen het bespreken van verschillende levensdomeinen en leverde nieuwe informatie op.</p> <p><i>Succesfactoren:</i> cliënten zijn actiever betrokken (door GIZ-tools) en onthullen meer informatie; persoonlijker gesprekken; professionals signaleren meer over opvoeding- en gezinsomstandigheden; grotere acceptatie bij mogelijk gevoelige vragen door transparantie en uitleg; meer oog voor wat er goed gaat; inzicht wat belangrijk is voor kinderen</p> <p><i>Belemmerende factoren:</i> turbulentie in de organisatie bemoeilijkt de implementatie van een nieuwe werkwijze.</p> <p><i>Aanbevelingen:</i> beschrijf een voorkeurs methodiek, met aandacht voor introductie en integratie in het werkproces; ontwikkel eenvoudigere GIZ-tools voor cliënten met taalbarrière; stem structuur van vragenlijsten die cliënt vooraf krijgt af op de GIZ-structuur; versterk competenties professional d.m.v. een training. Deze aanbevelingen zijn opgevolgd.</p>
<b>2</b>	<b>Implementatieonderzoek, 'De GIZ-methodiek en een gezamenlijke taal in de regio Haaglanden' 2017.</b>
a	<i>Pannebakker N.M., van Harten L.V. &amp; Pannebakker, F.D. (2017). Leiden. TNO. Onderzoek rapportage.</i>
b	<p>Procesevaluatie onderzoek gericht op de implementatie van de GIZ-methodiek in de regio Haaglanden bij de jeugdteams en de jeugdgezondheidszorg en op het creëren van draagvlak van het invoeren van een gezamenlijke taal met behulp van de GIZ-methodiek.</p> <p>Methode: schriftelijke vragenlijst, verdiepingsinterview, online focusgroep en groepsbijeenkomsten gericht op de ontwikkelbehoeften, belemmerende en bevorderende factoren voor GIZ gebruik onder beleidsmedewerkers, managers, hulpverleners en ouders en jongeren. Dit onderzoek werd uitgevoerd door TNO, partner in de Werkplaats Samen.</p> <p>De vragenlijst is uitgezet onder 450 professionals (van preventie tot intensieve jeugdhulp), waarvan 140 deze lijst hebben ingevuld (31%). Daarnaast zijn interviews gehouden met beleidsmedewerkers van gemeenten (<math>n = 16</math>), met 9 zorgprofessionals en 7 ouders die recent met de GIZ-ervaring hadden opgedaan.</p>
c	<p>Er bleek voldoende draagvlak om een gezamenlijke taal in de regio verder te ontwikkelen en te implementeren; bij gemeenten, praktijkinstellingen, professionals en gezinnen. Een meerderheid leek een centrale plek voor de GIZ-methodiek te zien in de gezamenlijke taal. Het gebruik van de GIZ-methodiek verschilde sterk tussen praktijkorganisaties en tussen 10 gemeenten in Haaglanden (H10). De methodiek leek sterker omarmd te worden door professionals in het voorveld, zoals de jeugdgezondheidszorg en maatschappelijk werk en minder in lokale (jeugd)teams en gecertificeerde instellingen. De kwaliteit van het gebruik van de GIZ was nog niet optimaal. Gemeenten en praktijkorganisaties die geïnvesteerd hadden in de implementatie, lieten betere resultaten zien.</p> <p>Succesfactoren volgens professionals: 1. Voldoende kennis om de GIZ uit te voeren; 2. Voldoende vaardigheden; 3. Voldoende gesteund worden door het management om te werken met de GIZ-methodiek.</p> <p>Succesfactoren volgens ouders: 1. De klik tussen hulpverlener en gezin; 2. Een goede introductie van de methodiek; 3. Het vertrouwen bij professionals dat ruim de tijd nemen voor een brede, domeinoverstijgende inventarisatie van wat er speelt in het gezin bijdraagt aan een betere en meer gedragen oplossing.</p> <p>Belemmerende factoren door professionals: 1. De GIZ past niet bij mijn huidige werkwijze; 2. De methodiek is niet geschikt voor mijn doelgroep; 3. turbulentie binnen mijn organisatie.</p> <p><i>Aanbevelingen:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Een implementatieplan opstellen, de voortgang monitoren, de implementatieactiviteiten aanpassen aan de voortgang, investeren in ondersteunend leiderschap.</li> <li>2. Er is behoefte aan het digitaliseren van de GIZ.</li> <li>3. Helderheid over GIZ in relatie tot de methode Signs of Safety.</li> </ol>

	Naar aanleiding van het onderzoek heeft implementatie en borging hernieuwde aandacht gekregen, heeft er een vervolgonderzoek plaatsgevonden naar de ontwikkeling van een digitale GIZ en is er een factsheet GIZ en Signs of Safety ontwikkeld.
3	
a	<i>Dijkerhuis &amp; van Baaren. (2020). Onderzoeksrapportage</i>
b	Onderzoeksrapportage waarin met een digitale vragenlijst onderzocht is, in hoeverre eerstelijns verloskundigen (N=100), jeugdartsen (N=125) en jeugdverpleegkundigen (N=107) kwetsbaarheid signaleren en welke drijfveren en obstakels zij ervaren, welke aanknopingspunten er zijn om kwetsbaarheid beter te signaleren en hoe cliënten zich voelen bij het signaleren.
c	<p>62% van de eerstelijns verloskundigen en 34% van de JGZ-professionals gebruiken geen (gevalideerd) instrument om kwetsbaarheid te signaleren. Meer tijd voor een consult en meer kennis van kwetsbaarheid droegen positief bij aan beter signaleren. 90% gaf aan behoefte te hebben aan scholing over niet- medische factoren van kwetsbaarheid. Verloskundigen, jeugdartsen en -verpleegkundigen zouden meer intercollegiaal overleg wensen over mogelijke kwetsbare zwangeren. Voor cliënten was het belangrijk dat zij begrepen waarom professionals vragen stelden over bijvoorbeeld financiële situatie en opleidingsniveau, zodat ze het minder vervelend vonden als ernaar gevraagd werd.</p> <p><i>Specifiek ten aanzien van de GIZ-methodiek:</i> De GIZ was het meest bekende instrument onder de respondenten (44%). 37 respondenten (20%) gaven aan de GIZ te gebruiken om kwetsbaarheid in kaart te brengen. Van deze respondenten nam 17% de GIZ standaard af bij alle gezinnen met kinderen van 0 tot 2 jaar, 19% bij het merendeel van de gezinnen, 56% bij de gezinnen waarvan ze dachten dat het nodig was, en 8% nam de GIZ zelden af bij gezinnen. Van de 30 respondenten die de GIZ niet standaard afnamen bij alle gezinnen, was de meest genoemde reden dat ze de GIZ niet altijd relevant vonden (11 respondenten). 19,2% gaf aan dat de GIZ beschikbaar was maar dat ze deze niet gebruikten. Op gebruikersgemak scoorde de GIZ gemiddeld 3.9 (SD=1.0) op een schaal van 1 tot 6. Bij 48% was de GIZ volledig geïntegreerd in het systeem. 53% wist na een GIZ-gesprek wat er moest worden gedaan met de uitslag.</p> <p><i>Aanbevelingen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hoe gemakkelijker JGZ-professionals het vinden om een signaleringsinstrument te gebruiken des te meer niet-medische risicofactoren in kaart gebracht worden. Hoe vaardiger ze zich voelen in het bespreken van gevoelige onderwerpen, des te meer ze signaleren.</li> <li>Stimuleer het gebruik van signaleringsinstrumenten om kwetsbaarheid in kaart te brengen. Integreer de GIZ in het werkproces en registratiesystemen. Ondersteun professionals welke acties mogelijk zijn na signaleren.</li> </ul> <p>Acties naar aanleiding van dit onderzoek: De GIZ-training is vernieuwd met onder andere extra aandacht voor vroegsignalering en gespreksvaardigheden. De GIZ wordt geïntegreerd in het vernieuwde Kraamzorg Landelijke Indicatie methodiek (KLIM) en onderzocht door BO Geboortezorg in een pilot <i>Indiceren in de kraamzorg</i>, waarin de uitkomsten van de KLIM vergeleken wordt met care as usual onder diverse kraamzorgorganisaties. De rapportage wordt eind 2023 verwacht.</p>
4	<b>Beeldbellen en GIZ bij de GGD Hollands Midden; pilot rapportage, 2021.</b>
a	<i>Bontje, M.C.A. (2021). Beeldbellen en GIZ bij de GGD Hollands Midden; procesevaluatie.</i>
b	Procesevaluatie op basis van een vragenlijst voor professionals en een gestructureerd interview voor cliënten. Vijf JGZ-professionals hebben de GIZ-methodiek ingezet bij online (via Teams) uitgevoerde reguliere JGZ-contactmomenten bij ouders en jongeren. De vragenlijst is 19 keer door professionals ingevuld door 6 moeders, 2 vader, 3 ouder stellen en 8 jongeren. In totaal zijn er 19 interviews gehouden waarvan 11 met ouders (met een kind tussen 0 en 12 jaar) en 8 met jongeren (tussen de 14 en 20 jaar oud).
c	<p>Ouders en jongeren waarden beeldbellen met 8,4 op (max 10). Ze gaven een voorkeur aan beeldbellen boven een telefonisch contact. Een face tot face contact had echter hun eerste voorkeur, maar op momenten dat dit niet kan, vonden zij beeldbellen een mooi alternatief. JGZ-professionals waarden deze manier van werken als een belangrijke ontwikkeling voor alle JGZ-collega's.</p> <p><i>Succesfactoren:</i> Tijdens Covid-19, maakt beeldbellen met GIZ een meer persoonlijk en verdiepend contact mogelijk. GIZ biedt structuur en werkt verdiepend in het gesprek. Hogere opkomst onder jongeren op het MBO.</p> <p><i>Belemmerende factoren:</i> technische storingen en digitale vaardigheden van cliënt en professional. De mogelijkheden letterlijk regie te geven aan cliënten zijn met het online gebruik van GIZ-tools beperkter dan in een face-to-face contact.</p>

