



Gespreksvoering in de jeugdgezondheidszorg

Generieke praktijkmodule

Versie: 2 oktober 2024
Auteurs: M.S. de Wolff, M. Klein Velderman en H. Ivanova (TNO, afdeling Child Health)
Financiering: ZonMw (projectnummer 07360462210003)
Publicatiedatum:



Nederlands
Centrum
Jeugdgezondheid

Inhoud

Inleiding	3
Afbakening	3
Leeswijzer	4
1. Oplossingsgerichte gespreksvoering	5
Van probleemtaal naar oplossingstaal	5
Oplossingsgericht werken: hoe pak je dat aan?	5
Relevante links	6
2. Motiverende gespreksvoering	7
Motiverende gespreksvoering: hoe pak je dat aan?	7
Relevante links	9
Overeenkomsten en verschillen motiverende gespreksvoering en oplossingsgericht werken	10
3. Technieken en aandachtspunten voor gespreksvoering in de JGZ	11
Terugkoppeling naar ouders?	12
Relevante Links	16
4. Voorbeelden van gespreksmethodieken in de JGZ	17
De GIZ-methodiek	17
De SPARK	17
Positieve Gezondheid	18
Samen beslissen	19
<i>Samen beslissen: hoe pak je dat aan?</i>	19
Het Vijf-fasenmodel	20
De terugvraagmethode	21
5. Onderbouwing praktijkmodule gespreksvoering	22
ZonMw-project Gespreksvoering met ouders en jeugdigen	22
Methode aanvullende literatuurschetsen	23
Selectie van studies	24
Wat is belangrijk bij het voeren van een mondeling gesprek in de JGZ?	24
Samenvatting van de literatuur	24
<i>Belangrijke aspecten van gespreksvoering in de JGZ</i>	25
<i>Gespreksvoering en communicatie met de ouder(s)</i>	25
<i>Gespreksvoering en communicatie met de jeugdige</i>	26
<i>Onderzoek naar oplossingsgericht werken</i>	27
<i>Motiverende gespreksvoering in de (preventieve) gezondheidszorg</i>	27
6. Referenties	36
Bijlage 1 Praktijkaart	39
Bijlage 2 Zoekprofiel literatuuronderzoek	41

Inleiding

Communicatie is het belangrijkste instrument van de JGZ-professional en moet daarom optimaal worden benut. Deze praktijkmodule wil bijdragen aan effectieve mondelinge gesprekken tussen JGZ-professionals en ouders en jongeren, met behulp van achtergrondinformatie, tips en adviezen. Bij de praktijkmodule hoort een set gesprekskaartjes.

Deze praktijkmodule biedt praktische informatie, tips en aanbevelingen om effectieve en respectvolle communicatie te bevorderen. Het doel is om JGZ-professionals te ondersteunen bij het creëren van een open, veilige sfeer waarin ruimte is voor zowel informatie-uitwisseling als het bespreekbaar maken van zorgen en vragen. Door middel van goede gespreksvoering kunnen JGZ-professionals bijdragen aan de gezonde ontwikkeling en het welzijn van jeugdigen en gezinnen.

Naast reguliere gesprekken die JGZ-professionals voeren met ouders en jongeren, kunnen zich situaties voordoen waarin de communicatie lastiger of complexer verloopt. Denk hierbij aan:

- Gesprekken waarbij de afstemming met de gesprekspartner (mogelijk) gecompliceerd is, vanwege een andere culturele achtergrond; taalproblemen of LVB-problematiek bij de gesprekspartner.
- Gesprekken over 'gevoelige' thema's of onderwerpen, zoals kindermishandeling, suïcidale gedachten, overgewicht of onvermogen en machteloosheid bij ouders.

Meer specifiek beoogt deze praktijkmodule (incl. gesprekskaartenset) JGZ-professionals handvatten te geven:

- voor een meer methodische benadering van de gespreksvoering;
- voor momenten waarop een professional weerstand ervaart van de ouders/jongeren om samen in gesprek te gaan of om iets met een probleem te doen;
- bij het bespreken van lastige en gevoelige onderwerpen zoals hierboven omschreven;
- in situaties waarin gespreksvoering gecompliceerd is door culturele verschillen, taalproblemen of LVB-problematiek.

Dit alles vanuit een positieve benadering: de gesprekken zijn gericht op het versterken van ouders en jongeren en het bevorderen van hun eigen regie in de contacten met de JGZ.

Afbakening

Deze generieke praktijkmodule is gebaseerd op de resultaten van het ZonMw-project 'Gespreksvoering met ouders en jeugdigen: verbinding tussen JGZ-richtlijnen' (ZonMw-projectnr. 732000202), en een aanvullend literatuuronderzoek.

Ten behoeve van het ZonMw project over gespreksvoering zijn dertien bestaande JGZ-richtlijnen met betrekking tot psychosociale thema's geanalyseerd: wat wordt in deze JGZ-richtlijnen geadviseerd over het voeren van gesprekken? Nadat de informatie uit de richtlijnen systematisch in kaart gebracht was, werden verschillende praktijkpeilingen uitgevoerd: onder ouders ($n = 302$), jongeren ($n = 308$) en JGZ-professionals ($n = 165$). Zo werd inzicht verkregen in ervaringen en best-practices met betrekking tot gespreksvoering in de JGZ. Het project leverde praktische tools voor gespreksvoering op: een gesprekskaartenset, een bureaukaart (de Graaf e.a., 2019; zie Bijlage 1) voor JGZ-professionals en een informatiedocument. De resultaten en deze tools zijn opgenomen in deze praktijkmodule.

Aanvullend op de uitkomsten van het project is een beknopt literatuuronderzoek gedaan naar gespreksvoering. Zie voor een uitgebreidere beschrijving van het project en het literatuuronderzoek 5. Onderbouwing praktijkmodule gespreksvoering.

Deze praktijkmodule Gespreksvoering onderscheidt zich van een richtlijnmodule: er zijn geen systematische literatuur searches uitgevoerd, noch is een methode voor richtlijnontwikkeling gevolgd. De beschrijving van de methodieken in deze praktijkmodule is evenmin uitputtend. We beschrijven twee gespreksmodellen: namelijk oplossingsgerichte gespreksvoering (De Shazer & Berg, 1997) en motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 2012). Elementen uit deze gespreksmodellen zijn onderdeel van diverse methodieken en aanpakken voor de JGZ zoals de GIZ of de SPARK. Voorbeelden van deze methodieken worden kort beschreven in de praktijkmodule.

Deze praktijkmodule is bedoeld voor alle professionals in de jeugdgezondheidszorg (JGZ) die gesprekken voeren met ouders en jongeren van 0-18 jaar. Het gaat om jeugdartsen, verpleegkundig specialisten, jeugdverpleegkundigen en doktersassistenten in de JGZ.

Leeswijzer

Deze praktijkmodule beoogt JGZ-professionals te ondersteunen bij het creëren van een open, veilige sfeer waarin ruimte is voor zowel informatie-uitwisseling als het bespreekbaar maken van zorgen en vragen. De focus van deze praktijkmodule ligt op mondelinge gesprekken die in een fysieke ontmoeting worden gevoerd. Voor digitale communicatie via internet is een afzonderlijke praktijkmodule ontwikkeld, namelijk 'Beeldbellen in de JGZ'.

In de Hoofdstukken 1 en 2 komen twee bekende en goed onderzochte gespreksmodellen aan bod: Oplossingsgericht werken en Motiverende gespreksvoering. Beide gespreksmodellen worden beknopt en praktisch beschreven, overeenkomsten en verschillen komen aan bod en enkele links naar websites voor meer informatie.

In Hoofdstuk 3 staan praktische technieken en aandachtspunten centraal die ingezet kunnen worden bij het voeren van gesprekken met ouders en jongeren in de JGZ. De tips en aanbevelingen zijn gebaseerd op de resultaten van het ZonMw-project over gespreksvoering waarin een bureaukaart (Bijlage 1) en een kaartenset ontwikkeld werden.

In Hoofdstuk 4 worden voorbeelden van enkele veelgebruikte methodieken aan bod gegeven waarin elementen van Oplossingsgericht werken en/of Motiverende gespreksvoering zijn opgenomen. Denk aan de GIZ en SPARK, Samen beslissen of het 'Vijf-fasenmodel'. We beschrijven tenslotte ook de terugvraagmethode die kan worden ingezet om na te gaan hoe gegeven informatie/advies is overgekomen. De selectie van methodieken is niet uitputtend.

In het laatste hoofdstuk wordt de wetenschappelijke onderbouwing van de praktijkmodule beschreven. We beschrijven kort de opzet en resultaten van het ZonMw-project dat de basis was voor deze praktijkmodule. Tenslotte worden de methode en uitkomsten van het aanvullende literatuuronderzoek beschreven.

1. Oplossingsgerichte gespreksvoering

Oplossingsgerichte gespreksvoering is gericht op het versterken van de autonomie van de gesprekspartner, in dit geval de ouder of jeugdige. De methodiek focust op de positieve oplossing in plaats van het negatieve probleem (De Shazer & Berg, 1997; Bakker & Bannink, 2008). Een belangrijk uitgangspunt hierbij is dat jij als JGZ-professional de ouder/jongere niet rechtstreeks beïnvloedt, maar dat de gesprekspartner zichzelf verandert: de ouder of jongere is de deskundige. Samen met ouder of jeugdige onderzoek jij als professional welke vaardigheden of sterke kanten hij/zij al in huis heeft om een probleem of lastige situatie aan te pakken. Zo wordt het oplossend vermogen van de ouder of jeugdige hersteld en kan hij/zij met mensen uit de eigen sociale omgeving het probleem - in het vervolg - aanpakken.

Van probleemtaal naar oplossingstaal

De kern van oplossingsgericht werken ligt in twee soorten taal: probleemtaal en oplossingstaal. **Probleemtaal** is het praten over wat er niet goed is aan de situatie van nu. Dit is de eerste stap om erachter te komen waar de problemen liggen. Wanneer je dit weet, kun je overstappen naar oplossingstaal.

Voorbeelden van vragen zijn:

- Wat is het probleem?
- Hoe en waarom is dit een probleem?
- Wat zijn de oorzaken en gevolgen?
- Wat zijn taken en doelen die het probleem oplossen?

Oplossingstaal is het kijken naar wat iemand kan doen om de situatie te verbeteren. Jouw taak is het stellen van gerichte vragen, zodat iemand er zelf achter komt waar ze op vastlopen en hoe ze dit kunnen oplossen.

Voorbeelden van vragen zijn:

- Wat gaat er goed?
- Wat willen ze in de toekomst graag veranderen?
- Welke doelen kunnen ze daarvoor stellen?
- Welke kleine of grote stappen kunnen ze zetten in die richting?
- Wie kan ze daarbij helpen?

Door deze vragen gestructureerd te stellen help je de ouder:

- om te bepalen wat zijn/haar probleem is en een andere kijk daarop te ontwikkelen;
- zich bewust te worden van interne en externe hulpbronnen;
- zijn/haar doelen concreet en in detail te formuleren;
- hoop en vertrouwen te ontwikkelen;
- zelfbedachte stappen te zetten om de situatie te verbeteren;
- zelf te bepalen wanneer hij/zij zonder professionele hulp verder kan.

Oplossingsgericht werken: hoe pak je dat aan?

Er zijn vijf basisvragen die je als JGZ-professional kun gebruiken in het gesprek met de ouder/jeugdige. De vragen staan in een logische volgorde en doorlopen alle fasen van het gesprek: probleem, wens, eerdere successen, vooruitgang en ondersteuning.

1. Wat is lastig? (Waar heeft de ouder/jeugdige last van, wat vindt hij/zij moeilijk?, Hoe is iets een probleem voor de ouder of jeugdige? Wat betekent dat?)
2. Wat is de wens? (Wat zou de ouder/jeugdige graag willen bereiken, wat wil de ouder/jeugdige leren of beter kunnen? Wat moet er volgens de ouder/jeugdige gebeuren?)
3. Wat gaat er al goed? (Wat is er al van die gewenste situatie te merken? Op welke momenten is het beter? Wat lukt nu al?)
4. Hoe ziet een volgende stap eruit? (Waaraan zou de ouder/jeugdige merken dat het beter gaat? Wat is er dan anders? Welk verschil maakt dat?)

5. Wat is nodig om een volgende stap te maken? (Wie of wat zou kunnen helpen om een volgende stap te maken?)

De volgende gesprekstechnieken zijn onderdeel van oplossingsgericht werken:

- *Niet-weten-houding en gebruik maken van de ideeën van de gesprekspartner.*
De professional neemt een houding aan van 'niet-weten', zodat de expertrol van de ouder/jongere goed tot uitdrukking komt. Dit betekent dat de probleemdefinities en oplossingsrichtingen die de ouder of jongere aandraagt, worden geaccepteerd en overgenomen omdat mensen goede redenen hebben voor bepaald gedrag of een zienswijze. Veel nieuwsgierigheid tonen naar of authentieke aandacht voor de zienswijze van de ouder of jongere wordt daarbij helpend geacht.
- *Aandacht richten op positieve uitzonderingen: om de ouder of jongere te ondersteunen bij het vinden van een oplossing voor een probleem.*
Daartoe informeert de professional in het gesprek naar uitzonderingen of situaties waarin het probleem wel verwacht werd, maar zich toch niet voordeed. Uitgangspunt is dat de professional doorvraagt waar en wanneer zich uitzonderingen voordoen, wie daarbij betrokken zijn en wat diegenen doen. Zo worden samen met de gesprekspartner praktisch uitvoerbare oplossingen gevonden die aansluiten bij het referentiekader van de ouder/jongere.
- *Zien van- en denken in termen van aanwezige krachtbronnen.*
Er wordt aangesloten bij de mogelijkheden die de ouder/jongere zelf heeft om zijn of haar doel te bereiken. Daarbij kan iets een krachtbron worden als dit op de juiste manier wordt ingezet.
- *Nuttigheidsvraag.*
Het stellen van de vraag of hetgeen tot nu toe besproken is nuttig was voor de gesprekspartner, wordt gezien als een simpele en krachtige manier om de ouder/jongere uit te nodigen om te reageren op het contact met de professional.

Relevante links

- [Oplossingsgericht werken \(nji.nl\)](https://www.nji.nl/)
- [Methodebeschrijving-oplossingsgericht-werken-in-sociaal-werk.pdf \(movisie.nl\)](https://www.movisie.nl/document/methodebeschrijving-oplossingsgericht-werken-in-sociaal-werk)

2. Motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering is een methodiek om de motivatie en bereidheid tot veranderen van de gesprekspartner (ouder of jongere) te versterken (Miller & Rollnick, 2012). In de regel wordt motiverende gespreksvoering ingezet om een bepaalde gedragsverandering bij de gesprekspartner te bewerkstelligen. Denk aan een gesprek over ongezonde gewoonten zoals roken of ongezonde producten eten. Ook al weten mensen dat bepaalde gewoonten (bijv. roken) ongezond zijn, het lukt hen doorgaans niet om het ongezonde gedrag te veranderen. Met behulp van motiverende gespreksvoering gaan professional en gesprekspartner gezamenlijk deze ambivalentie (namelijk: wel willen veranderen en tegelijk ook niet) verkennen en oplossen. Belangrijke voorwaarden daarbij zijn respect, interesse, compassie, niet-oordelen en positieve ondersteuning door de professional.

Motiverende gespreksvoering is gebaseerd op de gesprekspartnergerichte aanpak van Carl Rogers (1959) en het veranderingsmodel van Prochaska en DiClemente (1983). Een belangrijk uitgangspunt is dat de motivatie om te veranderen niet van buitenaf opgelegd kan worden, maar in een geleidelijk proces tot stand komt bij de gesprekspartner (in dit geval de ouder of jongere).

Als mensen hun gedrag willen veranderen, ondervinden ze vrijwel altijd ambivalentie: ze *willen* wel hun gedrag veranderen (bijv. stoppen met roken), maar verzetten zich tegen de moeite die dat kost, of weten niet hoe het aan te pakken. Als de professional te sterk stuurt op de gewenste verandering, schiet de gesprekspartner als vanzelf in het verdedigen van de andere kant: het behouden van het huidige gedragspatroon.

Motiverende gespreksvoering gaat ervan uit dat ambivalentie normaal is in het proces van (gedrags) verandering. Mensen raken meer gemotiveerd om hun ongewenste gedrag te veranderen als er begrip is voor hun ambivalentie én als ze ervan overtuigd zijn dat ze hun gedrag *zelf kunnen* veranderen. Om dat te bereiken worden onderstaande technieken gebruikt.

De professional ...

- accepteert de gesprekspartner. Dat wil zeggen: de professional probeert de gevoelens en perspectieven van de ouder/jongere te begrijpen zonder te oordelen of te bekritisieren. Zo'n aanvaardende houding wil niet zeggen dat je als professional met alles instemt of alles goedkeurt: de professional kan met de ouder/jongere van mening verschillen - en dat ook benoemen - maar hij luistert met respect.
- legt nadruk op de eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid van de ouder/jongere.
- heeft vertrouwen in de ouder/jongere en laat dat duidelijk merken in het gesprek. Doel hiervan is dat de ouder/jongere meer overtuigd raakt van de eigen vaardigheid om met een bepaald probleem om te gaan en daadwerkelijk verandert.
- normaliseert de ambivalentie bij de ouder/jongere door aan te geven dat dit heel begrijpelijk en normaal is.
- helpt de ouder/jongere bij het ontdekken wat echt belangrijk is voor hem/haar, zodat duidelijker wordt dat er een afstand is tussen huidige gedrag of situatie en het gewenste doel (de ambivalentie).
- erkent en onderzoekt de 'weerstand' bij de ouder/jongere, maar bestrijdt deze niet. Weerstand kan worden opgevat als wrijving of een obstakel in de relatie tussen professional en gesprekspartner, maar weerstand is ook het willen vasthouden aan het oude, niet-wenselijke gedrag (bijv. toch doorgaan met roken).
- vermijdt discussie. Het is niet de bedoeling om de gesprekspartner met argumenten te overtuigen

Motiverende gespreksvoering is oorspronkelijk ontwikkeld voor mensen met verslavingsproblemen, maar wordt inmiddels breed toegepast met allerlei doelgroepen.

