

**Behavioural and Societal
Sciences**

Wassenaarseweg 56
2333 AL Leiden
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T +31 88 866 90 00

F +31 88 866 06 10

infodesk@tno.nl

TNO-rapport

TNO/CH 2013 R10548

Evaluatie prenatale huisbezoeken JGZ

ZonMw-project in het kader van programma

'Vernieuwing uitvoeringspraktijk
jeugdgezondheidszorg'

Datum	april 2013
Auteur(s)	Remy Vink Bregje van Sleuwen Magda Boere-Boonekamp
Aantal pagina's	102 (incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	11
Opdrachtgever	ZonMw
Projectnummer	031.15090



Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, foto-kopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor opdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belang-hebbenden is toegestaan.

© 2013 TNO

Samenvatting

Deze rapportage geeft de resultaten weer van de evaluatie van het aanbod van prenatale huisbezoeken door de jeugdverpleegkundige (PHB-JGZ).

In een aantal regio's bestaat de mogelijkheid om al tijdens de zwangerschap, meestal op indicatie van de verloskundige zorgverlener, prenatale huisbezoeken bij de jeugdgezondheidszorg (JGZ) aan te vragen in verband met psychosociale problemen of risicofactoren bij aanstaande ouders. De jeugdverpleegkundige verheldert de problemen samen met de aanstaande ouders, motiveert voor en verwijst naar hulp, adviseert, geeft voorlichting en lichte (opvoedings)ondersteuning – met als doel een optimale start voor de baby te bevorderen.

In het kader van het ZonMw-programma 'Vernieuwing uitvoeringspraktijk van de jeugdgezondheidszorg' is in 2011 en 2012 een formatieve evaluatie uitgevoerd van dit aanbod in twee regio's: de Achterhoek (JGZ Yunio) en de regio Helmond (JGZ De Zorgboog). Door registraties, vragenlijsten en focusgroepen en interviews is onderzocht hoe vaak PHB-JGZ in de twee regio's zijn uitgevoerd, hoe deze verlopen zijn, wat daarbij bevorderende en belemmerende factoren waren en hoe cliënten, eerstelijns verloskundigen en jeugdverpleegkundigen het aanbod hebben ervaren. De resultaten hebben geleid tot aanbevelingen die regionaal van toepassing zijn en tot aanbevelingen voor landelijk beleid en mogelijke implementatie van PHB-JGZ.

Hoewel in de twee onderzoeksregio's het gemiddelde jaarlijkse aantal van 35 cases voor PHB-JGZ achterbleef bij de verwachtingen, ervoeren alle betrokkenen het aanbod daar waar het daadwerkelijk werd uitgevoerd, als een goed concept. PHB-JGZ hebben meerwaarde volgens cliënten omdat zij de jeugdverpleegkundige al voor de geboorte leren kennen en samen met haar bekijken wat er nodig is voor een goede start met de baby. Cliënten zeggen zich door de PHB-JGZ "beter in hun vel te voelen" en "beter voorbereid te zijn op het ouderschap", ook vinden zij de gegeven adviezen bruikbaar.

Jeugdverpleegkundigen vonden de meerwaarde van PHB-JGZ dat zij voor de geboorte al vertrouwen kunnen opbouwen met kwetsbare aanstaande gezinnen, tijdig problemen kunnen onderkennen en samen naar oplossingen kunnen zoeken. Tot slot ervoeren de verloskundigen voordeel van de PHB-JGZ doordat zij ontlast worden van de zorg rond psychosociale problemen in aanstaande gezinnen. De geboortezorg wordt volgens hen daarmee "meer totaal". Zowel verloskundigen als jeugdverpleegkundigen (en hun management) zien PHB-JGZ als aanvullend op ieders individuele taak bij de zorg rond de geboorte. Voor kwetsbare gezinnen sluiten de prenatale en postnatale zorg naadloos op elkaar aan en kan er zodoende continuïteit geboden worden.

Prenatale ondersteuning van kwetsbare (aanstaande) gezinnen levert zeer waarschijnlijk gezondheidswinst op (zie ook; Felitti, 1998; Olds, 1997) en is mogelijk ook kosteneffectief doordat grotere schade die anders waarschijnlijk pas (ver) na de geboorte wordt gesignaleerd, voorkomen wordt.

Aanbevolen wordt om de implementatie van PHB-JGZ landelijk te stimuleren. Daarbij dient duurzaam geïnvesteerd te worden in de relatie tussen JGZ en verloskunde (zowel eerste- als tweedelijns) en andere netwerkpartners zoals MEE

en GGZ. Het is onder andere aan te bevelen om samenwerking te zoeken met de ROS (regionale ondersteuningsstructuur eerstelijnszorg) en regionaal VSV-plus (verloskundig samenwerkingsverband). Ter ondersteuning kan overwogen worden om verloskundigen te scholen in het signaleren (met een signaleringsinstrument) en het bespreekbaar maken van psychosociale onderwerpen met cliënten. Lokale zorgnetwerken kunnen meer open worden voor -9 maanden-cases. Ondersteunend is het ook wanneer het aanbod PHB-JGZ wordt opgenomen in het Basispakket JGZ. Dit sluit aan bij de gemeentelijke regie, via onder andere de CJG's (Centra voor Jeugd & Gezin), ten aanzien van de preventie voor jeugd vanaf -9 maanden. Daarbij hoeft het aanbod PHB-JGZ niet aangeboden te worden aan alle zwangeren of alle eerste zwangerschappen (universele preventie). Na signalering door, met name, de eerste- en tweedelijns verloskundige kan het aanbod PHB-JGZ op indicatie worden ingezet (selectieve en geïndiceerde preventie).

Chantal & Chris

Chantal en Chris wonen samen in een kleine rommelige tussenwoning. Een grote hond wordt naar buiten gestuurd (daar ligt veel hondenpoep). Beide roken veel, Chantal heeft bovendien flink overgewicht en allerlei fysieke klachten (los van haar zwangerschap). Zowel Chantal als vriend Chris zijn (licht) verstandelijk beperkt waarbij Chantal zich verbaal heel goed presenteert en sociaal-wenselijke antwoorden heeft. Ze is bijna klaar met een opleiding voor peuterleidster. Ze heeft daar veel van geleerd, ook over zichzelf zegt ze. Chris heeft een verleden van alcohol- en drugsgebruik en heeft agressieregulatie-problemen. In zijn communicatie klinkt ook agressie door: "als je het weg laat halen breek ik al je botten". Beide komen uit een gezin waar de jeugdbescherming bij betrokken was, alcohol en geweld een rol speelden, chronische ziekte, werkloosheid, en meer. Chantal is door MEE aangemeld voor prenatale huisbezoeken van de jeugdverpleegkundige. Het is het eerste huisbezoek en de jeugdverpleegkundige vraagt hoe het met de zwangerschap gaat, hoe het met het sociale netwerk is gesteld ("wie gaat jullie straks helpen?"), of er hulpverleners betrokken zijn, over vroeger thuis ("oh, vertel 'ns ...?"), de relatie met de familie en tussen hen beiden, de financiën, en het roken. De jeugdverpleegkundige geeft waar mogelijk complimenten maar laat ook weten: "kun je je voorstellen dat ik me zorgen maak?". Chantal vindt hulp "vooral voor hem (wijst naar Chris) belangrijk" en laat weten "het fijn te vinden dat ik je nu al zie en na de geboorte ook weer". De verpleegkundige stelt voor dat ook de kraamverzorgende alvast kennis komt maken. En er komt een zorgplan vanuit MEE samen met andere betrokkenen. In het huisbezoek van zes weken later legt de jeugdverpleegkundige uit dat er video-hometraining komt en een agressie-regulatietraining voor Chris. Onder andere wordt er gesproken over het huilen van de baby: "wat doe je dan?" Chantal: "ik denk dat ie dan boos wordt op mij, niet op de baby". "Zou je makkelijk voor hulp aankloppen? Bij wie?" vraagt de jeugdverpleegkundige. "En het roken, mogen we het daar over hebben?" "En weet je al of je borst- of flesvoeding wilt geven?"

Hierna volgen meerdere huisbezoeken en afgesproken wordt ook na de geboorte regelmatig langs te komen. Dat mag. MEE blijft betrokken en ook het BOBP-programma loopt. Evengoed is het voor de jeugdverpleegkundige de vraag of de situatie straks voor de baby houdbaar is. "De ernst van deze situatie was niet of in ieder geval pas veel later naar voren gekomen als ik niet op huisbezoek was geweest en alleen Chantal met haar baby op het bureau had gezien. En was ik in de kraamtijd thuis gekomen, dan was het bovendien allemaal al netjes opgeruimd geweest".

Inhoudsopgave

	Samenvatting	2
1	Introductie	7
1.1	Aanleiding	7
1.2	Theoretische achtergrond.....	8
1.3	Beschrijving van de interventie.....	8
1.4	Onderzoeksdoel en -vraagstellingen	10
2	Methode	11
2.1	Onderzoeksopzet.....	11
2.2	Onderzoekspopulatie.....	11
2.3	Dataverzameling.....	12
3	Resultaten van prospectieve registratie	15
3.1	Volgens de verloskundige registratie.....	15
3.2	Volgens de JGZ-registratie.....	17
3.3	Analyse van de cases gekoppeld in verloskundige- en JGZ-registratie.....	21
4	Ervaringen van cliënten	23
4.1	Resultaten vragenlijst cliënttevredenheid	23
4.2	Aanvullend cliëntonderzoek.....	25
4.3	Naar aanleiding van observaties	25
5	Verloskundigen over de PHB-JGZ.....	28
5.2	Meerwaarde voor verloskundige en cliënt	30
5.3	De mening van verloskundigen over PHB-JGZ.....	32
6	Volgens de JGZ.....	34
6.1	Uit interviews, gesprekken en focusgroepen.....	34
6.2	De voor- en nadelen van PHB-JGZ.....	34
7	De implementatie van PHB-JGZ.....	38
7.1	Succesvol implementeren	38
7.2	Kenmerken van de interventie.....	38
7.3	Kenmerken van de gebruiker	41
7.4	Kenmerken van de omgeving en organisatie	44
7.5	Kenmerken van de sociaal –politieke omgeving	46
7.6	Bevorderende en belemmerende factoren voor implementatie samengevat.....	46
8	Conclusies en discussie	48
8.1	Een goed concept: “dit is <i>echt</i> preventie”	48
8.2	Minder cases dan verwacht.....	48
8.3	Vooraf zwaardere problematiek.....	49
8.4	Signaleren en bespreekbaar maken door verloskundigen	50
8.5	PHB-JGZ, hoe doe je dat?	51
8.6	Samenwerking	51
8.7	Implementatie	52
8.8	Beperkingen en verloop van het onderzoek.....	53

9	Aanbevelingen	54
9.1	Kennis, vaardigheden en een checklist voor jeugdverpleegkundigen	54
9.2	Innovatie	55
9.3	Jeugdverpleegkundige als generalist of specialist?	55
9.4	Alle eerste kinderen?	55
9.5	Scholing verloskundigen: signaleren en hoe vertel ik het de cliënt?	56
9.6	Hoe ook de groep met 'lichtere' problematiek bereiken?	56
9.7	Samenwerking JGZ en verloskundigen.....	56
9.8	Samenwerking met andere partners	57
9.9	Implementatie in organisatie en netwerk	58
9.10	Landelijke implementatie en het Basispakket-JGZ	58

10	Referenties	60
-----------	--------------------------	-----------

Bijlage(n)

- A Onderzoeksprotocol
- B Registratie verloskundigen
- C Registratie JGZ
- D Vragenlijst cliënten
- E Vragenlijst verloskundigen
- F Observatieschema
- G Werkwijze focusgroepen
- H Werkwijze interviews
- I Protocol Yunio
- J Protocol De Zorgboog
- K Samenstelling projectgroep en stuurgroep en deelnemers expertmeeting

1 Introductie

1.1 Aanleiding

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) heeft de wettelijke taak om de lichamelijke en sociaal-emotionele ontwikkeling van alle kinderen van 0 - 19 jaar te bevorderen, te beschermen en te beveiligen. De JGZ kan in beginsel echter al vóór de geboorte, via de verloskundige, risicogezinnen in beeld krijgen en kan aanstaande ouders begeleiden, motiveren voor en toeleiden naar hulp. Prenatale inzet van de JGZ wordt niet standaard in het land uitgevoerd onder andere omdat dit geen deel uitmaakt van het Basistakenpakket (BTP)-JGZ. Daardoor bestaat er een leemte tussen het moment van signaleren door de verloskundige in de zwangerschap, en de start van psychosociale hulp en opvoedingsondersteuning door de JGZ pas ná de geboorte. Om die leemte te vullen wordt in sommige regio's door de JGZ prenataal een aanbod gedaan. Dit is relatief nieuw en wordt doorgaans door gemeenten apart of als maatwerk gefinancierd.

Verloskundige zorgverleners in de Achterhoek en de regio Helmond konden in 2011 zogenaamde prenatale huisbezoeken door een jeugdverpleegkundige (PHB-JGZ) van respectievelijk Yunio en De Zorgboog, voor cliënten aanvragen. Doel van deze prenatale huisbezoeken van de JGZ is om aanstaande ouders bij wie sprake is van risicofactoren, in een vroeg stadium te begeleiden bij het oplossen of hanteerbaar maken van problemen en te motiveren voor en toe te leiden naar verdere hulp zodat zij een optimale start met hun baby kunnen maken.

Afhankelijk van de aard en ernst van de problematiek, varieert het aantal huisbezoeken van één tot meerdere gedurende de zwangerschap. De huisbezoeken worden uitgevoerd door de JGZ-verpleegkundige met wie de ouders ook na de geboorte van hun baby te maken zullen krijgen op het consultatiebureau – of die zij al kennen van eerder geboren kinderen. Deze vorm van begeleiding kan niet door de verloskundige zorgverlener worden uitgevoerd omdat die daarvoor niet is opgeleid. Uit focusgroepen met verloskundigen weten we dat verloskundigen weliswaar meer systematisch willen signaleren maar de verdere begeleiding op psychosociaal vlak aan een 'andere deskundige' willen overlaten (TNO, Vink et al, 2009). De JGZ beschikt wel over de benodigde expertise en heeft deze taak postnataal ook al, in het BTP-JGZ geformuleerd als: het inschatten van de zorgbehoefte, geven van voorlichting, instructie en advies en het beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen en gezondheid bevorderend gedrag.

Het concept van JGZ-huisbezoeken vroeg in de zwangerschap staat in Nederland nog in de kinderschoenen. Deze rapportage doet verslag van de evaluatie van dit aanbod van Yunio en De Zorgboog die in het kader van het programma 'Vernieuwing uitvoeringspraktijk jeugdgezondheidszorg' van ZonMw in 2011 en 2012 is uitgevoerd.

De resultaten en aanbevelingen kunnen worden benut door andere JGZ-organisaties in het land en men kan die meenemen bij de afwegingen ten aanzien van wijzigingen in het BTP-JGZ (zie bijvoorbeeld Commissie De Winter).

1.2 Theoretische achtergrond

Ongeveer 4 tot 6 procent van de Nederlandse kinderen tot 4 jaar heeft psychosociale problemen. Problemen in de vroege kindertijd kunnen voorbode zijn van latere opvoed- en gedragsproblemen (Zeijl et al. 2005).

In 2010 werden naar schatting bijna 119.000 kinderen van 0-17 jaar mishandeld en/of verwaarloosd, ofwel 34 op de 1000 kinderen (Alink et al., 2011).

Kindermishandeling kost de maatschappij (te) veel, niet alleen vanuit economisch oogpunt, maar vooral ook gezien vanuit kwaliteit van leven (o.a. Felitti et al., 1998). Aan kindermishandeling (inclusief verwaarlozing) liggen meestal ongunstige opgroei- en opvoedomstandigheden ten grondslag. Zelden is er sprake van opzet bij de ouders. Ouders die mishandelen voelen zich onmachtig, onbegrepen, overbelast of kennen weinig gedragsalternatieven.

Kindermishandeling en psychosociale problemen bij kinderen zijn moeilijker te veranderen naarmate het kind ouder wordt. Juist vroegtijdige vormen van begeleiding zijn (kosten)effectiever dan die welke op latere leeftijd worden ingezet (o.a. Tremblay & Japel, 2003). Ouders blijken in de zwangerschap extra gevoelig voor leefstijl- en gedragsverandering met het oog op het ongeboren kind (Mincy, 2005). Interventies zowel vroeg in de ontwikkeling van het kind als vroeg in een proces van probleemontwikkeling, kunnen daarom preventief werken en langdurig gezondheidswinst voor gezinnen opleveren.

Vroege interventies richten zich op het tijdig terugdringen van (het effect van) ongunstige omgevingsfactoren op de ontwikkeling van het kind. Het betreft factoren zoals: partnergeweld; geweldservaring van ouders in de eigen jeugd; psychopathologie of emotionele problemen zoals depressie; life events; alcohol- en drugsgebruik; beperkt sociaal netwerk; ongewenste zwangerschap; laag zelfbeeld moeder; geringe pedagogische sensitiviteit en harde opvoedingsstijl; jong ouderschap; laag opleidingsniveau; lage sociaal economische status (o.a. Wilson et al., 1996). Deze risicofactoren kunnen al voor de geboorte van het kind aanwezig zijn. Zo kan partnergeweld, behalve voor moeder zelf, ook schadelijk zijn voor het ongeboren kind, hetgeen zich kan uiten in onder andere groeiachterstand of vroeggeboorte (Murphy, 2001). Kinderen die opgroeien in een gezin met partnergeweld hebben bovendien een verhoogd risico op direct op hen gerichte kindermishandeling (Edleson, 1999; Straus, 1983). Ook een depressie bij een van de ouders kan nog lang negatieve gevolgen hebben voor de ontwikkeling van het kind (Van Doesem, 2005; Van der Wal, 2007). Aanstaaende ouders kunnen dus al tijdens de zwangerschap gebaat zijn bij gerichte hulp voor een goede start met hun kind (Hermanns et al., 2005, Olds et al., 1986; 1994; 1997).

1.3 Beschrijving van de interventie

1.3.1 Definitie van PHB-JGZ

In dit project is als definitie van prenatale huisbezoeken door de JGZ het volgende gehanteerd:

Onder prenatale huisbezoeken van de jeugdverpleegkundige (PHB-JGZ) verstaan we alle contacten die door de jeugdverpleegkundige tijdens de zwangerschap worden ingezet met als *doel* om aanstaande ouders te begeleiden naar een optimale start met hun kind. Het gaat daarbij niet per se om *huisbezoeken*. Afspraken kunnen ook op het consultatiebureau of elders plaatsvinden en kunnen

variëren van één tot meerdere contactmomenten. Een prenataal huisbezoek rond de 34^{ste} week door de verloskundige valt daar *niet* onder, evenmin als een prenataal *intake*-huisbezoek door de JGZ of kraamzorg.

JGZ Yunio in de Achterhoek formuleerde samen met de eerstelijns verloskundigen, de volgende verwijscriteria voor aanmelding van cliënten voor PHB-JGZ:

- Belaste sociale anamnese, bijvoorbeeld 'cliënt is al bekend bij Advies- en meldpunt kindermishandeling/Bureau Jeugdzorg (AMK/BJZ)'
- Belaste psychische anamnese zonder gespecialiseerde hulpverlening (bv. onverwerkte negatieve seksuele ervaringen)
- Verstandelijke beperking
- Slechte voedingsstatus zwangere (BMI < 20 en > 40 zonder hulpverlening)
- Alcoholgebruik al dan niet in combinatie met roken (zeker nadat adviezen en begeleiding van de verloskundig zorgverlener geen effect sorteerden)
- Erg onhygiënische cliënten en omstandigheden
- Minderjarigen
- Laat in zorg komen
- Ongeplande zwangerschap
- Combinatie van criteria (multiproblematiek)

JGZ De Zorgboog hanteert geen uitgesplitste criteria maar spreekt van:

- Dreigende problemen voor het kind of het gezin die in een vroegtijdig stadium gesignaleerd worden.

Beide JGZ-instellingen hebben echter dezelfde doelpopulatie voor ogen: aanstaande ouders die tijdens de zwangerschap, in aanvulling op de verloskundige zorg, steun of hulp nodig hebben ter voorbereiding op het ouderschap en de komst van de baby.

1.3.2 *Onderscheid met andere prenatale programma's*

Het concept van PHB-JGZ onderscheidt zich van andere programma's zoals Voorzorg en Prezorg. In diverse regio's wordt het programma 'Voorzorg' uitgevoerd, de Nederlandse variant van het Amerikaanse Nurse-Family-Partnership programma (Olds et al., 1986; 1994; 1997). Voorzorg is gericht op een specifieke doelgroep: jonge, laag opgeleide zwangeren met een eerste kind en meervoudige problematiek. In Rotterdam bestaat daarnaast het programma Prezorg dat een afgeleide is van Voorzorg. Prezorg is ontwikkeld voor zwangeren die niet passen binnen de stringente Voorzorg-criteria. Beide programma's zijn intensief, gericht op zwangeren met een hoog risicoprofiel en worden uitgevoerd door gespecialiseerde verpleegkundigen vanaf de 20^{ste} à 28^{ste} zwangerschapsweek. Voorzorg loopt door tot 1½ jaar na de geboorte. Het aantal huisbezoeken is ongeveer 60 over deze gehele periode. Bij Prezorg volgt na de geboorte het programma 'Stevig Ouderschap' (Bouwmeester, 2006). In Leeuwarden is Stevig Ouderschap recentelijk doorontwikkeld, zodanig dat dit ook prenataal ingezet kan worden.

Het aanbod van PHB-JGZ verschilt van Voor- en Prezorg voor wat betreft doelgroep, problematiek, duur en daardoor ook aard van de begeleiding. Het aanbod van PHB-JGZ richt zich op een bredere doelgroep. Het betreft zwangeren met een of meerdere risicofactoren en/of 'lichtere', enkelvoudige of ernstige problematiek. Intervenieren bij relatief lichte problematiek voorkomt bij een deel van deze gezinnen dat die uitgroeit tot complexe en grote problemen. Daarmee is

tevens het beoogde bereik groter. Prenatale huisbezoeken kunnen door iedere jeugdverpleegkundige uitgevoerd worden en de meerwaarde daarvan is dat aanstaande ouders niet 'weer een nieuwe gezicht' treffen na de geboorte bij het consultatiebureau. Voorzorg- en Prezorg-verpleegkundigen zijn daarentegen speciaal aangestelde en opgeleide verpleegkundigen, met een kleine caseload. Voorzorg en Prezorg zijn intensiever en veel 'zwaardere' programma's dan prenatale huisbezoeken door een reguliere jeugdverpleegkundige. De jeugdverpleegkundige zal bij complexe problematiek wel samenwerken met bijvoorbeeld een POP-poli (Psychiatrie, Obstetrie en Pediatrie), verslavingszorg, OGGZ/Vangnetfunctie, algemeen maatschappelijk werk etc.

Naast Voorzorg, Prezorg en prenataal Stevig Ouderschap zijn er diverse programma's in het land die vanuit de GGZ en MEE zijn ontwikkeld en gericht zijn op (aanstaand) ouderschap in relatie tot psychische problemen of psychiatrische aandoeningen en/of verstandelijke problemen, zoals: Baby Extra (regio Eindhoven) en BOBP ('Baby's van Ouders met Bijzondere Problemen' in de regio Helmond).

1.4 Onderzoeksdoel en -vraagstellingen

Met dit project beogen we een bijdrage te leveren aan de preventie van psychosociale problemen bij kinderen en aan de preventie van kindermishandeling. Door actief en al vóór de geboorte huisbezoeken van de JGZ-verpleegkundige in te zetten bij aanstaande ouders met risicofactoren, kunnen ouders in een vroeg stadium begeleid worden en gemotiveerd worden voor hulp zodat zij een optimale start met hun baby kunnen maken.

Met dit onderzoek is nagegaan hoe deze interventie, die in enkele JGZ-regio's in Nederland wordt uitgevoerd, werkt en wat belemmerende en bevorderende factoren voor verdere (regionale en landelijke) implementatie zijn.

De evaluatie betrof de ervaren veranderingen door PHB-JGZ, het implementatieproces en de mogelijkheden voor verbetering (zogenaamde formatieve evaluatie) vanuit het perspectief van:

- de einddoelgroep (aanstaande ouders)
- de gebruikers (jeugdverpleegkundigen)
- intermediairs (verloskundigen als verwijzers).

Deze evaluatie beantwoordt de volgende vragen:

1. Welke belemmerende en bevorderende factoren spelen een rol bij de implementatie van PHB-JGZ vanuit het perspectief van jeugdverpleegkundigen (en hun management) en verloskundigen?
2. Hoe ervaren aanstaande ouders het 'gesignaleerd worden' en in welke mate ervaren zij steun en zijn zij tevreden over het aanbod van PHB-JGZ?
3. Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan voor verbeteringen regionaal en voor eventuele landelijke implementatie van PHB-JGZ vanuit het perspectief van (aanstaande) ouders, jeugdverpleegkundigen en verloskundigen?

Toegevoegd (na projectvoorstel):

4. Bij hoeveel cases en met welke kenmerken zijn er in de twee regio's PHB-JGZ uitgevoerd?

2 Methode

2.1 Onderzoeksopzet

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden is een observationele studie opgezet waarbij de lopende praktijk met betrekking tot het aanbod van prenatale huisbezoeken door de jeugdverpleegkundige (PHB-JGZ) is weergegeven en zonder controlegroep is gewerkt.

2.1.1 *Prospectief*

Binnen de studie is een prospectief design met meerdere metingen in één onderzoekspopulatie gevolgd. Metingen vonden plaats op drie momenten: registratie van iedere mogelijke PHB-JGZ-casus naar oordeel van eerstelijnsverloskundigen, registratie door de JGZ met betrekking tot de uitvoering van PHB-JGZ en waardering door cliënten bij afsluiting van een traject met PHB-JGZ.

2.1.2 *Formatieve evaluatie*

Daarnaast is een formatieve evaluatie uitgevoerd van het aanbod van PHB-JGZ en de implementatie ervan. Daarbij is uitgegaan van het implementatie-model van Fleuren et al. (2004; 2012). Formatieve evaluatie levert input om een product of dienst te kunnen aanpassen of verbeteren.

De evaluatie betrof het perspectief van:

- de einddoelgroep (cliënten/aanstaande ouders)
- de gebruikers (JGZ: jeugdverpleegkundigen, coördinatoren, management)
- intermediairs (eerstelijns verloskundigen als verwijzers)

2.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie betreft cases van zwangeren en gezinnen die gebruik maakten van het aanbod PHB-JGZ van Yunio in de Achterhoek en De Zorgboog in de regio Helmond.

De Achterhoek als werkgebied van JGZ Yunio omvat tien gemeenten (per 2010): Aalten, Berkelland, Bronckhorst, Doetinchem, Lochem, Montferland, Oost Gelre, Oude IJsselstreek, Winterswijk en Zutphen.

De geboortecijfers in de Achterhoek waren: 3320 levend geboren (in 2011) en 3067 (in 2012).

De regio Helmond (Zuid-Oost Brabant) als werkgebied van JGZ De Zorgboog beslaat zeven gemeenten: Helmond, Gemert-Bakel, Asten, Laarbeek, Someren, Deurne en Mierlo.