5	<b>Vroegsignaleringstraject voor zwangeren en (aanstaande) gezinnen in Zuid-Holland-Zuid, 2022.</b>
a	<i>Siebelt, L. (2022). Opgavegericht werken met de geboortezorgsector en de jeugdgezondheidszorg; trajectontwerp naar een gestructureerd vroegsignalerings-traject voor zwangeren en (aanstaande) gezinnen in Zuid-Holland-Zuid. Onderzoeksrapportage.</i>
b	Deze rapportage is een voorbeeld van een instelling overstijgende samenwerking en richt zich op vroegsignalering en ondersteuning van zwangeren en gezinnen in een kwetsbare situatie in de geboortezorg en JGZ. <i>Methode:</i> probleemanalyse, interventieontwerp, implementatiestrategie en een indicatieve maatschappelijke kosten-batenanalyse werden gestructureerd vanuit het Knowledge-to-Action model. Dit is een cyclische benadering passend bij de dynamiek van blijvend leren en verbeteren. Het onderzoek is uitgevoerd in samenwerking met VSV Dordrecht JGZ Jong JGZ en Kansrijke Start coalities Dordrecht en Zwijndrecht. Een multidisciplinaire pilot groep (n=15) is getraind in de GIZ en gestart met de implementatie. Cliëntenpanel, moederraad en diverse professionals worden betrokken in het pilot-traject.
c	Het ontwerp leidde tot een vroegsignalerings-traject opgebouwd uit de elementen screenen (middels implementatie van het screeningsinstrument Mind2care), samen bespreken (middels de inschattingsmethodiek GIZ) en samen beslissen (middels lokale- en landelijke zorgpaden o.a. zorgpaden tool van Pharos ( <a href="http://www.zorgpadenkansrijkestart.nl">www.zorgpadenkansrijkestart.nl</a> )). Het screeningsinstrument Mind2Care werd geïmplementeerd in het regionale verloskundig samenwerkingsverband. Daarop aansluitend startte een multidisciplinaire pilot met de GIZ-methodiek. Als derde onderdeel werd de zorgpaden tool geïmplementeerd ( <a href="http://www.zorgpadenkansrijkestart.nl">www.zorgpadenkansrijkestart.nl</a> ). <i>Uitdagingen:</i> het verkrijgen van structurele financiering, creëren en behouden van de benodigde mindset en motivatie bij zorgverleners, gemeenten en zorgverzekeraars en het inzichtelijk maken van impact en effect. In 2023 wordt de implementatiefase vervolgd en start ook de opschalingsfase om de beschreven interventies binnen het traject breder uit te rollen onder meer zorgverleners en gemeenten.
6	<b>Evaluatie GIZ-methodiek door Doktersassistenten, JGZ Gelderland-Zuid schooljaar 2021-2022'.</b>
a	<i>Sprenkels, M., Rooijakker, S. (sept.2022). Evaluatie GIZ door Doktersassistenten, JGZ Gelderland-Zuid schooljaar 2021-2022' (Intern Evaluatieverslag)</i>
b	Procesevaluatie van de implementatie van de GIZ-methodiek bij MBO opgeleide doktersassistenten JGZ in een triagemodel. 10 doktersassistenten zijn getraind in het gebruik van de GIZ bij het 11-jarige contactmoment van de JGZ. Vervolgens startten zij met het gebruik van de GIZ en ontvingen elke 4-6 weken coaching door een GIZ-coach. Ook zijn digitale bijeenkomsten voor JGZ-medewerkers op de basisscholen georganiseerd om de verschillende disciplines mee te nemen in de nieuwe werkwijze. Uitkomsten zijn gebaseerd op registratiegegevens, interviews en bijvoorbeeld casuïstiek.
c	<i>Uitvoering:</i> Bij 91% was de inschatting volgens assistente en kind dat er voldoende balans is en er geen vervolg contact met arts of jeugdverpleegkundige nodig was. 7% ontving een vervolggesprek bij JGZ-arts of verpleegkundige, en bij 3% was al jeugdhulp aanwezig. Met 15 kinderen gesprekken voeren op een dag bleek niet haalbaar, dat is teruggebracht naar 12 gesprekken. <i>Tevredenheid:</i> De invoering is positief ontvangen bij de doktersassistenten, maar ook bij collega jeugdverpleegkundigen, jeugdartsen en de GIZ-coach. Doktersassistenten gaven aan dat hun werk sinds het gebruik van de GIZ leuker en zinvoller is geworden, onder andere omdat de regie binnen de gesprekken bij het kind ligt. Kinderen hebben volgens een leerkracht het gevoel dat naar ze geluisterd wordt. De rapportage beschreef ook casuïstiek voorbeelden die illustreerden wat het werken met de GIZ opleverde als het gaat om normaliseren, inzicht geven in de belevingswereld van een kind, opvoedonzekerheid wegnemen, bevestigen van kracht bij kind en ouders en vroegtijdig signaleren. Succesfactoren: breed draagvlak onder alle disciplines voor het inzetten van de GIZ in een triagemodel; het enthousiasme van de doktersassistenten; reflectiebijeenkomsten onder leiding van een GIZ-coach. <i>Barrières en aanbevelingen:</i> De meeste jeugdverpleegkundigen zouden liever zelf het gezondheidsonderzoek uitvoeren en gaven aan bij complexe situaties het lastig te vinden het gesprek met ouders aan te gaan, omdat ze niet bij het eerste gesprek aanwezig waren. Hier zijn manieren voor