Motiverende gespreksvoering: hoe pak je dat aan?

In motiverende gespreksvoering worden **vier fasen** doorlopen die elkaar opvolgen maar ook regelmatig worden herhaald (Schippers et al., 2016):

1. Contact maken en verbinden;

2. Focus aanbrengen: vaststellen wat het doel is;
3. Oproepen en uitnodigen tot verandertaal;
4. Een plan maken.

De vier fasen worden in Figuur 1 weergegeven. In alle fasen wordt gebruikgemaakt van *basis(-gespreks) technieken* zoals het stellen van open vragen, reflectief luisteren (= begrijpen hoe de ander zich voelt en dat checken), bevestigen, samenvatten en het geven van informatie en advies met toestemming van de gesprekspartner.

Een gesprek begint met *Fase 1: Contact maken en verbinden* om zodoende een onderling gelijkwaardige relatie tot stand te brengen. Dat kan door het stellen van open vragen, het luisteren naar wat iemand te zeggen heeft en daarbij oog te hebben hoe de ander zich daarbij voelt (reflectief luisteren), samen te vatten en de ander te bevestigen (zie 'Basistechnieken' in Figuur 1). Op deze manier wordt de gesprekspartner gestimuleerd om na te denken over wat hij/zij eigenlijk wil, of wat het doel is van het gesprek.

Figuur 1. Vier fasen van motiverende gespreksvoering



Fase 2: Focus aanbrengen, vaststellen wat het doel is

Soms heeft de ouder/jongere een duidelijke hulpvraag of is door de context duidelijk wat de gewenste verandering is. Maar vaker is er geen eenduidige hulpvraag of zijn er meerdere thema's aan de orde. Dan dient de professional samen met de ouder/jongere focus aan te brengen: welk onderwerp is belangrijk? Wat wordt het veranderdoel? Gezamenlijk wordt dit vastgesteld en stellen ze prioriteiten. Het geven van informatie (bijv. over psychische klachten van de jongere) en advies kan helpend zijn om meer focus te bepalen.

Fase 3: Oproepen en uitnodigen tot verandertaal

Het ontlokken of oproepen van verandertaal en daarop reageren is de kern van motiverende gespreksvoering. Mensen zijn vrijwel altijd ambivalent ten opzichte van de gewenste (gedrags) verandering: ze willen wel, maar verzetten zich ook tegen de moeite die het kost. Die ambivalentie blijkt uit de mengeling van uitspraken van de gesprekspartner: die gaan zowel over veranderen ('verandertaal') en over niet-veranderen ('behoudtaal'). De professional nodigt de ouder/jongere uit om *verandertaal* uit te spreken en versterkt die uitspraken door begrip te tonen en deze uitspraken te bevestigen.

Er zijn twee soorten 'verandertaal': voorbereidende verandertaal en mobiliserende verandertaal.

- *Voorbereidende verandertaal* bestaat uit uitspraken die betrekking hebben op de **intentie** om te veranderen of het belang ervan (zoals: "Ik wil best stoppen met roken." of "Ik kan gaan afvallen als ik zou willen."). Ook uitspraken van de gesprekspartner over diens zelfvertrouwen in de haalbaarheid van de veranderingen of de noodzaak om te veranderen, vallen in deze categorie.
- *Mobiliserende verandertaal* bestaat uit uitspraken die betrekking hebben op het **besluit** om te gaan veranderen (bijv. "Ik ga proberen iedere dag een half uur bewegen." of: "Vanaf morgen stop

ik met roken.”). Ook uitspraken waaruit blijkt dat de ouder/jongere daadwerkelijk stappen heeft ondernomen, vallen hieronder.

Hoe nodig je uit tot verandertaal?

- Gebruik de basistechnieken zoals:
 - Het stellen van open vragen;
 - Reflectief luisteren (begrijpen hoe de ander zich voelt en dat checken);
 - “Hoeveel vertrouwen heb je erin dat je deze week in staat bent om . . . ?”;
 - “Kun je aangeven hoe belangrijk de beoogde verandering is op een schaal van 1 tot 10?”;
 - “Je voelt je dus best wel ongemakkelijk als jij als enige geen alcohol drinkt op een feestje?”
- Door samen op zoek te gaan naar eerdere succeservaringen of sterke kanten van de ouder/ jongere wordt het geloof in eigen kunnen (om te veranderen) vergroot. Bijvoorbeeld: “Dapper dat je deze stap durft te zetten.” Of: “Goed dat je het volgehouden hebt!” Zo wordt de gesprekspartner bevestigd in gedrag dat leidt tot veranderen, zodat hij/zij (opnieuw) moed vat om te kiezen voor verandering.
- Door positieve ervaringen uit te lokken, bijv. in de vorm van tijdelijke verandering op afspraak. Bijvoorbeeld: “Ben je bereid om het uit te proberen, om gedurende enige dagen het volgende te doen of laten?”

Verder kunnen open vragen worden ingezet naar de toekomstverwachting van de gesprekspartner, mocht hij gaan veranderen, zoals: “Wat levert het je op? Wat is er prettig? Hoeveel waarde hecht je eraan?” of open vragen naar situaties in het verleden waarin de gesprekspartner het probleem nog niet had: “Hoe zag je leven eruit, toen je deze klachten nog niet had? Wat vond je ervan? Waar verlang je naar terug?”.

Er worden in de motiverende gespreksvoering twee vormen van weerstand bij de gesprekspartner onderscheiden: ‘behoudtaal’ (uitspraken over niet willen of kunnen veranderen) en wrijving tussen de professional en de gesprekspartner. Motiverende gespreksvoering verschaft strategieën om ‘behoudtaal’ en wrijving te herkennen, van elkaar te onderscheiden, en om op beide adequaat te reageren.

Fase 4: Een plan maken

Mensen veranderen eerder hun gedrag, als ze een duidelijk plan hebben en als ze de intentie om het uit te voeren tegen iemand hebben uitgesproken.

- In Fase 4 helpt de JGZ-professional de ouder/jongere om de stap te zetten van een algemeen voornemen om te veranderen (“Ik ga het proberen.”) naar een meer specifiek plan van aanpak voor betreffende verandering (“Ik maak vanmiddag een afspraak om in de sportschool te gaan trainen.”). Bij voorkeur wordt een concreet plan gemaakt met afspraken.
- Ook als er een plan is opgesteld en er duidelijke afspraken zijn gemaakt, blijft het van belang de gesprekspartner erop aan te spreken het plan uit te voeren, want hij/zij heeft de regie in wat er gedaan wordt, hoe en wanneer.
- Een valkuil voor professionals is te snel overgaan naar het plannen van actie. Pas als er voldoende bereidheid is bij de gesprekspartner, leidt een veranderplan tot betere resultaten (Lee et al. 2010). De professional kan dit rechtstreeks vragen (“Bent u eraan toe om eens te kijken hoe u het zou kunnen aanpakken?”), of door het stellen van de zogenoemde hamvraag (“Alles op een rijtje gezet: wat zou voor u de volgende stap zijn?”).

Relevante links

[Motiverende gespreksvoering | Nederlands Jeugdinstituut \(nji.nl\)](https://www.nji.nl/)

De [Academie Motivatie en Gedragsverandering](#) bevat veel bruikbare en praktische informatie over Motiverende Gespreksvoering.

Bijvoorbeeld:

- [Downloads en media over Motiverende Gespreksvoering \(MGV\)](#)
- [E-learning MGV ‘Kennismaking’](#)
- [E-learning MGV ‘Verdieping’](#)
- [Waarom motiverende gespreksvoering](#)

Overeenkomsten en verschillen motiverende gespreksvoering en oplossingsgericht werken

Motiverende gespreksvoering lijkt op oplossingsgericht werken door de nadruk op de samenwerking tussen JGZ-professional en ouder/jongere, en de focus op oplossingen in plaats van op problemen. Het grootste verschil is dat motiverende gespreksvoering meer gericht is op het 'waarom' van veranderen, terwijl de oplossingsgerichte benadering meer gericht is op het 'hoe' van veranderen. Zodoende kunnen beide methodieken elkaar goed aanvullen. Er is nog geen onderzoek gedaan naar de effecten van deze combinatie van gesprekstechnieken.

Onderstaande Tabel 1 biedt een overzicht van de belangrijkste overeenkomsten en verschillen tussen motiverende gespreksvoering en de oplossingsgerichte benadering (Lewis en Osborn, 2004; Bartelink 2013a; 2013b).

Tabel 1: Overeenkomsten en verschillen tussen motiverende gespreksvoering en oplossingsgericht werken (Bartelink 2013a, 2013b).

Overeenkomsten	Verschillen
De beleving en de percepties van de ouder/jongere zijn vertrekpunt. De professional is hier uitgesproken benieuwd naar.	Motiverende gespreksvoering legt meer nadruk op het 'waarom' van veranderen en de motivatie om te veranderen; Oplossingsgericht werken is gericht op het 'hoe' van veranderen.
De relatie tussen professional en ouder/jongere is gelijkwaardig.	Motiverende gespreksvoering zoekt naar verschillen tussen het huidige gedrag en het ideale gedrag, en focust op het motivatiestadium waarin de ouder/jongere verkeert. Oplossingsgericht werken richt zich op het vinden van mogelijke uitzonderingen, die mogelijke oplossingsrichtingen zijn.
Er wordt aangesloten op de sterke kanten van de ouder/jongere, zonder eventuele beperkingen uit het oog te verliezen.	Motiverende gespreksvoering is gericht op het heden, terwijl oplossingsgericht werken zowel op het heden als de toekomst georiënteerd is.
Er worden handvatten geboden om met weerstand om te gaan.	Motiverende gespreksvoering is meer directief in de benodigde verandering en probeert intrinsieke motivatie te versterken, waar oplossingsgericht werken meer nadruk legt op de voorkeur voor verandering van de ouder/jongere en het gezamenlijk bedenken van oplossingen.
Veronderstelling is dat ouder/jongere zelf kan veranderen en dat weerstand overwonnen kan worden.	
De JGZ-professional heeft een coachende rol.	

3. Technieken en aandachtspunten voor gespreksvoering in de JGZ

Hieronder geven we een overzicht van technieken en aandachtspunten voor gespreksvoering in de JGZ die zijn voortgekomen uit het ZonMw-project (projectnr. 732000202).

Om te beginnen zijn de randvoorwaarden voor het gesprek en aandacht voor scholing en oefening in de JGZ-organisatie aandachtspunten:

Randvoorwaarden zijn op orde

- Zorg voor een rustige plek met voldoende privacy waar je als professional met ouder/jongere kunt spreken, zonder dat jullie gestoord worden.
- Bij jonge kinderen (< 12 jaar): zorg dat er speelgoed aanwezig is voor het kind en eventuele andere broertjes en zusjes. Als er te veel onrust is, probeer dan een extra afspraak te maken waarop de ouder alleen komt.
- Zorg voor een prettige positie ten opzichte van je gesprekspartner; bijvoorbeeld door in een hoek van 90 graden ten opzichte van elkaar te zitten. Deze positie biedt de mogelijkheid om de gesprekspartner te observeren, oogcontact te maken of weg te kijken.
- Neem tijd om een gesprek (dat naar verwachting moeilijk wordt vanwege een gevoelig gespreksonderwerp of vanwege mogelijke weerstand) voor te bereiden of eventueel vooraf te bespreken met collega's.

Faciliteer scholing en oefening in de organisatie

- Faciliteer scholing in motiverende gespreksvoering, oplossingsgericht werken of de GIZ-methodiek.
- Zorg dat deze scholing of training niet iets eenmaligs is, maar bij voorkeur herhaald wordt als opfriscursus.
- Zorg dat het thema 'gespreksvoering' of 'communicatie' terugkeert in een teamoverleg of intervisie, zodat JGZ-professionals met elkaar in gesprek gaan over hun gespreksvoering.
- Faciliteer scholing over interculturele communicatie of culturele sensitiviteit zie ook: Pharos

Wat vinden ouders belangrijk als het gaat om gesprekken met JGZ-professionals?

Bron: behoeftepeiling onder 302 ouders van 0-12 jarigen (De Wolff & Klein Velderman, 2019).

- Ouders vinden gelijkwaardigheid, openstaan voor de inbreng van ouders en 'niet oordelen' belangrijk.
- Veel ouders vinden onzekerheid over de opvoeding, relatieproblemen, hun eigen welzijn en psychische problemen lastige gespreksonderwerpen om te bespreken met een JGZ-professional.
- Als er niet voldoende tijd is voor een gesprek, dan hebben ouders het liefst dat de professional dat eerlijk benoemt en aangeeft dat er een extra afspraak ingepland wordt.
- Ouders willen meer waardering voor hun eigen expertise, want ouders kennen hun kind het allerbeste.
- De JGZ vraagt van ouders dat ze tijd vrij maken en langskomen met hun kind. Dan moet er ook voor de ouder wel een duidelijke meerwaarde zijn van dit bezoek.

Enkele tips van JGZ-professionals voor JGZ-professionals om in gesprek te gaan over een gevoelig gespreksonderwerp, zoals vermoedens verwaarlozing/mishandeling, overgewicht, psychische problematiek

Bron: behoeftepeiling onder 165 JGZ-professionals (De Wolff & Klein Velderman, 2019)

- "Wees mens": zorg voor een goed contact en zorg voor een goede sfeer. Start met de vraag "Hoe gaat het?".
- Benoem letterlijk en zo concreet mogelijk wat je ziet, en stel open vragen daarbij. Bijvoorbeeld: "Ik zie dat het truitje van Tom erg vies is; wat is er gebeurd?"
- Wees direct: draai niet om de hete brij heen, maar zeg waar het op staat en benoem feiten. Bijvoorbeeld in een gesprek na een Veilig Thuis-melding: "Er is een melding geweest. Hoe gaat het nu?"
- Geef ruimte om uit te leggen waarom de ouder/jongere bepaald 'ongewenst' gedrag vertoont, bijvoorbeeld: "Je hebt vast een goede reden waarom je kind bij jou in bed slaapt".

- Wees duidelijk over wat wel of niet mogelijk is tijdens het gesprek. Bijvoorbeeld: "Dit is een kort gesprek. We kunnen later beslissen of een vervolgesprek nodig is."
- Maak contact met iedereen die in de kamer aanwezig is (kinderen, ouders). Sluit aan bij alle aanwezigen.
- Stel je kwetsbaar op: zeg eerlijk wanneer je het gevoel hebt dat het gesprek niet goed verloopt.
- Vraag wat de ander van het gesprek vond.

Enkele tips voor een gesprek met jongeren

Bron: behoeftepeiling onder 259 jongeren van 12-18 jaar (De Wolff & Klein Velderman, 2019).

- Neem de tijd voor het gesprek: er moet ruimte zijn om kennis te maken, de start is bij voorkeur ontspannen en gericht op vertrouwen winnen.
- Reageer niet overdreven. Ga niet onnodig problematiseren.
- Durf stiltes te laten vallen om de jongere zelf met zijn/haar verhaal te laten komen.
- Gelijkwaardigheid is alleen mogelijk wanneer je dezelfde, begrijpelijke taal spreekt.
- Toon grote nieuwsgierigheid naar diverse visies en verklaringen van de jongere
- Jongeren laten niet snel het achterste van hun tong zien. Doorvragen is belangrijk, maar respecteer hierbij de grenzen van de jongeren. Als de jongere aangeeft niet over een bepaald thema te willen praten, vraag dan niet door.
- Maak aan de jongere duidelijk: "Jij bent degene die het moet doen. Het is aan jou. Het moet voor jou passen."
- Wees voorzichtig met adviseren: vraag eerst goed uit en neem daar de tijd voor. Volg het tempo van de jongere.
- Stel jezelf de vraag of je een klik hebt met de jongere. Wees je bewust van het belang van de klik en de eventuele weerstand die je voelt.
- Informatie die de jongere deelt, niet zonder meer delen met de ouders en andere professionals; waarbij wel een afweging gemaakt moet worden of de veiligheid van de jongere in het geding is.

Terugkoppeling naar ouders?

In hoeverre mag of moet je als JGZ-professional informatie die een jongere met jou deelt terugkoppelen naar de ouders? Dat is een lastige vraag wanneer een jongere in het gesprek benadrukt dat hij/zij beslist niet wil dat de ouders geïnformeerd worden. Om te beginnen is de leeftijd van de jongere relevant.

Tot 12 jaar: Ouders hebben wettelijk het recht op informatie over de gezondheid en het welzijn van hun kind. Ouders moeten beiden geïnformeerd worden als er belangrijke informatie is over de gezondheid of ontwikkeling van hun kind.

12 tot 16 jaar: Dit is een tussenfase: de jeugdige valt onder het ouderlijke gezag, maar heeft wel inspraak. Zowel de ouders als de jeugdige hebben het recht om volledig geïnformeerd te worden als er belangrijke informatie is. Ook hebben ouders en jeugdige beiden recht op inzage in het dossier van de JGZ. Wanneer er hulp nodig is voor de jeugdige (12-15 jaar), moeten zowel de ouder als de jongere hierover beslissen. Als de jongere niet wil dat zijn ouders worden geïnformeerd, is de JGZ-professional in beginsel verplicht zich hieraan te houden, en dient dit bezwaar vastgelegd te worden in het dossier. Vaak zal de JGZ-professional wel proberen om alsnog de ouders erbij te betrekken. Als professional dien je hierbij een nauwkeurige afweging te maken tussen de relatie met de jongere en het recht op informatie voor ouders.

Vanaf 16 jaar: Jongeren vanaf 16 jaar worden wettelijk gezien als volledig handelingsbekwaam met betrekking tot hun eigen gezondheid. Zij hebben het recht op privacy, en informatie mag alleen met hun toestemming aan ouders worden doorgegeven, tenzij er sprake is van ernstige zorgen over hun veiligheid of welzijn.