De geboortecijfers in de regio Helmond waren: 2784 (in 2011) en 2600 (in 2012).

Voor het onderzoek was een schatting gemaakt van het verwachte aantal cases dat in aanmerking zou kunnen komen voor PHB-JGZ. Hiervoor is een norm gebruikt van Actiz (2009) die er vanuit gaat dat 5% van alle zwangeren als risico-zwangeren of -gezinnen aangemerkt kan worden. Op basis van de geboortecijfers bekend in 2010 kwam dit voor de Achterhoek en de regio Helmond neer op 185 respectievelijk 110 zwangeren op jaarbasis (totaal 295). Ervan uitgaande dat 10% geen gebruik

zou maken van PHB-JGZ, resteerde een schatting van 265 cases in totaal. Eerder hadden de gemeenten en JGZ in beide regio's de financiering gebaseerd op 100 cases jaarlijks. Een streefaantal van 100 cases per regio werd daarom ook voor het onderzoek ruim haalbaar geacht binnen de inclusieperiode en projectlooptijd van 2 jaar.

Hoewel cliënten ook door andere professionals dan verloskundigen voor PHB-JGZ aangemeld kunnen worden, is ten aanzien van registratie door verwijzers alleen gekozen voor eerstelijns verloskundigen omdat daarop zich de implementatie van het aanbod PHB-JGZ vooral richtte en de meeste aanmeldingen van werden verwacht. De tweedelijns verloskunde en ook het zorgnetwerk zoals BJZ, MEE, GGZ ed. zouden pas in tweede instantie betrokken worden in het implementatieproces.

Het aantal eerstelijns verloskundigenpraktijken en individuele verloskundigen in de twee regio's is hieronder weergegeven (Tabel 1.).

Tabel 1: Aantal verloskundigenpraktijken en verloskundigen

	Aantal verloskundigenpraktijken	Aantal verloskundigen
Helmond-regio	9	26
Zorgboog		
Achterhoek Yunio	16	54
<i>Totaal</i>	<i>25</i>	<i>70</i>

2.3 Dataverzameling

Dataverzameling richtte zich op het verkrijgen van zowel kwalitatieve als kwantitatieve gegevens. Er is gebruik gemaakt van verschillende instrumenten voor dataverzameling.

2.3.1 Algemeen

- Literatuur: ten behoeve van een theoretische onderbouwing is een beperkte literatuurstudie uitgevoerd.
- Documentanalyse: relevante documenten (regionaal protocol, stroomdiagram, werkbeschrijving, implementatieplan, notulen tussenevaluatie) zijn bestudeerd en verwerkt in deze rapportage.
- Expertmeeting: zowel bij aanvang als tegen het einde van het project is een landelijke expertmeeting georganiseerd met sleutelfiguren van JGZ-instellingen die ook PHB-JGZ aanbieden –of dit overwegen te gaan doen. In de eerste bijeenkomst is ten behoeve van de voorbereiding van de evaluatie landelijke informatie verkregen. De tweede bijeenkomst gaf input voor de evaluatie en voor mogelijke verbeteringen of doorontwikkeling van PHB-JGZ. Beide expertmeetings boden uitwisseling van kennis en ervaringen rond dit thema op landelijk niveau.

2.3.2 Prospectief onderzoeksdeel

Van 1 april 2011 tot 31 december 2012 zijn prospectief gegevens verzameld met de volgende drie meetinstrumenten.

- Registratie cliënten voor PHB-JGZ door de eerstelijns verloskundigen: verloskundigen hebben gedurende de inclusieperiode een papieren en

geanonimiseerde registratie bijgehouden van cases die in aanmerking kwamen voor en verwezen zijn naar PHB-JGZ (zie bijlage B). Een casedefinitie maakte deel uit van de registratie. Naast enkele achtergrondkenmerken (leeftijd, beroep en hoogste afgeronde opleiding) zijn het moment en reden of problematiek voor aanmelding geregistreerd en of cliënten daadwerkelijk het aanbod PHB-JGZ accepteerden.

- Registratie PHB-JGZ door de JGZ: de JGZ registreerde gedurende de inclusieperiode, geanonimiseerde gegevens per casus ten aanzien van de uitvoering van PHB-JGZ, inclusief andere prenatale contactmomenten met de cliënt. Geregistreerd zijn: datum van verwijzing, verwijzer, terugkoppeling, eerste aanmelding en datum van zorg, aard van de problematiek en vervolgactie (zie bijlage C). Hiervoor is in samenspraak met de beide JGZ-instellingen een Excel-format ontwikkeld.
- Vragenlijst waardering door cliënten: bij afsluiting van ieder prenataal traject door een jeugdverpleegkundige gedurende de inclusieperiode, werd door de cliënt een vragenlijst ingevuld om de waardering van het aanbod PHB-JGZ te bepalen. De vragenlijst (zie bijlage D) is gebaseerd op de CQ-index JGZ (Reitsma-van Rooijen, Nivel, 2009) en betreft de interactie met de jeugdverpleegkundige en de ervaren verandering door PHB-JGZ. Tevens is een beperkt aantal achtergrondkenmerken gevraagd (o.a. hoogste afgeronde opleiding). Vragenlijsten werden in een gesloten antwoordenvolp (eventueel via de jeugdverpleegkundige) naar TNO gestuurd.

Door gebruik van het verloskundig cliëntnummer konden, anoniem, de verloskundige registratie, JGZ-registratie en vragenlijst over cliënttevredenheid gecombineerd worden.

Voor zowel verloskundigen als JGZ in beide regio's is een onderzoeksprotocol gemaakt (zie bijlage A).

Alle 70 verloskundigen in de beide regio's zijn door de onderzoekers face-to-face (via kringoverleg en op praktijkniveau), telefonisch en via email benaderd voor deelname.

Verloskundigen ontvingen een vergoeding voor hun tijd ten behoeve van het onderzoek (focusgroep en registratie, maar niet voor signalering en overleg met betrekking tot PHB-JGZ cases).

Jeugdverpleegkundigen zijn geïnstrueerd door de onderzoekers via het bestaande team overleggen en via de eigen teamleiders/coördinatoren.

De beide JGZ-instellingen hebben een vergoeding ontvangen voor deelname aan de projectgroep en focusgroepen.

Zowel Yunio als De Zorgboog hebben de werkwijze rond de aanmelding van cliënten voor PHB-JGZ geprotocolleerd en op schrift gesteld –voor de jeugdverpleegkundigen en voor de verloskundigen. Hier werd regelmatig in team-overleggen en met verloskundigen over gecommuniceerd. Daarbij werd ook de aandacht op het onderzoek gevestigd.

Daarnaast is door de JGZ-instellingen een folder over het aanbod PHB-JGZ voor cliënten gemaakt.

Zogenaamde ketenpartners zijn geïnformeerd via een schrijven (nieuwsbrief) vanuit JGZ Yunio en De Zorgboog en via bestaande overlegstructuren.

Gedurende de inclusieperiode is gemonitord via email- en telefooncontact en face-to-face-overleg met de jeugdverpleegkundigen, coördinatoren en verloskundigen.

2.3.3 *Formatieve evaluatie*

- Interviews: in beide regio's zijn individuele face-to-face interviews gehouden met de JGZ-leidinggevenden (Yunio), coördinatoren (De Zorgboog) en met individuele jeugdverpleegkundigen die PHB-JGZ hebben uitgevoerd.
- Focusgroepen JGZ: in beide regio's is een evaluatieve focusgroep gehouden met jeugdverpleegkundigen die (wel en geen) ervaring met PHB-JGZ hebben.
- Focusgroepen verloskundigen: dit was gepland voor beide regio's maar het bleek in de praktijk niet haalbaar om voldoende deelnemers bij elkaar te krijgen. Met één verloskundige kring in de Achterhoek is wel een aparte bijeenkomst belegd, enkele andere verloskundigen zijn telefonisch geïnterviewd.
- Als alternatief voor focusgroepen is verder naar alle eerstelijns verloskundigen in beide regio's een *evaluatie-vragenlijst* gestuurd per post, met antwoordenvellen en met reminders per email. In de vragenlijst was een definitie opgenomen van PHB-JGZ en items die betrekking hebben op de bekendheid en ervaringen met PHB-JGZ. Twee open vragen zijn gesteld over de meerwaarde van PHB-JGZ voor de verloskundige en hun mening over het aanbod PHB-JGZ.
- Observaties: per regio waren tien observaties van huisbezoeken gepland met als doel een beeld te kunnen geven van de feitelijke werkwijze van de jeugdverpleegkundige. Cliënten werden geworven via de jeugdverpleegkundigen. In alle gevallen is aan de ouders door de jeugdverpleegkundige vooraf om toestemming gevraagd. Er werd gewerkt met een observatieschema (zie bijlage F).

Voor de focusgroepen en interviews zijn gespreksleidraden gemaakt (zie bijlagen G en H) en ook zijn deze audio-opgenomen.

De focusgroepen met jeugdverpleegkundigen en interviews zijn ter plaatse uitgevoerd om te voorkomen dat te veel tijd aan reizen voor de deelnemers verloren zou gaan.

3 Resultaten van prospectieve registratie

Vraagstelling:

Bij hoeveel cases en met welke kenmerken zijn er in de twee regio's PHB-JGZ uitgevoerd?

3.1 Volgens de verloskundige registratie

Eerstelijns verloskundigen hebben gedurende de inclusieperiode geregistreerd welke cliënten in aanmerking kwamen voor en verwezen zijn naar PHB-JGZ. Van de verloskundigen zijn 52 registratieformulieren over de gehele inclusieperiode ontvangen. Daarvan betreffen er:

- 10 de regio Achterhoek (Yunio) van één praktijk
- 42 de regio Helmond (De Zorgboog) waarvan 3 van één praktijk in Deurne en 39 van één praktijk in Helmond. Voor twee cliënten van deze praktijk waren er twee formulieren identiek ingevuld waardoor er feitelijk in totaal sprake is van 40 cases in de Helmond-regio.

In totaal is er dus ten aanzien van 50 cases door verloskundigen geregistreerd (zie tabel).

Tabel 2: Aantal cases volgens verloskundige registratie

	Verloskundige registratie (aantal cases)
Helmond-regio	40
Achterhoek	10
<i>Totaal</i>	<i>50</i>

Dit aantal is naar alle waarschijnlijkheid een onderrapportage en betreft niet het daadwerkelijke aantal cliënten dat volgens de verloskundige in aanmerking kwam voor PHB-JGZ of daar gebruik van maakte.

Omdat de registratie per saldo door slechts drie van de 25 verloskundigenpraktijken is uitgevoerd, zijn de resultaten daarvan niet generaliseerbaar naar de rest van de populatie.

3.1.1 *Non-respons*

Via email, telefonisch contact en de evaluatieve vragenlijst voor verloskundigen (zie Hoofdstuk 6) is nagegaan wat redenen waren voor non-respons bij de verloskundigen. Als redenen zijn genoemd:

- Geen prioriteit geven aan (dit) onderzoek.
- Geen tijd hebben.
- Geen psychosociale problematiek in de populatie van de verloskundigenpraktijk tegenkomen.
- Het "zelf (willen) uitvoeren van prenatale huisbezoeken", waarbij er verwarring leek te bestaan met het verloskundig huisbezoek in de 34^{ste} zwangerschapsweek.

3.1.2 *Resultaten*

De resultaten van de verloskundige registratie in beide regio's zijn samengevoegd in Tabel 3.

De gemiddelde leeftijd van geregistreerde cliënten is rond de 23 jaar. De landelijke en regionale gemiddelde leeftijd waarop vrouwen voor het eerst moeder worden, varieert rond de 29 jaar (PRN/RIVM 2011). De geregistreerde cliënten voor PHB-JGZ zijn dus relatief jong. De jongste cliënt was 16 jaar (Helmond-regio).

De verloskundigen van de drie praktijken (uit beide regio's) die registreerden, signaleerden al in een vroeg stadium dat extra hulp van de JGZ op psychosociaal vlak wenselijk was: gemiddeld rond de 20^{ste} zwangerschapsweek. De aanmelding bij de JGZ werd in de Achterhoek vervolgens meestal snel, op dezelfde of volgende dag, gedaan. In de Helmond-regio was dat gemiddeld zes dagen later. In Helmond maakten uiteindelijk 4 van de 40 geregistreerde cliënten (10%) geen gebruik van PHB-JGZ omdat zij dat niet wilden of niet nodig vonden.

De meerderheid van de geregistreerde 50 cliënten in beide regio's heeft een laag opleidingsniveau. Een kwart is alleenstaand en ongeveer een vijfde heeft een allochtone achtergrond. In ongeveer de helft van de gevallen betreft het PHB-JGZ in verband met een eerste kind.

De indicaties voor PHB-JGZ in de *Helmond-regio* zoals geformuleerd door de verloskundige betroffen:

- 6 cases met een verstandelijke beperking, vaak in combinatie met jong en alleenstaand ouderschap.
- 11 cases met psychische problematiek (angst en depressie, eerdere postnatale depressie en gebruik antidepressiva) of psychiatrische problematiek (borderline, psychose, suïcidaliteit, ADHD).
- 23 cases met psychosociale en multi-problematiek:
 - Verslavingsproblematiek in combinatie met andere problemen:
 - Alcohol verslaafd, alleenstaand en geen sociaal netwerk
 - Beide ouders veel blowen en bekend bij BJZ
 - Eerdere depressies, veel blowen
 - Jong, softdrugsgebruik, geen woning
 - Onduidelijke verblijfsstatus in combinatie met andere problematiek:
 - Tienerzwangerschap, recentelijk naar Nederland gekomen
 - Net in Nederland, geen sociaal netwerk
 - Tienerzwangerschap, geen verblijfsvergunning, onhygiënisch
 - Anders:
 - Woonachtig in crisisopvang, eerder kind in pleegzorg, partner woont elders
 - Inwonend bij schoonouders en beperkt sociaal netwerk
 - Alleenstaand, woont bij vader; moeder overleden
 - AMK-melding gedaan door schoonfamilie
 - Lage SES
 - Eerder kind uit huis geplaatst i.v.m. huiselijk geweld; ook zelf in pleegzorg opgegroeid
 - Jonge aanstaande ouders (2 maal genoemd)
 - Ongeplande zwangerschap, jonge aanstaande ouders
 - Alleenstaand, schulden en begeleiding AMW
 - Problematische jeugd, BJZ, eerder kind in pleegzorg, beperkt sociaal netwerk
 - Moeder wisselende relatie, vader van dit kind in detentie
 - Alleenstaand, ernstig huiselijk geweld met ex-partner en vader van de baby
 - Relatieproblemen, moeite met nee-zeggen en balans werk-gezin

Indicaties voor PHB-JGZ zoals geformuleerd door de verloskundigen waren in de *Achterhoek* uiteenlopend, voor de helft waren die complex en meervoudig:

- 3 cases met verstandelijke beperking in combinatie met:
 - Alleenstaand, begeleid wonen, geen contact met eigen ouders
 - Beide ouders verstandelijke beperkt en gedragsproblemen
 - Jonge moeder, psychosociale problemen.
- 2 cases met psychiatrische problematiek:
 - Automutilatie en borderline stoornis, ook in behandeling bij de GGZ, huiselijk geweld en negatieve ervaring op seksueel gebied
 - ADD, geen medicatie, stemmingswisselingen, bij begin zwangerschap gestopt met alcohol, roken en blowen
- Voor de 5 andere cases was de indicatie enkelvoudig van aard:
 - Problemen verwerken uit verleden
 - Beperkt sociaal netwerk
 - Financiële problemen
 - Alleenstaande jonge moeder die graag hulp wil
 - Depressieve klachten

In het onderstaande overzicht (Tabel 3.) worden de resultaten weergegeven.

Tabel 3: Kenmerken cliënten en verwijzingen volgens verloskundige registratie

	Helmond-regio (n=40)	Achterhoek (n=10)
Gemiddelde leeftijd cliënt	23,3 jaar	23,8 jaar
Eerste (aanstaande) kind	50%	40%
Zwangerschapsweek bij indicatie (gemiddeld)	18 ^{de} week	22 ^{ste} week
Gemiddeld aantal dagen tussen indicatiestelling en aanmelding	6 dagen	0/1 dagen
Maakt cliënt gebruik van aanbod PHB-JGZ?	90%	100%
Opleidingsniveau	90% laag*	85% laag*
Alleenstaand	30%	20%
Allochtone achtergrond	18%	20%

* maximaal MBO-niveau

3.2 Volgens de JGZ-registratie

De JGZ-instellingen hebben gedurende de gehele inclusieperiode het aantal aangemelde cases en uitgevoerde PHB-JGZ geregistreerd en enkele andere variabelen zoals type problematiek. De geregistreeerde cases zijn inclusief aanmeldingen door andere professionals dan eerstelijnsverloskundigen.

In totaal is het aanbod PHB-JGZ uitgevoerd bij:

- 64 cases in de regio Helmond (De Zorgboog)
- 52 cases in de Achterhoek (Yunio)

Omgerekend waren dit bij JGZ De Zorgboog in de Helmond-regio gemiddeld 38 cases op jaarbasis. Dit is ruim een derde van het verwachte aantal van 100 per jaar. Vanaf 1 april 2011 waren er 33 cases; in 2012 waren het er 31.

De JGZ-Yunio in de Achterhoek had er omgerekend gemiddeld 31 cases op jaarbasis. Dit is ongeveer 1% van het gemiddeld totaal aantal levendgeborenen (2011/ 2012) maar nog geen derde van het verwachte aantal van 100 per jaar. Van de geregistreerde cases waren er 23 aangemeld vanaf 1 april 2011; de andere 29 in 2012. Een overzicht is hierna weergegeven (Tabel 4.).

Tabel 4: Aantal PHB-JGZ op basis van JGZ-registratie

	Helmond-regio	Achterhoek	Totaal
Aantal cases PHB-JGZ vanaf 1/4 in 2011	33	23	
Aantal cases PHB-JGZ in 2012	31	29	
Totaal	64	52	116
Gemiddeld op jaarbasis	38	31	
% van geboorten	1,4%	1%	

3.2.1 In regio Helmond

Over de gehele inclusieperiode is gemiddeld ruim 2½ uur (167 minuten) door de jeugdverpleegkundige besteed per casus. Dit is exclusief reistijd en in een aantal gevallen waarschijnlijk ook exclusief overlegtijd met collega's of andere professionals. De maximale tijdsbesteding betrof 1420 minuten bij één casus.¹

In de Helmond-regio is het aantal feitelijke bezoeken per casus niet exact geregistreerd. Echter, bij 29 cases was er sprake van 2 uur of meer tijdsbesteding. En bij de vervolgacties is bij 20 cases door de jeugdverpleegkundige een vervolghuisbezoek geregistreerd. We concluderen dat er bij 20 tot 29, dus bij een derde tot de helft van de 64 cases sprake is geweest van meer dan één huisbezoek.²

In de registratie zijn meestal zowel de aanmeldingsdatum als de data van zorg geregistreerd. De gemiddelde tijdsduur tussen aanmelding en start van de zorg bedraagt bijna 2 weken. Het minimum betrof 0 dagen (huisbezoek op dezelfde of volgende dag); het maximum betrof 45 dagen.

Van de 64 cases zijn er 41 door eerstelijns verloskundigen aangemeld bij de JGZ voor PHB-JGZ. Het betreft verloskundigen van 7 verschillende praktijken; daarvan waren 32 cases (78%) aangemeld door één praktijk in Helmond. Verder waren er 6 cases afkomstig van de tweede lijn (gynaecoloog of maatschappelijk werkende van het Elkerliek ziekenhuis). Daarnaast waren er 6 aangemeld door de GGZ/BOBP; 2 door de kraamzorg; 1 door Novadic (verslavingszorg); 1 door BJZ en 4 door de JGZ zelf (vermoedelijk omdat er reeds kinderen bij de JGZ bekend waren waardoor de zwangerschap bij de JGZ in het vizier kwam).

De problematiek waarvoor PHB-JGZ werden aangevraagd is gecodeerd in enkelvoudig problematiek (waaronder alleenstaand moederschap en jong-

^{1,2} Het aantal huisbezoeken en de tijdsbesteding zijn naderhand vergeleken met de registratie in het mICAS-systeem van JGZ De Zorgboog (regio Helmond). Daaruit kwam een gemiddelde naar voren van 2½ huisbezoek per casus à gemiddeld ruim 1 uur per bezoek.

/tienerzwangerschap); en complexe, meervoudige problematiek. De cases bleken gelijk verdeeld over deze twee groepen.

De top-vier problemen waarvoor PHB-JGZ aangevraagd werden, zijn:

- psychische, soms psychiatrische problemen inclusief laag IQ (18 á 19 cases – 28%),
- alleenstaand ouderschap (deels overlappend met jong) (11 cases – 17%),
- tiener- of jong ouderschap (10 cases -16%),
- drugs- en/of alcoholgebruik waarbij het niet altijd duidelijk was of dit de aanstaande moeder of (ook) vader betrof (7 cases -11%).

In de volgende geobserveerde casus, bijvoorbeeld, is er niet alleen sprake van tienerzwangerschap maar ook van een huisvestingsprobleem, een licht verstandelijke beperking, drugsgebruik en een voorgeschiedenis met agressie bij de vader.

Het betreft een eerste huisbezoek, aangemeld door de verloskundige. We komen in een eenkamer-appartementje waar alle gordijnen dicht zijn. De televisie blijft aan. Naast elkaar zitten een jonge aanstaande vader en een meisje van Surinaamse komaf (17 jaar). Hij voert druk het woord en aanstaande moeder spreekt vrijwel niet of spreekt geen Nederlands. Hij maakt gebruik van de Wajong-regeling en wordt begeleid door BJZ en MEE, naar eigen zeggen omdat hij als kind getuige was van het geweld tussen zijn ouders. Hij "slaat zelf ook wel eens door". Hij gebruikt regelmatig cannabis. "Nee, zij niet, als ik dat merk sla ik haar de tandjes ..." Vader heeft al een kind elders, in pleegzorg, uit een eerdere relatie. De baby die nu op komst is, is ongepland maar moeder wilde het graag houden. Vader maakt zich zorgen omdat zijn vriendin alleen thuis zit op de bank en niemand heeft (ook geen contact meer met haar familie). Hij wil graag hulp "hoe je met kinderen om moet gaan en de baby moet verzorgen". Er zijn ook schulden en wisselende baantjes; de woning is tijdelijk (van een oom). De jeugdverpleegkundige zegt toe om met BJZ contact op te nemen en te kijken wat er mogelijk is aan dagbesteding voor de aanstaande moeder. Voorgesteld wordt om moeder en kind, na de bevalling tijdelijk in gespecialiseerde opvang te plaatsen om tot rust te komen en te kijken hoe het gaat. Daar zijn ze het wel mee eens. De jeugdverpleegkundige overweegt een OTS.

Welke actie(s) volgde(n) op een eerste contact met de jeugdverpleegkundige? Zoals boven reeds genoemd, ontving ruim een derde van de cliënten vervolghuisbezoeken. Ongeveer een kwart van de cliënten werd (tevens) verwezen naar hulpverlening (BOBP, AMW, BJZ, GGZ en eenmaal naar de Vrouwenopvang). Over een vijfde van de cliënten is overleg gevoerd met reeds aanwezige hulpverleners of netwerkpartners. Ook is ruim een kwart van de cliënten verder begeleid door de jeugdverpleegkundige door het houden van telefonisch contact of het regelen van praktische zaken (bv. opvang voor een eerder kind). Voor 6 cliënten kon de PHB-JGZ afgesloten worden (tweemaal in verband met verhuizing) of was geen vervolg tot na de bevalling nodig.

3.2.2 *In de Achterhoek*

Gemiddeld is in de Achterhoek bijna 1½ uur (85 minuten) per casus (exclusief reistijd) besteed door de jeugdverpleegkundige. Per casus is er gemiddeld 1½ huisbezoek geweest.

Tussen aanmelding en eerste zorgdatum verstreek gemiddeld 18 dagen. Het minimum was 0 dagen (huisbezoek op dezelfde of volgende dag) en het maximum was 54 dagen. Bij navraag bleek dat er altijd wel direct na aanmelding telefonisch contact is met de cliënt en dat op basis daarvan bepaald wordt wanneer een eerste huisbezoek plaatsvindt.

Bij 45 van de 52 cases vond de aanmelding voor PHB-JGZ plaats door eerstelijns verloskundigen van 10 verschillende praktijken; daarvan waren 16 cases (36%) aangemeld door één praktijk. In de Achterhoek waren er geen aanvragen vanuit de tweedelijns verloskunde (de ziekenhuizen). Andere aanmeldingen kwamen 2 maal van de JGZ zelf; en verder van: BJZ, AMW, GGNet (GGZ).

De vier meest voorkomende problemen van cliënten waarvoor PHB-JGZ bij Yunio werden aangevraagd, zijn:

- psychosociale problematiek (18 cases - 34%),
- psychische of psychiatrische problemen (8 cases – 15%),
- sociale problematiek (waaronder eenmaal dakloos) (7 cases -13%),
- jonge aanstaande ouders (5 cases -10%).

Andere combinaties van problematiek waren: onhygiënisch (3); drugs (1); voedingsstatus (1); ongeplande zwangerschap (1). De categorie problematiek is door de JGZ Yunio minder gedetailleerd weergegeven dan in de Helmond-regio, waardoor dit niet goed vergelijkbaar is.

Welke vervolgacties werden door de jeugdverpleegkundigen uitgevoerd? Een kwart van de cliënten werd verwezen naar hulpverlening (AMW, GGZ, BJZ, Leger des Heils, Homestart, Voedselbank). Een derde van de cliënten kreeg een of meer vervolghuisbezoeken. Ruim een derde werd (tevens) op andere wijze, bijvoorbeeld door telefonisch contacten, begeleid door de jeugdverpleegkundige. Dit was meer dan in de Helmond-regio. Ook werd in de Achterhoek vaker dan in de Helmond-regio een prenataal traject met de jeugdverpleegkundige na één huisbezoek of contact afgesloten of niet meer nodig geacht. Volgens de registraties werd er veel minder met netwerkpartners overlegd (in 10% van de cases versus 20% in de Helmond-regio).

In het onderstaande overzicht zijn de resultaten uit de JGZ-registraties van beide regio's, voor zover mogelijk, weergegeven (Tabel 5.).