	gevonden om de overgang soepel te laten verlopen. Bij continuering inzetten op verder optimaliseren samenwerking tussen de disciplines en het normaliserende effect dat de GIZ naast het signalerend effect heeft. Nader onderzoek naar het werken met doktersassistenten in een triage systeem is aan te bevelen.
<b>7</b>	<b>Implementatie GIZ-methodiek; onderzoek naar stand van zaken implementatie GIZ binnen Hecht GGD Hollands Midden, 2022.</b>
a	<i>Bontje, M.C.A., Reijnen, L. (2022). Implementatie GIZ-methodiek. Onderzoek naar stand van zaken implementatie GIZ binnen Hecht GGD Hollands Midden. Interne onderzoeksrapportage.</i>
b	Implementatieonderzoek naar het gebruik van de GIZ-methodiek bij Hecht/GGD Hollands Midden. Doel van dit onderzoek was zicht krijgen op hoe medewerkers van de GGD Hollands Midden over de GIZ denken, hoe zij de GIZ toepassen en waar de wensen en behoeften liggen, om uiteindelijk de implementatie en borging van de GIZ waar nodig te kunnen versterken. Voor dit onderzoek is een digitale vragenlijst uitgezet onder alle jeugdverpleegkundigen en -artsen die werkzaam zijn bij Hecht GGD Hollands Midden. De vragenlijst is ingevuld door 112 medewerkers. De ruime meerderheid (86%) hiervan werkt voor de doelgroep 0-4 jaar, meer dan de helft (ook) voor de doelgroep 4-12 jaar en 15% van de respondenten werkt voor de doelgroep 12+. Om inzicht te krijgen in hoeveel kinderen jaarlijks worden bereikt met de GIZ, is daarnaast gebruikgemaakt van data uit het registratiesysteem van het kinddossier.
c	De meerderheid van de respondenten staat positief tegenover het gebruik van de GIZ. Zij zien de meerwaarde ervan in, vinden het zijn/haar taak om de GIZ te gebruiken en vinden de methodiek geschikt voor ouders en kinderen/jongeren. Bij bijna de helft van de kinderen wordt de GIZ toegepast tijdens een contactmoment. Het bereik is licht gestegen in 2022, ten opzichte van de jaren daarvoor. Hoe en wanneer de GIZ wordt toegepast, verschilt tussen medewerkers. Het aantal medewerkers dat de GIZ tijdens het gehele consult gebruikt, is nog beperkt. De informatie en materialen zijn volgens de respondenten toereikend om goed met de methodiek te werken. Ook wordt voldoende steun ervaren vanuit collega's, staf en management. Echter, het lukt niet altijd om de GIZ uit te voeren zoals bedoeld. Medewerkers hebben vooral behoefte aan tips hoe zij de GIZ-methodiek kunnen integreren in een consult waarin beperkte tijd beschikbaar is. Ook zouden ze graag zien dat de registratie in Kidos beter aansluit bij de toepassing van de GIZ. Op basis van dit onderzoek wordt een aantal aanbevelingen meegenomen om de borging en implementatie van de GIZ te versterken. Zo zullen goede ervaringen en voorbeelden gedeeld worden, effecten en stand van implementatie meer zichtbaar worden gemaakt, het registratiesysteem anders worden ingericht en implementatie ondersteuning wordt versterkt en op maat geboden.
<b>8</b>	<b>Ontwikkeling evaluatie-instrument voor de GIZ-training, Wageningen University &amp; Research, 2022.</b>
a	<i>Groeneveld, M., Makkink, S., Tempel, J. van der, Jager, H., Ho, M. van, &amp; Schewe C. (Dec 2022). Niet gepubliceerde rapportage</i>
b	Rapportage Ontwikkeling evaluatie-instrument voor de GIZ-training door Carevaluate Consultancy Team van de WUR, in opdracht van het NCJ in samenwerking met Wageningen University & Research, als onderdeel van het vak Academic Consultancy Training (ACT). Het evaluatie-instrument is gericht op een impact assessment van de GIZ-training, en gedeeltelijke procesevaluatie van de uitvoering van de training, de ervaring en waardering van de deelnemers, met als doel de kwaliteit van de GIZ-training te waarborgen. <i>Methoden:</i> Literatuuronderzoek, database analyse van eerdere trainingen, deelnemers observatie van een GIZ-training, een focusgroep onder GIZ-trainers ( $n = 26$ ) uit de JGZ, geboortezorg en jeugdhulp en een interview met de NCJ-adviseur.
c	Het ontwikkelde evaluatie-instrument van de GIZ-basistraining is gebaseerd op de eerste twee niveau van het theoretische vier niveaus model van Kirkpatrick (1979): reactie criteria en leercriteria en een gevalideerde vragenlijst (Alsalamah & Callinan, 2021). De vragenlijst bestaat uit 37 gesloten op een 5-punts Likertschaal en 7 open vragen, voor een totaal van 44 vragen. Deze vragenlijst kan worden voorgelegd aan de deelnemers na afloop van een GIZ-training.

	<p><i>Aanbevelingen</i></p> <p>Een online-enquête tool te gebruiken en deelnemers aan het eind van de training met een QR-code te verzoeken dit direct in te vullen. Vervolgens gegevens te analyseren met behulp van een data-analyseprogramma en de relevante gegevens terug te koppelen naar de betrokken partijen. Het NCJ test op basis van dit advies het evaluatie-instrument in de praktijk uit.</p>
--	--

## 4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

<b>1</b>	<b>ZonMw onderzoek, Gezamenlijk Inschatten van Zorgbehoeften; effecten op motivatie, gedrag en zorgbehoeften. (April 2016 – december 2018).</b>
A	<i>Bontje, M. C., de Ronde, R. W., Dubbeldeman, E. M., Kamphuis, M., Reis, R., &amp; Crone, M. R. (2021). Parental engagement in preventive youth health care: Effect evaluation. Children and Youth Services Review, 120, 105724. <a href="https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105724">https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105724</a>.</i>
B	Dit niet-gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek vergeleek de GIZ-methodiek, als inschattingmethodiek tijdens reguliere contactmomenten in de jeugdgezondheidszorg met gebruikelijke zorg bij 733 deelnemers. Deelnemers waren ouders van kinderen in de leeftijd 0-12 jaar en de JGZ-professionals die beide na afloop een vragenlijst invulden. De uitkomstmaten waren: besproken zorgbehoeften, zorgen van ouders en professionals na het gesprek, de overeenstemming tussen ouder en professional over de zorgbehoeften en vervolgstappen, motivatie om vervolgacties op te volgen en tevredenheid van ouders over het gesprek en het samen beslissen.
C	In vergelijking met gebruikelijke zorg werden de zorgen van ouders, vooral over opvoeding (OR = 2.61, 95% CI 1.20–5.66) en de omgeving (OR = 5.57, 95% CI = 2.01–15.39) vaker besproken als ouders daar ook behoefte aan hadden; rapporteerden ouders minder zorgen na het gesprek (26% versus 36%); en identificeerden JGZ-professionals vaker zorgen over de opvoeding en omgeving. Het gebruik van de GIZ hing significant samen met een hogere overeenstemming tussen ouder en JGZ-professional over of er wel of geen zorgen over de ontwikkeling van het kind waren (OR=1.95, 95% CI= 1.23-3.11). Ouder en JGZ-professional waren het twee keer zo vaak eens of er wel of niet een advies gegeven was (54% vs. 26%). De motivatie om vervolgacties op te volgen verschilde niet tussen de GIZ-groep en de vergelijkingsgroep. Tot slot was in de GIZ-groep de tevredenheid van ouders over het gesprek hoger, vooral over wat er besproken was; ouders met zorgbehoeften rapporteerden hogere tevredenheid ten aanzien van kind-specifieke communicatie.
<b>2</b>	<b>ZonMw onderzoek Kraamzorg op maat met de GIZ-methodiek (2017-2020)</b>
A	<i>Rijnders, M., Vink, R., Bontje, M.C.A. (2021). Kraamzorg op maat Gezamenlijk Inschatten van Zorgbehoeften (GIZ) in de kraamzorg. (TNO onderzoeksrapportage).</i>
B	In dit onderzoek is de GIZ-methodiek door ontwikkeld voor de kraamzorg en onderzocht op o.a. de effecten van signalen van ongunstige opgroeiomstandigheden, de tevredenheid over de intake met GIZ, het samen beslissen en de geleverde uren kraamzorg. Onderzoeksdesign: voor- en nameting waarbij de voormeting diende als controle-conditie ('care as usual') en de nameting de experimentele conditie betreft waarin gewerkt is met de nieuwe methodiek GIZ-Kraamzorg. Voor- en nameting omvatte ieder 4 vragenlijsten; na de intake van de zwangere en intaker en na de kraamtijd van ouder en kraamverzorgenden. In totaal hebben 178 ouders deelgenomen aan de voormeting en 120 aan de nameting. In co-creatie met praktijkorganisaties is de GIZ-kraamzorg ontwikkeld. Deelnemers werden getraind en na 3 maanden uittesten volgde de nameting. Management, intaker en kraamverzorgenden zijn geïnterviewd over hun ervaringen. Deelnemers: TNO (projectleiding), LUMC, 3 Kraamzorgorganisaties en de GGD Hollands Midden.
C	De GIZ Kraamzorg had een significant effect op de onderwerpen die tijdens de intake werden besproken, zoals psychosociale thema's en punten die goed gaan in de voorbereiding van de kraamtijd. Ook gaven cliënten significant vaker aan 'dat zij mee konden beslissen in wat goed was voor henzelf, de baby en het gezin' vergeleken met de voormeting waarin nog niet met de GIZ Kraamzorg werd gewerkt. De GIZ Kraamzorg leidde bij cliënten niet tot betere ervaren zelfredzaamheid in de kraamtijd. Cliënten met de GIZ waardeerden de intake over het geheel genomen significant hoger dan cliënten