Als een jongere het gevoel heeft dat alles wat hij/zij deelt direct aan de ouders wordt doorgegeven, schaadt dit het vertrouwen. Maak daarom aan het begin van een gesprek duidelijke afspraken over wat wel en niet wordt teruggekoppeld. Leg uit dat besproken zaken vertrouwelijk blijven, tenzij er ernstige risico's zijn.

Als de JGZ-professional vermoedt dat er sprake is van een ernstig risico voor de gezondheid of veiligheid van de jongere (bijvoorbeeld bij suïcidale gedachten, zelfbeschadiging, mishandeling, of verwaarlozing),

kan het noodzakelijk zijn om ouders te informeren, zelfs als de jongere hier bezwaar tegen maakt. In dergelijke gevallen staat het belang van de jongere voorop.

Samenvattend:

- Tot 12 jaar: Ouders worden altijd geïnformeerd.
- 12-16 jaar: Ouders mogen geïnformeerd worden met toestemming van de jongere, tenzij er ernstige zorgen zijn.
- Vanaf 16 jaar: Informatie wordt alleen met toestemming van de jongere gedeeld, behalve in noodgevallen.
- Altijd: Bij ernstige risico's voor de veiligheid of het welzijn van de jongere kunnen ouders of instanties zonder toestemming geïnformeerd worden.

Zie voor meer informatie: [Juridische toolkit voor de JGZ](#)

Kaartenset

De gesprekskaartenset geeft 100 aanbevelingen of tips rond gespreksvoering met ouders en jongeren in de JGZ. De tips en aanbevelingen zijn geordend op twee dimensies: naar aandachtsgebied en naar 'type' aanbeveling.

I. De eerste dimensie maakt onderscheid tussen vier aandachtsgebieden in de gespreksvoering:

- A. 'Professioneel handelen':** deze tips hebben betrekking op algemene of basis-gespreksvaardigheden, technieken en toegepaste kennis die een JGZ-professional in kan zetten tijdens een gesprek.
- B. 'Relatie':** tips en aanbevelingen die betrekking hebben op vaardigheden die de interactie tussen de JGZ-professional, ouders en jeugdigen ondersteunen en het wederzijds vertrouwen stimuleren. Werken aan een goede relatie is een voorwaarde voor een open gesprek.
- C. 'Versterken eigen kracht':** tips die betrekking hebben op vaardigheden die bijdragen aan een positieve benadering van de ouder/jeugdige, uitgaande van en ter versterking van de eigen kracht van ouders en jeugdigen.
- D. 'Coachende rol':** dit zijn tips die gaan over vaardigheden zoals het 'als een coach' begeleiden en aanmoedigen van ouders en jeugdigen met respect voor ieders expertise, en vanuit een beginsel van gelijkwaardigheid tussen de gesprekspartners.

II. Daarnaast wordt onderscheid gemaakt naar het 'type' aanbeveling (tweede dimensie).

Er zijn tips of aanbevelingen die gaan over...

- **Acties** die je als professional kunt toepassen in het gesprek,
- **Kennis** die jij kunt opdoen,
- **Adviezen** die je ter harte kunt nemen en
- Inzichten die je uitnodigen tot **Reflectie**.

Op welk aandachtsgebied wil jij als professional je kennis en vaardigheden verder versterken?

Per aandachtsgebied kun je voor jou relevante kernvaardigheden terugzoeken, zie onderstaand.

25 kernvaardigheden voor gespreksvoering in de JGZ

Uit het ZonMw-project over gespreksvoering zijn 25 kernvaardigheden of -technieken voor gespreksvoering in de JGZ afgeleid. Deze selectie is gebaseerd op consensus. Hieronder worden die kernvaardigheden beschreven, per aandachtsgebied in gespreksvoering.

Kernvaardigheden met betrekking tot '**Professioneel handelen**' (A) zijn:

- 1. Wees helder en duidelijk**
Dit betekent dat de professional feiten benoemt, niet 'om de hete brij heen draait' en zegt waar het op staat. Aandachtspunt hierbij is dat er aansluiting is bij het taalgebruik en abstractieniveau van de ouder of jeugdige (dit verdient extra aandacht bij een beperkte beheersing van de Nederlandse taal). Begrijpt de gesprekspartner wat de professional zegt?
- 2. Verwachtingenmanagement**
Het is belangrijk dat de ouder of jeugdige weet wat de bedoeling is van het gesprek en wat er tijdens het contact gebeurt.

3. *Gebruik gesprekstechnieken in het gesprek*
Denk bijvoorbeeld aan de volgende ezelsbruggetjes:
 - Neem ANNA mee: Altijd Navragen, Nooit Aannemen. Vraag als professional na of je de ouder/jeugdige goed begrepen hebt.
 - Smeer NIVEA: Niet Invullen Voor een Ander. Probeer als professional niet in te vullen wat de ouder/jeugdige wil zeggen of denkt, maar vraag na wat er bedoeld wordt.
 - Laat OMA thuis: De professional laat Oordelen, Mening en Aannames zoveel mogelijk achterwege. Hij/zij luistert om te weten, niet om te oordelen.
 - Wees een OEN: Open, Eerlijk en Nieuwsgierig. Dat betekent dat je als professional open staat voor je gesprekspartner, eerlijk bent in wat je probeert over te brengen en daarbij oprecht nieuwsgierig bent naar de ander.
4. *Verwijs indien nodig door*
De professional draagt een ouder/jeugdige over naar een andere professional indien nodig. Hij/zij blijft bij doorverwijzing betrokken tot het moment van overdracht en zorgt voor een 'warme overdracht'. De professional blijft zich bewust van zijn/haar rol en taak en communiceert hierover met de ouder/jeugdige.
5. *Zorg voor de benodigde vaardigheden in het omgaan met diversiteit in de cliëntenpopulatie: culturele diversiteit, verschillen in taalvaardigheden, sociaal-economische status, cognitieve vermogens*
Onderzoek als professional het referentiekader van de ouder/jongere en sluit aan bij hun vragen. Wees bewust dat er verschillen kunnen zijn tussen jou en de gesprekspartner of tussen bijvoorbeeld ouders en jeugdigen onderling.
6. *Geef psycho-educatie indien nodig*
De professional geeft informatie (geen oplossingen) zodat ouder/jeugdige zelf een keuze/oplossing kan kiezen. Dit betekent dat de professional bij het geven van psycho-educatie aansluit bij de mogelijke oorzaak van problemen en behoeften of vragen van de ouder/jeugdige, rekening houdend met hun kennisniveau en mogelijkheden. Het accent ligt op normaliseren.
7. *Overwin handelingsverlegenheid: breng 'moeilijke gespreksonderwerpen ter sprake*
De professional deelt zijn/haar zorgen over de situatie met ouder/jeugdige en vraagt daarbij wat er is gebeurd of hoe het nu gaat.

De kernvaardigheden bij het aandachtsgebied (B) '**Relatie**' zijn:

8. *Heb aandacht voor reactie van ouders en jeugdigen*
Bij het bespreken van problemen of zorgen, besteedt de professional aandacht aan de reactie van ouders of jeugdige. Deze kan variëren van ontkenning en bagatellisering, tot schuldgevoel, gevoelens van boosheid, verdriet en machteloosheid. Als je als professional weerstand voelt bij de ouder/jeugdige, stel jezelf de vraag: begrijp ik dit, kan ik daar iets mee? Benoem en bespreek het. Loop hierbij in hetzelfde tempo als de ouder/jeugdige. Het moment van signalering en erkenning door ouder/jeugdige en professional valt niet altijd samen. Daarbij komt eerst probleem-besef, voordat probleem-acceptatie volgen kan.
9. *Gebruik LSD: de vaardigheid Luisteren Samenvatten Doorvragen*
Luister actief (ook naar wat 'achter de woorden ligt'); door houding, gebaar en ondersteunend taalgebruik.
10. *Toon oprechte interesse en reageer vanuit een 'niet weten houding'*
Zie ook onder 3: neem ANNA mee en smeer NIVEAU (geen aannames, niet invullen), en wees een OEN (nieuwsgierig en open). De professional komt niet direct zelf met oplossingen, maar laat de ouders/jeugdige het eigen verhaal vertellen en biedt ondersteuning op maat. De professional laat daarbij nieuwsgierigheid zien in diverse visies/verklaringen van de ouder of jeugdige.
11. *Zorg voor basisveiligheid en vertrouwen*
Vertrouwen en veiligheid zijn nodig om te kunnen komen tot veranderingsbereidheid en acceptatie van hulp. Het laten vallen van stiltes, ruimte laten in het gesprek en een ontspannen, geduldige en toegankelijke houding, kunnen helpen om een dergelijk gevoel van vertrouwen en veiligheid te creëren.
12. *Zorg voor een toegankelijke, vriendelijke basishouding*
Vriendelijkheid zorgt voor een prettige sfeer, waarbij de ouder/jeugdige zich gerespecteerd voelt.

Bij het aandachtsgebied (C) 'Versterken eigen kracht' betreft het de volgende kernvaardigheden:

13. *Sluit aan bij de opvoedingsvaardigheden van de ouders*
Welk inzicht heb je als professional in de opvoedingsvaardigheden van de ouder(s)? Wat gaat goed? Wat zijn aanwezige hulpbronnen? Indien nodig: Welke ondersteuning past daarbij?
14. *Leg de focus op positief opvoeden*
Evalueer als professional wat de sterke punten van de ouder zijn in de opvoedsituatie. Zoek daarbij naar uitzonderingen, dus naar positieve kanten: wanneer en wat gaat (wel) goed? Weet je welk type opvoedstijl deze ouder hanteert? (permissief, autoritatief, autoritair, verwaarlozend)
15. *Focus op eigen kracht en empowerment*
Ieder is expert van zijn/haar eigen leven. De professional gaat uit van deze eigen kracht, ervaring en expertise van ouder/jeugdige. Hij/zij sluit aan bij de sterke kanten van het gezin/jeugdige, zonder de beperkingen uit het oog te verliezen. De ouder/jeugdige krijgt ruimte om zelf gespreksonderwerpen/vragen in te brengen. De professional sluit hierbij aan, denkt mee in termen van kansen en mogelijkheden en biedt een nieuw perspectief waar nodig.
16. *Normaliseer*
De professional erkent het gevoel van ouder/jeugdige, problematiseert niet onnodig, en normaliseert door uitleg en advies. Zodoende kan bijgedragen worden aan zelfvertrouwen van ouder/jeugdige en eigen kracht versterkt worden.
17. *Gebruik de oplossingsgerichte benadering*
Neem als professional kennis van de oplossingsgerichte benadering. Dit gespreksmodel kan helpen bij probleemverheldering, vraaggericht zijn en het zoeken naar oplossingen. Centraal uitgangspunt is dat de professional de ouder/jeugdige niet rechtstreeks beïnvloedt, maar dat de ouder/jeugdige zichzelf verandert. Zie een uitgebreide toelichting in hoofdstuk 2.
18. *Vergroot het probleemoplossend vermogen van het gezin*
Er zijn vaak meerdere oplossingen voor een probleem. De professional en ouder/jeugdige denken samen na over mogelijke oplossingen. De professional helpt daarbij om het behapbaar te maken door bijvoorbeeld opvolgende stappen te bespreken. Uitgangspunt is dat de ouder/jeugdige zelf het beste in staat is op de meest passende oplossing te kiezen.
19. *Wees gericht op het versterken en stimuleren van de zelfredzaamheid van het gezin/jeugdige*
De professional inventariseert hulpbronnen waarover de ouder/jeugdige beschikking heeft. Hoe kan het eigen netwerk de ouder/jeugdige steunen? De professional bespreekt mogelijkheden voor bijvoorbeeld zelfhulp, lotgenotencontact, inzet van vrijwilligers, eventueel buiten het eigen netwerk. Voor het beoordelen van de mate van zelfredzaamheid van de ouder/jeugdige kan gebruik gemaakt worden van de zelfredzaamheid-matrix (www.zelfredzaamheidmatrix.nl).

Tenslotte vallen onder het aandachtsgebied (D) 'Coachende rol' de volgende kernvaardigheden:

20. *Streef gelijkwaardig partnerschap na*
De professional probeert naast de ouder/jeugdige te staan, om als gelijkwaardige partners samen te beslissen, de ander serieus te nemen en te bevestigen in behoeftes. Betrouwbaarheid is hierbij belangrijk: de professional komt afspraken na en waarborgt de privacy van de ouder/jeugdige.
21. *Wees gericht op samenwerking met ouders en jeugdigen*
Geef informatie zodat ouder/jeugdige goed geïnformeerd keuzes kan maken. Maak afspraken en beslissingen in overleg met de ouder/jeugdige. Wees begripvol en transparant als samen beslissen niet mogelijk is.
22. *Wees vraaggericht*
De professional sluit aan bij vragen en zorgen van de ouder/jeugdige. Het perspectief van de ouder/jeugdige is het vertrekpunt in gesprekken. De professional veert/beweegt mee met de ouder/jeugdige.
23. *Ontwikkel de vaardigheden voor 'motiverende gespreksvoering'*
De professional neemt kennis van 'motiverende gespreksvoering'. Dit gespreksmodel kan helpen bij het empoweren of activeren van de ouder/jeugdige. In motiverende gespreksvoering lukt de professional verandering uit bij de ouder/jeugdige door de ambivalentie/discrepantie tussen de huidige en gewenste situatie bij de ouder/jeugdige te benoemen. Zie hoofdstuk 2 voor een

beschrijving.

24. Zorg voor voldoende vaardigheden om gedragsveranderingen te begeleiden

De professional is zich ervan bewust dat gedragsverandering tijd kost en benoemt dit bij de ouder/jeugdige.

Realiseer je als professional dat gedragsverandering gefaseerd verloopt:

- Voorbeschouwing: de ouder/jeugdige ervaart geen probleem/behoefte.
- Overpeinzing: beginnend inzicht in de noodzaak tot veranderen of er ontstaat een behoefte/wens/vraag.
- Besluitvorming: de ouder/jeugdige ziet dat het goed is om iets te veranderen, wil die verandering ook, maar hoe?
- Voorbereiding: de ouder/jeugdige bedenkt opties voor de verandering.
- Actie: ouder/jeugdige gaat actief met de gekozen strategie aan de slag.
- Nieuw gedrag: ouder/jeugdige toont het gedrag langdurig.
- Terugval: ouder/jeugdige valt terug in oud gedrag

Het herkennen van de fase waarin de ouder/jeugdige zit, is ondersteunend bij het bespreken van een probleem en gewenste gedragsverandering.

25. Heb aandacht hebben voor de verschillen in kennis: ervaringsdeskundigheid ouders en jeugdigen en de eigen beroepsmatige deskundigheid

Ouders en jeugdigen zijn ervaringsdeskundig. De professional kijkt meer objectief op basis van vakkennis naar ouder en jeugdige en heeft oog voor ontwikkelingsmijlpalen. Het is van belang om beide invalshoeken te benutten. Het erkennen of benadrukken van de ervaringsdeskundigheid van ouders en jeugdigen kan bijdragen aan samenwerking tussen professional en ouders/jeugdigen en het gevoel van gelijkwaardigheid versterken (zie 20).

Relevante Links

De kaartenset en de bureaukaart (zie ook Bijlage 1) kunnen JGZ-professionals helpen om zich een aantal technieken eigen te maken:

- Een [Kaartenset](#) (100 kennis-, actie-, advies- en reflectiekaarten)
- Een [Bureaukaart Gespreksvoering \(Trimbos\)](#) voor de JGZ
- Een [Informatiedocument gespreksvoering](#) (2020)

4. Voorbeelden van gespreksmethodieken in de JGZ

Er zijn verschillende (erkende) methodieken waarin gesprekstechnieken uit de gespreksmodellen Oplossingsgericht werken (Hoofdstuk 2) en Motiverende gespreksvoering (Hoofdstuk 3) in meer of mindere mate worden toegepast. Zonder uitputtend te zijn, beschrijven we hier enkele van de veelgebruikte methodieken. Ze laten zien hoe de uitgangspunten van de gespreksmodellen vertaald kunnen worden naar de praktijk van de JGZ.

De GIZ-methodiek

De GIZ-methodiek [GIZ - NCJ](#) is een erkende methode waarmee ouders, jongeren en professionals samen de *zorgbehoeften* van een jeugdige of gezin in kaart kunnen brengen (Bontje, 2023). De afkorting 'GIZ' staat voor 'Gezamenlijk Inschatten van Zorgbehoeften', waarbij technieken uit zowel Motiverende gespreksvoering als Oplossingsgericht werken worden toegepast. Doel is om in dialoog met (aanstaande) ouders, kinderen en jongeren (en eventueel andere professionals) ontwikkel- en zorgbehoeften efficiënt, effectief en adequaat in kaart te brengen en samen te beslissen over passende ondersteuning. De GIZ-methodiek combineert de ervaringen van de ouder/jongere met de deskundigheid van de professional.

Samen met de ouder/jeugdige verheldert de professional eerst de vragen en zorgen die er leven. Ook worden sterke kanten of krachten die bij ouders/jongere aanwezig zijn geanalyseerd. Op basis van deze inschatting beslissen ouders/jongere samen met de professional over passende ondersteuning. Het GIZ-gesprek wordt ondersteund door gebruik van visuele hulpmiddelen, zoals de GIZ-driehoek. En er worden zoals gezegd technieken uit motiverende gespreksvoering en oplossingsgericht werken toegepast.

De GIZ-methodiek is geschikt voor (aanstaande) ouders/verzorgers met kinderen (- 9 maanden-23 jaar), kinderen vanaf 8 jaar en jongeren die gebruikmaken van de zorg voor de jeugd (preventief/ curatief). Centraal staan vragen als: "Hoe gaat het? Wat is er aan de hand? Wat is er nodig? Hebben de acties geholpen?"