Tabel 5: Kenmerken PHB-JGZ volgens JGZ-registratie

	Helmond-regio	Achterhoek
Tijd in uren per casus gemiddeld (excl. reistijd)	2½	1½
Gemiddeld aantal huisbezoeken / contacten per casus	*	1,5
Gemiddeld aantal dagen tussen aanmelding en zorgcontact	14	18
Aanmeldingen door 1 ^{ste} lijns verloskundigen	41 (64%)	45 (86%)

Aanmeldingen door 2 ^{de} lijns verloskundigen	6 (9%)	0
Aanmeldingen door andere professionals:	GGZ/BOBP (6) BJZ (1) JGZ (4) Kraamzorg(2) Verslaving (1)	GGZ (1) JGZ (2) BJZ (1) AMW (1)
Problematiek top-4	psychisch, psychiatrisch (28%) jong ouderschap (16%) alleenstaand(17%) drugs, alcohol (11%)	psychisch, psychiatrisch (15%) jong ouderschap (10%) psychosociaal (34%) sociale (13%)
Vervolgacties	vervolghuisbezoek (31%) verwijzing (25%) overleg ketenpartners (20%) andere begeleiding (27%) afgesloten (9%)	vervolghuisbezoek (29%) verwijzing (25%) overleg ketenpartners (10%) andere begeleiding (35%) afgesloten (17%)

*niet exact bijgehouden, maar naar schatting ontving een derde tot de helft van de cliënten meer dan één huisbezoek

3.3 Analyse van de cases gekoppeld in verloskundige- en JGZ-registratie

Het verloskundig cliëntnummer ontbrak in veel gevallen in zowel de verloskundige registratie als in de JGZ-registratie. Daardoor was er niet een volledige match tussen de beide registraties mogelijk.

Van de 64 cases die De Zorgboog registreerde, was er voor 14 cases tevens een verloskundig registratieformulier.

Van de 52 cases die Yunio registreerde was er voor slechts 2 cases ook een verloskundig registratieformulier.

Verder bleek uit vergelijking van de verloskundige registratie met de JGZ-registratie dat er minstens 5 cases meer in de Achterhoek moeten zijn geweest dan alleen uit de JGZ-registratie blijkt.

In de Helmond-regio moeten dat er minstens 4 cases meer zijn geweest dan uit de JGZ-registratie blijkt.

Uit de in totaal 16 betrouwbare matches komt de indruk naar voren dat de problematiek waarvoor de verloskundige aanmeldde voor PHB-JGZ meestal (bij 12 cases) min of meer overeen kwam met de problematiek die de jeugdverpleegkundige vervolgens met cliënt(en) oppakte. Bij 4 cases was er verschil tussen de geregistreerde problematiek in de verloskundige- en JGZ-registratie:

Verloskundige: "moeder is lichtverstandelijk beperkt en vader is verstandelijk beperkt en autistisch, beide erg jong, vader twijfelt over aanstaand vaderschap".

Jeugdverpleegkundige: "sociaal-emotionele problemen, gezinsproblematiek, huisvesting, inschakelen AMW"

Verloskundige: "jong, geen eigen woning en softdrugsgebruik"

Jeugdverpleegkundige: "jonge ouders, bij navraag geen problemen, huisbezoek in kraambed"

Verloskundige: “alleenwonend, vader in detentie, 4^{de} kind”

Jeugdverpleegkundige: “vader in detentie, AMK-melding met betrekking tot 2^{de} kind, pedagogische ondersteuning nodig”

Verloskundige: “LAT-relatie, woont bij moeder, dagelijks cannabisgebruik, bij GGZ in behandeling”

Jeugdverpleegkundige: “eerste kind OTS, woont bij ouders van moeder, plan maken met betrokken hulpverleners hoe het met dit kind moet”

4 Ervaringen van cliënten

Vraagstelling:

Hoe ervaren aanstaande ouders het 'gesignaleerd worden' en in welke mate ervaren zij steun en zijn zij tevreden over het aanbod van PHB-JGZ?

4.1 Resultaten vragenlijst cliënttevredenheid

Aan het einde van een prenataal PHB-JGZ-traject, gaf de jeugdverpleegkundige een korte vragenlijst aan de cliënt waarin de waardering van de ondersteuning kon worden aangegeven. De ingevulde vragenlijst werd in gesloten enveloppe aan de verpleegkundige meegegeven. In totaal is van 17 cliënten een vragenlijst retour ontvangen, waarvan (zie tabel):

- 3 cliënten van Yunio (Achterhoek)
- 14 cliënten van De Zorgboog (Helmond-regio)

Dit betekent dat van de meeste cliënten van PHB-JGZ *niet* bekend is hoe zij de jeugdverpleegkundige en de prenatale huisbezoeken hebben ervaren. De onderstaande resultaten geven daarom slechts een indruk en zijn niet representatief voor alle PHB-JGZ cliënten.

Tabel 6: Respons cliënt-vragenlijst

	Aantal cliënten
Helmond-regio	14
Achterhoek	3
<i>Totaal</i>	<i>17</i>

Non-respons ten aanzien van de cliënttevredenheidsvragenlijsten hield mogelijk verband met de volgende redenen.

- In de Achterhoek was er onder enkele jeugdverpleegkundigen weerstand om de vragenlijst voor te leggen aan ouders.
- Indien slechts één huisbezoek werd afgelegd vonden veel jeugdverpleegkundigen het 'onnatuurlijk' om een vragenlijst achter te laten omdat het dan geen begeleidings'traject' betrof.
- Ook was het einde van een traject niet altijd even duidelijk omdat de betrokkenheid van de jeugdverpleegkundige postnataal gecontinueerd werd.
- Vermoedelijk is ook vaak vergeten om de cliënttevredenheidsvragenlijsten te overhandigen aan ouders, is deze niet ingevuld of geretourneerd.

4.1.1 *In de regio Helmond*

Op twee na waren de cliënten over het geheel genomen positief over de prenatale huisbezoeken en begeleiding van de jeugdverpleegkundige van De Zorgboog. De reden voor huisbezoeken en begeleiding was in alle gevallen duidelijk of min of meer duidelijk. Cliënten voelden zich (min of meer) op hun gemak en voelden zich serieus genomen. Jeugdverpleegkundigen namen voldoende tijd en luisterden goed, kwamen deskundig over en kwamen meestal hun afspraken na. Cliënten voelden zich vooral geholpen doordat zij zich zekerder voelden over het ouderschap, zich beter in hun vel voelden, het huis meer op orde hadden en bruikbare adviezen hadden gekregen.

Het gemiddelde rapportcijfer dat de cliënten aan de jeugdverpleegkundigen gaven, was een 8; het aanbod PHB-JGZ kreeg als gemiddeld rapportcijfer een 7,9.

Positieve opmerkingen:

“Ik denk dat veel jonge aanstaande ouders hier iets aan hebben vooral omdat je zelf niet weet waar je heen moet voor hulp”
 “Kon mijn verhaal kwijt en mijn keuze werd gerespecteerd”
 “Ik ben zeker tevreden!”
 “Ik vond het fijn m'n verhaal te kunnen vertellen, het was erg prettig om iemand te hebben waar je al je vragen aan kwijt kon voor de komst van de baby”
 “... dat ik thuis kon blijven, anders was ik opgenomen in de GGZ”

Positieve reacties waren er ook tijdens de (geobserveerde) huisbezoeken:

Annelies (22 jaar) is 29 weken zwanger, woont nu tijdelijk bij haar vader die niet aanwezig is bij het gesprek, in een keurig huisje, moeder is lang geleden overleden, Annelies heeft haar nooit gekend en is opgevoed door haar oma. De band met haar vader is “koel”. Annelies volgt een MBO-opleiding. De vader van de baby is soms in beeld maar “weet niet wat hij wil”. “Hij had het net uitgemaakt met zijn vorige vriendin waarbij hij al een kind heeft, hij heeft schulden en wil nu eerst sparen. Toen ik hem drie maanden kende, werd ik zwanger, ik wilde geen abortus, dat vind ik niet goed”. “Ik kon wel naar de opvang, maar toen wilde hij toch weer wel samenwonen en ik vond het ook te ver weg.” Annelies wil in ieder geval niet bij haar vader blijven wonen maar geld is een probleem. Wel is er al een babykamer klaargemaakt. Annelies en de jeugdverpleegkundige praten over de bevalling, wie wil zij dat er bij is? Wie kan haar helpen na de geboorte, is er andere familie, hoe zoekt zij naar een woning? Ze spreken af zo snel mogelijk na de bevalling verder te praten. Over het huisbezoek zegt Annelies “het is fijn dat we alle mogelijkheden hebben bekeken”. Later blijkt dat Annelies toch naar de moeder-kind-opvang is gegaan en dat het goed gaat met de baby. De vader van de baby is niet meer betrokken. Ze is gestopt met de opleiding maar realiseert zich het belang daarvan en wil binnenkort weer beginnen. Vader en een tante kunnen dan oppassen. Ze woont nu bij de tante in huis en staat ingeschreven voor een eigen woning.

Verwijzingen vonden volgens de cliënten in de regio Helmond plaats naar: maatschappelijk werk (LEV-groep), steunpunt huiselijk geweld (SHG), gemeente (WMO-loket), GGZ. Bij 9 van de 14 cliënten betrof het een eerste kind.

Gemiddeld werd volgens de cliënten 4,5 huisbezoeken gebracht en waren er diverse telefonische contacten.

Cliënten hadden meestal een zeer laag tot laag opleidingsniveau (alleen basisonderwijs tot middelbaar beroepsonderwijs (MBO)); twee cliënten waren van HBO-opleidingsniveau.

Twee cliënten waren niet van tevoren geïnformeerd over de PHB-JGZ van De Zorgboog.

Bij 6 cliënten was er geen uitleg gegeven over de doelen van de prenatale huisbezoeken en/of waren er geen (duidelijke) afspraken gemaakt over eventuele vervolgacties.

Twee cliënten zouden het aanbod van PHB-JGZ niet aanraden aan anderen.

Kritische opmerkingen:

“Beter om standaard afspraken te maken, niet laten bellen voor een nieuwe afspraak, door onzekerheid heb ik dat ook niet gedaan”
 “Gemist heb ik doorsturen naar professionele hulp”
 “Niets, ik had geen begeleiding nodig, ja alles was overbodig” (wel 6 huisbezoeken gehad, red.)
 “Het eerste contact (huisbezoek of bij eerdere kinderen? red.) is misgegaan bij de Zorgboog”

Uit de verloskundige registratie bleken er verder 4 cliënten te zijn die geen gebruik wilden maken van de PHB-JGZ omdat zij dat niet wilden of niet nodig vonden.

4.1.2 *In de Achterhoek*

In de Achterhoek is van slechts 3 cliënten van PHB-JGZ een ingevulde vragenlijst retour ontvangen. Alle drie waren positief over de jeugdverpleegkundige (rapportcijfer 8) en het aanbod (rapportcijfer 8,5). Alle drie de cliënten waren van MBO-opleidingsniveau en zwanger van een eerste kind. Bij een van de drie cliënten waren er geen afspraken gemaakt over doelen en zij voelde zich niet goed verwezen.

Positieve opmerkingen:

“Ik voelde me geruster, wetende dat er een vangnet is indien nodig; beter aangeven wat ze voor hulp kunnen bieden”
 “Het is heel fijn als ze komen voor de baby er is, dan kun je al vragen stellen en weet je van tevoren wat er gaat gebeuren”
 “Ik vind het super dat deze mogelijkheid er is”

4.2 **Aanvullend cliëntonderzoek**

Vanwege het gering aantal respondenten is een toets uitgevoerd bij een andere regio waar volgens een zelfde definitie en werkwijze het aanbod PHB-JGZ wordt uitgevoerd. De GGD Hart voor Brabant heeft daartoe gedurende de laatste vier inclusie maanden volgens dezelfde werkwijze de vragenlijst over waardering van de PHB-JGZ aan cliënten voorgelegd. Dit leverde 18 ingevulde vragenlijsten retour op. De resultaten van de Achterhoek, de regio Helmond en GGD Hart voor Brabant komen op alle punten sterk overeen.

4.3 **Naar aanleiding van observaties**

Van de tien, in het voorstel geplande observaties, konden er alleen in de Helmond-regio acht uitgevoerd worden. De geobserveerde huisbezoeken betroffen zeven cases van vier verschillende jeugdverpleegkundigen. Bij één casus kon tweemaal geobserveerd worden. Altijd werd vooraf toestemming gevraagd bij de ouders door de jeugdverpleegkundige. Ongeveer vijf observaties (waaronder ook in de Achterhoek) konden niet plaatsvinden omdat die afgezegd of verzet werden en/of van de kant van de onderzoekers niet te regelen vielen.

Gekeken is naar de opbouw van een gesprek, items die besproken werden, afspraken die gemaakt zijn en de reacties en vragen van cliënten. Het gebruikte observatieschema is als bijlage F toegevoegd.

Zes van de zeven cases betrof de zwangerschap van een eerste kind, moeder was in alle gevallen (zeer) jong, bij de helft was sprake van een (licht) verstandelijke beperking en allen hadden een lage SES en waren woonachtig in een achterstandswijk. In vijf gevallen betrof het een eerste huisbezoek van ongeveer een uur. Twee maal waren beide aanstaande ouders bij het huisbezoek aanwezig.

Een eerste huisbezoek verliep altijd als een kennismakingsgesprek met een open insteek. De jeugdverpleegkundige stelde open vragen, luisterde en maakte af en toe een notitie. Cliënten vertelden spontaan veel en leken deze mogelijkheid te waarderen. Soms werd expliciet benoemd door cliënten dat het fijn was om al voor de bevalling kennis te maken met de jeugdverpleegkundige en hun verhaal kwijt te kunnen. Dit werd door verpleegkundigen ook als voornaamste doel van het bezoek benoemd en om "te kijken of je misschien extra hulp nodig hebt". De jeugdverpleegkundigen stelden zich neutraal en zonder oordeel op – ondanks de vaak zorgelijke omstandigheden. De reacties van de jeugdverpleegkundigen waren zo veel mogelijk positief, bevestigend en begripvol. Deze houding lijkt van groot belang voor het creëren van vertrouwen. Maar daarnaast werd de prenatale betrokkenheid van de jeugdverpleegkundige ook altijd als vanzelfsprekend door cliënten geaccepteerd.

De jeugdverpleegkundigen sloten nauw aan bij het verhaal van cliënten maar stelden ook zelf thema's aan de orde zoals roken, het huilen van een baby, borst- of flesvoeding, financiën, huisvesting en de betrokkenheid van hulpverleners. Zij vertellen daarover het 'Balansmodel' (Bakker, 1997) in gedachten na te lopen en zich ook te baseren op werkervaring en training (zoals motiverende gespreksvoering). Daarnaast was er in de meeste gevallen vooraf al informatie over cliënten beschikbaar van de verloskundige of doorgesproken met andere professionals. Een of twee cliënten hadden zelf ook nog vragen maar meestal werd er vooral verteld.

De afspraken over het vervolg werden altijd door de cliënten geaccepteerd en naar het leek, ook begrepen.

Een maal betrof de observatie geen daadwerkelijk *huisbezoek* maar een gesprek aan de deur:

Bij het secretariaat van de JGZ is een telefoontje binnengekomen – van wie is niet bekend – betreffende een Roemeense mevrouw die zwanger is van een tweeling en tijdelijk in een sloopwoning woont. De jeugdverpleegkundige gaat er langs. Er vindt een gesprek aan de deur plaats. De partner van mevrouw is Nederlands. Hulp is volgens mevrouw niet nodig, zij gaan binnenkort terug naar Roemenië waar zij eigenlijk wonen en waar nog een kind van 4 jaar is ondergebracht bij een familielid. Mevrouw bleek in behandeling bij een van de gynaecologen in Helmond.

En een andere keer betrof het geen *prentaal* huisbezoek maar een huisbezoek in de kraamtijd:

Ik ga met jeugdverpleegkundige M. op kraambezoek bij een Poolse familie. Tijdens de zwangerschap zijn er twee huisbezoeken geweest. Het ontvangst is hartelijk. Een oma en een zus zijn er ook; de vader niet. Moeder is 24 jaar en heeft al een peuter en een kleuter. Er is geen kraamzorg vanwege de kosten voor de eigen bijdrage. Vader heeft een verleden van GGZ-opname, verslaving en

criminaliteit en moeder heeft in de prostitutie gezeten. De kinderen zijn eerder tijdelijk in pleegzorg opgevangen vanwege detentie. De situatie is volgens de jeugdverpleegkundige nu stabiel (vanwege de eerdere kinderen is het gezin bekend bij de JGZ). De familie ontfermt zich over dit gezin. Maar oma en zus maken zich regelmatig zorgen. De jeugdverpleegkundige: "Oma's zijn belangrijk want die hebben de gevolgen gezien van hun eigen verleden"

De andere observaties zijn weergegeven en geplaatst tussen de tekst in de andere hoofdstukken.

5 Verloskundigen over de PHB-JGZ

In plaats van de aanvankelijk beoogde focusgroepen, is aan alle 70 eerstelijns verloskundigen een vragenlijst met vragen over hun ervaringen met het aanbod van PHB-JGZ gestuurd. De vragenlijst is ingevuld door individuele verloskundigen, dus niet per praktijk.

In totaal zijn hiervan 48 vragenlijsten geretourneerd, overeenkomstig een respons van 69% (zie tabel 7.). Dit betrof:

- 19 verloskundigen uit de regio Helmond (De Zorgboog) (73% van de eerstelijns verloskundigen aldaar), verdeeld over 6 á 8 praktijken.
- 29 verloskundigen in De Achterhoek (Yunio) (54% van de eerstelijns verloskundigen aldaar), verdeeld over 9 á 12 praktijken.

Redenen voor non-respons op de vragenlijst zijn niet bekend. Het is mogelijk dat juist sommige van deze verloskundigen niet bekend zijn met het aanbod PHB-JGZ.

Tabel 7: Respons vragenlijst verloskundigen

	Aantal verloskundigen (n=70)	Aantal verloskundigenpraktijken (n=54)
Helmond-regio	19 (n=26)	6 á 8 (n=9) *
Achterhoek	29 (n=54)	9 á 12 (n=16) *
<i>Totaal</i>	<i>48</i>	

*De vragenlijst kon naar keuze anoniem of met praktijknaam ingevuld worden.

5.1.1 Ervaringen van de verloskundigen in de regio Helmond

Alle respondenten blijken bekend te zijn met het aanbod van PHB-JGZ van De Zorgboog.

Zij zijn hier meestal bekend mee geraakt via collega's (9) waaronder via het VSV-overleg, via de De Zorgboog doordat de jeugdverpleegkundige dit vertelde (4), via de folder over PHB-JGZ (4) en via email van de jeugdverpleegkundige. In 4 gevallen werd het aanbod van De Zorgboog bekend via een mail van TNO over het onderzoek.

Vrijwel alle respondenten zeiden gebruik te maken van de mogelijkheid om cliënten aan te melden voor PHB-JGZ; één verloskundige noemde dat zij het aanbod weliswaar kent, maar er geen gebruik van maakt omdat er geen psychosociale problematiek voorkomt binnen de populatie van haar praktijk.

Gevraagd is naar het aantal cliënten dat vanaf 1 april 2011 en in 2012 is aangemeld voor PHB-JGZ. Daarbij kon worden aangegeven of dit een exact of geschat aantal betrof. Volgens de respondenten zijn in totaal ongeveer 78 cliënten (in 2011) en 54 cliënten (in 2012) aangemeld: 132 in totaal.

Van alle problematiek die aangekruist kon worden als reden voor aanmelding bij de JGZ kwamen psychiatrie en een psychisch belaste anamnese het meeste voor. Niet genoemd zijn: een te hoge of lage BMI en laat in zorg komen.

De samenwerking met de jeugdverpleegkundige werd door 15 respondenten als heel goed en door 4 respondenten als voldoende gewaardeerd.

Als knelpunten in de samenwerking rond PHB-JGZ werden vooral de terugkoppeling naar en afstemming met de verloskundige genoemd (10) en de bereikbaarheid van de JGZ (6). In één situatie werd de bejegening door de jeugdverpleegkundige als knelpunt ervaren.

16 verloskundigen gaven aan van cliënten heel positieve tot enigszins positieve reacties terug te horen. Drie verloskundigen hebben er niets over terug gehoord van hun cliënten.

Alle 19 respondenten zouden het aanbod van PHB-JGZ aanraden aan andere verloskundigen en professionals.

5.1.2 *Ervaringen van de verloskundigen in de Achterhoek*

De meeste respondenten (25) vulden in dat zij op de hoogte zijn van het aanbod van PHB-JGZ van Yunio. Voor vier verloskundigen is het aanbod min of meer bekend.

Het aanbod is bij hen bekend via collega's (8); de JGZ zelf via mondelinge uitleg (7), en email (6) en de folder van de JGZ-Yunio. Zes respondenten waren er bekend mee geraakt via email en/of telefoon van TNO (9); één had er van gehoord via een cliënt; één respondent verklaart weinig te maken te hebben met Yunio (maar wel met een andere JGZ-instelling in de aangrenzende regio).

Op de vraag waarom men (vrijwel) niet aanmeldt voor PHB-JGZ, terwijl men er wel bekend mee is, zijn diverse antwoorden gegeven:

“Indien nodig doen we het zelf, omdat we de terugkoppeling niet voldoende vonden, wel lichten we de JGZ in de kraamweek in”
 “Er was al allerlei hulp ingeschakeld”
 “Ik weet niet wat de JGZ-verpleegkundige doet en wat het doel van de prenatale huisbezoeken is” (als een van de antwoordopties)
 “Er komt vrijwel geen psychosociale problematiek voor bij onze cliënten” (als een van de antwoordopties)
 “Collegae hebben dit onder hun hoede”
 “Vaak is er al een sluitend zorgnetwerk om cliënt heen en wil cliënt niet”
 “Ik heb zelf eigenlijk weinig cliënten met problematiek gezien, collega's meer”
 “Weinig problematiek in onze populatie”
 “Wij doen het zelf” (meerdere keren genoemd)
 “Ik verwijs naar andere instanties zoals maatschappelijk werk, multidisciplinair overleg, wij doen het ook zelf zodat wij ook weten wat de gezinssituatie is”

Het genoemde aantal cliënten dat in aanmerking kwam voor of verwezen is naar PHB-JGZ was volgens de respondenten ongeveer 90 vanaf 1 april 2011 en 55 in 2012 (145 in totaal).

Vrijwel alle problematiek die aangekruist kon worden als reden voor aanmelding bij de JGZ kwam voor; eenmaal was dit 'op verzoek van cliënt zelf'.

De samenwerking met de jeugdverpleegkundige wordt door 10 respondenten als heel goed en door 15 als voldoende gewaardeerd. Vier waardeerden de samenwerking als matig. Net als in de Helmond-regio worden de bereikbaarheid van de JGZ of jeugdverpleegkundige (13 keer) en de terugkoppeling naar en

afstemming met de verloskundige (20 keer) als belangrijkste knelpunten in de samenwerking genoemd.

Van cliënten hoorden 23 verloskundigen heel positieve tot enigszins positieve reacties terug. Eén verloskundige kreeg een enigszins negatieve reactie van een cliënt en anderen hoorden niets terug of voor hen was de vraag niet van toepassing (omdat zij cliënten niet aanmelden voor PHB-JGZ).

De meeste (26) respondenten zouden de PHB-JGZ van Yunio aanbevelen aan andere verloskundigen of professionals. Eén verloskundige heeft hierover haar twijfels vanwege de beperkte terugkoppeling door de JGZ.

5.2 Meerwaarde voor verloskundige en cliënt

In de evaluatieve vragenlijst voor de verloskundigen zijn ook enkele open vragen gesteld ten aanzien van de meerwaarde van en ervaringen met het PHB-JGZ aanbod.

5.2.1 Meerwaarde volgens verloskundigen in de regio Helmond

De antwoorden op de vraag wat het aanbod van De Zorgboog de verloskundige oplevert en wat de meerwaarde is, konden ingedeeld worden in vier thema's:

Geruststelling:

“Het geeft rust dat er een vangnet is, ook na onze zorg” (meermaals genoemd)
 “Cliënten kunnen loslaten na afsluiting van het kraambed”
 “Het is prettig om mensen door te kunnen verwijzen en te weten dat zaken op psychosociaal vlak goed geregeld worden door experts op dat gebied”

Een extra paar ogen:

“Dat mensen niet uit beeld raken”
 “Iemand die een oogje in t zeil houdt”
 “Dat de cliënt nog in de gaten word gehouden en bijgestaan”
 “Samen de situatie beter inschatten, mensen kennen de jeugdverpleegkundige dan al, dat is prettig voor de mensen en de verpleegkundige weet dan ook wat haar te wachten staat”
 “Het idee dat ze dan nog begeleid en in de gaten gehouden worden”
 “Delen van zorgen die je hebt”

Kwaliteit van zorg:

“Continuering van dezelfde zorg in de postnatale periode tot het 4^{de} levensjaar”
 “(Levert) mij niet echt veel op, behalve dat er al contact is geweest en de cliënt de verpleegkundige dan al kent”
 “Goede afstemming van zorg en overleg”
 “Ik kan me vooral bezighouden met de medische begeleiding ...”
 “Eenduidigheid voor de cliënt, structuur, duidelijkheid en één casemanager”
 “Meer vroegsignalering”

Aanvullende zorg:

“Cliënten worden extra ondersteund”
 “Extra begeleiding, cliënten staan er niet alleen voor”
 “Begeleiding op psychosociaal gebied”
 “Dat er voor de probleem-zwangeren goede opvang gerealiseerd kan worden”
 “Zorg door de juiste persoon, wij zijn verloskundigen, geen maatschappelijk werk”

“Begeleiding dicht bij huis”
 “... dat ze er niet alleen voor staan en kans op negatieve spiraal groter is.”

5.2.2 *Meerwaarde volgens verloskundigen in de Achterhoek*

Wat levert het PHB-JGZ aanbod van Yunio de verloskundigen in de Achterhoek op, wat is volgens hen de meerwaarde?

De antwoorden op deze open vraag konden na analyse worden ingedeeld in de volgende thema's, daarbij zijn er vergelijkbare thema's (geruststelling, kwaliteit van zorg, aanvullende zorg) maar ook andere die de nadruk kregen (dat de zorg eerder is, tijd en kosten bespaart en (hulp bij het) inschatten van de thuissituatie).

Geruststelling:

“Geruststellend idee dat cliënt in het vizier komt van de JGZ”
 “Dat je weet dat na het kraambed er een goede vervolg is, de aansluiting is dan beter en mensen worden niet ‘overvallen’”

Kwaliteit van zorg:

“Samenwerken o.g.v. signaleren van risico's”
 “Betere overdracht van onze zorg naar JGZ”
 “Dat Yunio al weet waar de kraamzorg straks werken gaat”
 “Zoveel mogelijk continuïteit van zorg voor de cliënt”
 “Meer samenwerken en vormgeven betere onderlinge afstemming op zorg”
 “Continuïteit van zorg en informatieoverdracht”
 “Betere begeleiding door de benodigde instantie”
 “Opvolging van zorg en voorbereiding van de JGZ op wat gaat komen na het kraambed”
 “Delen van onze zorgen met diegene die de zorg van ons gaan overnemen”

Aanvullende zorg:

“... want complete zorg”
 “Completere zorg en duidelijk zorg voor de vrouw”
 “Hulpvraag van cliënt kan zo beter beantwoord worden”
 “Extra hulp op vlak waar wij niet aan toe komen of voldoende expertise hebben”
 “Goede zorg en voorbereiding voor cliënt”

Eerdere zorg:

“Tijdige hulp voor ouders”
 “... en al eerder de zorgbehoefte in kaart brengen”
 “... en dat zij haar goed en vroeg kunnen begeleiden, onze zorg houdt op”
 “Al voor de geboorte informatie over de thuissituatie”
 “Dat de JGZ op tijd kan inspelen op de problematiek”
 “Het is wel prettig dat kwetsbare zwangeren eerder in beeld zijn”
 “Tijdig inschatten en/of oplossen problemen”

(Hulp bij) inschatten thuissituatie en zorgbehoefte:

“... voor ons om ook een idee van de situatie te krijgen”
 “Goede manier van daadwerkelijk inschatten hoe de thuissituatie”
 “Om completer beeld te krijgen”
 “... ook thuis, mede-beoordelen”
 “Een extra inschatting en risicoselectie”
 “Betere inschatting in welke situatie het kind opgroeit”

“... wij zien mensen alleen op spreekuur”

Tijd en kosten:

“Tijdsbesparing”

“Minder werk voor mij als verloskundige”

5.3 De mening van verloskundigen over PHB-JGZ

5.3.1 *Mening van verloskundigen in de regio Helmond*

In de Helmond-regio hadden twee respondenten geen mening over het PHB-JGZ aanbod van De Zorgboog en vonden twee respondenten dat zij dit niet konden beoordelen omdat zij er van cliënten en/of van jeugdverpleegkundige niks over terug hadden gehoord. Daarvan licht er één respondent toe: *“sommige cliënten zien niet zo dat de JGZ er is om te helpen en niet om kinderen af te pakken”*.