	<p>zonder de GIZ. Over het geheel genomen gaven de intakekers zelf een significant lager rapportcijfer aan de eigen uitgevoerde intakegesprekken dan dat cliënten dat deden; ook gaven zij een lager rapportcijfer bij de nameting met de GIZ dan bij de voormeting zonder GIZ. Dit verschilde wel bij de kraamzorgorganisaties. Ook kwam uit de focusgroepen het beeld naar voren dat cliënten over het algemeen de intakes met de GIZ-methodiek als prettig hadden ervaren en dat de GIZ herkend werd wanneer zij dit bij eerdere kinderen al in de JGZ hadden ervaren. Hoewel allochtone cliënten ondervetegenwoordigd waren in het onderzoek, noemden intakekers dat de pictogrammen en het visuele van de GIZ-driehoek bij allochtone cliënten prettig werkte. Daarnaast werd expliciet genoemd dat vaders met de GIZ meer betrokken werden. Gemiddeld genomen was 8 minuten meer tijd nodig om GIZ uit te voeren met daarin grote verschillen tussen de kraamzorgorganisaties. Aan de andere kant zijn er significant minder uren kraamzorg geleverd gedurende de nameting (onafhankelijk van organisatie). Het is onduidelijk of dit door de GIZ-methodiek komt of door andere factoren.</p> <p><i>Conclusie:</i> De GIZ Kraamzorg is, na training, een toegankelijke en mogelijk kostendekkende methodiek om op een structurele en complete wijze de omstandigheden en zorgbehoeften van cliënten als het gaat om kraamzorg gezamenlijk in te schatten. Daarnaast sluit de GIZ Kraamzorg aan bij de JGZ, waar in de onderzochte regio's ook met de GIZ-methodiek gewerkt werd. Dit kan mogelijk de overdracht en samenwerking bevorderen.</p>
3	<b>ZonMw onderzoek Digitale GIZ-methodiek (1 maart 2017 – 1 maart 2019).</b>
A	<i>Blanson Henkemans, O., Digitale GIZ; een methodiek voor het gezamenlijk inschatten van zorgbehoeften. (Zonmw rapportage)</i>
B	<p>In het ZonMw-onderzoek naar de ontwikkeling van een digitale GIZ (DIGIZ) is onder andere de klanttevredenheid onderzocht van de GIZ en DIGIZ. De DIGIZ is ontwikkeld via een user-centered design (UCD) aanpak en getest in een implementatiestudie, met professionals en cliënten van twee JGZ-organisaties (GGD HM, JGZ ZHW) en een jeugdhulporganisatie, Kwadraad. Samenwerking: TNO (coördinatie), GGD Hollands Midden, JGZ Zuid-Holland West, Kwadraad, LUMC, Eagle Science Software B.V. en het NCJ. Dit is gebeurd in 3 stappen:</p> <p>1) een nulmeting van de GIZ met professionals (n = 127) en cliënten (n = 33) over de bruikbaarheid, het gebruik, het effect, de uitdagingen bij de implementatie en de specifieke eisen voor een DIGIZ;</p> <p>2) Ontwikkeling van de DIGIZ door: a) verzamelen van gebruikersbehoeften door middel van video-evaluatie van de GIZ (12 professionals, 6 ouders en 4 jongeren), op het niveau van de functie, interactie, look&amp;feel en inhoud; b) het opstellen van een programma van eisen, met gebruikersscenario's, interactie flow, User Stories; c) het beoordelen van het programma door deskundigen; d) het ontwerpen van de DIGIZ; e) het uitvoeren van een pilot en een video-evaluatie van de DIGIZ, vergelijkbaar met de GIZ (5 professionals, 3 ouders, 2 jongeren);</p> <p>3) implementatiestudie van de DIGIZ, met professionals (n = 26) en cliënten (n = 115) van de GGD HM, JGZ ZHW en Kwadraad, gericht op gebruikersvriendelijkheid, gebruik, effect en uitdagingen bij de implementatie. Metingen van professionals tijdens de implementatiestudie en de nulmeting werden met elkaar vergeleken (n = 20). Ook werden de metingen van de groep cliënten bij de nulmeting (n = 33) en van de groep die deelnam aan de implementatiestudie met elkaar vergeleken (n = 89). We hebben aanvullend onderzocht hoe variabelen, zoals type organisatie, discipline, type contact en ervaring met ICT-toepassingen, het verschil in resultaten verklaarden.</p>
C	<p>In vergelijking met de GIZ, gaven cliënten en professionals gesprekken met de DIGIZ een hogere waardering als het gaat om 1) het gezamenlijk identificeren van de krachten en zorgbehoeften, 2) de openheid en transparantie van de wederzijdse communicatie, en 3) het stellen van een persoonlijk actieplan. De waardering voor het effect van zowel de GIZ als de DIGIZ was aanmerkelijk hoger onder cliënten dan bij professionals (op een schaal van 1-5: cliënten 4,32 (SD = . 38) en professionals 3,03 (SD = . 23)). De cliënten en professionals ervoeren beide de GIZ als gebruiksvriendelijk. Zij beoordeelden de gebruiksvriendelijkheid van de DIGIZ net zo hoog als die van de GIZ. Conclusie – DIGIZ kan bijdragen aan het actief betrekken van gezinnen en het verbeteren van een open en transparante wederzijdse communicatie tussen zorgprofessionals en cliënten om gezamenlijk de krachten en zorgbehoeften te beoordelen en te beslissen over resultaatgerichte ondersteuningsplannen, zodat gezinnen passende, tijdige en effectieve ondersteuning ontvangen. Belangrijke obstakels: samenwerking met andere professionals; sociale steun van cliënten; formele afspraken binnen de organisatie over het gebruik van de GIZ; coördinatie voor de implementatie van de GIZ binnen de organisatie.</p>



4	<b>Evaluatie van een gezinsgerichte aanpak om beweging, gezonde leefstijl bij kinderen en hun ouders te bevorderen (2021).</b>
A	<i>Crone, M. R. Slagboom, M.N., Overmars, A., Starcken, L., van de Sande, M.C.E., Wesdorp, N., &amp; Reis, R. (2021). The Evaluation of a Family-Engagement Approach to Increase Physical Activity, Healthy Nutrition, and Well-Being in Children and Their Parents. Front. in Public Health 9:747725. <a href="https://doi.org/10.3389/fpubh.2021747725">https://doi.org/10.3389/fpubh.2021747725</a>.</i>
B	In dit onderzoek is een intergenerationale aanpak geïntegreerd in de GIZ-methodiek als hulpmiddel om zorgbehoeften in het hele gezin kaart te brengen. Het effect van de tool is onderzocht op gezondheidsgedrag en het welbevinden van kinderen en hun ouders in Katwijk. In een explanatory mixed method design werden 12 kinderen en hun ouders gedurende 12 weken gevolgd.
C	Vijf kind-moeder tweetallen en drie ouder-moeder-vader drietallen leverden voldoende data voor dit onderzoek. Het gemiddelde aantal minuten bewegen per dag door fysieke activiteiten bij kinderen nam toe en moeders voelden zich meer energiek, maar andere uitkomsten veranderden niet. In de contactmomenten waarin de GIZ werd gebruikt werden vaak geen specifieke doelen gesteld. Conclusie: De gezinsgerichte aanpak leidde tot enkele positieve effecten op gezondheid en welbevinden. Voor meervoudige gezondheids- en sociale problemen, zoals obesitas, zou een gezinsgerichte aanpak zich moeten focussen op het stellen van specifieke doelen in verschillende levensdomeinen en voor verschillende gezinsleden.
5.	<b>ZonMw onderzoek Verbetering (vroeg)signalering van kindermishandeling in de jeugdgezondheidszorg (2020-2023).</b>
A	<i>Stolwijk, I.J., van der Put, C.E., Vial, A., Bontje, M.C.A. (2023). De predictieve validiteit van de Gezamenlijk Inschatten Zorg (GIZ)-methodiek voor het voorspellen van kindermishandeling (manuscript).</i>
B	In deze studie werd onderzocht in hoeverre de GIZ-methodiek ook geschikt is om het risico op toekomstige kindermishandeling in te schatten. Voor de GIZ-matrix werd eveneens onderzocht of de risico-inschatting verbeterd kon worden door de ontwikkeling van een actuariële module. Hiertoe werden secundaire analyses uitgevoerd op 36.989 GIZ-metingen waaraan CBS-gegevens over jeugdbeschermingsmaatregelen en jeugdhulp met verblijf werden gekoppeld in een follow-up periode van vijf jaar. De predictieve validiteit werd geëvalueerd aan de hand van <i>Area Under the receiver operating characteristic Curve</i> (AUC)-waarden. (n=36.989).
C	Resultaten lieten een acceptabele predictieve validiteit zien voor de klinische risico-inschatting van de GIZ, voor gebruik van jeugdbeschermingsmaatregelen en jeugdhulp, met AUC = .681 voor de GIZ-driehoek, en AUC = .698 voor de GIZ-matrix. Verder lieten de resultaten zien dat bij gebruik van een actuariële module de predictieve validiteit van de GIZ-matrix significant toenam (AUC = .776), en daarmee uitkwam boven de grenswaarde van grote predictieve waarde. Zodoende lijkt de GIZ-methodiek geschikt voor het inschatten van kinderen/ gezinnen die jeugdbeschermingsmaatregelen en jeugdhulp in de komende 5 jaar in aanraking komen. Hierdoor kan het mogelijk ook een belangrijk instrument zijn in het inschatten van het risico op (toekomstige) kindermishandeling.
6	<b>ZonMw onderzoek GIZ method for parents to be: a shared decision-making method for the assessment of care needs in the first 1000 days (2022-2025).</b>
A	<i>GIZ method for parents-to-be: a shared decision-making method for the assessment of care needs in the first 1000 days (2022-2025). TNO Leiden.</i>
B	In dit onderzoek worden behoeften van aanstaande ouders en verloskundigen in kaart gebracht. Op basis daarvan wordt de GIZ in co-creatie aangepast aan en geïmplementeerd in de verloskundige zorg. Vervolgens worden de effecten op onder andere de tevredenheid over de geleverde zorg en de gezamenlijke besluitvorming tussen aanstaande ouders en verloskundigen onderzocht. Ook wordt onderzocht hoe GIZ kan bijdragen aan de samenwerking in de geboortezorg en de JGZ.