Om met de GIZ-methodiek te kunnen werken, is een GIZ-basistraining vereist. In deze training staan specifieke GIZ-competenties centraal. Daarnaast is er aandacht voor het integreren van de methodiek in de bestaande werkprocessen. Zie voor meer informatie over scholing en implementatie: [Link naar NCJ pagina over implementatie GIZ methodiek](#)

De meerwaarde van de GIZ-methodiek voor gesprekken door JGZ-professionals met ouders/jongeren ligt onder andere in het feit dat ouders(s) en jongere actief meedoen, dat de methodiek gestructureerd en transparant is, en dat de krachten, behoeften en ontwikkelingen van een gezin inzichtelijk gemaakt worden. Uit effectonderzoek blijkt dat de GIZ positieve effecten heeft op het bespreekbaar maken van ouderlijke zorgen, op overeenstemming tussen ouders en JGZ-professionals over de krachten en zorgen en de gewenste vervolgstappen en op de tevredenheid met samen beslissen.

Relevante links

- [website van het NCJ over de GIZ](#)
- [factsheet over de GIZ](#)
- [Link naar NCJ pagina over implementatie GIZ methodiek](#)

De SPARK

SPARK staat voor Signaleren van Problemen en Analyseren van het Risico bij opvoeden en opgroeien van Kinderen. Het is een gevalideerde methode om vroegtijdig opvoed- en opgroei problemen te signaleren en samen met de ouder(s) te beslissen over eventuele zorg en ondersteuning (Staal, 2021).

Het gaat in deze gestructureerde gesprekken altijd om het in kaart brengen van de opgroeisituatie in (aanstaande) gezinnen tussen de zwangerschap en het moment dat het kind vijf jaar oud is. Daarnaast ondersteunt de SPARK het nemen van een gezamenlijke beslissing over eventuele hulp

of extra ondersteuning in het (aanstaande) gezin. De SPARK helpt de jeugdverpleegkundige om tot een betrouwbare inschatting te komen of het om een laag, verhoogd of hoog risico op opvoed- en ontwikkelingsproblemen gaat. En de SPARK zorgt ervoor dat een gedragen beslissing genomen wordt over het vervolg. Onderzoek laat zien dat de overall risico-inschatting van de SPARK-methode een sterke voorspeller is voor toekomstige ernstige opvoed- en opgroei problemen (van de Put et al., 2023).

De SPARK-methode is een longitudinaal systeem voor verschillende leeftijden, passend bij de verschillende transitie momenten: vanaf het prenatale huisbezoek in het derde trimester van de zwangerschap tot aan de leeftijd van 5 jaar. De PreSPARK is ontwikkeld voor het prenatale huisbezoek door de jeugdverpleegkundige. Verder is er een SPARK voor het contactmoment rond 18 maanden, 36 en 60 maanden. Er zijn dus vier verschillende versies van de SPARK beschikbaar. Jeugdverpleegkundigen hebben meegedacht bij de ontwikkeling van de SPARK: de methode werd door hen uitgetoetst in hun dagelijkse praktijk.

In het vraaggesprek worden verschillende onderwerpen behandeld: ‘domeinen’ genoemd. Bijvoorbeeld ‘Motorische ontwikkeling’, ‘Opvang van het kind’ of ‘Gezinszaken’. Aan de hand van deze domeinen gaat de jeugdverpleegkundige na of het beeld vanuit het dossier klopt met het beeld dat de ouders zelf hebben. Het vraaggesprek start altijd met een korte beschrijving van het domein en een terugblik op de voorgaande fase. Dan volgt de huidige situatie en tot bliken ouder(s) en jeugdverpleegkundige vooruit naar de komende tijd. Door het bespreken van de domeinen wordt duidelijk welke zorgbehoefte de ouder heeft. Zowel de ouder als de jeugdverpleegkundige maken hiervan een inschatting op een zes-puntsschaal. Na het bespreken van alle domeinen komen de ouders en de jeugdverpleegkundige samen tot passend zorgaanbod. Bekijk via deze link de verschillende domeinen die met behulp van de SPARK besproken worden op verschillende leeftijden: [Overzicht domeinen per SPARK](#)

De uitkomst van de SPARK geeft een risico-inschatting voor de opvoed- en ontwikkelingsproblemen in een gezin. Verder maakt het instrument inzichtelijk welke factoren de situatie positief of negatief beïnvloeden. De SPARK is ontwikkeld voor gebruik door jeugdverpleegkundigen, maar kan ook gebruikt worden door andere professionals in het jeugdveld.

Om met de SPARK te kunnen werken is een training vereist. Het opdoen van ervaring met de SPARK-methode is een belangrijk onderdeel van de SPARK training. Naast een reguliere training is er ook een train-de-trainer training beschikbaar waarmee een jeugdverpleegkundige opgeleid wordt om collega's op te leiden en te begeleiden in het werken met de SPARK-methode.

Relevante links

- [SPARK-methode - NCJ](#)
- [SPARK | Nederlands Jeugdinstituut \(nji.nl\)](#)
- [Uitgebreide beschrijving SPARK-methode](#)
- [Korte uitleg van de SPARK-methode](#)

Positieve Gezondheid

Gezondheid werd in het verleden veelal omschreven als de aan- of afwezigheid van ziekte; een wat statische definitie. In de nieuwe benadering van Positieve gezondheid staan vermogens als veerkracht en zelfregie centraal, waardoor ontwikkeling mogelijk blijft (Huber et al., 2011; Huber 2013). Positieve Gezondheid is een bredere kijk op gezondheid, uitgewerkt in zes dimensies. Met die bredere benadering wil de benadering bijdragen aan het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven om te gaan. En om zo veel mogelijk eigen regie te voeren. In deze brede benadering wordt gezondheid uitgewerkt in zes dimensies:

1. Het lichaam
2. Gevoel en gedachten
3. Zinnig leven
4. Kwaliteit van leven
5. Meedoen
6. Dagelijks leven

Deze dimensies zijn voortgekomen uit onderzoek naar wat mensen zelf verstaan onder gezondheid.

Werkwijze

Met behulp van een digitale of papieren vragenlijst beoordeelt een ouder of een jongere de zes dimensies. Het gaat om vragen als 'Voel je je bijvoorbeeld gelukkig of juist eenzaam? Lukt het je om de dagelijkse dingen te doen, zoals het huishouden? Beleef je nog plezier aan je bezigheden?' De ingevulde vragenlijst levert een spinnenwebdiagram op. Die uitkomst kan het startpunt zijn van een gesprek tussen een zorgverlener en een client. Samen bedenken ze vervolgens wie (of wat) kan helpen om de situatie van de client te verbeteren.

Positieve Gezondheid kan voor verschillende doelgroepen ingezet worden. Daarom zijn er meerdere versies ontwikkeld van het spinnenwebdiagram met uitkomsten. Ook zijn er aanvullende materialen, bijvoorbeeld voor in de wachtkamer. Er is een [volwassentool](#), een [kindtool](#) en een [jongerentool](#) om met positieve gezondheid aan de slag te gaan. En er is een [eenvoudige-tool](#) ontwikkeld voor mensen die moeite hebben met (begrijpend) lezen zoals laaggeletterden of mensen met dementie. De basis van de eenvoudige tool is hetzelfde als de volwassenentool, alleen is de taal vereenvoudigd en wordt gebruikt gemaakt van symbolen. Al deze verschillende tools zijn uitvoerig getest door de doelgroepen zelf. Sinds 2021 is er een 2.0-versie van het spinnenweb gelanceerd met o.a. vragen over intimiteit en seksualiteit.

Positieve gezondheid en de JGZ

Bij het voeren van gesprekken met ouders en jongeren kunnen JGZ-professionals de zes dimensies van positieve gezondheid gebruiken om een breder beeld van het welzijn van het kind of de jongere te krijgen. Dit helpt om niet alleen naar fysieke gezondheid te kijken, maar ook naar mentale, sociale en emotionele aspecten.

Zoals de naam al uitdrukt beoogt Positieve gezondheid het accent te leggen op de mogelijkheden en de eigen regie van jongeren en ouders. In plaats van te focussen op problemen of beperkingen. Met behulp van diverse tools kunnen JGZ-professionals gesprekken voeren waarin zij ouders en jongeren helpen om hun eigen kracht te ontdekken en in te zetten. Verder nodigt de benadering uit om samen met ouders en jongeren te kijken naar hoe hun gezondheid verweven is met andere levensgebieden, zoals school, vriendschappen, en thuis. Dit leidt tot een completer beeld en kan helpen bij het vinden van praktische oplossingen voor uitdagingen in hun leven.

Relevante links:

- [Wat is het? - Institute for Positive Health \(iph.nl\)](#)
- [Toolbox professional - Institute for Positive Health \(iph.nl\)](#)

Samen beslissen

Samen beslissen of 'Shared Decision Making' (Elwyn 2012) is een proces waarin de JGZ-professional samen met de ouder of jeugdige bespreekt welke vervolgstap of zorg het beste bij die specifieke ouder/jeugdige of dat gezin past. Hierbij worden alle opties, voor- en nadelen, voorkeuren en omstandigheden van de ouder/jeugdige/gezin meegenomen. Samen beslissen begint bij het beseft dat beide partijen elkaar nodig hebben en gelijkwaardig zijn.

- Ieder is expert op het eigen terrein:
- als ouder/jeugdige ben je expert over je eigen beleving, wensen en voorkeuren;
- als JGZ-professional ben je expert op het gebied van de brede lichamelijke en psychosociale ontwikkeling van kinderen en de mogelijkheden voor preventieve ondersteuning en begeleiding.

Samen beslissen: hoe pak je dat aan?

Je doorloopt als professional samen met de ouder/jeugdige vier stappen.

- Stap 1: Keuze
Er is iets te kiezen. Als JGZ-professional informeert de ouder/jeugdige dat er een beslissing genomen moet worden en dat de mening en de persoonlijke situatie van de cliënt daarin belangrijk is.
- Stap 2: Mogelijkheden uitleggen
Wat zijn de opties? Als JGZ-professional bespreek je de mogelijkheden (opties) en de voor- en nadelen van elke optie (inclusief de mogelijkheid om niets doen, niet te behandelen of af te wachten).
- Stap 3: Voorkeuren bespreken van de ouder/jeugdige
De JGZ-professional en de ouder/jeugdige bespreken de voorkeuren van de ouder/jeugdige (wat belangrijk is voor hem/haar). Als professional ondersteun je de ouder/jeugdige in het kiezen en

wegen.

- **Stap 4. Besluit nemen**

De JGZ-professional en de ouder/jeugdige bespreken welke rol de ouder/jeugdige in de beslissing wil spelen, nemen een besluit of stellen het uit. Ook stemmen ze af hoe een eventueel vervolg eruit ziet: komt er nog een gesprek? of volgt er een verwijzing? Of wordt het traject afgerond?

Samen beslissen gaat beter wanneer je als professional visuele hulpmiddelen of praktische tools inzet die de ouder/jeugdige kan bekijken zoals de GIZ-driehoek of een beslishulp.

Relevante links:

- [Kenniscлип over Samen Beslissen van de V&VN](#)
- [Samen beslissen in de praktijk on Vimeo](#)
- [Poster Samen beslissen](#)
- [kadernotitie-samen-beslissen_versie-2.pdf \(venvn.nl\)](#)
- [FMS_Visiedoc-SamenBeslissen\(2019\)_v03.pdf \(demedischspecialist.nl\)](#)
- [samenvatting_rapport_leren_over_samen_beslissen_0.pdf \(demedischspecialist.nl\)](#)
- [Hallo Zorgverlener - Begin een goed gesprek](#)

Het Vijf-fasenmodel

Het Vijf-fasenmodel kan de JGZ-professional helpen om een gesprek met ouders of jongere gestructureerd en overzichtelijk te laten verlopen (van Gemert, 2019). Ook voor de ouder of jongere draagt het model bij aan overzicht en wordt duidelijk of alle vragen beantwoord worden. In het Vijf-fasenmodel worden uitgangspunten uit motiverende gespreksvoering en oplossingsgericht werken toegepast.

De volgende vijf fasen worden in het model onderscheiden:

Stap 1. Kennismaking

- Ieder gesprek begint met het maken van contact met de ouder of jeugdige. Door middel van een open vraag nodigt de JGZ-professional de ouder/jongere uit om te praten, bijvoorbeeld "Wat wil jij bespreken?".
- Benoem hierbij ook wat jij als JGZ-professional tijdens het contact aan de orde wilt laten komen.

Stap 2. Verkenning

- In de tweede stap verkent de professional de situatie van de ouder/jongere. Dat kan door middel van (open) vragen stellen, waarbij je als professional ook aandacht besteedt aan de beleving/het gevoel van de ouder/jongere bij datgene wat hij/zij inbrengt.
- Reflectief luisteren (= proberen te begrijpen hoe de ander zich voelt en dat checken bij de ander) kan daarbij helpend zijn.
- Ga na wat het belangrijkste (probleem) is voor de ouder/jongere? Samenvatten en open vragen stellen kunnen daarbij helpen, bijvoorbeeld: "Wat vind jij het belangrijkste?".

Stap 3. Gespreksdoel vaststellen

- De professional vraagt wat de ouder/jeugdige verwacht van het contact, en wat hij/zij zou willen bereiken. Het stellen van open vragen en samenvatten zijn belangrijke hulpmiddelen. Zo kan een realistisch gespreksdoel bepaald worden.

Stap 4. Plan van aanpak

- In Stap 4 wordt het gespreksdoel gezamenlijk uitgewerkt. Welke stappen moeten er gezet worden en door wie?
- Uitwerken kan door samen te brainstormen, voors en tegens van een bepaalde keuze op een rij te zetten, te informeren of aan te moedigen om een stap te zetten.

Stap 5. Afronding

- Samen met de ouder of jeugdige gaat de professional na of het doel van het contact behaald is. Hiermee kan het gesprek goed afgerond worden.
- Samen met de ouder of jeugdige wordt een eventueel vervolg bepaald.

Relevante links:

- [Nederlands Centrum Jeugdgezondheid | Vijf-fasen model \(jgzrichtlijnen.nl\)](https://www.jgzrichtlijnen.nl)

De terugvraagmethode

De terugvraagmethode (ook wel 'teach-back methode'; Talevski et al, 2020; Yen et al., 2019) is een goed onderzochte techniek die ingezet kan worden in alle situaties waarbij een zorgprofessional informatie en/of advies aan een gesprekspartner geeft. Kern van de methode is dat de professional aan de gesprekspartner vraagt om in eigen woorden te vertellen wat zojuist is besproken. Zo kan gecheckt worden of de boodschap goed is overgekomen. Hierna kan de professional, indien nodig, de boodschap bijstellen of aanvullen. De terugvraagmethode kan in allerlei situaties in de JGZ toegepast worden: bijvoorbeeld bij samen beslissen, bij adviezen over opvoeding of leefstijl en bij het geven van (praktische) informatie over alle mogelijke thema's die in de JGZ aan bod kunnen komen.

De terugvraagmethode is extra relevant om in te zetten in gesprek met ouders/jongeren die lager opgeleid zijn, lagere gezondheidsvaardigheden hebben of die de Nederlandse taal minder goed beheersen (Tempelman, 2016).

Werkwijze

- Bedenk van tevoren met welke zin je aan ouders/jongeren gaat vragen om in eigen woorden te vertellen wat jullie besproken hebben. Een voorbeeld zin is: "Ik wil graag weten of ik het goed heb uitgelegd. Kunt u mij in eigen woorden vertellen wat we hebben afgesproken?"
- Geef de ouder/jongere niet het gevoel dat je hem of haar controleert. Belangrijk is hierbij om de vraag bij jezelf te houden. Bijvoorbeeld door te zeggen dat jij graag wilt weten of jij het goed verteld hebt, of dat jij graag wilt weten of de boodschap duidelijk is, of goed is overgekomen.
- Wacht niet tot het einde van het consult om de terugvraagmethode toe te passen, maar doe dit al in de loop van het consult zodat je je kunt aanpassen aan de gesprekspartner.
- Probeer de terugvraagmethode eerst steekproefsgewijs uit (bijv. bij de eerste ouder van elke dag). Zodra je de methode onder de knie hebt kun je het bij iedereen gebruiken.
- Als je door middel van de terugvraagmethode ontdekt dat jouw gesprekspartner iets niet begrepen heeft, leg het dan nog een keer uit maar op een andere manier dan de eerste keer.
- Door vaak te oefenen zal de methode deel van je routine worden, zonder dat dit een consult verlengt of ongemakkelijk overkomt.

Relevante links:

- Een [poster](#) en [kaart](#) om professionals eraan te herinneren de terugvraagmethode in te zetten.
- '[Effectief communiceren: mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden](#)': een training van Pharos voor professionals om de terugvraagmethode toe te passen.

5. Onderbouwing praktijkmodule gespreksvoering

Voor de totstandkoming van deze praktijkmodule zijn twee uitgangsvragen geformuleerd: vraag één heeft als doel om de relevante kennis uit gepubliceerde literatuur, JGZ-richtlijnen en peilingen te verzamelen, terwijl in de tweede vraag de implementatie van deze kennis centraal staat.

De uitgangsvragen voor deze richtlijnpraktijkmodule luiden:

1. Wat is belangrijk bij het voeren van een mondeling gesprek in de jeugdgezondheidszorg?
2. Hoe kan een JGZ-professional de relevante kennis concreet toepassen in de JGZ-praktijk?

ZonMw-project Gespreksvoering met ouders en jeugdigen: verbinding tussen JGZ-richtlijnen (2019)

Basis voor het beantwoorden van de uitgangsvragen was het ZonMw-project aangaande gespreksvoering 'Gespreksvoering met ouders en jeugdigen: verbinding tussen JGZ-richtlijnen (2019). Met dit project beoogden onderzoekers van TNO, het Trimbos instituut en het NCJ te komen tot een meer uniforme benadering van ouders en jeugdigen vanuit de JGZ-richtlijnen. Binnen de ontwikkeling van de verschillende richtlijnen was in het verleden geen goede onderlinge afstemming geweest tussen de richtlijn ontwikkelaars. Vooraf werd door ZonMw nadrukkelijk gesteld dat dit project geen nieuwe JGZ-richtlijn mocht opleveren, wel gesprekstoets. Betreffende gesprekstoets zijn verwerkt in de huidige praktijkmodule.