De andere 15 respondenten reageerden in positieve bewoordingen:

“Goed” of “Prima” (7 maal genoemd)

“Goed, cliënten zijn tevreden over extra zorg”

“... mensen vinden het ook prettig”

“Cliënten zijn erg blij met het aanbod.”

“Goed dat zij het doen, wij zien de mensen maar 9 maanden en zij 4 jaar”

“Prima, geeft mensen vertrouwen, de JGZ-verpleegkundige is al vroeg in het gezin en volgt lange tijd”

“Het consultatiebureau wordt vaak als negatief gezien maar onze cliënten zijn heel positief”

“Goed, hierdoor worden mensen bewust van hun gedrag en is kans op verandering daarvan groter”

Een individuele verloskundige vertelt:

“Ik ben erg te spreken over het JGZ-aanbod. Anderen in de kring zijn ook heel tevreden. De overdracht gaat ook goed, we hebben één telefoonnummer. Het terug horen hoe het gaat kan beter, dat zou niet afhankelijk moeten zijn van ad hoc contacten. Maar verloskundigen moeten ook zelf in de telefoon klimmen, we zouden regelmatig casusoverleg moeten hebben, eventueel tijdelijk als leerproces?”

En een andere via mail:

“Wij zijn in ieder geval 100% overtuigd van de meerwaarde van de huisbezoeken!”

Er werden in de evaluatie-vragenlijsten ook suggesties voor verbetering gedaan:

“..... als het maar in overleg gaat met de verloskundige”

“Ik weet dat de huisbezoeken plaatsvinden doordat ik het aan cliënt vraag maar er vindt totaal geen terugkoppeling plaats van de JGZ”

“... en er moet aandacht zijn voor het feit dat cliënten zich soms betutteld en gecontroleerd voelen en daardoor aangevallen; het vergt veel van gesprekstechnieken van de verpleegkundige en dat is uiterst belangrijk”

5.3.2 *Mening van verloskundigen in de Achterhoek*

Wat vinden de verloskundigen van het aanbod van PHB-JGZ van Yunio?

De meeste respondenten (18 van de 29) reageerden in positieve bewoordingen:

“Goede zaak” “Zo door gaan” “Zinvol” “Over het algemeen positief” “Prima initiatief” “Prima, graag zo continueren” “Loopt prima volgens mij”
 “De mensen zijn tevreden”
 “Goede aanvulling op onze zorg”
 “Ik ben er zeer positief over en zie het als belangrijke aanvulling, zeker bij twijfel of vermoedens kan een huisbezoek soms meer duidelijkheid geven”
 “Vervoltraject bewaken van zorg rondom ouders en kind”
 “Eerder in beeld en daardoor betere zorg na kraambed”
 “Zijn nauwkeurig en betrokken”
 “Zetten extra zorg in waar nodig”
 “Verantwoordelijkheid nemen voor het kind”
 “Mensen kunnen alvast een vertrouwensband opbouwen met de JGZ-verpleegkundige, als ze weten dat ze haar ook op het cb tegenkomen zullen ze hier ook sneller trouw naar toe gaan”
 “Mensen staan er open voor, meer dan ik had verwacht, ze willen dus graag geholpen worden, dat is fijn”

Acht respondenten gaven geen mening of vonden de vraag niet van toepassing. Anderen hadden kritiek of noemden suggesties voor verbetering:

“De reactie wordt ook bepaald door hoe je het als verloskundige de cliënt vertelt, wanneer je er een positieve draai aan geeft, zijn ze zelf ook snel positief”
 “Goed maar ik vind dat ik zelf het huisbezoek moet doen”
 “Ik heb het gevoel dat er soms te weinig wordt kortgesloten met andere hulpverleners”
 “Wij vinden dat het bij ons thuishoort en verwijzen dan zo nodig naar de JGZ”
 “Ik zou graag een verslag of een terugkoppeling krijgen, dan kan ik ook een conclusie trekken”
 “... wel graag wat meer terugkoppeling naar ons toe” (vaker genoemd)
 “Lastig te zeggen vanwege onze minder goede ervaring, daarom maken we er ook minder gebruik van”
 “... toen ik laatst belde voor de jeugdverpleegkundige, begreep de telefoniste niet waarvoor ik belde, dat lijkt me een eerste stap om goed te regelen.”
 “Terugkoppeling zou ook kort per mail kunnen”
 “Als we beter zouden samenwerken zou het zinvoller zijn, als ik niks over een huisbezoek terug hoor en het blijkt er te vies voor woorden, vind ik dat wel gek”
 “Wordt er ook teruggekoppeld aan een kraamverzorgster die er gaat werken?”
 “Wanneer dit gewenst is, moet JGZ duidelijk telefoonnummers doorgeven aan overige 1^{ste} lijns zorgprofessionals”
 “Eventueel meer samen doen met maatschappelijk werk”

6 Volgens de JGZ

6.1 Uit interviews, gesprekken en focusgroepen

Er zijn interviews gehouden met:

- Stafarts en stafverpleegkundige van JGZ Yunio
- Stafverpleegkundige/beleidsmedewerker en stafverpleegkundige van De Zorgboog
- Drie coördinatoren 'prenatale risicozorg' van De Zorgboog

Daarnaast is met individuele jeugdverpleegkundigen van De Zorgboog gesproken rondom iedere observatie. Met jeugdverpleegkundigen van beide regio's is ook ad hoc telefonisch gesproken.

Voor de interviews is een gespreksleidraad gebruikt (zie bijlage H); de interviews zijn audio-opgenomen.

In beide regio's is een evaluatieve focusgroep-bijeenkomst geweest met jeugdverpleegkundigen.

Van Yunio waren er 7 deelnemers; van De Zorgboog waren er 12 deelnemers. Voor de focusgroepen is een gespreksleidraad gebruikt (zie bijlage G) en zijn de bijeenkomsten audio-opgenomen.

De eerste landelijke expertmeeting (17 deelnemers van 13 JGZ-instellingen) gaf onder andere input voor de evaluatie.

De bevindingen uit de interviews, gesprekken en focusgroepen zijn getoetst aan de ervaringen van andere JGZ-instellingen in de tweede landelijke expertmeeting (13 deelnemers van 11 verschillende JGZ-instellingen).

6.2 De voor- en nadelen van PHB-JGZ

In alle gesprekken en bijeenkomsten met de JGZ van beide regio's is gevraagd naar de voor- en nadelen van een prenataal JGZ-aanbod.

Consequent werden meer voordelen dan nadelen genoemd.

6.2.1 Voordelen

Het vaakst is als voordeel genoemd dat waar nodig de begeleiding of hulpverlening voor een gezin al in een vroeg stadium gestart kan worden: gericht op de omstandigheden vóór de baby geboren is maar ook preventief vóór een ongunstige omstandigheid uitgroeit tot een veel groter probleem.

De voordelen zijn gegroepeerd naar thema (omwille van de leesbaarheid zijn niet alle citaten vermeld):

Vroeg erbij:

<p>“Eigenlijk komen we (normaal postnataal) ALTIJD te laat; dit is echt preventief ... dan maar postnataal wat minder.”</p> <p>“Gezinnen eerder in beeld krijgen, relatie en vertrouwen opbouwen.”</p> <p>“Bij eerste kinderen kun je het aanstaande gezin al leren kennen.”</p> <p>“Het is fijn al kennis te maken met de aanstaande ouders, je kan al op tijd hulp inzetten.”</p> <p>“Niet achter de feiten aanlopen”</p> <p>“Inzicht in de problematiek krijgen voor ze op het cb komen. Als er al</p>

hulpverlening is, kun je dit in beeld krijgen, de JGZ is niet zo bedreigend voor ouders als andere hulpverlening.”
 “Ouders leren kennen, voorbereidend, weten wat er speelt, relatie opbouwen, adviezen en tips geven ...”

Focus op omstandigheden:

“Postnataal ben je op het kind gericht, prenataal kijk je naar de omstandigheden.”
 “Je bent nu meteen bij de problematiek en niet eerst met het kind bezig zoals postnataal. De focus is nog niet op het kind maar alleen op de omstandigheden.”
 “Normaal leer je ze pas maanden na de geboorte kennen en dan is dat ook niet in huis, ook gaat het dan heel erg over het kind.”
 “... en ook de vaders leren kennen!”
 “...je kijkt totaal, ook in huis.”
 “Je kijkt secuurder want je bent niet afgeleid door het kind.”
 “Geeft voor de baby ook meer veiligheid want ouders zijn meer voorbereid, geeft een goede doorkijk.”

Timing:

“Ze accepteren hulp veel makkelijker, ze zijn nog vol verwachting.”
 “Je kan al veel voorbereiden, het sociaal netwerk al voor de geboorte bij elkaar brengen, en regelen wie kan helpen na de geboorte.”
 “Het levert tijd op ten opzichte van postnataal want je kan in alle rust voorbereiden. Anders heb je in de kraamtijd zo’n gedoe, nu heb je een rustiger kraamperiode.”
 “... cliënten hebben er meer de tijd voor ook. Voor moeder is het ook beter want die is dan nog heel wat helderder dan in het kraambed.”
 “In de kraamtijd is het allemaal veel hectischer.”
 “...rust en vertrouwen ...”

Continuïteit:

“Het geeft continuïteit, want na de geboorte ga je met ze door.”
 “... één gezicht”
 “... drempelverlagend voor postnataal”

Verbeterd de samenwerking:

“De samenwerking met de verloskundigen is ook flink verbeterd.”
 “We kunnen ons profileren op zorgcoördinatie, concreet oppakken.”
 “Het is voor de kraam ook fijn te weten wat voor hulp nodig is.”
 “Eerder en meer contact met verloskundige en kraam en je kan de overdracht van de kraam direct bespreken ...”
 “...relatie met verloskundigen opbouwen, verbeteren van de perinatale overdracht.”

Leuk en goed:

“Het maakt het werk veel leuker, het is echt veel beter om al in de zwangerschap dingen te weten”
 “Het is gewoon interessant”
 “.. ouders vinden het fijn, ze zijn eigenlijk heel open.”
 “Soms melden cliënten zelf zich aan: ‘ik heb gehoord dat jullie nu al in de zwangerschap komen?’”
 “Het is laagdrempelig en normaliseert, alleen al door over dingen te praten maak

je ouders bewust”
 “Het voorziet in een behoefte bij cliënten en verloskundigen, neemt uit handen, vult aan, het vult een leemte.”
 “Vooral ook goed bij borderliners, multiprobleem gezinnen en hele jonge moeders die je kan geruststellen.”
 “Zou eigenlijk bij iedereen moeten, of in ieder geval bij eerste kinderen.”
 “Je moet je wijk kennen. Is ook leuker voor de medewerker zelf!”

6.2.2 Nadelen

De nadelen houden vooral verband met tijd en met mogelijke onzekerheid bij nog onvolledige implementatie:

Tijd:

“Het kost tijd, naast het BTP-werk.”
 “Het is een grote klus erbij, wel extra werk.”
 “Ik ben er wel heel druk mee en voel me heel verantwoordelijk.”
 “We moeten het erbij doen, er gaat niet iets af.”

Onzekerheid:

“Cliënten voelen zich misschien betutteld en bekeken.”
 “Je hebt nog geen aanknopingspunten want er is nog geen kind, ze kunnen alleen nog maar aan de bevalling denken..”
 “Je hebt wel werk- en levenservaring nodig”
 “Verloskundigen vinden het moeilijk om het cliënten aan te bieden.”
 “Hoe onderscheid maken tussen gezinnen die wel/niet prenatale huisbezoeken nodig hebben?”
 “Is het onze taak wel? Soms is het wel erg maatschappelijk werk.”
 “Soms denk ik wel eens dat de verloskundige net zo goed zelf direct kan verwijzen, maar dan moeten ze wel goed de sociale kaart kennen.”
 “... maar wat heb ik feitelijk te bieden? Er is nog geen kind ...”

Verder is van één jeugdverpleegkundige bekend dat zij rond huisbezoeken te maken heeft gehad met bedreigingen. Het betreft de jeugdverpleegkundige bij een van de geobserveerde cases.

Het is het eerste huisbezoek bij Nadine (19 jaar), aangemeld door de verloskundige. We worden ontvangen door Nadine en haar moeder. De moeder van Nadine ziet er onverzorgd uit, heeft een zichtbaar slecht gebit en naar eigen zeggen een IQ van 65; de vader van Nadine lijdt aan een chronische ziekte. We krijgen thee. Nadine is onbedoeld zwanger (19 weken). De vader van de baby is wel in beeld maar niet als vaste partner van Nadine. Nadine was op zoek naar werk, wat bijna was gelukt als ze niet zwanger was geworden. Ook wil ze nog een opleiding gaan doen. Nadine wil niet thuis bevallen omdat ze het daar te vies en te druk vindt (ze heeft nog een jonger broertje en zusje). De jeugdverpleegkundige luistert, vat samen en vraagt door, zonder oordeel, respectvol en toont veel waardering voor wat goed gaat. Mede hierdoor lijkt het vertrouwen, met name bij Nadine, te groeien: “ik vond het fijn dat je me belde”. Er is openheid: Nadine is er van op de hoogte dat haar situatie vooraf is besproken met MEE en het BOBP-team. Op de vraag wat zij zelf verder zou willen, antwoordt zij: “hulp bij de verzorging van de baby straks, en hoe het financieel moet”. De jeugdverpleegkundige vertelt over gespecialiseerde gezinszorg en dat

het misschien fijn zou zijn om een eigen woonplek te hebben. Zij checkt nog eens of Nadine het allemaal begrepen heeft en stelt voor een volgende keer verder te praten.

Er wordt een afspraak gemaakt voor een volgend huisbezoek. Want, zo vertelt de verpleegkundige als we buiten zijn, "voor nu is dit voldoende, ik heb wel Nadine's vertrouwen, maar haar moeder lijkt nog erg wantrouwend en volgens mij luisterde haar vader boven mee. Ik denk aan een project tienerzwangerschap, gespecialiseerde gezinszorg, zelfstandig wonen, een opleiding en werk, ze moet uit de situatie daar, dan kan ze het misschien redden".

Rond de huisbezoeken die daarna volgden, heeft de moeder van Nadine regelmatig bedreigingen geuit naar de jeugdverpleegkundige. Vlak voor de (ziekenhuis)bevalling verhuist Nadine, met hulp van de politie, naar een tante. Verder wordt ze begeleid door MEE. De jeugdverpleegkundige houdt vinger aan de pols en vraagt postnataal steeds hoe het met haar omstandigheden gaat.

7 De implementatie van PHB-JGZ

Vraagstelling:

Welke belemmerende en bevorderende factoren spelen een rol bij de implementatie van het aanbod van PHB-JGZ, volgens jeugdverpleegkundigen, coördinatoren, management en verloskundigen?

7.1 Succesvol implementeren

Het succes van een interventie is mede afhankelijk van de wijze waarop die in de praktijk wordt in- en uitgevoerd. In deze paragraaf baseren we ons op het implementatiemodel van Fleuren et al. (2004; 2012).

Het implementatieproces, dat bestaat uit een verspreidings- adoptie- uitvoerings- en continueringsfase, kan in iedere fase verstoord worden door een scala aan factoren. Factoren die het implementatieproces kunnen verstoren worden door Fleuren et al onderverdeeld in vier groepen:

- kenmerken van de interventie zelf
- kenmerken van de (beoogde) gebruiker(s)
- kenmerken van de omgeving en organisatie waarin de innovatie wordt geïmplementeerd
- factoren in de sociaal-politieke omgeving

Hieronder bespreken we op basis van de focusgroepen, interviews, gesprekken met jeugdverpleegkundigen en document-analyse hoe de factoren van invloed zijn of zijn geweest op de implementatie van de PHB-JGZ. De factoren zijn geordend volgens de MIDI (MeetInstrument voor Determinanten van Innovaties, Fleuren et al., 2012). Daarbij hebben we niet of nauwelijks onderscheid gemaakt tussen de regio's. Waar relevant worden de factoren belicht vanuit verschillende perspectieven (jeugdverpleegkundigen, management, verloskundigen). De bevindingen zijn getoetst in de stuurgroep en twee regionale projectgroepen van het onderzoek.

7.2 Kenmerken van de interventie

Procedurele helderheid: wat moet ik doen?

In beide regio's was er bij de aanvang van de nieuwe werkwijze met een prenataal aanbod, een protocol voor de jeugdverpleegkundige gemaakt door de staf van Yunio en De Zorgboog. In de praktijk is dit volgens veel jeugdverpleegkundigen onvoldoende om houvast te bieden. Van alle kenmerken van de interventie kwam deze bij de jeugdverpleegkundigen, het meest sterk naar voren als belemmerende factor.

“De werkinstructies bieden onvoldoende steun.”

“Ik mis wel een leidraad.”

“Meer kennis en methodiek zou wel meer houvast geven.”

“We werken niet met een protocol of methodiek, dat zou wel moeten. Triple P, Gordon?”

“We gebruiken nu alleen het Balansmodel, er zou eigenlijk een programma moeten zijn, een checklist, wat je allemaal nagaat of moet doen.”

“Het is niet duidelijk WAT je moet doen, er is een protocol nodig, zoals ook

postnataal duidelijk is wat je wanneer moet doen.”
 “Het is heel erg zoeken wat je moet doen, wat pak je zelf op en wat leg je elders”
 “Het is administratief nog niet goed geregeld, er is nog geen kinddossier dus dat is lastig bij eerste kinderen.”
 “Er moet een methode komen en voor iedere casus een zorgplan”
 “De verpleegkundigen vinden het lastig te weten WAT ze dan moeten doen want het is in de sociale sfeer en postnataal kunnen ze zich richten op het kind, dat is wennen.”
 “We hebben een leidraad of checklist nodig maar ook gewoon ervaring mee opdoen”
 “Ten eerste is een stappenplan (hoe registreren etc.) nodig en ten tweede een leidraad voor huisbezoek zelf.”
 “Wat kan ik aanbieden, dan ga ik op huisbezoek, en dan?”
 “Postnataal hebben we de Stap-voor-stap -methode, het Balansmodel en motiverende gespreksvoering.”
 “We hebben wel een protocol prenatale huisbezoeken. Daarin staat ook hoe er mee om te gaan als er geen BSN-nummer is”

Juistheid van de theoretische basis voor de interventie

Er is voldoende bewijs dat eerder interveniëren gezondheidswinst oplevert en mogelijk ook kosten-effectiever is dan latere remedies. De jeugdverpleegkundigen onderschrijven dit ook.

De logica van een prenataal JGZ-aanbod is algemeen aanvaard en is een bevorderende factor.

Compleetheid, zit alles wat ik nodig heb er in?

Aangezien de nieuwe werkwijze geen duidelijke stap-voor-stap beschrijving of checklist kent, is dit kenmerk ook niet duidelijke aan de orde. Voor de jeugdverpleegkundige is geen set tools of hulpmiddelen (zoals bijvoorbeeld een tablet) voor de uitvoering van de nieuwe werkwijze beschikbaar. Wel waren er suggesties:

“De shaken baby -film zou ook al in een prenataal huisbezoek kunnen”
 “Informatie over zwanger zijn”

Complexiteit van uitvoering

Niet zozeer de complexiteit van activiteiten als wel de complexiteit van de casuïstiek is een factor die als belemmerend of bevorderend kan worden ervaren.

“We hebben uiteenlopende casuïstiek van enkelvoudig tot heel complex.”
 “Veel bordjes in de lucht houden”
 “We zien veel tienermoeders, psychische problemen, borderliners en alcohol-drugsproblemen”
 “Veel meer sociale problematiek: tienerzwangerschappen, drugs, psychische problemen, zwakbegaafd, psychische problemen, OTS (ondertoezichtstelling, red.) en UHP (uithuisplaatsing, red.), maar vooral de 5%-groep.”

Congruentie huidige werkwijze

Volgens Fleuren en collega's worden nieuwe werkwijzen eerder geaccepteerd wanneer die niet al te zeer van de gangbare werkwijze afwijken. Hoe zeer wijkt

prenataal werken voor de jeugdverpleegkundige af van postnataal werken volgens het basistakenpakket (BTP)? De meningen daarover zijn verdeeld:

“Ik vind wat je prenataal doet niet veel anders is dan postnataal.”
 “Ik gebruik prenataal ook het Balansmodel”
 “Ja, het is wel anders want het is nieuw: wat kan ik, wat is mijn taak, wat moet ik weten over zwangerschap?
 “Nee, het is niet erg anders want in mijn werk moet ik so wie so al heel outreachend werken.”
 “Het is een andere invulling van begeleiding, meer maatwerk”
 “Het sluit heel erg aan bij wat je postnataal al hebt. Verschil is wel dat je postnataal volgens een bepaald programma werkt en dat er al een kind is waar je je verbonden mee voelt.”
 “Je moet meer inspelen op de situatie, postnataal doe je meer standaard dingen.”
 “Een prenataal huisbezoek doe je waar het niet zo goed loopt, dus dat is anders.”

Volgens het management in beide regio's is juist de congruentie met de huidige werkwijze een reden waarom een precies beschreven methodiek niet noodzakelijk is. Volgens hen (en ook diverse jeugdverpleegkundigen) is de methode van een postnataal huisbezoek op indicatie niet heel anders dan wanneer dit prenataal plaatsvindt. Het verschil is slechts de aan- of afwezigheid van een kind.

Zichtbaarheid van uitkomsten

Dit is een enigszins bevorderende factor aangezien de jeugdverpleegkundige de uitkomsten van haar inspanningen samen met aanstaande ouders direct ziet of postnataal kan blijven volgen. PHB-JGZ wordt gezien als een voorinvestering op het postnatale werk. Zelfs als er niet echt iets verandert of kan veranderen in de omstandigheden van het (ongeboren) kind is 'het van tevoren weten en kennis maken met de aanstaande ouders' al van meerwaarde voor de jeugdverpleegkundige.

Vanuit het perspectief van de verloskundige zijn de uitkomsten waarschijnlijk minder direct zichtbaar.

Relevantie voor de cliënt

Jeugdverpleegkundigen vinden de PHB-JGZ over het algemeen zeer relevant voor hun cliënten. In vorige hoofdstukken zijn diverse voordelen voor de cliënt genoemd: door prenatale huisbezoeken kun je geruststellen, tips en adviezen bieden, veiligheid van de baby vergroten, de drempel naar hulp en het consultatiebureau verlagen, in alle rust voorbereidingen treffen, steunen. Een enkeling heeft hierover echter twijfels:

“Mensen lossen het hier meer zelf op.”
 “Het is een gesloten gemeenschap.”
 “Wat is de meerwaarde als de verloskundige ook direct naar het AMW kan verwijzen?”
 “We hebben niet veel allochtonen, hebben misschien meer netwerk, of willen het zelf oplossen of met elkaar.”

De meeste cliënten die respondent waren bij de cliënttevredenheidsvragenlijst zeggen dat zij zich zekerder voelden over het aanstaande ouderschap, zich beter in hun vel voelden en beter voorbereid waren.

7.3 Kenmerken van de gebruiker

Bij deze paragraaf gaan we voornamelijk uit van de jeugdverpleegkundige als gebruiker. Echter waar relevant noemen we ook de verloskundige een gebruiker van PHB-JGZ omdat zij cliënten die daarvoor in aanmerking komen, het aanbod kan doen en hen aanmeldt bij de JGZ. Omgekeerd is de JGZ voor het grootste deel van haar prenatale clientèle afhankelijk van de verloskundige als signaleerder, motiveerder (van cliënten) en verwijzer. Voor het succes van PHB-JGZ zijn beide partijen dus even belangrijk en speelt het implementatieproces zich dus evenzeer in de verloskunde af als in de JGZ.

Persoonlijke voor- en nadelen voor de gebruiker

De voor- en nadelen van PHB-JGZ zijn uitvoerig aan bod gekomen in hoofdstuk 7. De voordelen voor de gebruiker lijken op te wegen tegen de nadelen en betreffen: plezier en voldoening in het werk, het gevoel invloed te kunnen hebben daar waar het nodig is, vertrouwd te worden en er toe te doen. Mogelijk levert een prenataal JGZ-aanbod tijdswinst op ten opzichte van postnatale hulp bij enkelvoudige problemen. De nadelen hebben vooral betrekking op de te investeren tijd. Wat als voordelen geldt voor jeugdverpleegkundigen, kan mogelijk als bedreigend of een nadeel gezien worden door de verloskundige:

“Wij vinden dat het bij ons thuishoort ...”
 “Als het maar in overleg met ons gebeurt”

De voordelen van de interventie zijn voor de jeugdverpleegkundige duidelijk een bevorderende factor voor implementatie; voor de verloskundige is dit minder evident hoewel de verloskundigen die ervaring met PHB-JGZ hebben, positief zijn.

Uitkomstverwachting, ik vind het belangrijk dat ... ik verwacht dat ...

Hier geldt dat de jeugdverpleegkundigen de indruk wekken overtuigd te zijn van het belang om bij te dragen aan een goede start voor de baby door al in de zwangerschap in het gezin te komen. En zij verwachten ook dit doel te kunnen bereiken. Meerdere malen werd, bijvoorbeeld na afloop van een observatie geconstateerd dat de problematiek normaliter pas postnataal en dan ook niet in de volle omvang inzichtelijk zou zijn geworden en er mogelijk pas na maanden of jaren een melding bij het AMK zou zijn gedaan.

Ook volgens het management zijn de jeugdverpleegkundigen enthousiast over het nieuwe aanbod.

Voor de verloskundige als ‘gebruiker’ spelen het belang van te behalen doelen (een goede start) en de verwachting dat dit verbeterd kan worden door PHB-JGZ, pas op de langere termijn (na de geboorte) en dus wanneer zij al lang niet meer betrokken zijn.

Dit is een belemmerende factor voor implementatie vanuit het perspectief van de verloskundige.

Taakopvatting: behoort de interventie tot mijn taak?

Hoewel de meeste jeugdverpleegkundigen vinden dat het bij hun taak hoort, zijn daarover bij sommigen ook twijfels, niet omdat dit op het terrein van de verloskundige zou komen maar omdat de problematiek die in de twee regio's onder de aandacht van de jeugdverpleegkundige kwam, van psychosociale aard en vaak

complex was en mogelijk op het terrein van de maatschappelijk werkende of sociaal verpleegkundige ligt (zoals in de OGGZ/Openbare Geestelijke Gezondheidszorg).