	<p><i>Verwachte uitkomst:</i> Het gebruik van de GIZ in de verloskundige zorg kan de gezamenlijke besluitvorming bevorderen en risicofactoren voor BIG4 aandoeningen verminderen. Als verloskundigen én de JGZ de GIZ inzetten, heb je ook een gemeenschappelijk instrument dat zorgt voor een 'gezamenlijke taal'. Betrokken samenwerkingspartners: TNO (projectleiding) LUMC, GGD HM (ontwikkelaar), NCJ verloskundige praktijken, kraamzorg en jeugdgezondheidszorg.</p>
7	<b>Vermelding van de GIZ-methodiek in Richtlijnen.</b>
	<p><i>Jeugdgezondheidszorg</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2016 JGZ Richtlijn Kindermishandeling</li> <li>• 2016 JGZ Richtlijn Psychosociale problemen</li> <li>• 2016 JGZ Richtlijn Depressie</li> <li>• 2021 JGZ Richtlijn Ouder-kindrelatie</li> <li>• 2022 JGZ Handreiking prenataal huisbezoek</li> </ul> <p><i>Jeugdhulp</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2022 <a href="#">Richtlijn Samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp</a></li> </ul> <p><i>Geboortezorg</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2021 Intake systematiek (KLIM)</li> </ul> <p><i>Multidisciplinaire richtlijn</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2022 <a href="#">Behandeling van kinderen met obesitas</a></li> </ul>

## Onderzoek in het buitenland

	<p><i>Toward a general model for child welfare and protection services: meta-evaluation of international experiences regarding the adoption of the Framework for the Assessment of Children in Need and their Families (FACNF). Léveillé, S., Chamberland, C. (2010).</i></p>
	<p>Door Léveillé e.a. is een meta evaluatie gedaan op basis van 50 documenten naar internationale ervaringen met betrekking tot de adoptie van het Framework for the Children in Need and their Families (FACNF). Dit is het theoretische model met drie dimensies van kind welzijn, waarop de GIZ-driehoek is gebaseerd (Horwath, 2010). Dit analytische en interventie Framework is sinds de ontwikkeling in Engeland en Wales geadopteerd in vijftien landen.</p>
	<p>Resultaten: professionals die het model gebruiken maken uiteindelijk betere inschattingen van complexe situaties die zijn ondervonden, hebben een meer holistische en kindgerichte kijk en plannen consequent betere interventies. Het model bevordert interprofessionele en inter-organisatie samenwerking. Het bevordert de betrokkenheid van kinderen en ouders, hoewel minder dan verwacht. <i>(Het FACNF model (ook wel AF genoemd) is ontwikkeld voor professionals en niet zoals de Nederlandse GIZ-driehoek als visuele tool in de taal van de cliënt, met als doel de cliëntbetrokkenheid in de gezamenlijke inschatting te bevorderen.)</i></p> <p>Ouders waren ontevreden als de documenten meer als vragenlijsten werden gebruikt dan een tool voor klinisch redeneren. Veel ouders waardeerden de transparantie in het proces, de openheid en het vertrouwen dat zij ontwikkelde met de professionals. Anderen merkten op dat hun invloed beperkt was en zij hun visie niet terugzagen in de plannen. Anderzijds voelden ouders zich betrokken bij het besluitvormingsproces en verklaarden aanzienlijke invloed te hebben.</p>
	<p><i>Vis, S.A., Lauritzen, C. &amp; Fossum, S. (2021). Systematic approaches to assessment in child protection investigations: A literature review: International Social Work, 64(3), 325-340.</i></p>
	<p>Vis en collega's (2021) onderzochten het gebruik van assessment frameworks (AF AF, BBIC en ICS) in de jeugdbescherming in Nederland, Groot-Brittannië, Zweden en Denemarken. De resultaten toonden aan dat het gebruik van een assessment framework leidt tot meer informatieverzameling over de gezinssituatie en het kind, een grotere focus op de behoeften van het kind en toegenomen betrokkenheid van het kind bij het onderzoek. Het onderzoek was echter intensiever en kostte meer tijd.</p>

## 5. Samenvatting werkzame elementen

### *Inhoudelijke (theoretische) werkzame elementen*

#### Gericht op cliënt:

- Kennis en vaardigheden, beleving, omstandigheden en omgeving van de cliënt.
- Kennis/ inzicht kind behoeften en ontwikkeling
- Bewustzijn invloed van opvoedcompetenties en gezinsomstandigheden op gezondheid en welzijn kind en gezin
- Doelen stellen
- Competentiegevoel
- Activeren van sociale netwerken rond ouders en jeugdigen

#### Gericht op het vakmanschap van de professional:

- Aansluiten bij de zorgbehoefte, mogelijkheden en motivatie van de cliënt
- Kwaliteiten van de uitvoerder, zoals empathisch vermogen, een respectvolle houding, het opbouwen een vertrouwensrelatie met de jeugdige en het gezin
- Oplossingsgerichte en motiverende gesprekstechnieken
- Breed perspectief; de ontwikkeling van het kind zien in relatie tot opvoeding en omgeving
- Betrekken totale gezinssysteem
- Gestructureerd werken met gebruik van gestandaardiseerde en gevalideerde instrumenten
- Toegepaste technieken in de trainingen; huiswerk, rollenspel, vergelijken van gedrag, modeling, discussie, monitoring en feedback, (psycho)educatie, motivatie vergroten, realistische en haalbare doelen stellen

#### Gericht op de interventie zelf:

- Samen beslissen
- De duur van de interventie is afgestemd op de aard, zwaarte en complexiteit van de problematiek. Een goede fit van aanpak probleem en hulpvraag
- Goal Setting; transparant over het doel, gestructureerd, gericht op concrete doelen
- Gebruik van visuele tools
- Routinematig monitoren; meten van de problemen bij het begin, tijdens en aan het eind van de behandeling; met de cliënt bijhouden tevredenheid, doelen en realisatie.
- Theoretische onderbouwing
- Integratie in bestaande richtlijnen en protocollen

#### Praktische werkzame elementen

- (Door)ontwikkeld in samenspraak met onderzoek en praktijk
- Aandacht voor implementatie en kwaliteitsborging
- Afspraken over opleiding, begeleiding van uitvoerders.

## 6. Aangehaalde literatuur

- Ten Boom, A., Wittebrood, K., Alink, L.R.A., Cruyff, M. J. L. F., Downes, R. E., Van Eijkern, E. Y. M., Van Gils, G. H. C., Van der Heijden, P. G. M., Prevoo, M.J.L., Ramakers, C.C., Schellingerhout, R., Snippe, J. M. & Veenstra, D. R. (2019). *De prevalentie van huiselijk geweld en kindermishandeling in Nederland*. Publisher: WOCD. Binnengehaald 12 januari 2023.  
<https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/396184>
- Andersson Elffers Felix. (2020). *Leren kennen, begrijpen, bereiken: Verkenning 'Beter bereik ouders met verhoogde wetsbaarheid'*.  
<https://www.kansrijkestartnl.nl/binaries/kansrijkestart/documenten/rapporten/2020/05/29/rapport-uitkomsten-verkenning-b-ter-bereik-ouders-met-verhoogde-kwetsbaarheid/Rapport+Uitkomsten+verkenning-beter+bereik+ouders+met+verhoogde+kwetsbaarheid.pdf>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review* Vol. 84, No. 2, 191-215
- Bannink, F., (2013). *Oplossingsgerichte vragen; Handboek oplossingsgerichte gespreksvoering*. Amsterdam: Pearson.
- Bartelink, C. & Vink, C. (2010). Het Engelse Common Assessment Framework instrument: een model voor het Centrum voor Jeugd en Gezin. Utrecht: NJI.
- Bartelink, C., Berge, I. ten. & Yperen, T. van (2010). *Beslissen over effectieve hulp. Wat werkt in indicatiestelling?* Utrecht: NJI.
- Bartelink, C. (2013). *Wat werkt: Motiverende gespreksvoering?* Utrecht: NJi.
- Bartelink, C. (2018). *Dilemmas in child protection: Methods and decision-maker factors influencing decision-making in child maltreatment cases*. [Thesis fully internal (DIV), University of Groningen]. Rijksuniversiteit Groningen.
- Black, M., Walker, S., Fernald, L., Andersen, C., DiGirolamo, A., Lu, C., McCoy, D., Fink, G., Shawar, Y., Shiffman, J., Devercelli, A., Wodon, Q., Vargas-Barón, E. & Grantham-McGregor, S. (2017). Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale 1; Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet*. 389: 77-90 Published Online October 4, 2016  
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7).
- Boer, M., van Dorsselaer, S., de Looze, M., de Roos, S., Brons, H., van den Eijnden, R., Monshouwer, K., Huijnk, W., ter Bogt, T., Vollebergh, W. & Stevens G. (2022) HBSC 2022; Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Bohlmeijer, E., Bolier, L., Westerhof, G. & Walburg J. (2013). *Handboek positieve psychologie; theorie, onderzoek, toepassingen*. Amsterdam: Boom.