De volgende onderzoeksvragen stonden in het project centraal:

1. Op welke verschillende manieren en in welke onderdelen van de bestaande JGZ-richtlijnen wordt ingegaan op de benadering van ouders en jeugdigen, waar zitten tegenstrijdigheden en waar overeenkomsten?
2. Wat zijn in de JGZ-praktijk ervaren belemmeringen, tegenstrijdigheden, lastige gespreksituaties en andere issues in de benadering van ouders en jeugdigen?
3. Wat is nodig om JGZ-professionals efficiënt en competent te laten handelen in het benaderen van ouders en jeugdigen?
4. Op welke wijze kan vorm worden gegeven aan de aanbevelingen voor JGZ-professionals rondom de benadering van ouders en jeugdigen?

De **eerste vraag** is beantwoord door middel van een documentanalyse van 13 verschillende JGZ richtlijnen. Het betreft de analyse van dertien JGZ-richtlijnen die gaan over psychosociale onderwerpen¹. De analyse richtte zich op de onderdelen waarbij ouders, jeugdigen en professionals zijn betrokken: de gespreksvoering. De onderzoekers analyseerde deze onderdelen op overeenkomsten en tegenstrijdigheden tussen de verschillende richtlijnen. De belangrijkste conclusies zijn van deze analyse waren:

- Met name de JGZ-richtlijnen Opvoedondersteuning en Kindermishandeling gaan concreet in op gespreksvoering. Andere richtlijnen verwijzen relatief vaak naar de JGZ richtlijn Opvoedondersteuning.
- Er is weinig aandacht voor specifieke gesprekstechnieken en -methoden die ingezet kunnen worden.
- Over het algemeen is er weinig aandacht voor het 'hoe' van gespreksvoering. Over het 'wat' (in het gesprek aan de orde moet komen e.d.) wordt meer geschreven.
- Er zijn geen tegenstrijdigheden tussen de JGZ richtlijnen onderling geconstateerd, wel worden wisselende termen voor hetzelfde gebruikt.
- De richtlijnen leggen (impliciet) nadruk op zaken als de samenwerking met ouders, gelijkwaardigheid, empowerment, en eigen regie.
- De term 'psycho-educatie' wordt regelmatig gebruikt, maar er is geen eenduidigheid over wat psycho-educatie precies is en hoe dit aangepakt kan worden.

Om de **tweede vraag** (Wat zijn in de JGZ-praktijk ervaren belemmeringen, tegenstrijdigheden, lastige

1. ADHD (2015), 2. Angst (2016), 3. Autismespectrumstoornissen (2015), 4. Begeleiding gezin bij overlijden kind (2009), 5. Depressie (2016), 6. Excessief huilen (2013, multidisciplinair), 7. Gezonde slaap en slaapproblemen bij kinderen (2017), 8. Kindermishandeling (2016), 9. Opvoedondersteuning (2013), 10. Overgewicht (2012), 11. Pesten (2014), 12. Psychosociale problemen (2016), 13. Seksuele ontwikkeling (2014)

gesprekssituaties rond gespreksvoering?) te beantwoorden werden drie behoeftepeilingen (de Wolff & Klein Velderman, 2019) uitgevoerd bij ouders ($n = 302$), jongeren ($n = 308$) en JGZ-professionals ($n = 165$).

Die behoeftepeilingen werden opgezet in samenwerking met de organisatie Opvoeden.nl, de Nationale Jeugdraad en de bij het project betrokken JGZ-organisaties. Eerst zijn digitale vragenlijsten afgenomen bij de verschillende groepen over gespreksvoering in het algemeen en in de JGZ. Hoe ervaren ouders gesprekken met de JGZ, wat gaat volgens jongeren niet goed in deze gesprekken, en welke knelpunten zien JGZ-professionals in hun dagelijkse gesprekken met ouders en jeugdigen? Vervolgens zijn focusgroep-interviews belegd met kleinere groepen ouders, jongeren en professionals om door te praten over de uitkomsten van de schriftelijke peiling.

De systematische analyses van de richtlijnteksten en de uitkomsten van de behoeftepeilingen resulteerden in een lijst met allerlei tips en aanbevelingen met betrekking tot gespreksvoering. Deze zijn, in werksessies met de projectgroep en een aantal leden van de klankbordgroep, als kernvaardigheden voor gespreksvoering in de JGZ 'geordend' in de vier aandachtsgebieden:

1. **'Professioneel handelen'** heeft betrekking op algemene of basis gespreksvaardigheden, technieken en toegepaste kennis die een JGZ-professional in kan zetten tijdens een gesprek.
2. **'Relatie'** heeft betrekking op vaardigheden die de interactie tussen de JGZ-professional, ouders en jeugdigen ondersteunen en het wederzijds vertrouwen stimuleren. Werken aan een goede relatie is een voorwaarde voor een open gesprek.
3. **'Versterken eigen kracht'** heeft betrekking op vaardigheden die bijdragen aan een positieve benadering van de ouder/jeugdige, uitgaande van en ter versterking van de eigen kracht van ouders en jeugdigen.
4. **'Coachende rol'** heeft betrekking op vaardigheden zoals het 'als een coach' begeleiden en aanmoedigen van ouders en jeugdigen met respect voor ieders expertise, en vanuit een beginsel van gelijkwaardigheid tussen de gesprekspartners.

Ter beantwoording van de **derde** vraag (Wat is nodig om JGZ-professionals efficiënt en competent te laten handelen in het benaderen van ouders en jeugdigen?) werd in een focusgroep-bijeenkomst met JGZ-professionals de vraag voorgelegd wat voor (visuele) hulpmiddelen de gesprekken in de JGZ zouden kunnen verstevigen. We hebben de professionals laten kiezen uit diverse alternatieven (eerder doorgenomen in de klankbordgroep), zoals een set van kaarten met tips of voorbeeldvragen, hulpmiddelen zoals 'Drie Huizen' van Signs of Safety of de GIZ-methodiek, waarbij ouder en professional sterke en zwakke kanten, of krachten en behoeften in kaart brengt, of filmpjes. De voorkeur van de professionals ging uit naar de fysieke kaartjes met tips, omdat ze die overal mee naar toe kunnen nemen, en omdat je ze altijd bij de hand hebt.

Na overleg met de projectgroep en de adviesraad is besloten om de opbrengsten van dit project te vertalen naar een gesprekskaartenset die ook digitaal beschikbaar is. Naast de gesprekskaartenset is een bureaukaart gemaakt (zie Bijlage 1) waarin een compact overzicht gegeven wordt van de vier aandachtsgebieden van gespreksvoering (professioneel handelen, versterken relatie, versterken eigen kracht, en coachende rol van de professional) in vier categorieën (acties, kennis, adviezen en inzichten die uitnodigen tot reflectie).

Voor de beantwoording van de **vierde** vraag (Hoe de aanbevelingen rondom de benadering van ouders en jeugdigen vormgegeven worden?) heeft de projectgroep de resultaten van de document analyse en de drie behoeftepeilingen omgezet naar drie concrete eindproducten:

- Een [Kaartenset](#) (100 kennis-, actie-, advies- en reflectiekaarten)
- Een [Bureaukaart Gespreksvoering \(Trimbos\)](#) voor de JGZ
- Een [Informatiedocument gespreksvoering](#) (2020)

Methode aanvullende literatuursearches

Voor de beantwoording van de eerste uitgangsvraag voor deze praktijkmodule is tevens een aanvullende systematische literatuuronderzoek in PubMed verricht (zie zoekprofiel in Bijlage 2). Daartoe Op basis van vooraf vastgestelde zoekcriteria is een selectie gemaakt van de gevonden studies. Vanwege het grote aantal zoekresultaten is de search beperkt tot meta-analyses en systematische reviews die werden gepubliceerd in de voorliggende 10 jaar (2013-2023). In deze reviews staat mondelinge gespreksvoering in

de context van de jeugdgezondheidszorg of preventieve gezondheidszorg centraal.

Omdat Motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 2012) en Oplossingsgericht werken (De Shazer & Berg, 1997) bekende methodieken voor gespreksvoering in de gezondheidszorg en hulpverlening zijn, werd een tweede - meer specifiek - literatuuronderzoek uitgevoerd naar deze twee methodieken. Hierbij is ook gebruikgemaakt van de methodiekbeschrijvingen in databanken (Brink et al; 2010; de Vries et al, 2019).

Selectie van studies

PICO 1

Uitgangsvraag: Wat is belangrijk bij het voeren van een mondeling gesprek in de jeugdgezondheidszorg	
Vraag volgens PICO-systematiek	Patiënten: Ouders (van 0-18-jarige kinderen), kinderen (6-13 jaar oud) of adolescenten (13-18 jaar oud) Interventie: verbale communicatie tussen zorgverleners in de JGZ of een vergelijkbare setting in het buitenland (preventieve gezondheidszorg zoals een 'well child clinic' in de Verenigde Staten) Controle: Uitkomsten: welbevinden ouder, stress ouder, welbevinden jeugdige
Welke typen onderzoek zijn geschikt?	Systematische reviews/ RCTs/ observationele studies (cohort, case-control, cross-sectional survey)/ niet vergelijkende studies
Databases(s): PubMed/ Cochrane/ PsychInfo etc.	Datum search: 1 februari 2023(vanaf 2013)
Periode:	2013 - heden
Toelichting en opmerkingen: Talen: Engels en Nederlands	
Database	Zoektermen (zie Bijlage 2)
PubMed	

Wat is belangrijk bij het voeren van een mondeling gesprek in de JGZ?

Er werden in totaal 33.085 artikelen gevonden die betrekking hadden op de belangrijke aspecten van gespreksvoering in de JGZ. Dit aantal werd teruggebracht tot 814 na het toevoegen van een filter (Systematische reviews en meta-analyses). Na een selectie op titel en na het verwijderen van de dubbele studies bleven er 31 studies over die full-tekst beoordeeld zijn. Na lezen bleken 20 van deze 31 studies niet relevant voor de uitgangsvraag, meestal omdat het beschreven onderzoek niet op de JGZ of vergelijkbare setting van toepassing was of omdat de studie betrekking had op de communicatie tussen zorgprofessionals onderling.

Met betrekking tot Motiverende gespreksvoering zijn er in de eerste zoektocht 384 studies gevonden. Na het toevoegen van de filters 'gepubliceerd in de afgelopen 10 jaar' en 'systematische reviews en meta-analyses', bleven er 16 studies over. Negen daarvan bleken relevant te zijn op basis van de volledige tekst. Er werden geen studies gevonden waarin de methodiek Oplossingsgericht werken in de JGZ of vergelijkbare setting centraal stond.

Van elk geselecteerd artikel is een samenvatting gemaakt. Vervolgens zijn twee bewijstabellen opgesteld waarin de belangrijkste kenmerken van de individuele studies worden beschreven:

- Bewijstabel 1 Belangrijk aspecten bij het voeren van mondeling gesprekken in de JGZ (pag. 35-37)
- Bewijstabel 2 Motiverende gespreksvoering in de JGZ (pag 38-41).

Hieronder wordt een beschrijvende samenvatting van alle bevindingen gegeven.

Samenvatting van de literatuur

Belangrijke aspecten van gespreksvoering in de JGZ

De uiteindelijke selectie bestaat uit 10 systematische reviews en een meta-analyse die gepubliceerd werden tussen 2013 en 2022. Voor de overzichtelijkheid wordt het bewijs uit de literatuur samengevat op basis van de twee vormen van communicatie in de JGZ: namelijk gespreksvoering met ouder(s) en gespreksvoering met kind/adolescent. Er zijn ook twee systematische reviews gevonden waarin het perspectief van de professionals in de gezondheidszorg op gesprekken met ouders en gezinnen onderzocht is. Bewijstabel 1 geeft een samenvattende beschrijving van de kenmerken van de verschillende reviews.

Gespreksvoering en communicatie met de ouder(s)

We bespreken hier vier systematische reviews waarin het perspectief van ouders op gespreksvoering met professionals in de gezondheidszorg centraal staat. Daarna komen twee overzichtsartikelen aan bod waarin het perspectief van de professional centraal staat; het gaat in beide laatste reviews om gesprekken met de ouder over het gewicht van hun kind.

Ames et al. (2017) voerden een systematische review uit naar de meningen en perspectieven van ouders over communicatie rond de vaste vaccinaties bij kinderen in lage-, middel- en hoge-inkomenslanden. Er werden 38 studies geïnccludeerd en op kwalitatieve wijze geanalyseerd. In de geïnccludeerde studies ging het om meningen van vaders, moeders en grootmoeders over de communicatie met professionals over een vaccinatie voor het kind. In driekwart van de geïnccludeerde studies (29 van de 38) werden de verwachtingen van de ouders ten aanzien van de communicatie met de professional onderzocht. Ouders bleken behoefte te hebben aan een open en vriendelijk gesprek met de professional waarin ze zich gehoord voelen, waarbij de professional zich sensitief en zorgzaam opstelt en de ouder steunt. Verder gaven ouders aan dat ze behoefte hebben aan goede, duidelijke en evidence-based antwoorden op hun vragen rondom vaccineren. Over het algemeen hadden ouders behoefte aan meer informatie dan ze daadwerkelijk kregen in het gesprek, en vonden ze de gesprekken te kort. Gebrek aan informatie leidde bij sommige ouders tot zorgen en spijt over vaccinatiebeslissingen.

In een review van Ames et al. (2020) staan de ervaringen en voorkeuren van ouders rondom het bespreken van het gewicht van hun kind met zorgverleners centraal. Ouders vinden het belangrijk dat de juiste termen gebruikt worden als het om het gewicht van hun kind gaat en dat de professional met respect communiceert, zodat de betrokkenheid van ouders bevorderd wordt. Zorgverleners zouden daarom eerst de voorkeursterminologie van een gezin moeten onderzoeken wanneer ze communiceren over het gewicht van een kind. Wanneer de professional gebruik maakte van Motiverende gespreksvoering in het bespreken van het gewicht, waren ouders doorgaans iets meer tevreden over de ondersteuning en de manier waarop zij feedback kregen op het gewicht van hun kind, in vergelijking met andere manieren om het gewicht te bespreken.

In een systematische review van Hallman en Bellury (2020) tenslotte werd het perspectief van ouders op de communicatie met professionals op de afdeling Spoedeisende Hulp in een kinderziekenhuis onderzocht. Ouders rapporteerden dat zorgverleners meer dan de helft van de tijd (65%) zelf aan het woord waren, en dat er weinig vragen gesteld werden aan de ouders zelf. Hierdoor was het voor de ouders onmogelijk om de gezondheidssituatie van hun kind te beoordelen. Ouders bleken ook moeite te hebben om gegeven informatie te begrijpen op een ingrijpend of schokkend moment. Wanneer ouders bijvoorbeeld een diagnose met betrekking tot hun kind te horen krijgen, willen ze dat die informatie meerdere keren herhaald wordt en dat het gebruik van medische termen tot een minimum beperkt wordt. De conclusie van de reviewers is dat zorgverleners in de communicatie met ouders onvoldoende rekening houden met de behoeften van ouders.

In de systematische review van Abdin et al. (2021) werden 26 artikelen samengevat waarin het perspectief van diverse eerste- en tweedelijns professionals (huisartsen, jeugdverpleegkundigen, diëtisten en psychologen) onderzocht werd tijdens het bespreken van het gewicht van een kind met de ouders. Professionals verwachten doorgaans een negatieve reactie van ouders zodra een gevoelig gezondheidsthema (zoals overgewicht) ter sprake komt in een gesprek. Ze gaven aan dat er moeite moet worden gedaan om de juiste taal te gebruiken (bijvoorbeeld maten van het kind omschrijven als "klein" of "groot" in plaats van termen als "dik of dun", of "obees"). Wanneer het om kinderen boven de 12 gaat, gaven professionals er de voorkeur aan om het thema gewicht met de jongere zelf te bespreken.

Doorgaans brengen jongeren het onderwerp zelf ter sprake.

De review van Bradbury et al. (2018) vond vergelijkbare uitkomsten: er werden 13 studies geïncludeerd naar de voorkeuren en ervaringen van professionals met betrekking tot gesprekken met ouders over het gewicht van hun kind. De barrières die de professionals noemden, waren onder andere de negatieve reacties van ouders wanneer de professional het gewicht van hun kind ter sprake bracht. Veel professionals gaven verder aan dat ze worstelen met culturele factoren, zoals taalbarrières of het geloof van ouders. Deze factoren belemmeren volgens de professionals de communicatie met ouders over het gewicht van hun kind.

Samenvattend: in gesprekken tussen professionals in de gezondheidszorg en ouders over vaccineren of het gewicht van hun kind, blijkt dat ouders behoefte hebben aan goede, duidelijke en voldoende informatie (bijv. over vaccineren), waarbij de professional zich sensitief opstelt en de ouder steunt. Ouders vinden het belangrijk dat de professional de juiste termen gebruikt, voldoende tijd heeft en begrip toont voor de zorgen van ouders. Professionals in de gezondheidszorg sluiten niet altijd goed aan bij deze behoeften; ze zien ouders als ongemotiveerd om te veranderen, of ze zijn bang voor negatieve reacties van ouders wanneer het gewicht ter sprake komt. Een gesprek over een gevoelig thema zoals overgewicht kan bovendien belemmerd worden door culturele verschillen of taalproblemen.

Gespreksvoering en communicatie met de jeugdige

We bespreken hier vijf systematische reviews waarin de communicatie tussen professionals in de gezondheidszorg en jongeren en kinderen centraal staat, vanuit het perspectief van de jeugdige.