“Duidelijker in kaart brengen wat de rol, taak van jeugdverpleegkundige prenataal, verdeling van de verantwoordelijkheden is”.
 “Is het onze taak wel? Soms is het wel erg maatschappelijk werk.”

Verwachtingen over de medewerking en tevredenheid van de cliënt

De jeugdverpleegkundigen lijken over het algemeen medewerking en tevredenheid van de cliënt te verwachten. Zij zien het als een extra, preventieve dienst naar kwetsbare en risico-zwangeren. Mogelijk zijn er jeugdverpleegkundigen in de Achterhoek die hier onzeker over zijn aangezien enkele het cliënttevredenheidsonderzoek afwezen als mogelijke negatieve kritiek op hun werk. En sommigen zijn blij verrast:

“Mensen staan er open voor, meer dan ik had verwacht ...”

Ook hier ligt dit voor de verloskundigen –volgens de jeugdverpleegkundigen- anders:

“Verloskundigen vinden verwijzen nog steeds moeilijk, ze verwijzen vooral de echte probleemgezinnen.
 “... vinden het moeilijk om het bespreekbaar te maken want ze willen alleen maar dat het goed gaat.”
 “Verloskundigen vinden het moeilijk hoe ze het ouders moeten vertellen en ‘het cb’ of ‘de jeugdgezondheidszorg’ klinkt al gauw bedreigend.”

Of volgens verloskundigen:

“Hoe vertel ik het de cliënt?”
 “... en er moet aandacht zijn voor het feit dat cliënten zich soms betutteld en gecontroleerd voelen en daardoor aangevallen; het vergt veel van gesprekstechnieken van de verpleegkundige en dat is uiterst belangrijk”

Over het algemeen lijkt de *verwachting* van medewerking en tevredenheid van de cliënt bij de verloskundige ongunstiger dan de werkelijkheid wanneer er in de praktijk eenmaal ervaring met PHB-JGZ is opgedaan. Uit de vragenlijst onder verloskundigen, uit persoonlijke reacties van enkelen en uit de cliënttevredenheids-vragenlijst blijken de ervaringen met PHB-JGZ overwegend heel positief. Goede ervaringen zijn dus van belang.

“Wij hadden twee keer slechte ervaring, daarna zijn we het zelf gaan doen.”
 “Er was twee keer een JGZ-verpleegkundige geweest maar toen bleek bij de bevalling dat het toch niet goed was ingeschat”.

“Als het eenmaal loopt, zien ze de meerwaarde.”

Sociale steun voor de gebruiker

Uit de focusgroepen met jeugdverpleegkundigen en uit individuele gesprekken blijkt dat de verpleegkundige rondom PHB-JGZ solistisch werkt. Weliswaar wordt met externe partners samengewerkt maar er is weinig tijd voor uitwisseling tussen en steun van directe collega's is. Dit kan als een belemmerende factor worden gezien.

“... en onderling uitwisselen: hoe doe jij dat?”
 “We hebben ook meer reflectie nodig, intervisie, feedback, een klankbord”
 “...als ik de zorg kan delen met bv. AMW neemt de druk af.”
 “Er zijn wel regelmatig gezinnen waarvan ik denk ‘die had ik wel eerder willen leren kennen’. Daar kun je van leren”

Volgens het management zijn er in de regio Helmond vier keer per jaar intervisie bijeenkomsten waarin ook casuïstiek ingebracht kan worden. Het is niet bekend hoe vaak daarvan met betrekking tot PHB-JGZ gebruik van wordt gemaakt.

Descriptieve norm: de mate waarin collega's de interventie gebruiken

Hoewel de opzet van PHB-JGZ is dat de reguliere jeugdverpleegkundige dit doet, is het aantal cases in de twee regio's dermate laag dat sommige jeugdverpleegkundigen nauwelijks ervaring met de interventie opdoen. Ook zijn er concentraties van cases rond bepaalde verloskundigenpraktijken en in bepaalde wijken. Binnen de betreffende JGZ-teams zijn er dan wel meerdere collega's die PHB-JGZ uitvoeren.

“Niet alle jeugdverpleegkundigen willen of kunnen het.”
 “Het contact is nu erg afhankelijk van de persoonlijke affiniteit en vasthoudendheid van de verpleegkundige.”
 “De verpleegkundige moet zelf ook wennen.”

Vanuit het perspectief van de verloskundige geldt dat wanneer collega-praktijken aanmelden voor PHB-JGZ, anderen eerder zullen volgen (indien de ervaringen gunstig zijn).

Subjectieve norm: wat vinden belangrijke anderen van de interventie?

Voor zowel de jeugdverpleegkundigen als verloskundigen geldt dat wanneer collega's met gezag, management of bijvoorbeeld een verloskundige kringvoorzitter of grote praktijk een voor- of tegenstander is van de interventie, anderen dit eerder zullen overnemen.

In beide regio's zal dit in enige mate aan de orde zijn geweest.

Landelijk gezien is de subjectieve norm ook van belang. Wanneer de JGZ in Nederland als vanzelfsprekend aanstaande gezinnen die dat nodig hebben ook prenataal begeleidt en wanneer dit ingebed is in de CJG's en het gemeentelijk beleid zal dit aanbod door alle partijen gemakkelijker als volwaardig worden geaccepteerd.

Eigen-effectiviteitsverwachting

De eigen-effectiviteitsverwachting van de jeugdverpleegkundige is ten opzichte van de cliënt geen factor van betekenis.

“Soms ben ik alleen een praatpaal.”

“Soms denk ik wel eens ‘hoe zou het gelopen zijn als ik geen prenatale huisbezoeken had gedaan?’
 “Je kan al zoveel doen voor de geboorte”

Maar mogelijk is het wel een relevante factor in relatie tot de samenwerkingspartners en de verloskundigen. Volgens JGZ-management:

“Ze (jeugdverpleegkundigen) willen vooral bevestiging dat ze zich ook echt mogen profileren met zorgcoördinatie”
 “De verpleegkundigen zijn daarin soms te bescheiden, je zou wel willen zeggen ‘toe maar, ga het maar doen ...’.”

Kennis en informatieverwerking

Veel jeugdverpleegkundigen hebben aangegeven meer kennis te willen hebben over de zwangerschap en psychosociale problematiek.

“We hebben kennis over zwangerschap nodig, en over gezondheid van moeder in de zwangerschap, dat zit niet in de opleiding. Soms stelt een cliënt daar toch een vraag over”.
 “De JGZ-er die in Helmond vervangingswerk komt doen, verwijst veel, want die schrikt van de problematiek.”
 “Het moet in de opleiding van de verloskundige”
 “Casuïstiek bespreken zou goed zijn. Postnataal kijken en dan terugkijken ‘deze had ik eerder willen zien, ook qua overdracht’.”
 “Scholing nodig over wat je kan doen, over OTS, sociale kaart”

7.4 Kenmerken van de omgeving en organisatie

Formele bekrachtiging management

De mogelijkheid van een prenataal JGZ-aanbod is in beide regio's uitgebreid gecommuniceerd in de organisatie. Het aanbod wordt formeel bekrachtigd door het management. Daarnaast is er verteld in een van de regio's:

“Als ik opnieuw zou beginnen, zou ik eerder naar de teams toegaan, meer investeren, meer vanaf de werkvloer opbouwen en meenemen: ‘hoe zou je erover denken als ..’ dus meer samen ontwikkelen, ook met de verloskundigen en meer infomateriaal vooraf maken. En één verantwoordelijk jeugdverpleegkundige per verloskundigenpraktijk instellen, met een meer lokale insteek. En nog meer investeren in de relatie.”

En jeugdverpleegkundigen:

“Het is een heel goed aanbod, maar het is wel heel erg ‘gedropt’ in de organisatie.”
 “Wij zijn overal gaan netwerken, in ons gebied hebben we een keer per drie maanden overleg met de verloskundigen”
 “Al die gesprekken die wij hebben gevoerd met de organisaties, hadden eigenlijk door de stafverpleegkundige gedaan moeten worden, beleid uitzetten.”

Voor verloskundigen kan niet gesproken worden van bekrachtiging door management aangezien en geen sprake is van een dienstverband. Besluitvorming vindt plaats op basis van consensus.

Financiële middelen

In de Helmond-regio zijn de PHB-JGZ apart gefinancierd door de gemeente(n), aanvankelijk uit de toenmalige RAAK-gelden (Regionaal Actieplan Aanpak Kindermishandeling). Inmiddels wordt het prenatale aanbod door de gemeenten ingekocht als maatwerk in het BTP-JGZ.

In de Achterhoek zijn de PHB-JGZ niet apart door de gemeenten gefinancierd maar bekostigd uit de reguliere JGZ-middelen.

Wanneer het aantal cases voor PHB-JGZ toeneemt, zullen de financiële middelen zeker een belemmering vormen.

Daarnaast leeft de onderstaande vraag.

“Kun je invorderen op het postnatale pakket? Waarschijnlijk niet bij multiprobleem gezinnen maar wel bij enkelvoudige problematiek. Maar die krijgen we nu juist nog niet zoveel!”

Vervanging bij personeelsverloop en capaciteit

Dit is kwetsbaar punt. Ook al zijn PHB-JGZ in de Helmond-regio apart gefinancierd, de jeugdverpleegkundigen voeren dit naast het ‘reguliere’ BTP-werk uit – zo wordt dit althans ervaren.

Daarnaast is het de vraag hoe de continuïteit gewaarborgd kan worden wanneer een jeugdverpleegkundige vervangen moet worden in verband met ziekte, verloofed.

Tijd

In deze evaluatie is in kaart gebracht hoeveel tijd het PHB-JGZ aanbod ongeveer kost. Het is niet duidelijk of dit voldoende is. Sommige verpleegkundigen hebben aangegeven dat zij het ‘erbij hebben gedaan’ en er ‘geen extra tijd voor kregen’.

Beschikbaarheid materialen, voorzieningen, informatie

Gaandeweg de implementatie is er een folder gekomen over PHB-JGZ.

“Er moet een film komen wat wij doen in prenatale huisbezoeken.”

De (eerstelijns) verloskundigen zijn in beide regio’s geïnformeerd over PHB-JGZ. In het kader van de implementatie van dit aanbod hebben de coördinatoren PHB-JGZ van De Zorgboog in de Helmond-regio een of meerdere malen alle verloskundigenpraktijken in hun werkgebied bezocht. Daarnaast is hen schriftelijke informatie verstrekt en hebben zij een gelamineerd stroomschema als samenvatting van de werkwijze voor aanmelding en overleg ontvangen.

Coördinator

In de Helmond-regio lijkt het werken met regionale coördinatoren goed te hebben gewerkt.

“Het werkt bij ons wel goed om met die drie coördinatoren te werken. Het komt via de mail bij ons binnen en wij verdelen het onder de betreffende verpleegkundigen”

In de Achterhoek was er één contactpersoon per verloskundigenpraktijk. Daarnaast kwam de aanvraag per mail in de zogenaamde teammailbox binnen, waarna het werd verdeeld onder de betreffende jeugdverpleegkundigen.

Turbulentie in de organisatie

Zowel de jeugdgezondheidszorg als de verloskundige zorg zijn momenteel zeer in beweging. Naast dat er altijd veel scholing, onderzoek en verfijning van werkwijzen gaande is, zijn er ook de landelijke ontwikkelingen die van invloed zijn zoals de transitie en transformatie van de jeugdzorg. Binnen de JGZ is er discussie over het aantal en moment van de contacten en over de basistaken. Een manager JGZ (Achterhoek) zegt daarover:

“Er zijn meerdere dingen gaande binnen de JGZ en dan komt dit relatief minder vaak voor en verliest het even de aandacht. De timing van de implementatie is achteraf gezien niet gelukkig en onder tijdsdruk verlopen. De start was wat rommelig.”

Binnen de verloskunde is het terugdringen van perinatale sterfte een actueel thema, evenals schaalvergroting en de samenwerking tussen de eerste- en tweedelijns verloskunde.

Feedback aan de gebruiker

Gedurende de implementatie zijn er regelmatig evaluatiemomenten geweest binnen de JGZ-teams en tussen de coördinatoren in de Helmond-regio. Overleg met de verloskundigen is zeer verschillend. De ene jeugdverpleegkundige loopt er gemakkelijk even binnen; in een ander werkgebied is er eens per jaar overleg.

7.5 Kenmerken van de sociaal –politieke omgeving

Wet- en regelgeving

In beide regio's is men er een voorstander van dat een prenataal aanbod (in brede zin) vanuit de JGZ deel zou moeten uitmaken van het Basistakenpakket JGZ (BTP-JGZ). Een wettelijk kader zou een bevorderende factor kunnen zijn, maar dat is nu nog niet het geval.

“Liever een postnataal contactmoment eraf voor een prenatale erbij.”

7.6 Bevorderende en belemmerende factoren voor implementatie samengevat

In het onderstaande overzicht (Tabel 8.) worden de factoren samengevat en is de mate waarin die bevorderend dan wel belemmerend werken weergegeven. Daarbij is bij de opmerkingen aangegeven wanneer dit vooral naar voren is gebracht vanuit het perspectief van de jeugdverpleegkundige of de verloskundige.

Tabel 8: Overzicht belemmerende en bevorderende factoren

<i>Factoren</i>	<i>Bevorderend / belemmerend</i>	<i>Opmerking</i>
INTERVENTIE		
Procedurele helderheid	--	Mogelijk onzekerheid, bereidheid tot verandering
Juistheid	++	
Compleetheid	-	Onzekerheid, wat heb ik te bieden?
Complexiteit	-/+	Complexe casuïstiek en gespreksvaardigheden
Congruentie huidige werkwijze	+	In werkwijze gelijk aan postnatale huisbezoeken
Zichtbaarheid uitkomsten	++	Voor de JGZ: ++ Cliënten zijn positief voor verloskunde: -/+
Relevantie voor cliënt	+++	Vroeg problemen aanpakken
GEBRUIKER		
Persoonlijke voor- en nadelen	+++	Voor de JGZ: +++ Maakt het werk leuker voor verloskunde: ++ Neemt zorg weg
Uitkomstverwachting	++	Voor de JGZ: ++ Voor verloskunde: -/+
Taakopvatting	-	Voor de JGZ: - is dit mijn taak? Voor verloskunde: -/+
Verwachte tevredenheid cliënt	++	Voor de JGZ: ++ Voor verloskunde: -/+ zien het als een 'zwaar middel'
Verwachte medewerking cliënt	++	Voor de JGZ: ++ Voor verloskunde: -/+ verwachting dat cliënten weigeren
Sociale steun	-	Er is bv. geen intervisie
Descriptieve norm	--	Komt relatief weinig voor bij JGZ, dus wordt weinig over gesproken
Subjectieve norm	-/+	Coördinatoren zijn enthousiast
Eigen-effectiviteitsverwachting	-/+	Wennen, kan ik het?
Kennis, informatieverwerking	-/+	Kennis over zwangerschap
ORGANISATIE		
Formele bekrachtiging management	+/-	Management heeft initiatief genomen; n.v.t. op verloskundigen
Vervanging bij personeelsverloop en capaciteit	--	Voelen als erbij doen, meer werk
Financiële middelen	+/-	Onzekerheid jaarlijks of de voortzetting
Tijd	-	Kost extra tijd
Beschikbaarheid materialen, voorzieningen, informatie	-	Folder nodig, meer informatie
Coördinator	++	Aanwezig
Turbulentie in de organisatie	-/+	Vooral turbulentie bij verloskundigen geweest
Feedback aan gebruiker	+	Tijdens implementatie waren er evaluatiemomenten
SOCIAAL-POLITIEKE CONTEXT		
Wet- en regelgeving	---	Nog niet in BTP-JGZ

+++ (zeer) bevorderend

--- (zeer) belemmerend

8 Conclusies en discussie

8.1 Een goed concept: “dit is *echt* preventie”

Over het geheel genomen wordt het aanbod van PHB-JGZ in de beide regio's gewaardeerd door verloskundigen, jeugdverpleegkundigen en cliënten. De bevindingen komen overeen met de ervaringen van andere JGZ-instellingen in het land zoals gehoord in de beide expertmeetings.

PHB-JGZ nemen (psychosociale) zorg weg bij de verloskundige en helpt bij het inschatten van de thuissituatie en hulpbehoefte of –noodzaak. De PHB-JGZ wordt doorgaans gezien als aanvullend op de verloskundige zorg die hoofdzakelijk gericht is op een gezonde zwangerschap en bevalling. Door waar nodig de JGZ al prenataal toe te voegen, wordt ook de verloskundige zorg “meer totaal”.

Cliënten voelen zich, voor zover dat op basis van een beperkt aantal respondenten gezegd kan worden, beter in hun vel en voorbereid op het ouderschap met PHB-JGZ en hebben baat bij adviezen, voorlichting en hulp. Ze geven de jeugdverpleegkundige gemiddeld een 8 en het prenatale aanbod op zichzelf een ruime 8 als rapportcijfer.

De jeugdverpleegkundigen zijn enthousiast over de mogelijkheid om ook prenataal te kunnen werken. Jeugdverpleegkundigen zijn ‘preventiewerkers’ en het is dan ook begrijpelijk dat alleen al het feit dat zij er vroeger in het leven van kinderen bij kunnen zijn als zinvol ervaren wordt. Zij zien in het postnatale BTP-werk dagelijks immers de gevolgen in cases waarbij eerder ingrijpen voor kinderen en ouders leed had kunnen voorkomen. Voor de meeste jeugdverpleegkundigen is dit “echt preventief” en kunnen zij daarmee ook de continuïteit bieden en de schakel zijn tussen de prenatale zorg van de verloskundige zorgverlener en de postnatale JGZ.

Ook voor de kraamverzorgende is het vooraf weten hoe de thuissituatie is en welke hulp er in een gezin nodig is, prettig en doelmatig, volgens De Zorgboog en Yunio waar de kraamzorg ook deel uitmaakt van de organisatie.

8.2 Minder cases dan verwacht

Ondanks dit enthousiasme bij alle partijen was er in het onderzoek een opvallend verschil tussen het verwachte aantal van 100 cases voor PHB-JGZ per regio en het feitelijk aantal aangemelde en uitgevoerde PHB-JGZ (in totaal 116 cases; gemiddeld rond de 35 jaarlijks per regio).

In de afgelopen twee jaren is in ieder geval in de Helmond-regio een jaarlijkse afname van ongeveer 10% gezien in het aantal geboortes maar dit verklaart op zichzelf onvoldoende het verschil.

Uit de evaluatieve vragenlijst voor verloskundigen bleek dat vrijwel alle respondenten op de hoogte waren van het bestaan van het aanbod PHB-JGZ; onbekendheid daarmee kan dus niet het geringe aantal geregistreerde cases door de verloskundigen verklaren. Mogelijk zien de verloskundigen die niet registreerden ook daadwerkelijk geen psychosociale problematiek in hun praktijk maar dit is niet aannemelijk.

De verloskundigen vermeldden in de evaluatieve vragenlijst namelijk een veel hoger aantal aanmeldingen voor PHB-JGZ dan uit de JGZ-registratie blijkt. Daarbij kon worden aangegeven of het om een precies óf geschat aantal aanmeldingen ging. Gezamenlijk kwamen zij over de gehele inclusieperiode uit op 277 cases. Deze discrepantie is niet goed te verklaren. Het aantal komt in ieder geval niet overeen met het feitelijk door hen geregistreerde aantal cases noch met de registratie van de JGZ.

Door in de regio Helmond de verloskundige en JGZ-registraties, en het aantal in mICAS (JGZ-registratiesysteem) geregistreerde prenatale cases te vergelijken, blijkt dat het aantal cases dat door de JGZ is geregistreerd met 10 tot 15 cases opgehoogd moet worden. Maar dit geeft onvoldoende verklaring voor het geconstateerde verschil. Mogelijk hebben de verloskundigen door sociaal wenselijkheid het aantal aanmeldingen voor PHB-JGZ overschat. Een andere verklaring kan zijn dat de verloskundigen in de veronderstelling waren dat zij hebben aangemeld voor PHB-JGZ maar dit onvoldoende 'warm' hebben gedaan en onvoldoende terugkoppeling hebben gekregen of gevraagd om dit bevestigd te zien.

Verder betrof een klein aantal PHB-JGZ aanmeldingen die van andere instellingen afkomstig waren of van de JGZ zelf wanneer er al eerdere kinderen in het gezin waren.

Ook in de twee expertmeetings met andere JGZ-instellingen uit het land kwam bij de meeste deelnemers naar voren dat men meer aanmeldingen voor PHB-JGZ zou verwachten. Als reden werd aangevoerd dat instellingen nog maar pas met het aanbod waren begonnen, dat de financiering eindig was en dat de verloskundigen nog onvoldoende op de hoogte zijn en weinig cases doorgeleiden.

8.3 Vooral zwaardere problematiek

Uit de registratie van de PHB-JGZ ontstond het beeld dat de cliënten vrijwel zonder uitzondering een laag opleidingsniveau en een lage SES hebben, waarbij allochtonen ondervertegenwoordigd lijken. Gemiddeld zijn cliënten relatief jong, vaak alleenstaand en in de helft van de gevallen gaat het om een eerste kind. In de helft van de situaties gaat het om complexe, multi-problematiek; maar ook als problemen meer enkelvoudig van aard zijn, is die vaak ook (zeer) zorgelijk als opgroei-omstandigheid voor het kind.

Veel voorkomende problemen zijn: (licht) verstandelijke beperking, psychiatrische aandoening en psychosociale problematiek.

Een verklaring voor het verschil tussen verwachte en daadwerkelijk uitgevoerde aantal PHB-JGZ kan zijn dat de verloskundigen vooral de 'zwaardere problematiek' aanmelden bij de JGZ: in het oog lopende cases waarvoor het evident is dat er aanvullende hulp nodig is. Verloskundigen lijken andere, lichtere of enkelvoudige problematiek niet te signaleren of hebben het gevoel "onze gehele populatie wel te kunnen verwijzen" (praktijk in een achterstandswijk in Helmond). Mogelijk zien sommige verloskundigen het aanbod van PHB-JGZ als een "zwaar middel dat je niet 'zomaar' voorstelt aan een zwangere". Een van de jeugdverpleegkundige verwoordde:

"De norm moet echt omlaag, het moet wel heel erg gesteld zijn in een gezin, wil de verloskundige verwijzen!"

Dit bleek bijvoorbeeld uit het feit dat een paar verloskundigen in de vragenlijst vermeldden dat zij niet of nauwelijks gebruik maken van het PHB-JGZ -aanbod omdat zij 'geen (psychosociale) problematiek in hun populatie tegenkomen'. Vanuit preventief oogpunt is het echter van belang dat juist ook cliënten met enkelvoudige en lichte problematiek aangemeld wordt zodat met eenvoudige laagdrempelige hulp een cumulatie of verergering van problemen voorkomen kan worden.

Ter illustratie wordt hieronder een van de observaties beschreven in een situatie van, vooralsnog, enkelvoudige problematiek.

Het betreft een tweede huisbezoek bij Marian (23 jaar, gehuwd, en 32 weken zwanger). Ze is alleen thuis, het is er netjes. Er loopt een hondje druk heen en weer. Marian is in behandeling bij de GGZ, krijgt medicatie en heeft een psychiatrische voorgeschiedenis. "Ik heb geen fijne jeugd gehad, met 16 kreeg ik voor het eerst een psychose, toen ben ik het huis uitgegaan maar ik herken nu de signalen. Ik werd vroeger ook gepest op school." Marian wil vooral veel informatie over wat haar te wachten staat en hoe ze zich moet voorbereiden. De jeugdverpleegkundige beantwoordt haar vragen over rust en beweging, borstvoeding of flesvoeding en vertelt over de rol van de JGZ. Marian laat zien welke babyspullen ze al in huis heeft en heeft daar veel vragen over. De verpleegkundige kan bevestigen dat ze het goed doet.

8.4 Signaleren en bespreekbaar maken door verloskundigen

Om ook minder zware of complexe problematiek te kunnen signaleren en verwijzen moeten verloskundigen het doel van PHB-JGZ goed kennen en moeten zij in staat zijn om onderscheid te maken tussen cliënten die daar wel en niet voor in aanmerking komen. In de beide regio's werken niet alle verloskundigen met een signaleringsinstrument of zijn de criteria voor aanmelding voor PHB-JGZ helder. Van verloskundigen wordt tevens verwacht dat zij in staat zijn signalen en het aanbod van PHB-JGZ bespreekbaar te maken met cliënten. Zij vinden dit misschien moeilijk omdat zij primair gericht zijn op een gezonde zwangerschap en bevalling; niet zozeer op gezonde en veilige omstandigheden voor het kind om op te groeien. Verloskundigen verwachten vermoedelijk dat ook cliënten dit zo zien. Veel hangt dus af van de (beroeps)houding van de verloskundigen.

In de beide regio's maakte scholing van de verloskundigen over signaleren en bespreken van psychosociale problematiek geen deel uit van het implementatietraject. Wel heeft in beide regio's, voorafgaand aan het onderzoeksproject, een aantal praktijken training gevolgd over het signaleren van huiselijk geweld (en kindermishandeling) en het gebruiken van de ALPHA-NL (vroegsignaleringsinstrument voor verloskundigen). Tevens zijn zij uitgebreid geïnformeerd over PHB-JGZ en de werkwijze daaromtrent.

Het gegeven dat de JGZ voor het kunnen uitvoeren van een prenataal aanbod grotendeels afhankelijk is van de verloskundige, stelt de samenwerking tussen de twee disciplines centraal bij de implementatie. Complicerende factor daarbij is dat de jeugdverpleegkundige vanuit een ander kader (collectief preventief, ingebed in wetgeving en organisatie) werkt dan de verloskundige (cure/care, zelfstandig ondernemer).

8.5 PHB-JGZ, hoe doe je dat?

De PHB-JGZ worden momenteel niet expliciet volgens een methodisch kader uitgevoerd. In de praktijk wordt het Balansmodel (Bakker, 1997) toegepast, elementen uit de Stap-voor-stap-methode (Uittenbogaard et al., 1996) en technieken uit de motiverende gespreksvoering. In de expertmeetings werden ook de domeinen uit het postnatale DMO-protocol genoemd die in Samen Starten (Tan, 2005) wordt gebruikt.

In de twee onderzoeksregio's werd door veel jeugdverpleegkundigen gevraagd om meer houvast en kader voor de uitvoering van prenatale huisbezoeken.

Daar tegenover staat dat volgens zowel jeugdverpleegkundigen als management, de werkwijze bij een prenataal huisbezoek niet veel anders is dan bij een postnataal huisbezoek op indicatie. En dat volgens het management alle jeugdverpleegkundigen op basis van de genoten opleiding en reguliere nascholingen dit zouden moeten kunnen.

Waarschijnlijk moeten jeugdverpleegkundigen vooral wennen aan dit nieuwe prenatale aanbod. Wennen is volgens jeugdverpleegkundigen ook dat er nog geen kind is waar je je op richt. De focus is bij PHB-JGZ primair gericht op de aanstaande ouders en de omstandigheden voor het kind, niet op de ontwikkeling van het kind zelf.