- Van Bon, M., Kleinjan, M., de Beurs, D., Nuijen, J., & van den Brink, C. (2021). 'Mentale gezondheid bij jeugd' in kaart gebracht. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Bontje, M. (2013). Van risicotaxatie naar gezamenlijk inschatten van zorgbehoeften (GIZ). *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 91,374-376.
- Bontje, M. (2014). *Monitor GIZ-methodiek*. Leiden: GGD Hollands Midden.
- Bontje, M. C., de Ronde, R. W., Dubbeldeman, E. M., Kamphuis, M., Reis, R. & Crone, M. R. (2021). Parental engagement in preventive youth health care: Effect evaluation. *Children and Youth Services Review*, 120, 105724.
- Boon, A., Van Dorp, M. & De Boer, S. (2018). Oververtegenwoordiging van jongeren met een migratieachtergrond in de strafrechtketen. *Tijdschrift voor Criminologie*, 60(3), 268-288.
- Bot, S., De Roos, S., Sadiraj, K., Keuzenkamp, S., Van den Broek, A. & Kleijnen, E. (2013). *Terecht in de jeugdzorg, voorspellende van kind- en opvoedproblematiek en jeugdzorggebruik*. Den Haag: SCP.
- Bronfenbrenner U. & Ceci SJ (october 1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: a bio-ecological model. *Psychological Review*, 101 (4): 568-586.
- De Bruyn, E. E. J., Ruijsenaars, A. J. J. M., Pameijer, N. K. & Van Aarle, E. J. M. (2003). *De Diagnostische cyclus: Een praktijkleer*. Leuven/Leusden: Acco.
- CBS Jaarrapport jeugdhulp 2015
- CBS Jaarrapport jeugdhulp 2021
- Centrum voor Jeugd en Gezin Rijnmond. (2012). *Nieuwe werkwijze voor CJG Rijnmond*.
- Crone, M. R. Slagboom, M.N., Overmars, A., Starcken, L., van de Sande, M.C.E., Wesdorp, N. & Reis, R. (2021). The Evaluation of a Family-Engagement Approach to Increase Physical Activity, Healthy Nutrition, and Well-Being in Children and Their Parents. *Front. in Public Health* 9:747725.  
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2021747725>
- Department of Health. (2000). Framework for the assessment of children in need and *their families*. London: The Stationary Office.
- Dijkerhuis & van Baaren. (2020). *Rapportage Drijfveren, obstakels en kansrijke aanknopingspunten bij het signaleren van kwetsbare gezinnen*.
- Dijksterhuis & Van Baaren. (2021). *Drijfveren, obstakels en kansrijke aanknopingspunten bij het signaleren van kwetsbare gezinnen: Onderzoek onder kraamzorg en gynaecologen in Nederland*.
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P. & Barry, M. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of general internal medicine*, 27(10), 1361-1367.
- Federatie Medische Specialisten: *Richtlijn overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen*

[https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/overgewicht\\_en\\_obesitas\\_bij\\_volwassenen\\_en\\_kinderen/diagnostiek\\_ondersteuning\\_en\\_zorg\\_voor\\_kinderen\\_met\\_obesitas.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/overgewicht_en_obesitas_bij_volwassenen_en_kinderen/diagnostiek_ondersteuning_en_zorg_voor_kinderen_met_obesitas.html)

- Fleuren, M., Paulussen, T., Dommelen, P. van. & Buuren, S. van (2012). Meetinstrument voor *Determinanten van Innovaties (MIDI)*. Leiden: TNO.
- Fredrickson, B.L. (2003). The Value of Positive Emotions. *American Scientist*, Volume 91.330-335.
- Fuller T. & Zhang S. (2017). The Impact of Family Engagement and Child Welfare Services on Maltreatment Re-reports and Substantiated Re-reports. *Child Maltreat.* Aug;22(3):183-193.
- H. Jumelet, J. Weninck (red.) (2012). *Zorg voor onszelf? Eigen kracht van jeugdigen, opvoeders en omgeving. Grenzen en mogelijkheden voor beleid en praktijk.* Amsterdam: SWP.
- Van Heerwaarden Y. & Winnubst, P. (2012). *Handreiking Het vertrouwen krijgen van jongeren.* Utrecht: NCJ.
- Van Heerwaarden, Y. & Pijpers, F. (2015). *De kracht van zelfregie; samen komen we tot passende hulp en ondersteuning.* Utrecht: NCJ.
- Hielkema M., De Winter A. F., Feddema E, Stewart R. E. & Reijneveld S. A. (2014). Impact of a family-centered approach on attunement of care and parents' disclosure of concerns: a quasi-experimental study. *J Dev Behav Pediatr.* May;35(4):292-300.
- Hilderink, A., Niessen, I., De Nooijer, A., Van Schoubroeck, C., Schoonenberg, D., Lusterms, G. & Jansen, R. (2020). Stelsel in groei, een onderzoek naar financiële tekorten in de jeugdzorg. Andersson Elffers Felix
- Horwath, J. (2010). *Child's world. The Comprehensive Guide to Assessing Children in Need.* London: Jessica Kingsley Publishers.
- Huber, M., Vliet, M. van, Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P.C. & Knottnerus, J.A. (2016). Towards a 'patient-centered' operationalisation of the new dynamic concept of health: A mixed methods to study. *BMJ Open* 12;6(1): e010091.
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2021, Kwetsbare kinderen onvoldoende beschermd.
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, Kinderombudsman, Nationale ombudsman, Nederlandse Zorgautoriteit, Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2022) Samen Verder, kinderen en gezinnen met complexe problemen samen verder helpen. <https://www.igj.nl/publicaties/publicaties/2021/04/19/samen-verder>
- Integraal Toezicht Jeugd. (2012). *Verantwoorde zorg aan gezinnen met geringe sociale redzaamheid in Leiden, Nota van Bevindingen Integraal Toezicht Jeugd*, Utrecht: ITJ
- Jeugdwet, [https://wetten.overheid.nl/BWBR0034925/2023-01-01#Hoofdstuk 2](https://wetten.overheid.nl/BWBR0034925/2023-01-01#Hoofdstuk_2)

- Joseph-Williams, N., Elwyn, G. & Edwards, A. (2014). Knowledge is not power for patients: a systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient education and counseling*, 94(3), 291-309.
- Kirkpatrick, D. (1979). Techniques for evaluating training programs. *Training and Development Journal*, 33(6), 78–92. <https://doi.org/info:doi/>
- Kok, G., Gottlieb, N, Peters, G., Dolan Mullen. P., Parcel, G., Ruiter, R., Fernández, M., Markham C. & Bartholomew, L. (2016). A taxonomy of behavior change methods: an Intervention Mapping approach, *Health. Psychology Review*, 10:3, 297-312, <https://doi.org/10.1080/17437199.2015.1077155>
- Kwaadsteniet, L. de (2009). *Clinicians als mechanics?: Causal reasoning in clinical judgment and decision making*. Nijmegen: Ipskamp Drukkers.
- Lambregts, J., Grotendorst, A. & Merwijk, C. van. (2012). *Leren van de toekomst: verpleegkundigen & verzorgenden 2020*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Leeuwen, H., & Geeraerts, M. (2022). *Vakbekwaam redeneren in de jeugdhulp*. Amsterdam: Boom.
- Légaré, F.& Thompson-Leduc, P., (2014). Twelve myths about shared decision making, *Patient Education and Counseling*, 96(3),281-286. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.06.014>
- Lenton, S., Wettergren, B & Huss, G. (2016). A joint statement from the European Academy of Paediatrics, European Confederation of Primary Care Paediatricians, European Paediatric Association Union of National European Paediatric Societies and Associations.
- Léveillé, S. & Chamberland, C. (2010). Toward a general model for child welfare and protection services: meta-evaluation of international experiences regarding the adoption of the Framework for the Assessment of Children in Need and their Families (FACNF). *Child and Youth Services Review*. 32 (201), 929-944, Elsevier Ltd.
- Littell, J. H. (2001). Client participation and outcomes of intensive family preservation services. *Social Work Research*, 25, 103–113.
- MacLeod, J., & Geoffrey Nelson, G. (2000). Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*. Vol.24, 9, 1127- 1149.
- Mann, T., De Ridder, D. & Fujita, K. Self-regulation of health behavior: social psychological approaches to goal setting and goal striving. *Health Psychol.* (2013) 32:487–98. <https://doi.org/10.1037/a0028533>
- McLendon, T., McLendon, D., Dickerson, P. S., Lyons, J. K. & Tapp, K. (2012). Engaging families in the child welfare process utilizing the family-directed structural assessment tool. *Child Welfare*, 91(6), 43-58