Navein et al. (2022) hebben de ervaringen van jongeren (<18 jaar) en kinderen (<5 jaar oud) met betrekking tot communicatie met zorgverleners in de gezondheidszorg onderzocht. De ervaringen van de jonge kinderen werden door middel van gesprekken met de ouders onderzocht. De jongeren gaven aan dat ze het aanvoelden wanneer hen niet alle beschikbare informatie werd gegeven tijdens een consult. De jongeren en kinderen waardeerden het als het zorgpersoneel moeite en tijd nam hen te leren kennen als individuen. Verder bleken jongeren behoefte te hebben aan empathie, erkenning van hun eigen meningen en ervaringen met betrekking tot een gezondheidsprobleem. Tot slot willen kinderen en jongeren toegankelijke en cultureel passende informatie van de professionals, waarbij ook creatieve manieren van informatieverstrekking ingezet kunnen worden zoals apps, videospelletjes, foto's en informele gesprekken.

Uit de systematische review van Kodjebacheva en collega's (2016) naar interventies om de communicatie tussen jeugdigen en zorgverleners te verbeteren, bleek dat het belangrijk is voor kinderen om een actieve rol in de communicatie met hun artsen te spelen en competent te worden in hun beslissingen in hun gezondheidszorg. Een interventie gericht op jeugdigen maakte bijvoorbeeld gebruik van een video waarin werd uitgebeeld hoe kinderen met artsen kunnen communiceren. Nadat de jeugdigen (5-15 jaar) de video hadden bekeken, schreven ze vragen op voor de arts voorafgaand aan het gesprek met de medische professional. De jeugdigen in de experimentele groep waren meer tevreden over het gesprek met de arts en konden zich vaker aanbevelingen over medicijnen herinneren dan de controlegroep.

Daley et al. (2017) onderzochten de ervaringen en behoeften van adolescenten (11-21 jaar oud) in 'Wellness Visits' voor jongeren in een meta-analyse van 13 studies, uitgevoerd in de Verenigde Staten. Hieruit bleek dat jongeren actief willen meedoen in het gesprek met de professional, behoefte hebben aan een zinvolle dialoog en een luisterend oor, en dat ze gezondheidsinformatie uitgelegd krijgen in bewoordingen die ze kunnen begrijpen. Ze verwachten van de professional dat deze uitlegt waarom bepaalde vragen gesteld worden; bijvoorbeeld seksuele activiteit, drugsgebruik, tabak, depressie of angst. Ook bleken de jongeren behoefte te hebben om zelf vragen te stellen, en willen ze dat hun vragen op een zorgzame, empathische en begripvolle manier werden beantwoord. Jongeren waren er heel duidelijk over dat hun stem gehoord moest worden tijdens de gesprekken met de zorgverlener en dat ze geen ondergeschikte rol moesten spelen (als ouders aanwezig bij bezoeken waren).

In de systematische review van Ambresin et al. (2013) worden 23 studies samengevat naar de ervaringen van adolescenten met gespreksvoering in de gezondheidszorg. Het bleek dat adolescenten de voorkeur geven aan een directe communicatiestijl waarin duidelijke informatie gegeven wordt zonder een belerende toon en "straight talk" bij het brengen van slecht nieuws (Ambresin et al., 2013). Adolescenten waardeerden de luistervaardigheden van een zorgverlener het meest.

Smith et al. (2020) focussen in hun review op ervaringen van adolescenten en jongvolwassenen met een levensbedreigende ziekte (13-25 jaar), die ze hebben in de communicatie met hun zorgverleners. De jongere deelnemers meldden dat hun ouders een belangrijke katalysator zijn in gesprekken met de zorgverleners, want ouders kunnen zaken uitleggen wanneer de professionals verwarrende taal gebruiken. Jongeren vinden het moeilijk om te navigeren door complexe, medische termen die door professionals worden gebruikt of ze worden overweldigd door de mate van detail die wordt verstrekt. Desondanks bleek het belangrijk voor de jongeren om ook alleen met de gezondheidszorgprofessional te praten waarin ruimte was om dingen over zichzelf te delen. Adolescenten noemden humor als communicatiemiddel om de relatie met de zorgverleners te bevorderen.

Samenvattend: de behoeften van jongeren en kinderen ten aanzien van de communicatie met professionals in de gezondheidszorg overlappen met de behoeften van ouders: jongeren hebben behoefte aan empathie, erkenning van hun eigen mening en ervaring en ze willen toegankelijke informatie van de professional. Jongeren willen uitleg waarom naar bepaalde zaken gevraagd wordt, ze willen actief bij het gesprek betrokken worden en hoewel ouders belangrijk zijn (ook voor uitleg in het gesprek), wil een jongere ook alleen met een professional praten.

Onderzoek naar oplossingsgericht werken

Naar oplossingsgericht werken in de JGZ is nog geen wetenschappelijk onderzoek gedaan (Bartelink 2013b). Wel zijn er diverse meta-analyses en reviews op basis van buitenlands onderzoek naar de effectiviteit van oplossingsgerichte therapie bij psychische problemen of ernstige gezinsproblemen. Dergelijke overzichtsstudies tonen aan dat oplossingsgerichte therapie positieve effecten heeft, de effecten zijn net zo groot als die van andere effectieve behandelingen (Bartelink, 2013b).

Motiverende gespreksvoering in de (preventieve) gezondheidszorg

Er werden negen systematische reviews of meta-analyses gevonden waarin de effecten van motiverende gespreksvoering op ouders en jongeren in de gezondheidszorg onderzocht werd (zie voor een overzicht Bewijstabel 2). Zes reviews lieten bescheiden, maar significante effecten zien van motiverende gespreksvoering op gewenste gedragsveranderingen zoals vaker tanden poetsen, gewichtsbeheersing of vermindering van middelengebruik bij jongeren. Hieronder worden deze reviews besproken.

Colvara et al. (2020) hebben een systematische review (14 studies) en een meta-analyse (8 studies) uitgevoerd naar motiverende gespreksvoering met ouders van kinderen van 0-6 jaar oud over cariës bij jonge kinderen. Motiverende gespreksvoering werd met andere vormen van mondgezondheidseducatie of helemaal geen educatie vergeleken. Motiverende gespreksvoering bleek een beschermend effect te hebben op het voorkomen van cariës in vier onderzoeken: de kinderen poetsten vaker hun tanden en hadden meer kennis van het poetsen. In studies waarin kinderen met veel cariëservaring werden betrokken, bleek motiverende gespreksvoering iets meer effect te hebben in vergelijking met studies waarin kinderen met weinig cariëservaring werden betrokken.

In de systematische review van Suire et al. (2020) werd onderzocht of motiverende gespreksvoering met ouders effect heeft op leefstijl en gewicht van jonge kinderen (van 9 maanden tot 8 jaar oud) met overgewicht. In zeven studies werd motiverende gespreksvoering vergeleken met de 'standaardzorg'. Er werden kleine, significante effecten gevonden voor motiverende gespreksvoering met betrekking tot de BMI en/of BMI z-score van kinderen. In verschillende studies werden ook veranderingen in eetgedrag bij het kind gerapporteerd nadat de ouders aan de interventie hadden deelgenomen, zoals vaker groente en fruit eten en een afname in de consumptie van suikerhoudende voedingsmiddelen en/of dranken.

Ook in de systematische review van Cushing et al. (2014) werden kleine, positieve effecten van motiverende gespreksvoering vastgesteld op gezondheidsgedrag van adolescenten (bv. seksueel risicogedrag, lichaamsbeweging, dieet) in vergelijking met reguliere aanpakken bij jongeren.

In de systematische review van Schaefer en Kavookjian (2017) werd motiverende gespreksvoering onderzocht bij adolescenten met diabetes, astma en HIV (in vergelijking met standaardbehandelingen). De interventie met motiverende gespreksvoering bleek bij te dragen aan de therapietrouw van de jongeren met diabetes, astma of HIV, en er werd in de groep met astma of diabetes een significante toename gezien in gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit en verbeterd welzijn van de jongeren. Meer specifiek rapporteerden jongeren minder angst en een beter emotioneel functioneren na de motiverende gespreksvoering.

Twee meta-analyses rapporteren uitkomsten over de 'dosis' motiverende gespreksvoering: in de meta-analyse van Acuff et al. (2019) bleek dat alleen een interventie bestaande uit twee sessies met motiverende gespreksvoering effectief was in het verlagen van de alcoholinname door studenten. Korte behandelingen met een enkele sessie hadden geen effect. Deze bevindingen stemmen niet helemaal overeen met de uitkomsten van Steele et al. (2020) waarin het effect van motiverende gespreksvoering op problematisch middelengebruik bij adolescenten onderzocht werd. Kortdurende motiverende gespreksvoering (één of twee sessies) bleek effectief te zijn in het verlagen van aantal dagen zwaar alcoholgebruik; maar op het gebruik van cannabis had de korte interventie geen effect in vergelijking met standaardbehandeling.

In onderstaande drie reviews werden geen significante effecten van motiverende gespreksvoering gerapporteerd; ofwel zijn de uitkomsten sterk wisselend.

Vallabhan et al. (2018) hebben in een meta-analyse met 17 studies het effect van motiverende gespreksvoering op gewichtsbeheersing bij adolescenten met (ernstig) overgewicht (12 -19 jaar) onderzocht. Motiverende gespreksvoering werd met reguliere zorg vergeleken. Er werden geen significante effecten gevonden op het gewicht en BMI van de jongeren. Wel werd er een 'kwalitatief bewijs van positieve effecten op voeding en lichamelijk gedrag en kwaliteit van leven' gevonden. De conclusie van de onderzoekers is dat motiverende gespreksvoering alleen niet effectief is voor de behandeling van overgewicht en obesitas bij adolescenten, maar de lage kwaliteit van de onderzochte studies speelt mogelijk ook een rol. Grotere studies van langere duur kunnen nodig zijn om motiverende gespreksvoering goed te beoordelen voor gewichtsbeheersing bij adolescenten.

Ook Amiri et al. (2022) hebben de uitkomsten van 19 studies samengevoegd naar effecten van motiverende gespreksvoering op gewichtsbeheersing bij adolescenten. Er werd geen significante afname in BMI en tailleomtrek bij adolescenten gevonden vergeleken met controlegroepen. Wel bleek de op motiverende gespreksvoering gebaseerde interventie effectief in het verminderen van de consumptie van suikerhoudende dranken bij adolescenten in vergelijking met controlegroepen

Beperkt bewijs voor de effectiviteit van motiverende gespreksvoering bij jongeren (10-24 jaar) met HIV werd gevonden in de review van (Mbuagbaw et al. 2012). Slechts een van de vier geïncludeerde studies (Murphy et al., 2012) in de systematische review heeft verminderingen in alcoholgebruik vastgesteld. Geen enkel onderzoek toonde dalingen in marihuanagebruik door jongeren aan.

Samenvattend: motiverende gespreksvoering met ouders en jongeren heeft kleine maar significante effecten op gewenste gedragsveranderingen zoals gewichtsbeheersing of vermindering van middelengebruik bij jongeren. Een kortdurende vorm met slechts een sessie blijkt niet effectief, en de vorm waarin twee sessies werden ingezet geeft wisselende resultaten.

Bewijstabel 1. Belangrijk aspecten bij het voeren van mondelinge gesprekken in de JGZ

Referentie	Type studie	Steekproef en setting	Onderwerp en studie	Gemeten uitkomsten	Resultaten
Ames et al. 2017	Systematische review 38 studies Gepubliceerd 1998-2016	Vaders, moeders en informele zorgverleners zoals grootmoeders van lage-, middel- en hoge-inkomenslanden	Communicatie zorgverleners met ouders rond vaccinaties bij kinderen	Meningen en perspectieven van ouders/verzorgers over gesprekken met zorgprofessionals	Ouders beschouwden professionals in de gezondheidszorg als een belangrijke bron van informatie over vaccinaties. Ouders willen dat professionals in de gezondheidszorg... • open, respectvolle gesprekken voeren (over vaccinaties) • op een gevoelige en niet-oordelende manier gesprekken voeren • dat de professional duidelijke antwoorden geeft op hun vragen • dat de professional een ondersteunende omgeving biedt voor het nemen van een beslissing tav vaccineren. Verder hebben ouders behoefte aan • specifieke, evenwichtige informatie over voor- en nadelen van vaccinatie, • duidelijke, eenvoudige informatie die in een begrijpelijke taal wordt overgebracht • herkenbare informatie die afgestemd is op hun situatie, inclusief hun houding ten opzichte van vaccinatie. • Veel ouders - ongeacht hun houding ten opzichte van vaccinatie - waren van mening dat ze te weinig informatie hadden gekregen van de professional om te kunnen beslissen over vaccineren. Dit kon leiden tot zorgen bij de ouders en spijt over hun vaccinatiebeslissing.
Abdin et al. 2021	Systematische review 26 studies Gepubliceerd 2001-2016	Professionals in de gezondheidszorg (huisartsen, psychologen, schoolverpleegkundigen en diëtisten)	Gesprek professionals in de gezondheidszorg met ouders en gezinnen over het gewicht van hun kind	Ervaringen van professionals in de gezondheidszorg (huisartsen, psychologen, schoolverpleegkundigen en diëtisten) over gesprekken met gezinnen over gewicht kind	• angst om een negatieve reactie van gezinnen uit te lokken na het bespreken van gevoelige gezondheidsthema's • Verpleegkundigen gebruikten een gevoelige taal en vermeden woorden als 'obesitas' en 'zwaarlijvig' en verwezen in plaats daarvan bijvoorbeeld naar kledingmaten als klein, middelgroot en groot. • artsen melden dat ouders beledigd waren, wat een negatieve invloed had op hun toekomstige aanwezigheid • werken met adolescenten was anders omdat zij het onderwerp zelf ter sprake hebben gebracht
Kodjebacheva et al. 2016	Systematische review 34 studies Gepubliceerd 1937-2015	Kinderen, ouders en zorgverleners	Communicatie medische zorgverlener met ouder en kind	Interventies om de communicatie tussen kind, ouder en medische zorgverlener te verbeteren	• het is belangrijk dat kinderen een actieve rol spelen in de communicatie met hun artsen en competent worden in hun beslissingen over de gezondheidszorg • ouders hebben behoefte aan positief affect (d.w.z. het uiten/ervaren van hoopvolle gevoelens of emoties), empathie, geruststelling, het opbouwen van partnerschap en vertrouwen van hun zorgverleners

Referentie	Type studie	Steekproef en setting	Onderwerp en studie	Gemeten uitkomsten	Resultaten
Bradbury et al. 2018	Systematische review 13 studies Gepubliceerd 2002-2014	Zorgverleners (verpleegkundige, artsen, diëtisten, psychologen en klinische managers)	Communicatie zorgverlener met ouder over gewichtsgerelateerde problemen van kinderen	Ervaringen en belemmeringen van zorgverleners	Zorgverleners ; • zagen ouders als ongemotiveerd om te veranderen • ze gaven aan bang te zijn voor reacties van ouders als ze het gewicht van een kind bespreken. • taalbarrières en het geloof van de ouders zijn beperkende factoren werden genoemd Ouders waren zich vaak niet bewust van het probleem of konden het niet herkennen
Ames et al. 2020	Systematische review 34 studies Gepubliceerd 2000-2018	Ouders en kinderen	Communicatie zorgverlener met ouders en kinderen over gewicht status van kinderen	Ervaringen en voorkeur van kinderen en ouders	• Zorgverleners moeten de voorkeurstterminologie van een gezin onderzoeken wanneer ze communiceren over het gewicht van een kind; • Zorgverleners moeten met respect communiceren om zo de betrokkenheid van de ouders te bevorderen; • Het ontvangen van feedback met MI toonde een grotere tevredenheid van ouders over de manier waarop de zorgverlener hen ondersteunt.
Hallman en Bellury 2020	Systematisch review 28 studies Gepubliceerd 2008-2020	Ouders en zorgverleners	Communicatie zorgverlener met ouders op de afdeling spoedeisende zorg (zorgverlener-patiënt en zorgverlener-ouders/familie communicatie)	Perspectief van ouders	• Er werden maar heel weinig vragen gesteld vanuit het perspectief van de ouders, waardoor het onmogelijk was om het volledige begrip te beoordelen. 65% van de tijd werd gesproken door artsen en zorgverleners • Ouders hadden de indruk dat ze veel moeite moesten doen om tot gedeelde communicatie met verpleegkundigen te komen (vragen stellen, luisteren, uitleggen en pleiten)
Ambresin et al. 2013	Systematisch review 23 studies Gepubliceerd 2000-2013	Jongeren tussen 10-24 jaar oud	Communicatie professional in gezondheidszorg met jongeren	Communicatie professional in gezondheidszorg met jongeren	Jongeren: • wilden dat artsen een directe communicatiestijl gebruikten die duidelijke technische informatie bevatte, maar zonder een belerende toon en “straight talk” bij het brengen van slecht nieuws • vonden de luistervaardigheden van een arts het belangrijkste
Daley et al. 2017	Meta-analyse 13 studies Gepubliceerd 1993-2013	Jongeren tussen 11-21 jaar oud	Communicatie professional in gezondheidszorg met jongeren	Ervaringen, perspectieven en behoeften van jongeren	Jongeren: • wilden actief deelnemen aan hun bezoeken en een zinvolle dialoog aangaan • wilden dat er naar hen geluisterd werd en dat ze gezondheidsinformatie uitgelegd krijgen in bewoordingen die ze konden begrijpen • verwachtten dat de zorgverleners uitlegden waarom ze vragen stelden over seksuele activiteit, drugsgebruik, tabak, depressie of angst, voordat ze vragen stelden • verwachtten dat ze de gelegenheid kregen om vragen te stellen en dat hun vragen werden beantwoord op een zorgzame, empathische en begripvolle manier • waren er heel duidelijk over dat hun stem gehoord moest worden en dat ze actief deel moesten blijven nemen aan gesprekken met de zorgverlener en geen ondergeschikte rol moesten spelen (als ouders aanwezig waren bij bezoeken)