Naast een inhoudelijk kader vragen veel jeugdverpleegkundigen om duidelijkheid ten aanzien van primaire processen zoals registratie en administratie.

Een landelijk knelpunt (onder andere blijktens de expertmeetings) is tevens dat er ten aanzien van nieuwe aanstaande gezinnen, dus bij eerste kinderen, nog geen dossier is of aangemaakt kan worden door beperkingen in het JGZ-registratiesysteem, onder andere omdat het ongebooren kind nog geen BSN-nummer heeft.

Verder kwam uit de cliënttevredenheids-vragenlijst naar voren (hoewel beperkt aantal respondenten) dat er vooraf onvoldoende uitleg is gegeven over PHB-JGZ door de verloskundige. Tijdens de PHB-JGZ waren volgens deze cliënten ook niet altijd de afspraken met de cliënt over het vervolg even duidelijk noch waar aan gewerkt zou worden (reden en doel van de begeleiding).

8.6 Samenwerking

De samenwerking tussen de jeugdverpleegkundigen en de eerstelijns verloskundigen is in de loop van het project in beide regio's erg verbeterd. Op verschillende manieren is daar aandacht voor geweest. Alle verloskundigen die een vragenlijst hebben geretourneerd vermeldden op de hoogte te zijn van het bestaan van PHB-JGZ. Desondanks waren er verloskundigen die zeiden geen cliënten aan te melden omdat zij onvoldoende op de hoogte zijn wat het aanbod inhoudt en/of voor welke cliënten dit mogelijk geschikt is.

Daar waar PHB-JGZ daadwerkelijk worden uitgevoerd, zijn verloskundigen over het algemeen ook (zeer) positief over dit aanbod en de samenwerking met de JGZ.

Evengoed vraagt de samenwerking tussen jeugdverpleegkundigen en verloskundigen nog veel aandacht.

Zo speelt er nog steeds onduidelijkheid over het doel van PHB-JGZ. Bij een aantal verloskundigenpraktijken bestaat nog steeds verwarring met het *verloskundig*

huisbezoek rond de 34^{ste} zwangerschapsweek dat bedoeld is om de omstandigheden in kaart te brengen voor een eventuele thuisbevalling en risico's te kunnen signaleren en bespreken (Landelijke Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte/Notitie Een Goed Begin, 2010).

Ook is het vertrouwen over en weer een terugkerend thema. Verloskundigen ervaren mogelijk dat de jeugdverpleegkundigen op 'hun terrein' komen door nu ook prenataal een aanbod te hebben. Omgekeerd is er zorg bij jeugdverpleegkundigen of het welzijn en de veiligheid van het kind bij verloskundigen wel voldoende op het netvlies staat.

“Ik heb nu twee gezinnen waarvan ik denk, waarom heeft de verloskundige die niet aangemeld?”
--

Ten aanzien van casuïstiek vragen zowel verloskundigen als jeugdverpleegkundigen om meer communicatie en terugkoppeling.

Met de tweedelijns verloskunde wordt nog niet of nauwelijks samengewerkt. Onlangs is dit in de Helmond-regio met het Elkerliek ziekenhuis van de grond gekomen. Waar aanvankelijk vooral intern werd verwezen naar het medisch maatschappelijk werk, is er eind 2012 een convenant getekend door het ziekenhuis, de JGZ en Kraamzorg van De Zorgboog, de ORO (MEE), LEV-groep (Algemeen maatschappelijk werk) en de GGZ en het BOBP-team. BOBP is een programma ontwikkeld door de GGZ, voor 'Baby's van Ouders met Bijzondere Problemen'. Het programma kan ook al voor de geboorte starten en richt zich op (aanstaande) ouders met psychische of psychiatrische problemen, verstandelijke beperking of met een psychisch belaste anamnese.

In de Achterhoek wordt overwogen of sommige cases direct van de verloskundige naar het AMW verwezen kunnen worden in plaats van via de JGZ - waarbij de JGZ vooraf wel telefonisch geconsulteerd en geïnformeerd wordt).

8.7 Implementatie

De belangrijkste bevorderende factoren bij implementatie van PHB-JGZ zijn: de voordelen van de interventie voor de gebruiker (zowel jeugdverpleegkundige als –in mindere mate- de verloskundige), de zichtbaarheid van de uitkomsten, de relevantie voor de cliënt, de verwachte medewerking en tevredenheid van de cliënt (althans vanuit het perspectief van de jeugdverpleegkundige), het werken met coördinatoren, en indien voldoende, de financiering.

De belangrijkste belemmerende factoren voor de implementatie zijn: het ontbreken van een heldere uitvoeringsprocedure (volgens jeugdverpleegkundigen), sociale steun van collega's (in de zin van intervisie, casuïstiekbespreking ed.), de descriptieve norm (door het beperkte aantal cases voor PHB-JGZ), vervanging (men moet het ernaast doen), turbulentie in de organisatie (meer in de Achterhoek dan in de Helmond-regio), en het ontbreken van steunende wet- en regelgeving (BTP-JGZ).

8.8 Beperkingen en verloop van het onderzoek

Dit onderzoek betrof een observationele studie waarbij niet met een controlegroep is gewerkt, met een prospectief deel en een formatieve evaluatie. De resultaten zijn vooral beschrijvend en mogelijk niet representatief voor andere verloskundigen en JGZ-instellingen in het land. Daar tegenover staat dat de bevindingen getoetst zijn aan een landelijke expertmeeting waar vergelijkbare ervaringen bij JGZ-instellingen naar voren kwamen. Daarbij waren echter geen verloskundigen aanwezig.

Nadelig voor de generaliseerbaarheid van het onderzoek is ook dat de dataverzameling moeizaam is verlopen.

Zo is het verloskundig cliëntnummer onvoldoende consequent ingevuld waardoor er weinig cases gecombineerd konden worden in de verloskundige- en JGZ-registratie.

Ten aanzien van de vragenlijst voor cliënttevredenheid (en de werving voor observaties) was er bij een paar jeugdverpleegkundigen van Yunico weerstand omdat dit door hen werd ervaren als bij voorbaat negatieve kritiek of wantrouwen (“het lijkt net alsof wij het niet goed zouden doen” “twijfel aan mijn professionaliteit”).

Ook hebben de verloskundigen onvoldoende gehoor gegeven aan het verzoek om deelname aan het onderzoek en was er voor wat betreft de registratie sprake van een non-respons.

Non-respons kan en bleek met verschillende redenen te maken hebben:

- In de eerstelijns verloskunde loopt vaak wetenschappelijk onderzoek, dit maakt dat verloskundigen praktijken keuzes maken ten aanzien van participatie – een aantal praktijken heeft aangegeven dat dit voor hen de reden was voor non-respons.
- Daarbij is onderzoek in de verloskundige praktijk meestal gericht op kennis voor de directe dagelijkse en medische praktijk en in veel mindere mate op psychosociale aspecten of uitkomsten die voorbij het kraambed liggen. Mogelijk is onderzoek naar PHB-JGZ als onvoldoende relevant ervaren.
- Gedurende de looptijd van het onderzoek was er bovendien in de verloskunde veel aandacht voor het terugdringen van de perinatale sterfte en samenwerking tussen de eerste- en tweedelijns verloskunde. Mogelijk heeft dit meer de aandacht gevraagd dan het onderzoek.
- In de Achterhoek bestond ondanks veelvuldige uitleg en informatie bij enkele verloskundigen het beeld dat de PHB-JGZ het verloskundig huisbezoek in de 34^{ste} zwangerschapsweek zou vervangen. Deze verloskundigen verwezen om die reden niet naar PHB-JGZ en vonden bijvoorbeeld dat zij zelf huisbezoeken moesten uitvoeren.
- Uit de JGZ-registratie blijkt dat de praktijk die in Helmond de verloskundigenregistratie bijhield, ook daadwerkelijk de meeste cases voor PHB-JGZ aan had gemeld. Daarnaast, en ook in de Achterhoek is de spreiding onder de verloskundigen praktijken die aanmeldden voor PHB-JGZ zodanig dat per verloskundigenpraktijk (met uitzondering van een praktijk in Helmond) er zeer weinig cases voor PHB-JGZ in aanmerking komen of gesignaleerd worden. Een papieren registratie kan dan gemakkelijk vergeten worden, des te meer omdat de meeste verloskundigen praktijken groepspraktijken zijn waarbij de cliënt meestal bij verschillende verloskundigen op spreekuur komen.

9 Aanbevelingen

Vraagstelling:

Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan voor verbeteringen regionaal en voor eventuele landelijke implementatie van PHB-JGZ?

De onderstaande aanbevelingen zijn gericht op zowel JGZ-instellingen als verloskundige zorgverleners als landelijke koepels en rijksoverheid.

9.1 **Kennis, vaardigheden en een checklist voor jeugdverpleegkundigen**

De jeugdverpleegkundigen hebben aangegeven behoefte te hebben aan meer houvast bij de uitvoering van de PHB-JGZ. Er is behoefte aan een eenduidige beschrijving van de primaire processen ten aanzien van bijvoorbeeld de administratie en registratie. Landelijk is er behoefte aan een eenduidig advies over de registratie van ongeboren (eerste) kinderen die nog niet bij de JGZ in het systeem bekend zijn (nog geen BSN-nummer hebben). In het mICAS-systeem is dit mogelijk via een aparte codering; in andere systemen niet.

Daarnaast is er behoefte aan een checklist met items die van belang zijn om na te lopen bij probleemverheldering en aan enige inhoudelijk kennis over zwangerschap en bevalling – niet om dit over te nemen van de verloskundige maar om inzicht te hebben in de situatie van de moeder en eenvoudige vragen te kunnen beantwoorden.

In het algemeen is het aan te bevelen om in de continue bijscholing van jeugdverpleegkundigen bijvoorbeeld over motiverende gespreksvoering of empowerment van ouders (eigen kracht), ook cases met PHB-JGZ te oefenen en kennis van de sociale kaart up-to-date te houden.

Cliënten hebben verder aangegeven niet of nauwelijks inzicht te hebben gekregen in de doelen voorafgaand en tijdens de PHB-JGZ.

Bij dit alles is het van belang voor ogen te houden dat PHB-JGZ een vorm van outreachend werken is waarbij een zekere flexibiliteit van de jeugdverpleegkundige wordt gevraagd en een grote mate van professionele ruimte nodig is, het aanbod van PHB-JGZ laat zich dus niet een, mogelijk knellend, protocol gielen.

Aanbevelingen:

- Maak een overzichtelijke praktische werkinstructie voor jeugdverpleegkundigen met daarin afspraken over aanmelding, terugkoppeling, verwijzing, zorgplan en registratie in het JGZ-systeem.
- Maak een checklist met inhoudelijke thema's om na te lopen -en wat mogelijk aan te bieden- voor jeugdverpleegkundigen.
- Ontwikkel een eenvoudig raamwerk voor een zorgplan waarin de doelen en afspraken opgeschreven kunnen worden voor cliënten, eventueel met ander voorlichtingsmateriaal bijvoorbeeld bijeen in een mapje.
- Besteedt in de continue scholing van jeugdverpleegkundigen ook aandacht aan PHB-JGZ –cases en sociale kaart.
- Breng landelijk advies uit over de registratie van ongeboren, eerste kinderen in de verschillende JGZ-registratiesystemen.

9.2 Innovatie

Binnen de werkwijze van de PHB-JGZ zijn ook andere manieren en middelen denkbaar en hoeft niet per definitie doelen bereikt te worden via *huisbezoeken*. Huisbezoeken zijn wel effectief om een (eerste) inschatting te maken van de zorgbehoefte en de opgroei-omstandigheden voor het kind, maar daarnaast kan ook telefonisch en via email contact met cliënten worden onderhouden, via sociale media of via chat-sprekuren.

Een tip van een jeugdverpleegkundige:

“Ook vlak voor de bevalling even van je laten horen.”

En van een verloskundige:

“Ik vraag ook wel eens eerst advies bij de JGZ-verpleegkundige”

Aanbeveling:

- Innoveer en overweeg naast huisbezoeken ook andere manieren om contact met aanstaande gezinnen prenataal te houden (bv. telefonisch, email, sms, chatten, social media etc.).

9.3 Jeugdverpleegkundige als generalist of specialist?

De belangrijkste kenmerken aan PHB-JGZ zijn de laagdrempeligheid en de continuïteit: dat dezelfde jeugdverpleegkundige als normaliter na de geboorte, nu al vóór de geboorte komt kennismaken en nagaat wat er nodig is in het aanstaande gezin voor een goede start met de baby. Door, in tegenstelling tot bijvoorbeeld Voorzorg, een reguliere jeugdverpleegkundige prenataal in te zetten kan een grotere groep bereikt worden dan alleen de hoogrisico-zwangeren, op een laagdrempelige en betaalbare wijze.

Aanbeveling:

- Voer PHB-JGZ in beginsel uit met reguliere niet-gespecialiseerde jeugdverpleegkundigen (generalisten); dezelfde jeugdverpleegkundige die ouders postnataal ook op het consultatiebureau ontmoeten.

9.4 Alle eerste kinderen?

Uit de eerste landelijke expertmeeting voorafgaand aan het onderzoek, bleek dat in enkele regio's bij alle eerste kinderen vroeg in de zwangerschap standaard door de jeugdverpleegkundige een huisbezoek uitgevoerd wordt deze jeugdverpleegkundige voerde dan ook de risicotaxatie uit.

De vraag of dit een aanbeveling zou zijn, is tijdens het onderzoek in de twee regio's en in de tweede landelijke expertmeeting aan het einde van het project, naar voren gebracht.

Volgens de betrokkenen is een standaard huisbezoek bij alle eerste kinderen niet noodzakelijk en volstaat de indicatie door de verloskundige. Bovendien blijkt dat problemen en hulpvragen zich weliswaar vaak voordoen bij eerste kinderen maar niet altijd. Deze groep zou dan juist weer gemist worden.

Aanbeveling:

- Laat PHB-JGZ indiceren door verloskundig zorgverleners (eerste- en tweedelijns); het standaard aanbieden bij alle eerste zwangerschappen is niet nodig en laat andere cases juist gemist worden.

9.5 Scholing verloskundigen: signaleren en hoe vertel ik het de cliënt?

Uit alle gesprekken met jeugdverpleegkundigen en JGZ-management en ook uit de twee landelijke expertmeetings komt naar voren dat meer scholing van verloskundigen noodzakelijk is. Men denkt dat onvoldoende kennis en inzicht een van de redenen is voor het relatief gering aantal indicaties voor PHB-JGZ. Scholing is gewenst op het gebied van signaleren en gespreksvoering zodanig dat PHB-JGZ laagdrempelig kan worden aangeboden en niet als 'zwaar middel' wordt gezien. Daarbij kan ook gedacht worden aan ondersteunende hulpmiddelen zoals een korte film over het PHB-JGZ voor aanstaande ouders en een folder met antwoordformulier die alle aanstaande ouders bij het eerste bezoek aan de verloskundige meekrijgen.

Aanbevelingen:

- Aanbieden van scholing van eerste- en tweedelijns verloskundigen op het gebied van risico-signalering en bespreekbaar maken.
- Ontwikkel aanvullende informatiematerialen die het de verloskundige inzichtelijk en gemakkelijker maken om cliënten te verwijzen.

9.6 Hoe ook de groep met 'lichtere' problematiek bereiken?

Preventieve winst valt juist ook te behalen in de groep cliënten die zich onder het wateroppervlak rondom de ijsberg bevindt. Vaak aangeduid als de 15%-groep (gehele ijsberg: 80% heeft geen hulp nodig; 15% enige steun nodig; 5% heeft zeker hulp nodig in verband met zorgwekkende problemen) (Hermanns, 2005). Hiervoor is een attitude verschuiving nodig bij verloskundigen die normaliseert dat een 'steuntje in de rug' voor een bepaalde groep cliënten belangrijk is bij hun voorbereiding op het ouderschap. Er hoeft voor het inzetten van ondersteuning (nog) geen sprake te zijn van dramatische omstandigheden voor de (toekomstige) kinderen.

Dit moet ook onderdeel uitmaken van scholing van verloskundigen.

Aanbeveling:

- Bewerkstellig en communiceer, onder andere via scholing en heldere criteria, dat verloskundigen ook aanstaande ouders signaleren met enkelvoudige en 'lichtere' problematiek die gebaat zijn bij PHB-JGZ als steuntje in de rug voor een goede start met de baby.

9.7 Samenwerking JGZ en verloskundigen

Behalve via scholing is het belangrijk dat verloskundigen zich meer deel moeten gaan voelen van een samenwerkend netwerk rondom gezinnen. Gezamenlijk zorgen verloskundigen in eerste- en tweedelijns mét ouders, kraamverzorgenden en jeugdgezondheidszorg voor een optimale start voor de baby.

Dit betekent dat professionals voorbij de 'eigen domeinen' moeten kijken, zonder daarbij het werk van de ander over te nemen, in het vertrouwen dat ieder hetzelfde doel nastreeft.

Dit heeft tijd nodig en vraagt een voortdurende investering in dat netwerk.

Daarnaast zijn hulpmiddelen denkbaar die dat ondersteunen. Bijvoorbeeld door multidisciplinaire incidentbesprekingen om van te leren en best practices en knelpunten te identificeren; door terugkoppeling van jeugdverpleegkundigen naar verloskundigen en vice versa. Terugkoppeling was ook in dit onderzoek een belangrijk kritiekpunt van beide groepen professionals.

Ook kan een lokaal zorgnetwerk (CJG-overleg of casuïstiek-overleg) bekend en toegankelijk worden gemaakt voor verloskundigen om cases vanaf -9 maanden ter bespreking in te brengen en kunnen studiedagen multidisciplinair worden ingevuld, bijvoorbeeld door samenwerking met een ROS (regionale ondersteuningsstructuur eerstelijnszorg).

En:

“Laat verloskundigen eens meelopen, samen op huisbezoek gaan”
 “Waar mogelijk direct met de verloskundige nabespreken”

Voor regio's die gaan starten met PHB-JGZ is het aan te raden om:

“Begin met een werkgroep van verloskundigen en JGZ en ook met een ROS (Regionale OndersteuningStructuur eestelijnszorg, red.) misschien daarbij?”

Bij de implementatie van PHB-JGZ is het van belang als uitgangspunt te hebben dat niet alleen de jeugdverpleegkundige een 'gebruiker' is van de nieuwe werkwijze, maar dat ook de verloskundige als 'gebruiker' dat is (in termen van Fleuren et al.)

Aanbevelingen:

- Formuleer een gezamenlijke missie: SAMEN toewerken naar een optimale start van de baby
- Werk aan vertrouwen
- Kijken over domein-muren zonder elkaars werk over te nemen.
- Maak verloskundigen meer deel van de keten/netwerk
- Terugkoppeling tussen verloskundigen en jeugdverpleegkundigen is tweerichtingsverkeer
- Cases vanaf -9 maanden inbrengen in lokale zorgnetwerken (o.a. vanuit CJG's)
- Koppel jeugdverpleegkundigen en verloskundigen(praktijken)
- Vraag om 'warm' verwijzen

9.8 Samenwerking met andere partners

Ten tijde van het onderzoek was in beide regio's de tweedelijns verloskunde niet of nauwelijks betrokken. Dit was in tweede instantie wel de intentie en deze wordt nu ook betrokken. Dit is des te belangrijker omdat zich in de tweedelijns verloskundige zorg waarschijnlijk meer psychosociale problematiek voordoet dan in de eerstelijns geboortezorg.

Rond de verloskundige zorg is er een tweede cirkel van professionals en organisaties die meer betrokken dienen te worden bij (de ontwikkeling van) PHB-JGZ: huisartsen, MEE, AMW, GGZ, BJZ (en AMK), verslavingszorg.

Aanbevelingen:

- Implementeer PHB-JGZ bij zowel eerste- als tweedelijns verloskunde als bij kraamzorg
- En werk in een tweede cirkel daaromheen samen met andere professionals en instellingen zoals hierboven genoemd.

9.9 Implementatie in organisatie en netwerk

Uit deze evaluatie blijkt, dat daar waar er ervaring is met PHB-JGZ, alle partijen dit doorgaans als een goed en zinvol aanbod waarderen. De meerwaarde van PHB-JGZ voor cliënten en jeugdverpleegkundigen lijkt de belangrijkste bevorderende factor. Desondanks gaat de implementatie niet vanzelf. De implementatie van PHB-JGZ vraagt vooral om oog voor factoren die gelegen zijn in de (samenwerking met de) verloskundigen als gebruikers en in de organisatorische en sociaal-politieke context. Factoren die de samenwerking tussen verloskundigen en jeugdverpleegkundigen bevorderen, zijn veelal bij de voorgaande aanbevelingen besproken. Daarnaast zijn er door respondenten en in de expertmeetings suggesties gedaan.

Aanbevelingen:

- Neem de tijd voor implementatie, maak een plan en stel bij
- Investeer als JGZ duurzaam in de samenwerkingsrelatie met verloskundigen
- Betrek de verloskundigen bij de voorbereidingen en/of bereid voor in een VSV-plus overleg (Verloskundig SamenwerkingsVerband)
- Werk indien mogelijk ook samen met een ROS (Regionale Ondersteuningsstructuur Eerstelijnszorg)
- Werk binnen de JGZ met coördinatoren
- Organiseer multidisciplinaire studie- casus- en intervisiebijeenkomsten
- Stimuleer feedback op proces- en casusniveau van beide kanten
- Zorg ook binnen de JGZ-organisatie en CJG's voor een infrastructuur die prenataal werken mogelijk en bekend maakt

9.10 Landelijke implementatie en het Basispakket-JGZ

Belangrijk is daarnaast dat de regionale inspanningen overeenkomen met en ondersteund worden door landelijk beleid. In beginsel zou voor ieder aanstaand kwetsbaar gezin, onafhankelijk van de regio, een prenataal aanbod op indicatie mogelijk moeten zijn om kinderen een optimale start te kunnen bieden en de continuïteit naar postnatale collectieve preventie te waarborgen.

De CJG's met de JGZ daarin als kernpartner, zijn landelijk uitdrukkelijk bedoeld voor ondersteuning vanaf -9 maanden en gemeenten hebben onder andere de taak uitvoering te geven aan prenatale voorlichting (Ministerie van J&G, 2009). Deze prenatale taken zijn in de praktijk echter nog lang niet overal in het land geëffectueerd.

De commissie De Winter, die het BTP-JGZ evalueerde, noemt dan ook als een van de aanbevelingen dat gezondheidszorg, welzijnszorg en jeugdgezondheidszorg beter op elkaar moeten aansluiten. Daartoe behoort ook de geboortezorg. De transitie en transformaties in de preventie en zorg rond jeugd bieden de kans om onder andere via PHB-JGZ, de continuïteit vanaf -9 maanden vorm te geven.

Aanbevelingen:

- Neem het aanbod PHB-JGZ op in het Basispakket JGZ (BTP-JGZ nieuwe stijl)
- Maak werk van de landelijke implementatie van PHB-JGZ op indicatie
- Onderzoek (parallel of eventueel eerst) de kosteneffectiviteit: heeft de JGZ met het aanbod PHB-JGZ een business case? Met andere woorden: leidt PHB-JGZ tot minder postnatale zorgen om kinderen en tot minder postnatale begeleiding of huisbezoeken van de JGZ?

10 Referenties

Alink LRA, Van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Pannebakker F, Vogels T, Euser S. (2011) Kindermishandeling in Nederland anno 2010: De Tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (NPM-2010). Leiden: Casimir Publishers

Bouwmeester-Landweer, M.B.R. (2006) Early Home Visitation in Families at Risk for Child Maltreatment. Proefschrift; Rotterdam: Optima

Doesem van, K.T.M. (2005) A model-based Intervention for depressed mothers and their infants. *Infant Mental Health Journal*, 26, 157-167: 2005

Edleson, J. L. (1999) The overlap between child maltreatment and woman battering. *Violence Against Women*, 5(2), pp. 134:154

Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS. (1998) The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. *American Journal of Preventive Medicine*, 14:245-258

Fleuren MAH, Wiefferink CH, Paulussen TGWM. (2004) Determinants of innovation within health care organizations: literature review and Delphi-study. *Int J Qual Health Care*, 2004;16:107-23.

Fleuren M, Wiefferink K, Paulussen T. (2010) Checklist determinanten van innovaties in gezondheidszorgorganisaties. *TSG Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2010; 88:55-8.

Fleuren, M.A.H., T.G.W. Paulussen, P. van Dommelen, S. van Buuren (2012) Meetinstrument voor Determinanten van Innovaties (MIDI) © TNO

Hermanns J., Schrijvers G. en Öry F. (2005). Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen. Woerden: Inventgroep.

Ministerie van Jeugd en Gezin, (2009) Handreiking Prenatale Voorlichting, een nieuwe activiteit in opdracht van de gemeente. Den Haag

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (2002) Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0 -19 jaar. Den Haag: Ministerie van VWS

Murphy, CC, Schei, B, Myhr TL, Du Mont J. (2001) Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 2001; 164, 1567:1572

Olds, DL Charles R. Henderson, Jr, Robert Tatelbaum and Robert Chamberlin (1986) Improving the Delivery of Prenatal Care and Outcomes of Pregnancy: A Randomized Trial of Nurse Home Visitation. *Pediatrics*, 1986;77:16-28

Olds, DL. Charles R. Henderson Jr; Harriet Kitzman. (1994) Does prenatal and infancy nurse home visitation have enduring effects on qualities of parental caregiving and child health at 25 to 50 months of life? *Pediatrics*. 1994;93(1):89-98.

Olds, DL; John Eckenrode; Charles R. Henderson Jr.; Harriet Kitzman; Jane Powers; Robert Cole; Kimberly Sidora; Pamela Morris; Lisa M. Pettitt; Dennis Luckey. (1997) Long-term Effects of Home Visitation on Maternal Life Course and Child Abuse and Neglect: Fifteen-year Follow-up of a Randomized Trial *JAMA*. 1997;278(8):637-643.

Reitsma-van Rooijen, M., Damman, O.C., Sixma, H.J., Spreeuwenberg, P., Rademakers, J. (2009) CQ-Index Jeugdgezondheidszorg: meetinstrumentontwikkeling. Kwaliteit van de jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar vanuit het perspectief van ouders en kinderen. Utrecht, NIVEL

Straus, M.A. (1983) *Ordinary violence, child abuse and wife beating, what do they have in common?* Newbury Park CA, Sage

Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (2010) *Een goed begin, veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Advies Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte.*

Tremblay, R. E., Japel, C. (2003). Prevention during pregnancy, infancy and the preschool years In D. P. Farrington, J. W. Coid (Eds.), *Early Prevention of Adult Antisocial Behaviour* (pp. 205-242). Cambridge, Engeland

Vink R., Rijnders MEB, Dommelen P, Broerse A (2009). *Vroeg signaleren van ongunstige opgroeiomstandigheden door verloskundigen in Zaanstad en Amsterdam-Noord, Leiden, TNO Kwaliteit van Leven.*

Wal M.F. van der, Van Eijsden M, Bonsel GJ (2007). Stress and emotional problems during pregnancy and excessive infant crying. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* 2007; 28: 431-7.