- McTavish, J. R., McKee, C., Tanaka, M., & MacMillan, H. L. (2022). Child Welfare Reform: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21), 14071. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114071>
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people to change*. New York/London: The Guilford Press.
- Min. Justitie & Veiligheid. (Maart, 2021) Toekomstscenario Kind en -gezinsbescherming.
- Min VWS (september 2018) Actieprogramma Kansrijke Start.
- Munro, E. (1999) Common errors in reasoning in child protection work. *Child Abuse & Neglect*. 23(8), 745 -758.
- Nanninga, M. (2018). *Children's and adolescents' enrolment in psychosocial care: Determinants, expected barriers, and outcomes* (Doctoral dissertation, Rijksuniversiteit Groningen).
- NCJ: (2016) *JGZ Richtlijn: Kindermishandeling*. <https://www.jgzrichtlijnen.nl/alle-richtlijnen/richtlijn/kindermishandeling>
- NCJ: (2016) *JGZ Richtlijn Psychosociale problemen*. <https://www.jgzrichtlijnen.nl/alle-richtlijnen/richtlijn/psychosociale-problemen>
- NCJ: (2016) *JGZ Richtlijn Depressie*: <https://www.jgzrichtlijnen.nl/alle-richtlijnen/richtlijn/depressie>
- NCJ: (2021) *JGZ Richtlijn Ouder-kind relatie*: <https://www.jgzrichtlijnen.nl/alle-richtlijnen/richtlijn/ouder-kind-relatie>
- NCJ: (2021) Handreiking Prenataal Huisbezoek door de JGZ. <https://www.ncj.nl/wp-content/uploads/media-import/docs/39a45143-cd40-4fe7-a5de-dde1ed64f84b.pdf>
- NCJ: (2022) *Landelijk professioneel kader (LPK), preventie als drijfveer, ruimte voor vakmanschap, passende zorg op maat voor JGZ-professionals, -management en gemeenten*. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. <https://www.ncj.nl/wp-content/uploads/2022/08/DEF-Landelijk-Professioneel-Kader-LPK-augustus-2022.pdf>
- NCJ: (2023) <https://www.ncj.nl/inspiratie/wat-ouders-verwachten-van-de-jeugdgezondheidszorg/>
- NJi: (2022). Richtlijn Jeugdhulp en Jeugdbescherming, Samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp. <https://richtlijnenjeugdhulp.nl/samen-beslissen-over-passende-hulp/>
- MvT Jeugdwet. (2013) [https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-06/Transitie\\_Memorie\\_van\\_toelichting\\_Jeugdwet\\_juli2013.pdf](https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-06/Transitie_Memorie_van_toelichting_Jeugdwet_juli2013.pdf)
- Ouders Online. (2011). Code Oranje (wees alert). *Het kwetsbare vertrouwen van ouders in de jeugdgezondheidszorg*. Ouders Online, februari 2011.



- Pameijer, N. & Draaisma, N. (2011). *Handelingsgerichte diagnostiek in de Jeugdzorg, een kader voor besluitvorming*. Leuven/Den Haag: Acco.
- Pannebakker N.M., van Harten L.V. & Pannebakker, F.D. (2017). *De GIZ-methodiek en een gezamenlijke taal in de regio Haaglanden*. Leiden; TNO.
- Pas, A. van der (2006). *Ouderbegeleiding als methodiek*. Amsterdam: SWP.
- Peper, J.S. & Smeets, D.J.H. (2020) 'Inzichten vanuit de pedagogische wetenschappen en de neuropsychologie' in: M.R. Bruning e.a., *Kind in proces: van communicatie naar effectieve participatie*, Meijers-reeks nr. 335. Nijmegen: Wolf Legal Publishers. pdf (overheid.nl)
- Poston, J. M. & Hanson, W. E. (2010). Meta-analysis of psychological assessment as a therapeutic intervention. *Psychological Assessment*, 22(2), 203-212.
- Put, C. van der, Assink, M., Bindels, A., Stam, G. & Vries, S. de. (2013). *Effectief vroegtijdig ingrijpen, een verkennend onderzoek naar effectief vroegtijdig ingrijpen ter voorkoming van ernstig delinquent gedrag*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. (2012). *Ontzorgen en normaliseren*.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2013). *De participerende patiënt*. Den Haag: OB T Opmeer b.v.
- Rijnders, M., Vink, R. & Bontje, M.C.A. (2021). *Kraamzorg op maat Gezamenlijk Inschatten van Zorgbehoeften (GIZ) in de kraamzorg*. (TNO Onderzoeksrapportage).
- Reijneveld, S. A, Hielkema, M, Stewart R. E. & de Winter A. F. (2017). The added value of a family-centered approach to optimize infants' social-emotional development: A quasi-experimental study. *PLoS One*. 2017 Dec 21;12(12): e0187750.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being, *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Ryan, R. M., Deci, E. L., Grolnick, W. S. & La Guardia, J. G. (2006). The significance of autonomy and autonomy support in psychological development and psychopathology. In D. Cicchetti en D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology: Volume 1, Theory and Methods* (2nd ed., pp 295-849). New York: John Wiley & Sons.
- Seligman, M., Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology, An Introduction. *American Psychologist*. Vol 55. No 1, 5-14.
- Shazer, S. de; Dolan, Y.; Korman, H.; Trepper, T.; McCollum, E. & Berg, I.K. (2007). *More Than Miracles: The State of the Art of Solution-focused Brief Therapy*. New York: Routledge. ISBN 978-0-7890-3397-0.
- Sociaal Cultureel Planbureau (2020), *Sociaal domein op koers? Verwachtingen en resultaten van vijf jaar decentraal beleid*.
- Spijk-de Jonge, M., de Lange, M., Serra, M., van der Steege, M. & Dijkshoorn, P. (2022). 'Betrek mij gewoon'; op zoek naar verbeterkansen voor de jeugdhulp in het

- casusonderzoek Ketenbreed leren. <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-b683ba47db2572eeb5b4a14ce6c774c9abfdd15e/pdf>
- Sprenkels, M. & Rooijakker, S. (sept.2022). Interne rapportage. Evaluatie GIZ door Doktersassistenten, JGZ Gelderland-Zuid schooljaar 2021-2022'.
- Stiggelbout, A. M., Van der Weijden, T., De Wit, M. P., Frosch, D., Légaré, F., Montori, V. M. & Elwyn, G. (2012). Shared decision-making: really putting patients at the centre of healthcare. *Bmj*, 344. <https://doi.org/10.1136/bmj.e256>
- Sutton, A. (2013). *Oudervriendelijke gezinstaxatie*. Nederlandse Vereniging Orthopedagogen Bulletin, 14, 4: 14-15.
- Taskforce beheersing van zorguitgaven. (2012). *Naar beter betaalbare zorg*. Den Haag; Rijksoverheid/ VWS.
- Theunissen, M. H. (2013). *The early detection of psychosocial problems in children aged 0-6 years by Dutch preventive child healthcare: professionals and their tools*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Vanheule, S. (2015). *Psychodiagnostiek anders bekeken: kritieken op de DSM (1ste ed.)*. Tielt, België: Lannoo
- Vanneste, Y. T., Lanting, C. I. & Detmar, S. B. (2022). The preventive child and youth healthcare service in the Netherlands: the state of the art and challenges ahead. *International journal of environmental research and public health*, 19(14), 8736.
- Vis, S. A., Strandbu, A., Holtan, A. & Thomas, N. (2011). Participation and health—a research review of child participation in planning and decision-making. *Child & Family Social Work*, 16(3), 325-335.
- Vis, S. A., Lauritzen, C., & Fossum, S. (2021). Systematic approaches to assessment in child protection investigations: A literature review. *International Social Work*, 64(3), 325-340
- Visser, C. F. (2010). Self-determination theory meets solution-focused Change: autonomy, competence and relatedness support in action, *InterAction - The Journal of Solution Focus in Organizations*, Volume 2, Number 1, May 2010, pp. 7-26(20).
- Vogels, A. G. C., Crone, M. R., Hoekstra, F. & Reijneveld, S. A. (2009). Comparing three short questionnaires to detect psychosocial dysfunction among primary school children: a randomized method. *BMC Public Health*, 9, 489.
- VWS. (2022). Kamerbrief hervormingen jeugdzorg <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2022/05/13/kamerbrief-hervormingen-jeugdzorg>
- Wesseling, T., Vrijhof, C., Gilsing, R. & Bos, T. (2021) Normaliseren, een nadere verkenning. <https://www.werkplaatssamen.nl/wp-content/uploads/2021/11/Literatuuronderzoek-Normaliseren-T.-Wesseling.pdf>

Westermann, G. (2010). Ouders adviseren in de jeugd-GGZ. Het ontwerp van een gestructureerd adviesgesprek. Sittard: Universitaire Pers Maastricht.