Referentie	Type studie	Steekproef en setting	Onderwerp en studie	Gemeten uitkomsten	Resultaten
Navein et al. 2022	Systematische review 13 studies Gepubliceerd 2009-2020	Jongeren < 18 die ervaring hebben met de gezondheidszorg	Communicatie professionals in gezondheidszorg met jongeren	Ervaringen van jongeren en kinderen met de communicatie met zorgpersoneel	Ervaringen: • het gevoel dat hen niet genoeg werd verteld • sommige voelden zich overstelpt met te veel informatie • waardeerden het als zorgpersoneel moeite en tijd deden om hen te leren kennen als individuele mensen Verwachtingen: • open communicatie • dat er met empathie naar hen geluisterd zou worden • dat ze serieus genomen zouden worden • dat hun meningen en ervaringen erkend zouden worden • voorkeur voor creatieve en interactieve communicatiemethoden (informele gesprekken, foto's en het gebruik van technologie zoals digitale verhalen, apps en videospelletjes) • zorgmedewerkers moeten nadenken over hoe ze communicatie toegankelijk en cultureel gevoelig kunnen maken
Smith et al. 2020	Systematisch review 12 studies Gepubliceerd 2010-2018	Adolescenten en jongvolwassenen (13-25 jaar oud) die eerder een kwaadaardige ziekte hebben gehad	Communicatie van zorgverleners met jongeren en jongvolwassenen	Ervaringen van adolescenten en jonge volwassenen	• ouders kunnen een belangrijke katalysator voor discussie zijn: zij kunnen dingen uitleggen op een manier die logisch is voor de adolescenten wanneer zorgverleners verwarrende taal gebruiken • het is waardevol om ouders bij gesprekken te betrekken, maar de tijd alleen tussen adolescenten en zorgverleners de nodige ruimte biedt voor openbaarmaking • Humor werd genoemd als communicatiemiddel om de relatie tussen adolescenten en zorgverleners te bevorderen • adolescenten vinden het moeilijk om te navigeren door de complexe medische jargon dat door zorgverleners wordt gebruikt of worden overweldigd door de mate van detail die wordt verstrekt

Bewijstabel 2. Motiverende gespreksvoering in de JGZ

Referentie	Type studie	Steekproef en setting	Onderwerp en studie	Vergelijking	Gemeten uitkomsten	Resultaten
Suire et al. 2020	Systematisch review, 7 studies Gepubliceerd 1990-2018	Ouders van kinderen (9m - 8 jaar oud) met gewichtsproblemen	Motiverende gespreksvoering tussen ouder en gezondheidsmedewerker	Standaard zorg	- Uitkomsten bij kinderen: 1. antropometrische uitkomsten (BMI, tailleomtrek, verhouding tussen taille en heup) 2. Veranderingen in leefstijlgedrag	4 onderzoeken rapporteerden een statistisch significant effect van de MI interventie, vergeleken met de controlegroep, op antropometrische uitkomsten van kinderen. 7 interventies lieten significante resultaten zien met betrekking tot de BMI en/of BMI z-score van kinderen 2 onderzoeken lieten ook significant positieve resultaten zien voor de tailleomtrek van kinderen en de verhouding tussen taille en heup - in meerdere studies hebben auteurs veranderingen in eetgedrag bij kinderen gerapporteerd nadat de ouders hadden deelgenomen aan een MI-interventie, waaronder een toename in de consumptie van fruit en groenten en een afname in de consumptie van suikerhoudende voedingsmiddelen en/of dranken en andere discretionaire voedingsopties
Vallabhan et al. 2018	Systematische review, 17 studies Gepubliceerd 1997-2017	Adolescenten (leeftijd 12-19 jaar bij inschrijving) met overgewicht of obesitas (BMI-percentiel $\geq 85\%$)	Motiverende gespreksvoering gericht op gewichtsbeheersing	Standaard zorg	1.verandering in pond, kilogram, BMI, BMI z-score of percentiel 2. verandering in voeding, lichaamsbeweging, slaapgedrag, cardiometabolische uitkomsten, of kwaliteit van leven	- niet-significante reducties in sommige antropometrische resultaten en geen waarneembare effecten op cardiometabolische uitkomsten - enig kwalitatief bewijs van positieve effecten op voeding en lichamelijk gedrag en kwaliteit van leven. - Algemeen, werd de kwaliteit van het bewijs van de studies beoordeeld als overwegend matig
Mbuagbaw et al. 2012	Systematische review, 4 studies Gepubliceerd 2006-2012	Adolescenten met HIV in de leeftijd van 10 tot 24 jaar oud	Motiverende gespreksvoering	Standaardzorg bij jongeren met hiv	1. Therapietrouw, Mortaliteit (overleving), Kwaliteit van leven (geen studies gevonden) 2. Virale belasting, condoomgebruik, marihuana en alcoholgebruik, retentie	- beperkt bewijs voor de effectiviteit van MI bij het verbeteren van resultaten bij jongeren met hiv - reducties in virale belasting (op korte termijn) en onbeschermd seksueel handelen - verminderingen in alcoholgebruik werden alleen vastgesteld in Murphy et al., 2012, maar niet in Naar-King 2006 - geen enkel onderzoek toonde reducties in marihuana-gebruik aan.

Referentie	Type studie	Steekproef en setting	Onderwerp en studie	Vergelijking	Gemeten uitkomsten	Resultaten
Amiri et al. 2022	Systematische review en meta-analyse, 19 studies Gepubliceerd 2005-2019	Adolescenten, 6 studies werden alleen bij meisjes uitgevoerd en de overige omvatten beide seksen. Bij 10 van de onderzoeken waren ouders betrokken	Motiverende gespreksvoering over gewichtsbeheersingsproces met specialisten (psychologen, voedingsdeskundigen, bewegingswetenschappers, afgestudeerden in de volksgezondheid)	Vergelijkbaar interventies voor gewichtsbeheersingsproces zonder Motiverende gespreksvoering of geen interventies	1. Antropometrische metingen, d.w.z. BMI, BMI Z-score, middelomtrek en vetpercentage 2. Invloed van MI op de levensstijl van adolescenten waaronder dagelijkse lichamelijke activiteit, dieet en cognitieve vaardigheden waaronder zelfredzaamheid, zelfregulatie en zelfcontrole	- Gebaseerd op de resultaten van 12 proefstudies (1596 deelnemers ; 796 MI-deelnemers en 800 controles), het random-effects model heeft geen significante afname aangegeven in BMI voor adolescenten in de MI groepen vergeleken met controlegroepen (SMD= -0,02, 95%CI-0,28 tot 0,23; I2=82.4%). - Data van 11 onderzoeken met 2609 deelnemers (1301- MI en 1308 - controlegroepen) werden gepoold voor meta-analyse op BMI z-score (SMD = -0,11, 95% CI-0,3tot 0,09; I2=71,1%) en gaf geen significant verschil aan tussen de onderzoeksgroepen. - Vergeleken met controlegroepen liet MI in de huidige meta-analyse geen significant voordeel in het verminderen van de tailleomtrek in de huidige meta-analyse (SMD= -0,39, 95% CI-0,81 tot 0,03; I2=89%) (10 onderzoeken met 981 deelnemers (485 MI- en 496 controlegroepen)) - Onder 728 deelnemers (367 MI-groep, 361 controlegroep) uit vier onderzoeken vertoonde MI geen significant toenemend effect op groente-inname, vergeleken met controlegroepen (SMD=0,22, 95% CI-0,09 tot 0,53; I2=72.4%) - Data uit 3 onderzoeken met 309 deelnemers (160 MI-groep, 149 controlegroep), toonde de huidige meta-analyse aan dat MI-gebaseerde interventies significant effectiever waren in het verminderen van de consumptie van suikerhoudende dranken bij adolescenten in vergelijking met controlegroepen (SMD = -0,47, 95% CI -0,80 tot -0,13; I2 = 26.2%, P=0.006) - Vanwege verschillende metingen konden gegevens over fysieke activiteit en cognitieve vaardigheden niet worden samengevoegd en werden ze uitgesloten van de uiteindelijke analyse.
Cushing et al. 2014	Systematische review en meta-analyse, 15 studies	Adolescenten	Motiverende gespreksvoering (MI) voor verandering van gezondheidsgedrag bij adolescenten	Standaard zorg	Veranderingen in gezondheidsgedrag (bijv. seksueel risicogedrag, lichaamsbeweging, dieet)	De totale effectgrootte voor MI interventies gericht op gezondheidsgedrag bij adolescenten was klein maar significant- g= 0.16; 95% (CI) [.05, 27]

Referentie	Type studie	Steekproef en setting	Onderwerp en studie	Vergelijking	Gemeten uitkomsten	Resultaten
Colvara et al. 2020	Systematische review, 14 studies en meta-analyse (8 studies)	Kinderen van 0-6 jaar met een melkgebit, hoewel zwangere vrouwen of moeders van kinderen beschouwd konden worden als de hoofdpopulatie, omdat zij de interventie ontvingen.	Motiverende gespreksvoering bij cariës bij jonge kinderen	Elke vorm van mondgezondheidseducatie of helemaal geen gezondheidseducatie	1. Nieuwe cariëslaesies (sommige onderzoeken tellen ook witvlekkenlaesies mee) 2. Kennis van ouders over mondgezondheid, thuiszorggedrag, tandplakindex, tandvleesindex en het gebruik van fluoridevernis	- Motiverende gespreksvoering had een beschermend effect op cariës in vier onderzoeken, en dit effect is mogelijk groter bij kinderen van moeders die hun kinderen voorkauwen en die zijn opgegroeid in een landelijke omgeving en met een hoger gezinsinkomen - Een hogere poetsfrequentie, kennis van de hoeveelheid tandpasta en de positie onder toezicht werden waargenomen in de groepen die de op MI gebaseerde interventie kregen. - In populaties met veel cariëservaring bleek de MI-gebaseerde aanpak gemiddeld 3,15 (95% CI: -6,14, -0,17) dmfs bij jonge kinderen te voorkomen. - In steekproeven met weinig cariëservaring waren de verschillen kleiner, omdat de cariësniveaus al lager waren (-0,31; 95% CI: -0,63, 0,00).
Acuff et al. 2019	Meta-analyse, 3 interventie studies Gepubliceerd 2010-2018	Studenten die geen behandeling zoeken	Motiverende gespreksvoering met inclusief een discussie over vertrouwelijkheid en autonomie van studenten; een beslissingsbalansoefening over alcoholgebruik; een gepersonaliseerde feedback met betrekking tot alcoholgebruik; en een oefening om doelen te stellen.	Alleen evaluatie of andere interventies bij voorbeeld e-Chug (zonder MI)	Door alcoholgebruik veroorzaakt black-outs	- De bevindingen van onderzoek 1 gaven aan dat er geen significante verschillen waren tussen alleen de evaluatie, eenmalige MI-sessies of e-Chug condities in het verminderen van de kans op een door alcohol veroorzaakt black-out. - Studie 2 vergeleek twee aanvullende sessies met MI om te onderzoeken of het verhogen van de dosis de effectiviteit van de MI-interventie voor het verminderen van door alcohol veroorzaakte black-outs kon verhogen. Uit onderzoek 2 bleek dat deelnemers in de MI + SFAS conditie significant minder vaak een door alcohol veroorzaakt black-out rapporteerden op beide tijdstippen in vergelijking met deelnemers in de MI + Ontspanning groep. - Studie 3 vergeleek de twee groepen (MI+SFAS en MI+ Ontspanning) met een groep die alleen een assessment kreeg en ontdekte dat deelnemers die een MI kregen significant minder vaak een door alcohol veroorzaakt blackout hadden op 1-maand en 6-maand follow-up in vergelijking met de controle

Referentie	Type studie	Steekproef en setting	Onderwerp en studie	Vergelijking	Gemeten uitkomsten	Resultaten
Steele et al. 2020	Systematische review, 118 studies Gepubliceerd 1992-2018	Adolescenten en jonge volwassenen van 12 tot 20 jaar met problematisch middelengebruik of een stoornis in het middelengebruik	Motiverende gespreksvoering * kort (als de interventie bestond uit één of twee sessies), of niet-kort (gedefinieerd als 3 of meer sessies)	Standaard behandeling	Continue maten die de gebruiksfrequentie weergeven en categorische maten van onthouding. Voor alcohol zowel de frequentie van zwaar alcoholgebruik (bijv. gemiddeld aantal dagen zwaar alcoholgebruik per 30 dagen) als de frequentie van enig gebruik (bijvoorbeeld het percentage dagen alcoholgebruik per 30 dagen).	- Motiverende gespreksvoering verminderde het aantal dagen zwaar alcoholgebruik met maximaal 0,7 dagen per maand, het aantal dagen alcoholgebruik met maximaal 1,2 dagen per maand en algehele problemen met middelengebruik met een gestandaardiseerd gemiddeld verschil van 0,5, vergeleken met standaard behandeling. - Korte MI vermindert het aantal dagen cannabisgebruik echter niet in vergelijking met standaard behandeling - Zowel MI als CGT (andere interventie) verminderen het aantal dagen alcohol- en ander drugsgebruik ten opzichte van standaard behandeling. Effectiever dan andere interventies zoals PeerGroup, CGT+MI, Fam, CGT+ICM, CGT+MI+ICM, CGT en ICM.
Schaefer en Kavookjian 2017	Systematische review, 12 studies Gepubliceerd 1990-2016	Adolescenten en/of jongvolwassenen met lichamelijke chronische ziekten (10-24 jaar)	Motiverende gespreksvoering in adolescenten met diabetes, astma en HIV	Standaard behandeling	Veranderingen in therapietrouw en symptoomniveaus Kwaliteit van leven (positieve of negatieve aspecten van iemands leven in meerdere domeinen zoals fysiek, emotioneel en sociaal functioneren)	- De meeste onderzoeken toonden aan dat de therapietrouw aan medicatie en aan hun algemene schema (bijv. glucosemonitoring) verbeterde na het ontvangen van een MI interventie. - Specifiek voor de astmapopulatie meldden ouders vaker 100% therapietrouw na de interventie in vergelijking met vóór de interventie. Daarnaast rapporteerden de ouders een toenemende trend dat hun adolescenten meer verantwoordelijkheid namen voor hun astmacontrole. De rapporten van de adolescenten kwamen overeen met de rapporten van de ouders, aangezien zij ook een toegenomen motivatie en bereidheid om zich aan de behandeling te houden rapporteerden. - Op vergelijkbare wijze lieten adolescenten en jongvolwassenen met diabetes een verbeterde glykemische en metabole controle zien en een significante toename in bloedglucosemonitoring na de MI-interventie. - Adolescenten en jongvolwassenen met HIV rapporteerden ook een toename in medicatietrouw - In beide populaties (astma en diabetes) rapporteerden jongeren een significante toename in gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit, verbeterd welzijn en positieve verschillen in het persoonlijke ziektemodel. Meer specifiek rapporteerden jongeren een hogere levenstevredenheid, minder levensgerelateerde zorgen, minder angst, een beter emotioneel functioneren en sterkere overtuigingen dat hun zelfzorg- en zelfmanagementgedrag een positieve invloed zou kunnen hebben op de resultaten van hun ziekte

6. Referenties

- Abdin, S., Heath, G., & Welch, R. K. (2021). Health professionals' views and experiences of discussing weight with children and their families: A systematic review of qualitative research. *Child: Care, Health and Development*, 47(4), 562-574.
- Acuff, S. F., Voss, A. T., Dennhardt, A. A., Borsari, B., Martens, M. P., & Murphy, J. G. (2019). Brief motivational interventions are associated with reductions in alcohol-induced blackouts among heavy drinking college students. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 43(5), 988-996.
- Ambresin, A. E., Bennett, K., Patton, G. C., Sanci, L. A., & Sawyer, S. M. (2013). Assessment of youth-friendly health care: a systematic review of indicators drawn from young people's perspectives. *Journal of Adolescent Health*, 52(6), 670-681.
- Ames, H. M., Glenton, C., & Lewin, S. (2017). Parents' and informal caregivers' views and experiences of communication about routine childhood vaccination: a synthesis of qualitative evidence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).
- Ames, H., Mosdøl, A., Blaasvær, N., Nøkleby, H., Berg, R. C., & Langøien, L. J. (2020). Communication of children's weight status: what is effective and what are the children's and parents' experiences and preferences? A mixed methods systematic review. *BMC Public Health*, 20(1), 1-22.
- Amiri, P., Mansouri-Tehrani, M. M., Khalili-Chelik, A., Karimi, M., Jalali-Farahani, S., Amouzegar, A., & Kazemian, E. (2022). Does motivational interviewing improve the weight management process in adolescents? A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Medicine*, 1-26.
- Bakker, J.M. & Bannink, F.P. (2008). Oplossingsgerichte therapie in de psychiatrische praktijk. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 55-59.
- Bartelink, C. (2013a). Wat werkt: Motiverende gespreksvoering? Gedownload van www.nji.nl
- Bartelink, C. (2013b). Wat werkt: Oplossingsgerichte therapie? Gedownload van www.nji.nl
- Bontje, M. (2023). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'GIZ-methodiek'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. <https://www.nji.nl/uploads/2023-08/GIZ-methodiek.pdf>
- Bradbury, D., Chisholm, A., Watson, P. M., Bundy, C., Bradbury, N., & Birtwistle, S. (2018). Barriers and facilitators to health care professionals discussing child weight with parents: A meta-synthesis of qualitative studies. *British Journal of Health Psychology*, 23(3), 701-722.
- Brink, C. (2010). Methodebeschrijving Motiverende gespreksvoering. Databank Effectieve sociale interventies. Methodebeschrijving (movisie.nl)
- Colvara, B. C., Faustino-Silva, D. D., Meyer, E., Hugo, F. N., Celeste, R. K., & Hilgert, J. B. (2021). Motivational interviewing for preventing early childhood caries: A systematic review and meta-analysis. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 49(1), 10-16.
- Connors, J. T., Slotwinski, K. L., & Hodges, E. A. (2017). Provider-parent communication when discussing vaccines: a systematic review. *Journal of Pediatric Nursing*, 33, 10-15.
- Cushing, C. C., Jensen, C. D., Miller, M. B., & Leffingwell, T. R. (2014). Meta-analysis of motivational interviewing for adolescent health behavior: efficacy beyond substance use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 1212.
- Daley, A. M., Polifroni, E. C., & Sadler, L. S. (2017). "Treat me like a normal person!" A meta-ethnography of adolescents' expectations of their health care providers. *Journal of Pediatric Nursing*, 36, 70-83.
- De Shazer, S., & Berg, I. K. (1997). 'What works?' Remarks on research aspects of solution-focused brief

therapy. *Journal of Family Therapy*, 19(2), 121-124.