Wilson, L.M., AJ Reid, DK Midmer, A Biringer, JC Carroll, and DE Stewart (1996). Antenatal Psychosocial Risk Factors Associated with Advers Postpartum Family Outcomes. A Systematic Review. *Can. Med. Assoc. Journal* ,154 785- 799

Zeijl E., M Crone, K Wiefferink, S Keuzenkamp, M Reijneveld (2005). *Kinderen in Nederland, SCP/TNO-publicatie. Den Haag / Leiden: Sociaal en Cultureel Planbureau / TNO-Kwaliteit van Leven.*

A Onderzoeksprotocol

Onderzoeksprotocol Evaluatie prenatale huisbezoeken jeugdgezondheidszorg

2011 / 2012

Dit protocol maakt deel uit van het door ZonMw gefinancierd onderzoeksproject 'Evaluatie Prenatale huisbezoeken JGZ³' dat door TNO wordt uitgevoerd, in samenwerking met de JGZ Yunico (Achterhoek), De Zorgboog (Helmond e.o.) en de eerstelijns verloskundigen in genoemde regio's.

1. Verantwoordelijk voor de uitvoering van het project

TNO Child Health
Postbus 2215
2301 CE Leiden

Projectleider: Remy M. Vink
T: 088 8666199
M: 06 29106735
E: remy.vink@tno.nl

Bestuurlijk verantwoordelijke: Nico van Meeteren, directeur Gezond Leven, TNO

2. Doelstelling, onderzoeksvragen

Met dit onderzoek willen we nagaan hoe de interventie 'prenatale huisbezoeken door de JGZ' het best vormgegeven kan worden en wat belemmerende en bevorderende factoren voor (regionale en landelijke) implementatie zijn.

Vraagstellingen:

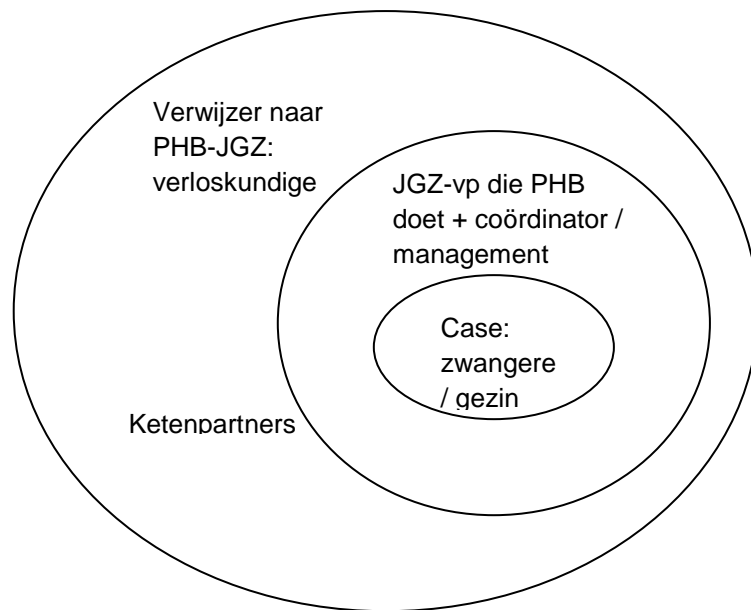
- Hoe vaak en met welke kenmerken zijn er in de twee regio's prenatale huisbezoeken door de JGZ uitgevoerd?
- Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan voor verbeteringen regionaal en voor eventuele landelijke toepassing van het aanbod prenatale huisbezoeken door de JGZ-verpleegkundige?
- Welke belemmerende en bevorderende factoren spelen een rol bij de implementatie van het aanbod van prenatale huisbezoeken door de JGZ-verpleegkundige?
- Hoe ervaren aanstaande ouders vroegsignalering door de verloskundige en in welke mate ervaren zij steun en zijn zij tevreden over het aanbod van prenatale huisbezoeken door de JGZ-verpleegkundige?

³ JGZ= Jeugdgezondheidszorg / consultatiebureau / Centrum Jeugd & Gezin

3. Onderzoekspopulatie

Het onderzoek betreft het perspectief van drie actoren:

- de einddoelgroep (aanstaande ouders),
- gebruikers / aanbieders (JGZ-verpleegkundigen en op afstand de jeugdartsen),
- intermediairs / verwijzers (eerstelijns verloskundigen).



Casedefinitie (einddoelgroep):

Zwangere (en haar gezin) in het werkgebied, die op basis van vroegsignalering (onafhankelijk van de signaleringswijze), in aanmerking komt of daadwerkelijk gebruik maakt van prenatale huisbezoeken / begeleiding van de jeugdverpleegkundige.

Onder prenatale huisbezoeken van de jeugdverpleegkundige (PHB-JGZ) verstaan we alle contactmomenten die door de jeugdverpleegkundige tijdens de zwangerschap worden ingezet om aanstaande ouders te begeleiden naar een optimale start met hun kind. Het gaat daarbij niet per se om *huisbezoeken*. Afspraken kunnen ook op het consultatiebureau of elders plaatsvinden en kunnen variëren van een tot meerdere contactmomenten. Een prenataal huisbezoek rond de 34^{ste} week door de verloskundige valt daar *niet* onder, evenmin als een prenataal *intake*-huisbezoek door de JGZ of kraamzorg.

Gebruikers / aanbieders:

- *Achterhoek*: JGZ Yunio in de gemeenten: Aalten, Berkelland, Bronckhorst, Doetinchem, Lochem, Montferland, Oost-Gelre, Oude-IJsselstreek, Winterswijk en Zutphen.
- *Helmond e.o.*: JGZ De Zorgboog in gemeenten: Helmond, Deurne, Mierlo, Asten-Someren, Gemert-Bakel, Laarbeek

Intermediairs (verwijzers):

- Verloskundigenpraktijken Achterhoek: Wel en Wee, Dijkpraktijk, Elan, Materna, Nona, Buik & Co, praktijk Wehl, praktijk Ulft, praktijk Zutphen, Aalten/Varsseveld, Renske Roelofsen, 't Uilennest, Judith Snelder, Ariane Moskie.
- Verloskundigenpraktijken Helmond e.o.: Asten Dageraad, Beek en Donk, Deurne, Gemert, Groepspraktijk Helmond, De Uiver, Someren, Brandevoort, M. van Bunt en de tweedelijns verloskunde in het Elkerliek Ziekenhuis.
- Andere verwijzers zoals MEE, BJZ, GGZ, Gemeenten / GGD (OGGZ) ed.

Ketenpartners – waar de JGZ mogelijk naar verwijst / mee samenwerkt:

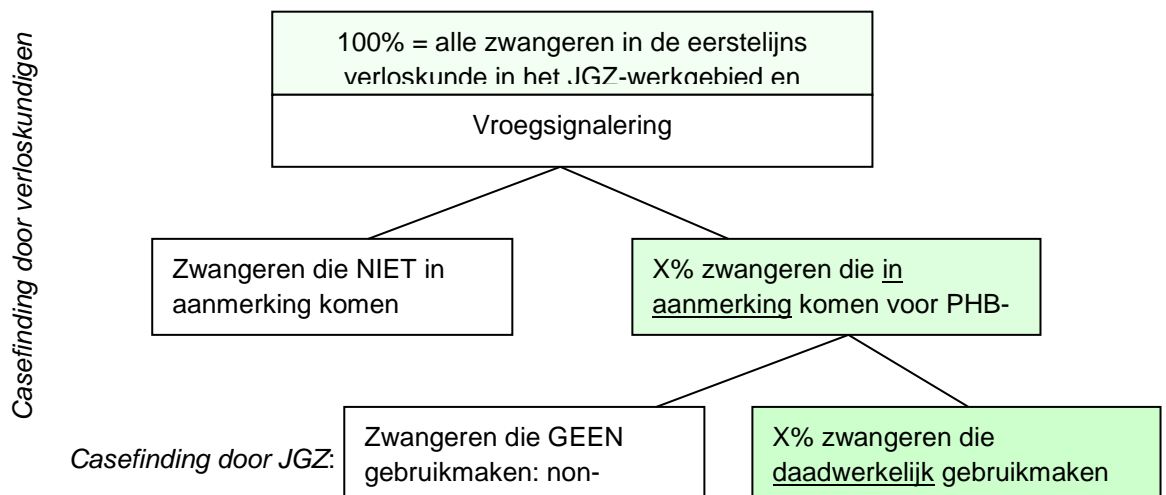
- AMW en ziekenhuis maatschappelijk werk
- GGD
- Gespecialiseerde thuiszorg
- Verslavingszorg
- GGZ of BOBP (Helmond)
- MEE / ORO (Helmond)
- BJZ/AMK

Populatiegrootte:

Van de 3700 geboorten per jaar (in 2010) in de Achterhoek en 2200 in de regio Helmond (2010), is het streven gedurende een periode van een jaar 100 cases PHB-JGZ per regio te includeren.

4. Dataverzameling

Gegevens worden verzameld via de verloskundigen en JGZ. Daarnaast wordt door TNO focusgroepen, interviews en observaties uitgevoerd.



Gevraagde gegevens via de VERLOSKUNDIGEN:

- Totaal aantal zwangeren in de inclusieperiode. Niet meegeteld worden:
 - o zwangeren die *in het begin* van de inclusieperiode (eerste zes weken) 36 of meer weken zwanger zijn (signaleren en prenatale begeleiding door de JGZ is dan 'niet *meer*' aan de orde),
 - o zwangeren die *aan het eind* van de inclusieperiode (laatste zes weken) nog geen 14 weken zwanger zijn (signaleren en het al of niet in aanmerking komen voor prenatale JGZ-begeleiding zijn dan '*nog niet*' aan de orde),
 - o in de eerste lijn: alle miskramen en primaire medische indicaties in het eerste trimester (zoals tweelingen, essentiële hypertensie etc) in de tweede lijn (Elkerliëk zh) reken je deze wel mee).
- Van al die zwangeren die in aanmerking komen voor prenatale huisbezoeken / begeleiding door de JGZ (zie apart registratieformulier):
 - o Cliëntnummer, verloskundigenpraktijk en achtergrondkenmerken
 - o Vanwege welk signaal / problematiek / hulpvraag komt de zwangere in aanmerking voor PHB-JGZ
 - o Hoe gesignaleerd
 - o Heeft feitelijk een aanmelding bij de JGZ plaatsgevonden
 - o Hoe (warm, terugkoppeling ed.)
- Non-respons: redenen waarom cliënten eventueel géén gebruik (willen) maken van het aanbod prenatale huisbezoeken / begeleiding door de JGZ.

Gevraagde gegevens via de JEUGDGEZONDHEIDSZORG:

- Totaal aantal zwangeren dat feitelijk is aangemeld voor en gebruik maakt van PHB-JGZ (Excel registratie)
- En van iedere case (door jeugdverpleegkundige in Excel-registratie):
 - o verloskundig cliëntnummer (overgedragen van de verloskundige)
 - o door wie is (warm) verwezen naar de JGZ (hoeft immers niet altijd de verloskundige te zijn – bleek uit de expertmeeting)
 - o aard van de problematiek / hulpvraag
 - o met wie contact (alleen zwangere of ook partner, familie)
 - o ondernomen acties / doorverwijzingen
 - o aantal contacten
 - o plaats van contacten (huisbezoeken, consultatiebureau)
 - o al of niet afronden van een traject, en waarom niet, niet-bereikt
 - o begin- einddatum traject
- Na afloop van het traject:
 - o Cliëntervaringen en –tevredenheid (via aparte evaluatie-vragenlijst ouders + gesloten enveloppe)

5. Privacy

Het project is niet WMO(CCMO)-plichtig, dit betekent dat geen toestemming van een medisch-ethische toetsingscommissie is vereist. Cliënten hoeven niet te tekenen voor deelname. Alle gegevens worden geanonimiseerd verzameld (cliëntnummers waar alleen de verloskundige en jeugdverpleegkundige de persoonsgegevens van kennen). Voor verloskundigen en jeugdverpleegkundigen geldt onverminderd de Wet Bescherming Persoonsgegevens (Wbp), WGBO, eigen beroepscode en het privacyreglement

van de eigen instelling. De onderzoeksgegevens worden bewaard zolang redelijkerwijs te voorzien is dat dit voor het onderzoek nodig is.

6. Inclusieperiode

Evaluatie van de prenatale huisbezoeken JGZ vindt plaats in de periode 1 april 2011 – 1 april 2012 (loopt langer door bij onvoldoende prenatale huisbezoeken!). Dit betekent dat gedurende die periode de registratie wordt bijgehouden. Het betekent *niet* dat het aanbod van de JGZ dan pas begint – of stopt.

7. Wie doet wat?

In beide onderzoeksregio's geldt een protocol Vroegsignalering en/of werkwijze m.b.t. prenatale huisbezoeken JGZ waarin ondermeer de criteria en toeleiding naar prenatale begeleiding / huisbezoeken door de JGZ wordt beschreven. En verder:

VERLOSKUNDIGEN

- Verloskundigen signaleren (risicofactoren voor) ongunstige opgroei-omstandigheden voor kinderen – dit betreft niet alleen de evidente zware problematiek maar ook situaties waarin aanstaande ouders een steuntje in de rug kunnen gebruiken voor een goede start met hun kind.
- Verloskundigen signaleren gedurende de gehele zwangerschap op basis van professionele ervaring, anamnese, expliciete signalen van zwangere zelf, niet-pluis gevoel. Een deel van de verloskundigen gebruikt daarnaast de ALPHA-NL (instrument voor vroegsignalering) voor de 20^{ste} zwangerschapsweek.
- De verloskundigen registreren de gevraagde onderzoeksgegevens (zie 4.)
- De verloskundigen dragen ten behoeve van het onderzoek het cliëntnummer (géén NAW gegevens) over aan de jeugdverpleegkundige die de prenatale begeleiding / huisbezoeken gaat uitvoeren. Hiermee kunnen we de registratie van de verloskundige en die van de JGZ m.b.t. de prenatale huisbezoeken, combineren.
- De verloskundigen informeren cliënten die in aanmerking komen en feitelijk gebruik (gaan) maken van prenatale begeleiding door de JGZ over het onderzoek. Bij het bespreken van dit aanbod kan de volgende informatie worden gegeven:

“Normaal gesproken komt rond de geboorte de verpleegkundige van het consultatiebureau kennismaken en starten de regelmatige controles. In deze regio doen de consultatiebureau's (jeugdgezondheidszorg) een proef om te kijken of het zinvol is om al eerder, dus al in de zwangerschap, betrokken te zijn. De verpleegkundige geeft dan voorlichting en advies en helpt je een goede start te maken met je baby. Deze nieuwe manier van werken wordt onderzocht door TNO om te kijken wat aanstaande ouders daarvan vinden en of het in het hele land toegepast zou kunnen worden. Dat betekent dat je gevraagd wordt een vragenlijst in te vullen en gevraagd kan worden mee te werken aan interviews of het meekijken door de

JEUGDVERPLEEGKUNDIGEN werkwijze:

- De jeugdverpleegkundigen die de prenatale huisbezoeken / begeleiding feitelijk uitvoeren, volgen het regionale protocol Vroegsignalering en de interne werkafspraken van de eigen instelling.
- De jeugdverpleegkundigen informeren zonodig de aanstaande ouders over het onderzoek. Zie kader.
- De jeugdverpleegkundigen / JGZ registreren de gevraagde gegevens (zie 4.) onder vermelding van verloskundig cliëntnummer.
- De jeugdverpleegkundigen werven aanstaande ouders voor observaties door een TNO-onderzoeker. Zes tot tien observatie-momenten in iedere regio is het streven. Met daarbij zoveel mogelijk 'variatie': van de verschillende JGZ-verpleegkundigen en wijken; op verschillende momenten: een eerste contact, midden en afsluitend.

“Ik heb je verteld dat TNO onderzoek doet naar onze manier van werken in de zwangerschap. Heb je er bezwaar tegen als er een keer een onderzoeker met ons meekijkt? Zij kijkt vooral naar hoe *wij* het doen en wat we bespreken blijft onder ons, zij kent *niet* je naam of andere persoonsgegevens.”

- De jeugdverpleegkundigen vragen cliënten na afloop van een begeleidingstraject om een korte vragenlijst m.b.t. ervaringen en tevredenheid over het aanbod in te vullen. De vragenlijsten zijn voorgenummerd met het verloskundig cliëntnummer en worden in een gesloten TNO-antwoordenveloppe gedaan en door de JGZ verzameld en naar TNO gestuurd.

Leiden, april 2011

B Registratie verloskundigen

Verloskundige registratie t.b.v. Evaluatie Prenatale huisbezoeken JGZ

Cliëntnummer:.....
 Naam verloskundige.....

Achtergrondkenmerken cliënt:

Leeftijd:.....
 Pariteit:.....
 Etnische achtergrond:
 Burgerlijke staat (alleenstaand, getrouwd/samenwonend):

Beroep.....

OF (wordt nl. verschillend geregistreerd in de praktijken):

Opleidingsniveau (hoogst voltooide opleiding):

- lager beroepsonderwijs
- middelbaar beroepsonderwijs
- hoger beroepsonderwijs
- universiteit
- overig

Komt in aanmerking voor prenatale begeleiding / huisbezoeken door de JGZ.

Dit werd duidelijk (vul datum en zwangerschapsduur in):(datum)

in de: (zwangerschapsweek)

Op grond van (meerdere antwoorden mogelijk):

- Hulpvraag of verhaal van cliënt zelf
- Klinisch oordeel: niet-pluis gevoel of steuntje in de rug nodig
- Belaste anamnese
- Door invullen en bespreken ALPHA-NL
- Overleg met andere professionals
- Anders, nl.....

Hulpvraag / problematiek waarvoor prenatale begeleiding JGZ is aangewezen

(los van wel niet feitelijk gebruik van maken):

.....

Cliënt wenst gebruik te maken van prenatale begeleiding door de JGZ:

- Ja
- Nee, want

Cliënt is feitelijk, en met toestemming, aangemeld voor prenatale begeleiding door de JGZ

Ja, op(datum)

Nee, want

Opmerkingen / suggesties:

.....
.....
.....
.....

D Vragenlijst cliënten

Nummer

ENQUÊTE⁴

Over de begeleiding door de verpleegkundige van het consultatiebureau vóór de geboorte van uw baby

Sinds kort heeft Yunio Jeugdgezondheidszorg (het consultatiebureau) een nieuw aanbod. De jeugdverpleegkundige van het consultatiebureau kan al (vroeg) in de zwangerschap kennis met u komen maken. Zij kan u begeleiden naar een goede start met uw baby. In de afgelopen periode heeft u hier gebruik van gemaakt. Wij willen graag weten wat u hiervan vond. Daarom hebben wij TNO gevraagd om dit voor ons te onderzoeken.

Wilt u de vragen zo goed mogelijk beantwoorden? U kunt de vragenlijst daarna in een gesloten TNO-enveloppe aan de verpleegkundige geven. Zij verstuurt die naar TNO. Op die manier blijven uw antwoorden anoniem.

Met dit onderzoek kunnen we bekijken of het nieuwe aanbod zinvol is en of we die moeten aanpassen.

DANK VOOR HET INVULLEN !

Graag in gesloten enveloppe aan de jeugdverpleegkundige geven

⁴ Daar waar van Yunio gesproken wordt, is in de regio Helmond 'De Zorgboog' gehanteerd.

1. Heeft uw verloskundige, gynaecoloog of andere zorgverlener u van tevoren verteld over dit nieuwe aanbod van Yunio?

- ja
 min of meer
 nee
-

2. Was de reden van de begeleiding door de jeugdverpleegkundige duidelijk voor u?

- ja
 min of meer
 nee
-

3. Zijn er in het begin afspraken met u gemaakt over de dingen waar de jeugdverpleegkundige en u aan zouden gaan werken?

- ja
 min of meer
 nee
-

4. Kreeg u van de jeugdverpleegkundige voldoende kans om aan te geven wat u zelf het beste vindt voor u en uw gezin?

- ja
 enigszins
 nee
-

5. Was de jeugdverpleegkundige beleefd tegen u?

- ja
 min of meer
 nee
-

6. Luisterde de jeugdverpleegkundige met aandacht naar u?

- ja
 min of meer
 nee
-

7. Nam de jeugdverpleegkundige u serieus?

- ja
 min of meer
 nee
-

8. Voelde u zich op uw gemak bij de jeugdverpleegkundige?

- ja
 min of meer
 nee
-

9. Had de jeugdverpleegkundige genoeg tijd voor u tijdens het bezoek of consult?

- ja
- min of meer
- nee

10. Was de jeugdverpleegkundige volgens u deskundig?

- ja
- min of meer
- nee

11. Waren de adviezen van de jeugdverpleegkundige bruikbaar voor u?

- ja
- min of meer
- nee
- niet van toepassing

12. Gaf de jeugdverpleegkundige een duidelijk antwoord op uw vragen?

- ja
- min of meer
- nee

13. Kwam de jeugdverpleegkundige haar afspraken na?

- ja, altijd
- min of meer
- nee, nooit

14. Werd u door de jeugdverpleegkundige goed verwezen naar andere hulpverleners of instanties?

- ja
- min of meer
- nee
- niet van toepassing

Naar welke andere hulpverlener(s) of instantie?

.....
.....
.....

-
15. Kon u er met de jeugdverpleegkundige over praten wanneer het contact met haar of de begeleiding niet naar wens verliepen?
- ja
- min of meer
- nee
- niet van toepassing / dat was niet nodig
-
16. Welk cijfer geeft u de jeugdverpleegkundige?
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- (omcirkel een cijfer)
-
17. Vindt u het zinvol dat u de jeugdverpleegkundige al vóór de geboorte van uw baby heeft leren kennen (in plaats van ná de geboorte bij het eerste bezoek aan het consultatiebureau)?
- ja
- enigszins
- nee, maakt niet uit
- niet van toepassing, ik kende de jeugdverpleegkundige al door mijn andere kind(eren)
-
18. Had u er wat aan dat de begeleiding door de jeugdverpleegkundige al vóór de geboorte van uw baby, kon beginnen (in plaats van pas ná de geboorte op het consultatiebureau)?
- ja, ik heb er veel aan gehad
- enigszins
- nee, maakt niet uit
-
19. Wát heeft deze begeleiding vóór de geboorte van uw baby, u en uw gezin opgeleverd?
- (meerdere antwoorden mogelijk)
- ik voel me nu zekerder over het ouderschap
- ik ben geholpen bij het oplossen van mijn probleem of problemen
- ik zit nu beter in mijn vel
- ik ben goed verwezen naar een hulpverlener
- mijn partner is goed verwezen naar een hulpverlener
- ik heb het thuis nu op orde voor de komst van de baby
- ik heb bruikbare adviezen gekregen voor de
-

opvoeding van onze andere kinderen

anders:

.....
.....
.....

20. Heeft u in de begeleiding iets gemist?

nee

ja, namelijk:

.....
.....
.....

21. Heeft u bepaalde onderdelen van de begeleiding overbodig gevonden?

nee

ja, namelijk:

.....
.....
.....

22. Hoeveel huisbezoeken of contactmomenten heeft u met de jeugdverpleegkundige van Yunio, tijdens de zwangerschap, gehad?

.....

23. Was uw partner daarbij aanwezig?

ja, altijd

soms

nee, nooit

niet van toepassing, ik heb geen partner

24. Zou u dit aanbod van Yunio aanraden aan andere zwangeren en hun gezin?

ja

nee

25. Welk cijfer geeft u deze nieuwe manier van werken van het consultatiebureau / Yunio? (omcirkel een cijfer)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

26. Wat is de hoogste opleiding die u heeft afgemaakt?

- Basisonderwijs
- Lager of voorbereidend beroepsonderwijs
- Middelbaar beroepsonderwijs
- Hoger beroepsonderwijs
- Universiteit / wetenschappelijk onderwijs
- Anders:

27. Uw hoeveelste kind is dit?

1^{ste} 2^{de} 3^{de} 4^{de} 5^{de} >

28. Opmerkingen of suggesties:

.....
.....
.....
.....
.....

DANK VOOR HET INVULLEN ! Graag in gesloten enveloppe aan de jeugdverpleegkundige geven

E Vragenlijst verloskundigen

VRAGENLIJST⁵

VERLOSKUNDIGEN

OVER PRENATALE HUISBEZOEKEN JEUGDVERPLEEGKUNDIGE ZORGBOOG

In opdracht van ZonMw evalueert TNO het aanbod van prenatale huisbezoeken door de Jeugdgezondheidszorg (JGZ/Consultatiebureau) in twee regio's: Helmond e.o. (JGZ De Zorgboog) en in de Achterhoek (JGZ Yunio).

Graag vernemen we van verloskundigen als belangrijkste verwijzers, de ervaringen met prenatale huisbezoeken van de JGZ. Eerder in dit onderzoek is geprobeerd om een bijeenkomst te organiseren voor een groepsinterview maar dit bleek in de praktijk niet haalbaar. Daarvoor in de plaats vragen wij jullie om onderstaande vragenlijst in te vullen en naar ons te retourneren.

Graag invullen als individuele verloskundige, dus niet één vragenlijst per praktijk. Je kunt natuurlijk wel een antwoordenvolp (zonder postzegel) per praktijk gebruiken.

Voor nadere info, bel of mail gerust: remy.vink@tno.nl / 06-21134483.

Dank en groet,

Remy Vink, onderzoeker TNO

Wat verstaan we onder prenatale huisbezoeken JGZ?

Onder 'prenatale huisbezoeken JGZ' verstaan we alle contactmomenten die door de jeugdverpleegkundige *tijdens de zwangerschap* worden ingezet met als *doel* om aanstaande ouders te begeleiden naar een optimale start met hun kind. Meestal is de verloskundige de verwijzer en gaat het om hulp bij zowel lichte als zwaardere psychosociale problemen die ongunstig (kunnen) zijn voor moeder en kind. Het kan om een of meerdere huisbezoeken gaan. In de regio Helmond is dit traject in een samenwerkingsverband ontwikkeld waarin naast de JGZ Zorgboog ook het maatschappelijk werk, ziekenhuis, GGZ, en ORO betrokken zijn.

NB. Een prenataal huisbezoek rond de 34^{ste} week door de verloskundige valt *niet* onder de begripsbepaling, evenmin als een prenataal *intake*-huisbezoek door de JGZ of kraamzorg. Dit zijn prenatale huisbezoeken met een ander doel dan waar deze vragenlijst over gaat.

⁵ Daar waar van De Zorgboog gesproken wordt, is in de Achterhoek 'Yunio' gehanteerd.

1. Werk je alleen of in een groepspraktijk, of tweedelijns?

- Groepspraktijk
- Alleen
- Vervanging(en)
- Tweedelijns

Naam van de praktijk of het ziekenhuis:

.....

(Vul dit niet in als je liever anoniem wilt blijven)

Mogen we je eventueel bellen voor een toelichting op je antwoorden?

- Ja, mijn naam en tel.nr:
.....

2. Ben je bekend met het aanbod van prenatale huisbezoeken van de JGZ Zorgboog?

- Ja
- Min of meer
- Nee (beantwoord de vragen hierna naar relevantie)

3. Hoe ben je hiermee bekend geraakt?

(meerdere antwoorden mogelijk)

- De jeugdverpleegkundige heeft hierover verteld (bv. in een kringoverleg)
- Collega's hebben hierover verteld
- Via email van JGZ Zorgboog
- Door een folder van JGZ Zorgboog
- Via email van TNO
- Weet ik niet meer
- Anders, nl.:
.....