[www.ncj.nl/GIZ](http://www.ncj.nl/GIZ)

[www.werkplaatssamen.nl/](http://www.werkplaatssamen.nl/)

## 7. Praktijkvoorbeelden

### Sleutels in handen

Ik had laatst op school een gesprek met een meisje en haar moeder over haar schoolverzuim. Bij gevallen van schoolverzuim gebruik ik altijd de GIZ, of liever nog de GOM. Het is een vrij uitgebreid schema en het vraagt wat meer tijd. Het meisje dat ik ging zien, was een paar jaar daarvoor aangereden door een auto. Ze had daardoor niet aangeboren hersenletsel opgelopen. Ze was al bij een revalidatiearts en allerlei fysiotherapeuten geweest en kon school niet goed volhouden. Ik dacht: wat heb ik voor verstand van niet-aangeboren hersenletsel, wat kan ik daarover zeggen? Ik vond het ingewikkeld.

Het meisje was een stugge puber. Ze was 17 en zat er wat bokkig en gesloten bij, met haar hoofd naar beneden. Moeder zat ernaast, maar er was weinig interactie tussen het meisje en haar moeder. Ik zeg tegen ze: ik wil graag in gesprek met jullie en daar gebruik ik de CAF-driehoek voor. We gaan het hebben over hoe het met jou gaat, hoe het thuis gaat en hoe het verder gaat, op school en in je vrije tijd. En draaide ik de GIZ-kaart om.

Aan het meisje en haar moeder heb ik gevraagd om het schema in te vullen, allebei apart, met fiches. Zit je in het groen qua gezondheid of gaan dingen daar niet goed? Dat schema hebben ze ingevuld. En daar waren ze eigenlijk snel mee klaar, binnen een minuut of vijf. Ook het meisje, dat zich afzijdig hield en net deed of het haar niet betrof. Ze zat heel snel iets in te vullen en alles op de goede plaats te leggen.

Toen ze klaar waren bleek dat meisje en moeder totaal verschillende bladen hadden ingevuld. Waarbij het meisje aangaf dat het met haarzelf best goed ging. Niet alles was helemaal fantastisch, maar veel ging goed. Maar haar gezinssituatie scoorde ze oranje. Daar maakte zich veel zorgen over.

Terwijl moeder de situatie van haar dochter als zorgelijk aangaf en de thuissituatie als stabiel. Toen we daarover in gesprek gingen, zei het meisje tegen haar moeder: "Papa en jij hebben zoveel ruzie, ik word daar heel verdrietig van." Daar heb ik heel veel last van." Voor moeder was dat nieuw.

Mij hielp het schema hierbij enorm. Ik had me van tevoren erop ingesteld dat het hersenletsel de insteek zou zijn. In contact met de revalidatiearts en een schema voor herintegratie maken. Zoveel uur per dag uitbreiden. Maar dat bleek helemaal niet de focus te zijn. Dat bleek te zijn hoe het met de ouders ging en hoe het ging als zij samen waren.

Dus het gaf mij heel veel sleutels in handen om goed van start te gaan met een plan van aanpak. Ik kreeg ook de toestemming om met de huisarts te overleggen over hoe het met de ouders ging, wat daar nog in kon gebeuren. En heb ik een goed gesprek gehad met de huisarts. Als ik niet die GIZ-matrix had gehad, had ik op basis van het verhaal veel medischer ingestoken. Dat is zeker een onderdeel van het gesprek en daar hebben we zeker ook aandacht aan besteed. Maar voor dit meisje was de thuissituatie de grootste belemmering. Dat kwam er heel duidelijk uit. Later heb ik er nog met moeder over gesproken. Ze heeft gezegd dat ze het heel pijnlijk vond dat haar dochter dat zo had aangegeven. Maar ze kon er niet onderuit. Het onderwerp lag er gewoon en het kon besproken worden. Dat was anders zeker niet gelukt. Dat vond ik zelf al een ongelooflijke eyeopener. Het was echt een verrassende uitkomst.

*Nathalie, arts M&G GGDHM*

## **De beleving van de kraamvrouw**

Als kraamverzorgende kwam ik bij een gezin waar de kraamvrouw enkele ziekenhuisopnames en een traumatische bevalling had gehad. Het is even kantje boord geweest of het kindje het zou halen.

Tijdens de tweede zorgdag hebben we de GIZ-kaart erbij gepakt om te bespreken hoe het met haar ging. Het was een goed gesprek, dat vloeiend liep en waar we onder andere stil stonden bij de bevalling. We zeiden tegen elkaar: we zullen dat in de loop van de week nog een keer doen. Aan het eind van de kraamweek zijn we er samen voor gaan zitten. Ik liet haar zien: zo was de inschaling met de GIZ-matrix vorige keer. Hoe is de week voor je gegaan? Zijn er veranderingen voor jou?

De kraamvrouw deed eigenlijk zelf het gesprek. Ik was wel haar gesprekspartner, maar ik was de luisterende factor. Ze kwam zelf met inzichten en oplossingen. De kraamvrouw zei: de verwerking van de bevalling, daar moet ik wat mee. Haar weging van de smileys ging naar het rode. Ik was ervan uitgegaan dat het nu wel goed ging, maar de ouder gaf zelf aan: nee, dit vind ik moeilijk, hier moet ik nog mee aan de slag. En haar emoties kwamen vrij.

Ik vond het zo'n mooie ervaring dat je met een kaart met smileys zo'n mooi gesprek kan voeren. Ik was er heel blij mee. En ook de kraamvrouw, ze zag het zelf ook niet aankomen dat haar emoties er zo uitkwamen. In de cursus dachten we een kaart met smileys' is dat niet kinderachtig? Inmiddels heb ik ervaren dat het gebruik van de GIZ-matrix met smileys gewoon werkt. Het helpt echt als je een kraamvrouw die gesloten is wilt laten praten. En als kraamverzorgende krijg je beter zicht op wat het kraamgezin zelf nog moeilijk vindt. Met de GIZ krijg je andersoortige gesprekken. Je maakt er tijd voor, het gezin weet dat je er tijd voor maakt. Je gaat dieper in op de punten die voor het kraamgezin belangrijk zijn.

*Pauline, kraamverzorgende Kraamzus*

## **Een waardevol gesprek over de toekomst met een beperking**

Ik begeleidde, als casemanager van een wijkteam, een gezin met een jongen van 10 jaar die op 5 jarige leeftijd een infectieziekte doormaakte met mogelijk blijvende lichamelijke beperkingen. Hierdoor heeft hij gedurende de dag veel ondersteuning nodig.

Naast een gesprek met de ouders over hun zorgbehoeften, sprak ik ook met hun zoon hoe het met hem gaat en wat hij nodig heeft, aan de hand van de GIZ. Het was fijn om het gesprek met hun zoon te doen, om zo ook zijn perspectief te horen. Zijn ouders waren aanwezig bij het gesprek, dat wilde hij zelf graag.

Naast dat alle items van de GIZ een goed beeld geven, leverde in het bijzonder het item over gevoelens, vanwege zijn lichamelijke beperkingen, een heel mooi gesprek over hoe hij in het leven staat en wat zijn beperkingen met hem doen. Hij vertelde open hoe hij zelf omgaat met zijn beperkingen en hoe anderen erop reageren. Daarnaast vertelde hij hoe hij kijkt naar zijn toekomst op de korte termijn. Het was goed om zijn kant van het verhaal te horen en wat hij belangrijk vindt in de ondersteuning. Wat volgens hem goed gaat en waar nog zorgen over zijn, kwam overeen met hoe zijn ouders er over dachten. En hij kon zich goed vinden in wat zijn ouders dachten dat er nodig was.

De Ouders gaven aan dat zij het gesprek waardevol vonden omdat ze hoorden hoe hun zoon de beperkingen beleeft en zij in de waan van de dag hier niet zo expliciet bij stil stonden.

Dat zie ik ook als een meerwaarde van deze methodiek, omdat er veel facetten aan de

orde komen die van belang zijn voor het welbevinden van iemand en doordat er veel aan bod komt er ook diepgang mogelijk is.

*Corrie, casemanager wijkteam Delft Support*

## Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Kenniscentrum Sport & Beweging, Vilans, het Trimbos Instituut en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