Elwyn, G. (2021). Shared decision making: what is the work?. *Patient Education and Counseling*, 104(7), 1591-1595.

van Gemert, M. (2019). *Praktijkboek praten met kinderen over kindermishandeling*. Bohn Stafleu van Loghum.

de Graaf, I., Meije, D., De Wolff, M., & Klein Velderman, M. (2019). Bureaukaart voor gespreksvoering [Productnummer PM0437]. Utrecht: Trimbos instituut.

Hallman, M. L., & Bellury, L. M. (2020). Communication in pediatric critical care units: a review of the literature. *Critical Care Nurse*, 40(2), e1-e15.

Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Van Der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... & Smid, H. (2011). How should we define health?. *BMJ*, 343, 235-237. DOI: 10.1136/bmj.d4163

Huber, M. (2013). Naar een nieuw begrip van gezondheid: Pijlers voor Positieve Gezondheid. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 91, 133-134.

Lewis, T.F. & Osborn, C.J. (2004). Solution-focused counseling and motivational interviewing: a consideration of confluence. *Journal of Counseling and Development*, 82, 38-48.

Meije, D., & De Graaf, I. (2018). Documentanalyse JGZ Richtlijnen: Onderdeel ZonMw project Gespreksvoering met ouders en jeugdigen: Verbinding tussen JGZ-richtlijnen. Utrecht: Trimbos instituut. 1a42db72-0554-450e-8a41-f6b37a7241a8.pdf (trimbos.nl)

Meije, D., De Graaf, I., Klein Velderman, M., & De Wolff, M. (2019). Kaartenset voor gespreksvoering [productnummer PM0438]. Utrecht: Trimbos instituut. <https://publications.tno.nl/publication/34635128/0LH3SC/meije-2019-kaartenset.pdf>

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*. Guilford press.

Murphy, D. A., Chen, X., Naar-King, S., & Parsons for the Adolescent Trials Network, J. T. (2012). Alcohol and marijuana use outcomes in the Healthy Choices motivational interviewing intervention for HIV-positive youth. *AIDS Patient Care and STDs*, 26(2), 95-100.

Navein, A., McTaggart, J., Hodgson, X., Shaw, J., Hargreaves, D., Gonzalez-Viana, E., & Mehmeti, A. (2022). Effective healthcare communication with children and young people: a systematic review of barriers and facilitators. *Archives of Disease in Childhood*, 107(12), 1111-1116.

Kodjebacheva, G. D., Sabo, T., & Xiong, J. (2016). Interventions to improve child-parent-medical provider communication: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 166, 120-127.

Mbuagbaw, L., Ye, C., & Thabane, L. (2012). Motivational interviewing for improving outcomes in youth living with HIV. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9).

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390.

Van der Put, C. E., Stolwijk, I. J., & Staal, I. I. E. (2023). Early detection of risk for maltreatment within Dutch preventive child health care: A proxy-based evaluation of the long-term predictive validity of the SPARK method. *Child Abuse & Neglect*, 143, <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106316>

Schaefer, M. R., & Kavookjian, J. (2017). The impact of motivational interviewing on adherence and symptom severity in adolescents and young adults with chronic illness: a systematic review. *Patient Education and Counseling*, 100(12), 2190-2199.

Schippers, G. M., Baron, E., Zinn, M. F., & Jonge, J. D. (2016). Motiverende gespreksvoering in Psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 42, 353-369.

- Smith, L. A., Critoph, D. J., & Hatcher, H. M. (2020). How can health care professionals communicate effectively with adolescent and young adults who have completed cancer treatment? A systematic review. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 9(3), 328-340.
- Staal, I. (2021). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'SPARK'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. <https://www.nji.nl/uploads/2022-03/SPARK-methode.pdf>
- Steele, D. W., Becker, S. J., Danko, K. J., Balk, E. M., Adam, G. P., Saldanha, I. J., & Trikalinos, T. A. (2020). Brief behavioral interventions for substance use in adolescents: a meta-analysis. *Pediatrics*, 146(4).
- Suire, K. B., Kavookjian, J., & Wadsworth, D. D. (2020). Motivational interviewing for overweight children: a systematic review. *Pediatrics*, 146(5).
- Talevski, J., Wong Shee, A., Rasmussen, B., Kemp, G., & Beauchamp, A. (2020). Teach-back: A systematic review of implementation and impacts. *PloS One*, 15(4), e0231350.
- Tempelman, G. (2016). Zorg voor laag geletterde patiënten. *Tijdschrift voor Praktijkondersteuning*, 11(5), 34-37
- Vallabhan, M. K., Jimenez, E. Y., Nash, J. L., Gonzales-Pacheco, D., Coakley, K. E., Noe, S. R., ... & Kong, A. S. (2018). Motivational interviewing to treat adolescents with obesity: a meta-analysis. *Pediatrics*, 142(5).
- de Vries, S., Prüst, H., Joosen, W. & Hoeffgen, M. (2017). Oplossingsgericht werken in het sociaal werk. Databank Effectieve sociale interventies. Utrecht, Movisie. [Methodebeschrijving-oplossingsgericht-werken-in-sociaal-werk.pdf](https://www.movisie.nl/publicaties/methodebeschrijving-oplossingsgericht-werken-in-sociaal-werk.pdf) (movisie.nl)
- de Wolff, M., & Klein Velderman, M. (2019). Factsheet peilingen over gespreksvoering in de JGZ: In gesprek met ouders en jongeren. Leiden: TNO. <https://resolver.tno.nl/uuid:60a3b9fd-d230-4f1b-b4d0-ec27cdc07c5e>
- Yen, P. H., & Leasure, A. R. (2019). Use and effectiveness of the teach-back method in patient education and health outcomes. *Federal Practitioner*, 36(6), 284.

Bijlage 1 Praktijkaart

Bureaukaart (de Graaf e.a., 2019). die In het ZonMw-project “Gespreksvoering in de JGZ-gespreksvoering met ouders en jeugdigen: verbinding tussen JGZ-richtlijnen” ontwikkeld werd [193c89b9-4544-4138-8320-2da3e88324e0.pdf](https://www.trimbos.nl/publicaties/193c89b9-4544-4138-8320-2da3e88324e0.pdf) (trimbos.nl)



Gespreksvoering

JGZ-professional met ouders en jongeren

Deze bureaukaart is bedoeld voor JGZ-professionals (artsen, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en doktersassistenten) die gesprekken voeren met ouders en jongeren van 0-18 jaar.

Bij de bureaukaart hoort een set kaartjes. De bureaukaart en de kaartjes hebben tot doel de onderlinge communicatie te verbeteren. Ze beogen professionals handvatten te geven:

- voor een meer methodische benadering van de gespreksvoering;
- bij het bespreken van lastige en gevoelige onderwerpen;
- voor momenten waarop een professional weerstand ervaart van de ouders/jongeren om samen in gesprek te gaan of om iets met een probleem te doen;
- in situaties waarin gespreksvoering gecompliceerd is door andere redenen, zoals laaggeletterdheid, taalbarrières of culturele verschillen.

JGZ-professionals voeren gesprekken met een diversiteit aan mensen en over veel verschillende onderwerpen. Goed kunnen communiceren met ouders en jongeren is belangrijk. De JGZ-richtlijnen geven hiervoor weinig handvatten: ze zijn vooral klachtgericht en gaan doorgaans niet in op 'hoe' de professional gesprekken kan voeren. De bureaukaart legt de nadruk op een positieve benadering van ouders en jongeren. Hierbij ligt de focus op het in hun kracht te zetten van ouders/jongeren en eigen regievoering.

TNO innovation
for life

Trimbos
instituut

Naast de meer algemene gespreksvoering met ouders en jongeren zijn er ook specifieke situaties waarin professionals 'lastige' gesprekken voeren. We maken hierin onderscheid tussen:

- lastige of gevoelige gesprekken vanwege de *diversiteit in doelgroepen*, zoals LVB problematiek, taalproblemen en andere culturen, waardoor afstemming soms lastig kan zijn;
- gespreksvoering over lastige *onderwerpen*, zoals kindermishandeling, suïcidale gedachten, onvermogen en machteloosheid bij ouders.

De aanbevelingen voor gespreksvoering op deze bureaukaart en op de kaartjes, bieden ondersteuning.

We onderscheiden vier aandachtsgebieden in de gespreksvoering:



Professioneel
handelen



Relatie



Versterken
eigen kracht



Coachende rol

Per aandachtsgebied hebben we aanbevelingen geformuleerd. Deze geven weer wat hierover is geschreven in de richtlijnen en wat professionals, ouders en jongeren daarover gezegd hebben. De aanbevelingen gaan over: 1- **Acties** die je kunt toepassen in het gesprek, 2- **Kennis** die je kunt opdoen, 3- **Adviezen** die je ter harte kunt nemen en 4- Inzichten die je uitnodigen tot **Reflectie**.

Professioneel handelen



Omvat de onderwerpen die gaan over vaardigheden, technieken en toegepaste kennis die een JGZ-professional in kan zetten:

- Wees helder en duidelijk
- Maak duidelijk wat ouders en jongeren kunnen verwachten
- Gebruik gesprekstechnieken
- Verwijs indien nodig door
- Zorg dat je vaardigheden hebt in het omgaan met diversiteit in de cliëntenpopulatie: culturele diversiteit, verschillen in taalvaardigheden, sociaal economische status, cognitieve vermogens
- Geef psycho-educatie indien nodig
- Overwin handelingsverlegenheid: breng 'moeilijke gespreksonderwerpen ter sprake

Versterken eigen kracht



Omvat onderwerpen over het belang van een positieve benadering, uitgaande van de eigen kracht van ouders en jongeren:

- Sluit aan bij de opvoedingsvaardigheden van de ouders
- Leg de focus op positief opvoeden
- Focus op eigen kracht en empowerment
- Normaliseer
- Gebruik de oplossingsgerichte benadering
- Vergroot het probleemoplossend vermogen van het gezin
- Ben gericht op het versterken en stimuleren van de zelfredzaamheid van het gezin

Relatie



Omvat onderwerpen over de interactie tussen JGZ-professional, ouders en jongeren. Werken aan een goede relatie is een voorwaarde voor een open gesprek:

- Heb aandacht voor reactie van ouders en jongeren
- Gebruik de vaardigheid: Luisteren samenvatten doorvragen (LSD)
- Toon oprechte interesse en reageer vanuit een 'niet weten houding'
- Zorg voor basisveiligheid en vertrouwen
- Zorg voor een toegankelijke, vriendelijke basishouding

Coachende rol



Omvat onderwerpen zoals het 'als een coach' begeleiden en aanmoedigen van ouders en jongeren; met respect voor ieders expertise, en vanuit gelijkwaardigheid:

- Streef gelijkwaardig partnerschap na
- Wees gericht zijn op samenwerking met ouders en jongeren
- Wees vraaggericht
- Ontwikkel vaardigheden over 'motiverende gespreksvoering'
- Zorg voor voldoende vaardigheden om gedragsveranderingen te begeleiden
- Heb aandacht voor de verschillen in kennis: ervaringsdeskundigheid bij ouders en jongeren en de eigen beroepsmatige deskundigheid

Bijlage 2 Zoekprofiel literatuuronderzoek

PICO 1: Wat is belangrijk bij het voeren van een mondeling gesprek in de jeugdgezondheidszorg?

	Termen	Aantal hits
1.	((("adolescent"[MeSH Terms] OR "adolescent"[All Fields] OR "youth"[All Fields] OR "youths"[All Fields] OR "youth s"[All Fields]) AND ("delivery of health care"[MeSH Terms] OR ("delivery"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "delivery of health care"[All Fields] OR "healthcare"[All Fields] OR "healthcare s"[All Fields] OR "healthcares"[All Fields])) OR ((("child"[MeSH Terms] OR "child"[All Fields] OR "children"[All Fields] OR "child s"[All Fields] OR "children s"[All Fields] OR "childrens"[All Fields] OR "childs"[All Fields]) AND ("delivery of health care"[MeSH Terms] OR ("delivery"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "delivery of health care"[All Fields] OR "healthcare"[All Fields] OR "healthcare s"[All Fields] OR "healthcares"[All Fields])) OR ((("adolescences"[All Fields] OR "adolescence"[All Fields] OR "adolescent"[MeSH Terms] OR "adolescent"[All Fields] OR "adolescence"[All Fields] OR "adolescents"[All Fields] OR "adolescent s"[All Fields]) AND ("delivery of health care"[MeSH Terms] OR ("delivery"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "delivery of health care"[All Fields] OR "healthcare"[All Fields] OR "healthcare s"[All Fields] OR "healthcares"[All Fields]))	344,483
2.	"communicate"[All Fields] OR "communicated"[All Fields] OR "communicates"[All Fields] OR "communicating"[All Fields] OR "communication"[MeSH Terms] OR "communication"[All Fields] OR "communications"[All Fields] OR "communicative"[All Fields] OR "communicational"[All Fields] OR "communicatively"[All Fields] OR "communicativeness"[All Fields] OR "communicator"[All Fields] OR "communicator s"[All Fields] OR "communicators"[All Fields] OR ("conversant"[All Fields] OR "conversants"[All Fields] OR "conversation"[All Fields] OR "conversational"[All Fields] OR "conversations"[All Fields] OR "conversed"[All Fields] OR "conversing"[All Fields]) OR ("discuss"[All Fields] OR "discussant"[All Fields] OR "discussants"[All Fields] OR "discussed"[All Fields] OR "discusses"[All Fields] OR "discussing"[All Fields] OR "discussion"[All Fields] OR "discussions"[All Fields]) OR ("speech"[MeSH Terms] OR "speech"[All Fields] OR "talk"[All Fields]) OR ("motivational interviewing"[MeSH Terms] OR ("motivational"[All Fields] AND "interviewing"[All Fields]) OR "motivational interviewing"[All Fields])	2,824,579
3.	"experience"[All Fields] OR "experience s"[All Fields] OR "experiences"[All Fields] OR "approach"[All Fields] OR "approach s"[All Fields] OR "approachability"[All Fields] OR "approachable"[All Fields] OR "approache"[All Fields] OR "approached"[All Fields] OR "approaches"[All Fields] OR "approaching"[All Fields] OR "approachs"[All Fields] OR "strategie"[All Fields] OR "strategies"[All Fields] OR "strategy"[All Fields] OR "strategy s"[All Fields] OR "barrier"[All Fields] OR "barrier s"[All Fields] OR "barriers"[All Fields] OR "skill"[All Fields] OR "skilled"[All Fields] OR "skillful"[All Fields] OR "skillfulness"[All Fields] OR "skills"[All Fields]	4,936,953
4.	#1 AND #2 AND #3	33,085

	Termen	Aantal hits
5.	Toegepaste filters: (‘afgelopen 10 jaar’ en ‘Systematische reviews en Meta-analyses’)	706
6.	Toegepaste filters: (‘Engels en Nederlands’)	701
7.	Relevant gebaseerd op titel	31
8.	Relevant gebaseerd op full-tekst	11

PICO 2: Wat is de effect van motiverende gespreksvoering of oplossingsgericht werken in de JGZ?

	Termen	Aantal hits
1.	“parent s”[All Fields] OR “parentally”[All Fields] OR “parentals”[All Fields] OR “parented”[All Fields] OR “parenting”[MeSH Terms] OR “parenting”[All Fields] OR “parents”[MeSH Terms] OR “parents”[All Fields] OR “parent”[All Fields] OR “parental”[All Fields] OR (“mother s”[All Fields] OR “mothered”[All Fields] OR “mothers”[MeSH Terms] OR “mothers”[All Fields] OR “mother”[All Fields] OR “mothering”[All Fields]) OR (“father s”[All Fields] OR “fathered”[All Fields] OR “fathers”[MeSH Terms] OR “fathers”[All Fields] OR “father”[All Fields] OR “fathering”[All Fields]) OR (“child”[MeSH Terms] OR “child”[All Fields] OR “children”[All Fields] OR “child s”[All Fields] OR “children s”[All Fields] OR “childrens”[All Fields] OR “childs”[All Fields]) OR (“adolescences”[All Fields] OR “adolescence”[All Fields] OR “adolescent”[MeSH Terms] OR “adolescent”[All Fields] OR “adolescence”[All Fields] OR “adolescents”[All Fields] OR “adolescent s”[All Fields]) OR (“young adult”[MeSH Terms] OR (“young”[All Fields] AND “adult”[All Fields]) OR “young adult”[All Fields] OR (“young”[All Fields] AND “adults”[All Fields]) OR “young adults”[All Fields])	5,219,826
2.	(“adolescent”[MeSH Terms] OR “adolescent”[All Fields] OR “youth”[All Fields] OR “youths”[All Fields] OR “youth s”[All Fields]) AND (“delivery of health care”[MeSH Terms] OR (“delivery”[All Fields] AND “health”[All Fields] AND “care”[All Fields]) OR “delivery of health care”[All Fields] OR (“health”[All Fields] AND “care”[All Fields]) OR “health care”[All Fields])	294,072
3.	“motivational interviewing”[MeSH Terms] OR (“motivational”[All Fields] AND “interviewing”[All Fields]) OR “motivational interviewing”[All Fields] OR (“solution-oriented”[All Fields] AND (“work”[MeSH Terms] OR “work”[All Fields]))	6,083
4.	#1 AND #2 AND #3	384
5.	Toegepaste filters: (‘afgelopen 10 jaar’ en ‘systematische reviews en meta-analyses’)	16
	Relevant gebaseerd op full-tekst	9



Nederlands
Centrum
Jeugdgezondheid