4. Hoeveel cliënten heb je in totaal sinds 1 april 2011 verwezen voor prenatale huisbezoeken JGZ?

(indien je dit niet precies weet, graag een schatting)

- Precies: OF:
- Naar schatting:

Hoeveel cliënten heb je in het afgelopen jaar verwezen voor prenatale huisbezoeken JGZ?

Precies: OF:

Naar schatting:

(indien je dit niet precies weet, graag een schatting)

5. Voor welke problematiek heb je verwezen?

(meerdere antwoorden mogelijk)

Psychiatrie

Verstandelijke beperking

Alcohol / drugsgebruik/roken

Recente ingrijpende gebeurtenis(sen)

Belaste psychische anamnese, emotionele problemen, onverwerkt verleden, depressie

BMI <20 en >40

Laat in zorg komen

Ongeplande, ongewenste zwangerschap

Tienerzwangerschap / erg jong

ZOZ

Alleenstaand moederschap

Verwaarlozing, mishandeling eerder(e) kind(eren), eerdere OTS (ondertoezichtstelling)

Opvoedingsondersteuning andere kinderen

Belaste sociale anamnese, multiprobleem gezin

Erg onhygiënische cliënten

Om te motiveren voor hulp

Om probleem te verhelderen, kijken wat nodig is

Anders, nl.:

6. Indien je wel bekend bent met het aanbod maar (vrijwel) niet hebt verwezen, wat was daarvoor de reden?

(meerdere antwoorden mogelijk)

- Er komt (vrijwel) geen psychosociale problematiek voor bij onze cliënten
- Ik weet niet hoe ik moet verwijzen
- Ik wil cliënten niet stigmatiseren
- Ik weet niet precies wanneer ik wel of niet moet verwijzen
- Ik weet niet wat de jeugdverpleegkundige dan doet en wat het doel is van prenatale huisbezoeken
- Ik heb geen vertrouwen in dit aanbod
- Ik zie dat (signaleren en verwijzen) niet als mijn taak
- Ik verwijs naar andere instanties, zoals:
.....
.....
- Andere reden, nl.:
.....

7. Hoe verloopt over het algemeen de samenwerking met de JGZ ten aanzien van de prenatale huisbezoeken?

- Heel goed
- Voldoende
- Matig
- Slecht

8. Op welke punten kan de samenwerking met de JGZ ten aanzien van prenatale huisbezoeken verbeterd worden?

(meerdere antwoorden mogelijk)

- De bereikbaarheid van de JGZ/jeugdverpleegkundige
- Termijn waarop cliënten terecht kunnen
- Afstemming en informatieverstrekking door de jeugdverpleegkundige
- Terugkoppeling naar mij als verloskundige

Bejegening door de jeugdverpleegkundige

Methode van werken met cliënte

Anders, nl.:

.....

9. Hoe is over het algemeen de reactie van verwezen cliënten?

Toelichting:

Heel positief

Enigszins positief

Enigszins negatief

Heel negatief

Ik hoor er niets over

10 Zou je collega-professionals aanraden te verwijzen naar prenatale huisbezoeken JGZ, indien relevant?

Ja

Nee, want

.....

11 Wat levert het aanbod van prenatale huisbezoeken van de JGZ, jou als verloskundige op? Wat is de meerwaarde?

-
- 12 Wat is je mening over prenatale psychosociale ondersteuning en het aanbod prenatale huisbezoeken door een jeugdverpleegkundige van de JGZ?

DANK JE VOOR HET INVULLEN!

F Observatieschema

Observatieschema Prenatale huisbezoeken jeugdverpleegkundigen

Datum:

Jeugdverpleegkundige:

Eerste of latere huisbezoek:

Toestemming?

Kennismaking (bij eerste bezoek)

Reden van aanmelding

Doel van huisbezoek

Besproken items

Vragen, reacties cl

Vragen, reacties vp

Zichtbare omstandigheden

Afspraken, vervolg

Opmerkingen

G Werkwijze focusgroepen

Leidraad focusgroepen JGZ-verpleegkundigen m.b.t. Prenatale huisbezoeken jeugdverpleegkundigen

Introductie:

- kennismaken met de onderzoeker / interviewer
- doel van het interview
- werkwijze (audio opname, constaterend en niet-oordelend, max 1½ uur, anonimiseerde informatie in rapportage)

Doel, vraagstelling:

Verkrijgen van informatie over factoren die een rol spelen bij de implementatie en uitvoering van prenatale huisbezoeken door de jeugdverpleegkundige (hierna: PHB).

Achtergrondvragen:

- naam, discipline, functie, team, werkgebied

Topics m.b.t. de interventie zelf:

- Algemene indruk van het aanbod PHB: hoe zijn de ervaringen tot nu toe? Beantwoordt het aanbod PHB aan uw verwachtingen?
- Wat is het verschil tussen PHB en de gangbare (postnatale) huisbezoeken? Congruentie: in hoeverre sluit het nieuwe aanbod aan bij de gangbare werkwijze?
- Wat is het 'voordeel', de meerwaarde van PHB t.o.v. de gangbare werkwijze (voor cliënt, professional zelf, de organisatie)? Indien u anderen zou moeten overtuigen van dit aanbod, wat zou u daarover zeggen?
- Welke nadelen zijn er t.a.v. de PHB?
- Bent u het eens met het aanbod PHB? Hoe is of lijkt dat voor anderen in de organisatie?
- Waaruit bestaat naar uw indruk het effect van PHB? Waar blijkt dat uit?
- Voor welke cliënten is naar uw mening PHB geschikt / bedoeld?
- Hoe schat u in dat de cliënt PHB waardeert? Waar blijkt dat uit?
- In hoeverre sluiten de PHB aan bij de behoeften van cliënten? Waaruit blijkt dat?
- Is er een (omschreven) methodiek/benadering/model voor de uitvoering van PHB?
- Heeft u suggesties voor verbetering van de interventie/het aanbod?
- In hoeverre bent u betrokken geweest bij de ontwikkeling en implementatie van het nieuwe prenatale aanbod?

Topics m.b.t. de organisatie:

- Sinds wanneer is PHB mogelijk binnen de organisatie, hoe is dit besloten?
- Hoe is het aanbod georganiseerd? Hoe komen aanmeldingen binnen? Wie coördineert?
- Zijn er duidelijke procedurele aanwijzingen voor het uitvoeren van de PHB? Weet u wat u moet doen (en laten)?
- Hoe passen PHB bij uw reguliere werk?
- Hoe wordt geregistreerd indien eerste kind (geen BSN nr)?

- Hoe verloopt de samenwerking met verloskundigen (eerste en tweedelijns)? En met andere partners in de regio? Is er overleg, terugkoppeling?
- Waarom verwijzen verloskundigen e.a. ketenpartners volgens u wel/niet naar PHB?

Topics mbt de implementatie:

- Hoe is het aanbod geïntroduceerd in de organisatie? Hoe geïnformeerd?
- En daarbuiten bij verwijzers?
- Welke afspraken zijn gemaakt?
- Hoe is gecommuniceerd over aanbod PHB? Intern? Extern?
- Welke zijn de knelpunten bij implementatie van PHB geweest?

Topics m.b.t. de professional als gebruiker van de interventie:

- Wordt in beginsel door alle verpleegkundigen PHB uitgevoerd, of specialistisch?
- Is training nodig om goed PHB uit te kunnen voeren?
- Is PHB een taak voor de JGZ-verpleegkundige?
- Voelt u zich voldoende in staat, vaardig, toegerust (kennis) om PHB uit te voeren?
- Hoe wordt u door de organisatie gesteund om PHB uit te voeren?

Tot slot

- Vindt u dat uw organisatie verder moet gaan met PHB? Op zelfde wijze of aanpassen?
- Zijn er onderwerpen onbesproken gebleven die voor andere instellingen die overwegen PHB te implementeren, van belang kunnen zijn? Advies?

H Werkwijze interviews

Leidraad interviews JGZ-staf m.b.t. Prenatale huisbezoeken jeugdverpleegkundigen

Introductie:

- kennismaken met de onderzoeker / interviewer
- doel van het interview
- werkwijze (audio opname, constaterend en niet-oordelend, max 1½ uur)

Doel, vraagstelling:

Verkrijgen van informatie over meerwaarde en factoren die een rol spelen bij de implementatie en uitvoering van prenatale huisbezoeken door de jeugdverpleegkundige (hierna: PHB).

Achtergrondvragen:

- naam, discipline, functie

Topics m.b.t. de interventie zelf:

- Algemene indruk van het aanbod PHB: hoe zijn de ervaringen tot nu toe? Beantwoordt het aanbod PHB aan uw verwachtingen?
- Wat is het verschil tussen PHB en de gangbare (postnatale) huisbezoeken?
- Wat is het 'voordeel', de meerwaarde van PHB t.o.v. de gangbare werkwijze (op verschillende niveau's: voor cliënt, professional zelf, de organisatie)? Indien u anderen zou moeten overtuigen van dit aanbod, wat zou u daarover zeggen?
- Waaruit bestaat naar uw indruk het effect van PHB?
- Is er een (omschreven) methodiek/benadering/model voor de uitvoering van PHB?
- Welke nadelen zijn er t.a.v. de PHB?
- Heeft u suggesties voor verbetering van de interventie/het aanbod?
- In hoeverre sluiten de PHB aan bij de behoeften van cliënten? Waaruit blijkt dat?

Topics m.b.t. de organisatie:

- Sinds wanneer is PHB mogelijk binnen de organisatie, hoe is dit besloten?
- Hoe is het aanbod PHB gefinancierd?
- Hoe is het aanbod georganiseerd? Hoe komen aanmeldingen binnen? Wie coördineert?
- Zijn er duidelijke procedurele aanwijzingen voor het uitvoeren van de PHB? Weten medewerkers wat zij moeten doen (en laten)?
- Hoe passen PHB in het reguliere werk van verpleegkundigen?
- Hoe wordt geregistreerd indien eerste kind (geen BSN nr)?
- Waarom verwijzen ketenpartners wel/niet naar uw idee?
- Hoe is PHB ingebed in de regio met ander aanbod, hoe sluit dit aan? Zijn er samenwerkingsafspraken? Casuïstiekoverleg met -9mnd?
- Hoe verloopt de samenwerking met verloskundigen (eerste en tweedelijns)?

Topics mbt de implementatie:

- Hoe is het aanbod geïntroduceerd in de organisatie?
- En daarbuiten bij verwijzers?

- Welke afspraken zijn gemaakt?
- Hoe is gecommuniceerd over aanbod PHB?
- Hoe worden medewerkers ondersteund in het uitvoeren van PHB?
- Welke zijn de knelpunten bij implementatie van PHB geweest?

Topics m.b.t. de professional als gebruiker van de interventie:

- Wordt in beginsel door alle verpleegkundigen PHB uitgevoerd, of specialistisch?
- Is training van medewerkers nodig?
- Wat hoort u terug uit de teams, t.a.v. het aanbod PHB?
- Is PHB een taak voor de JGZ? Hoe borgen, moet het in het BTP? Hoe?

Tot slot

- Hoe gaat uw JGZ instelling verder met het aanbod PHB, welke plannen? Op zelfde wijze verder/aanpassen?
- Zijn er onderwerpen onbesproken gebleven die voor andere instellingen die overwegen PHB te implementeren, van belang zijn? Advies?

I Protocol Yunio

Protocol Prenatale zorg op indicatie



Auteur	Stafarts jgz	Laatste wijziging	13-07-11	
---------------	--------------	--------------------------	----------	--

Inhoud

- Inleiding
- Doel
- Vroegsignalering en zorgketen
- Criteria voor verwijzing naar de jgz
- Wijze van verwijzen en terugkoppelen
- Onderdelen van het huisbezoek
- Aantal
- Registratie
- Korte werkinstructie Registratie prenatale zorg op de G-schijf

Bijlage: Formulier Registratie prenataal huisbezoek

Inleiding

De JGZ heeft tot taak de lichamelijke, geestelijke en sociale ontwikkeling van alle kinderen van 0-19 jaar, woonachtig in ons werkgebied, te bevorderen, te beschermen en te beveiligen. Bij sommige kinderen is er al voor de geboorte sprake van zorgwekkende opgroei- en opvoedomstandigheden. Door vroegtijdig deze kinderen in beeld te hebben en de ouders van deze kinderen te ondersteunen en zo nodig te verwijzen, kan problematiek in een latere fase verminderd of voorkomen worden.

Het huisbezoek op indicatie is een vorm, een werkwijze waarop de volgende productgroepen van het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar (BTP) kunnen worden uitgevoerd:

- inschatten zorgbehoefte (zorgverlening op maat, inschatten draaglast en draagkracht, risicogerichte zorg)
- voorlichting, advies, instructie en begeleiding
- beïnvloeden gezondheidsbedreigingen

Doel

Het doel van het prenataal huisbezoek op indicatie is om in zorgwekkende opgroei- en opvoedomstandigheden interventies toe te passen die de aanstaande ouders helpen het probleem op te lossen of hanteerbaar te maken en/of de ouders daarvoor naar andere instellingen te verwijzen.

Vroegsignalering en zorgketen

Wanneer er op basis van inschatting door de verloskundige sprake is van zorgwekkende opgroei- en opvoedomstandigheden, verwijzen zij de aanstaande ouders door naar de jeugdgezondheidszorg voor een prenataal huisbezoek op indicatie of naar andere instanties zoals amw en ggz. Hierbij wordt gebruikgemaakt van criteria die door de verloskundigen in samenwerking met jgz zijn opgesteld.

Criteria voor verwijzing naar de jgz

- Belaste sociale anamnese (cliënt al bekend bij AMK/BJZ)
- Belaste psychische anamnese zonder gespecialiseerde hulpverlening (bijv. onverwerkte negatieve seksuele ervaringen)
- Slechte voedingsstatus (BMI <20 en >40 zonder hulpverlening)
- Alcoholgebruik al dan niet in combinatie met roken (zeker nadat er geweigerd wordt om adviezen/begeleiding met stoppen aan te nemen)
- Erg onhygiënische cliënten
- Minderjarigen
- Laat met ongeplande zwangerschap op controle

Wijze van verwijzing en terugkoppeling

De verloskundigen sturen een mail naar de team mailbox met het verzoek contact op te nemen over een cliënt. Hierbij zal alleen het adres van de cliënt vermeld worden. De verloskundige vermeldt haar telefoonnummer. De betreffende jeugdverpleegkundige neemt vervolgens telefonisch contact op met de verloskundige om de situatie door te spreken en het doel van het prenataal huisbezoek. Er worden afspraken gemaakt over de terugkoppeling.

Onderdelen van het huisbezoek zijn:

- Kennismaking en een start maken met de vertrouwensrelatie
- Probleemverheldering: inschatten zorgbehoefte
Doel is inzicht krijgen in de aard, ernst, duur en inhoud van het probleem, om zorgbehoefte, draagkracht en draaglast in te kunnen schatten en vervolgens voorlichting, advies en begeleiding of verwijzing aan te kunnen bieden.
- Zorgen delen en motiveren tot hulpverlening
Doel is de vermoede of geconstateerde problemen die zorg oproepen over gezondheid, opvoeding en/of ontwikkeling van het kind te delen met ouders, zelf ondersteuning te bieden of ouders te verwijzen.

Aantal

Het aantal huisbezoeken zal afhangen van de aard, ernst en duur van het probleem. Het aantal huisbezoeken is maximaal 5.

Registratie

Tijdsregistratie en aantal contacten per klant worden op een apart (excel-)formulier op de G-schijf van elke regio geregistreerd. De namen van de documenten luiden:
Registratie tijdsbesteding prenatale zorg jv regio Doetinchem

Registratie tijdsbesteding prenatale zorg jv regio Uift
Registratie tijdsbesteding prenatale zorg jv regio Berkelland
Registratie tijdsbesteding prenatale zorg jv regio Winterswijk
Registratie tijdsbesteding prenatale zorg jv regio Zutphen
Registratie tijdsbesteding prenatale zorg jv regio Vorden.

Alle jeugdverpleegkundigen van één regio maken gebruik van dit registratieformulier. Voor een volgende registratie ga je naar een volgende regel in Excel. Het document bestaat uit twee tabbladen:

- het blauwe tabblad 'registratie prenatale hb jv' : op dit tabblad voer je de registraties in
- het gele tabblad 'toelichting': op dit tabblad vind je de toelichting over hoe je moet registreren.

Zorginhoudelijke registratie in DDjgz is nog niet mogelijk voordat het kind geboren is. Het verslag van het huisbezoek wordt na de geboorte van het kind aan het DDjgz toegevoegd.

Korte werkinstructie Registratie prenataal huisbezoek op indicatie op de G-schijf

1. Ga naar Start
2. Ga naar Programs
3. Ga naar Windows Verkenner
4. Selecteer in 'My computer' de G-schijf
5. Je ziet nu een geel mapje 'Registratie JGZ naam team'; selecteer deze
6. Je ziet nu het Exceldocument 'registratie tijdsbesteding prenatale huisbezoeken jv regio naam team'
7. Vul dit document in, maak hierbij gebruik van de toelichting *
8. het verslag van het prenataal huisbezoek moet in Word verwerkt worden
9. Geef het document een duidelijke naam, bijv. Prenataal huisbezoek fam. Jansen Zutphen Straatnaam.
10. Sla dit document op in de 'Registratie JGZ naam team'
11. Bij iedere volgende aanvulling kun je het document bijwerken en weer opslaan. Elke collega die werkzaam is in dezelfde regio heeft toegang tot het document en kan het bewerken.
12. Als het kind is geboren, aan het bedrijfsbureau doorgeven dat het document moet worden toegevoegd aan KD+.

* Het is gebleken dat veel collega's het lastig vinden om in Excel de registraties (activiteiten) van de prenatale huisbezoeken in te voeren. Daarom is deze registratie (inclusief de toelichting) tevens in een pdf-versie in dit document toe gevoegd. Dit document kun je printen en daarna kun je de gegevens handmatig noteren. Het is de bedoeling dat in dit geval per document 1 activiteit met betrekking tot het Prenataal huisbezoek genoteerd wordt en dat dit aan het bedrijfsbureau per post gestuurd wordt. Het bedrijfsbureau zal ervoor zorgen dat deze registratie wordt ingevoerd in Excel. Het is natuurlijk ook nog steeds mogelijk deze activiteiten zelf in Excel te registreren.

J Protocol De Zorgboog



PRENATALE RISICOZORG BIJ RISICOZWANGEREN **De Zorgboog Jeugdgezondheidszorg**



PRENATALE RISICOZORG BIJ RISICOWWANGEREN

Jeugdgezondheidszorg (JGZ) van De Zorgboog introduceert het product ‘prenatale risicozorg door de verpleegkundige jeugdgezondheidszorg bij risicowwangeren’. Doelgroep is de zwangere waarbij een potentieel risico is vastgesteld. Kernwoorden voor het product prenatale risicozorg zijn: vroegtijdig vertrouwen, vroegsignalering en voortijdige verwijzing naar verdere hulpverlening.

Niet alle ouders zijn even goed voorbereid op de bevalling en de komst van een baby. Soms zijn bij gezinnen risicofactoren aanwezig (of voorspelbaar) die de ontwikkeling van het kind en de ouder-kind relatie kunnen beïnvloeden. Deze risicofactoren kunnen leiden tot een verstoring in de balans tussen draagkracht en draaglast. Als de JGZ tijdens de zwangerschap signalen van de verloskundige, gynaecoloog, huisarts of andere netwerkpartner ontvangt en direct start met begeleiding door middel van prenatale huisbezoeken door een verpleegkundige JGZ of het motiveren voor hulp, kan dat gezondheidswinst voor ouders en kinderen opleveren.

Deze vroege interventievorm was tot op heden niet vanzelfsprekend, aangezien prenatale begeleiding door JGZ geen deel uitmaakte van het Basistakenpakket JGZ. Het aanbod van prenatale bezoeken is laagdrempelig waarbij het nadrukkelijk ook gaat om de ‘lichtere’, enkelvoudige problematiek. Bij zwaardere problematiek leidt de verpleegkundige JGZ toe naar specifiekere vormen van hulpverlening.

Prenatale risicozorg

De verpleegkundige JGZ kan worden ingeschakeld wanneer een verloskundige, gynaecoloog, huisarts of andere netwerkpartner tijdens de controle meerdere risico’s signaleert bij de zwangere. Risico’s kunnen op velerlei wijzen aanwezig zijn, bijvoorbeeld financiële problemen (lage SES), relatieproblemen, verslaving of problemen van psychische aard.

Tijdens een individueel huisbezoek inventariseert de verpleegkundige JGZ samen met de zwangere vrouw de situatie en stelt de hulpvraag vast (in maximaal drie huisbezoeken). Indien gewenst en / of noodzakelijk verwijst zij gericht door naar de juiste hulpverlening. Zij werkt hierin nauw samen met diverse ketenpartners. Tevens licht zij Kraamzorg en JGZ in en koppelt zij terug naar de ketenpartner die de aanmelding verzorgd heeft. De verpleegkundige JGZ onderhoudt het netwerk van ketenpartners en legt schriftelijk vast.

Resultaat

Zwangere vrouwen (en hun partner) uit een risicogroep hebben informatie, begeleiding en voorlichting op maat ontvangen en voelen zich gesterkt in hun toekomstige rol als moeder (en ouders).

Door wie wordt de prenatale risicozorg uitgevoerd?

De prenatale risicozorg wordt uitgevoerd door de coördinator prenatale risicozorg en de verpleegkundige JGZ.

- *Coördinator prenatale risicozorg*
De coördinator prenatale risicozorg is verantwoordelijk voor het eerste contactmoment tussen JGZ en de verwijzer. Zij ontvangt de gegevens van de cliënt waaronder de voorlopige hulpvraag en delegeert vervolgens het huisbezoek naar de verpleegkundige JGZ in het woongebied van de zwangere. Indien gewenst ondersteunt en adviseert zij de verpleegkundige JGZ.
- *Verpleegkundige JGZ*
De verpleegkundige JGZ brengt een of meerdere huisbezoeken en zal in samenspraak met de zwangere ouders de hulpvraag analyseren, vaststellen, gewenste acties daarop uitzetten en eventueel coördineren.

Aanmelden

Een duidelijk proces van aanmelding is van groot belang om de inzet van het product te doen slagen. In het *bijgevoegde stroomschema* staat het proces duidelijk omschreven.

Onderstaand de uitgangspunten op een rij:

- Aanmelding dient zo vroeg mogelijk in de zwangerschap plaats te vinden (liefst na eerste controle, na circa 12 weken). Aanmelden is echter mogelijk tot de geboorte van het kind. Toestemming van de zwangere en eventueel de partner is hierbij nodig.
Onderstaande gegevens zijn hierbij van belang:
 - GBA-gegevens
 - Duur van de zwangerschap
 - Aantal kinderen
 - Gewenst contactmoment
 - Aard van zorgvraag
- Aanmelding telefonisch via Zorgcentrale (0900 – 899 8636 € 0,01 p/m). De Zorgcentrale zorgt dat het bericht bij de coördinator Prenatale Risicozorg terecht komt.
- Bij spoed verbindt de Zorgcentrale telefonisch door met de coördinator Prenatale Risicozorg.
- Na aanmelding zorgt de coördinator binnen twee werkdagen dat de aanvraag naar de verpleegkundige JGZ in het woongebied van de zwangere gaat.
- De verpleegkundige draagt er zorg voor dat zij binnen het gewenste contactmoment een afspraak maakt met de cliënt. Hier wordt het eerste huisbezoek dan afgestemd.



Jeugdgezondheidszorg van De Zorgboog zet zich in om de eerste vier jaar van uw kind zo goed mogelijk te laten verlopen. Want natuurlijk wilt u als ouder het beste voor uw kind en wilt u dat uw kind zich goed ontwikkelt en gezond opgroeit. Jeugdgezondheidszorg van De Zorgboog staat voor u klaar met de nodige zorg, ondersteuning en advies.

Medewerkers van Jeugdgezondheidszorg van De Zorgboog zijn deskundig op het gebied van groei, ontwikkeling en opvoeding. Zij volgen de ontwikkeling van uw kind en beantwoorden graag uw vragen.

Hoe kunt u ons bereiken?

Zorgcentrale: 0900 - 899 86 36 (€ 0,01 p/m)

www.zorgboog.nl





0912

Ondersteuning en begeleiding voor (aanstaande) ouders met bijzondere problemen

Je bent zwanger. Een spannende periode is aangebroken. Veel dingen gaan veranderen. Niet alleen je lichaam verandert onder invloed van zwangerschapshormonen, ook moeten er allerlei zaken geregeld worden. Bijvoorbeeld het aanvragen van kraamhulp en het aanschaffen van babyspullen.

Voor wie?

BOBP betekent Baby's van Ouders met Bijzondere Problemen. We richten ons op (aanstaande) ouder(s) met psychosociale en psychiatrische problemen, woonachtig in Deurne, Asten, Someren, Gemert-Bakel, Helmond en Laarbeek. Ook bieden we hulp aan de ouder(s) met een verstandelijke beperking. Het doel van BOBP is om problemen en knelpunten op tijd op te merken, zodat je de juiste begeleiding en hulp krijgt tijdens de zwangerschap en de periode erna.

Een goede start

BOBP kan jou (en jouw partner) hierbij professionele ondersteuning bieden. We helpen je met allerlei zaken om je goed voor te bereiden op de bevalling, zodat jij en je baby een goede start maken. Ook na de geboorte kun je hulp van BOBP ontvangen. Zo bieden we extra ondersteuning en hulp bij de verzorging en opvoeding in het eerste levensjaar van je kindje.

Onze aanpak is gericht op het versterken van je eigen kracht en het stimuleren van een veilige, hechte band tussen jou en je kind. Ook bieden we ondersteuning bij het in goede banen leiden van de opvoeding en het huishouden. Door het ontvangen van hulp van BOBP voel je je gesteerd in de toekomstige rol als moeder.

Hoe werkt het?

Een huisarts, verloskundige, gynaecoloog of andere hulpverlener kan tijdens een controle signaleren dat extra hulp en begeleiding nodig is. Dit melden zij bij de zorgcentrale van de Zorgboog. In een speciaal team wordt besproken hoe we je kunnen begeleiden en ondersteunen. Soms is de hulp van een verpleegkundige van Jeugdgezondheidszorg van de Zorgboog voldoende. De verpleegkundige komt bij je op huisbezoek. Vervolgens informeert zij de huisarts, verloskundige of gynaecoloog en wordt het overgedragen aan de kraamzorg.

Zorgplan

Indien je meer ondersteuning nodig hebt, zijn er samen met jou afspraken gemaakt. Deze afspraken komen in een zorgplan te staan. Als je het eens bent met de afspraken, kun je het zorgplan ondertekenen. Hiermee zijn de gemaakte afspraken voor alle partijen bindend. Het zorgplan wordt in werking gezet. Op vaste momenten bespreken we samen met jou hoe de ondersteuning verloopt. Je eigen netwerk zoals familie en/of vrienden worden zoveel mogelijk bij de zorg betrokken. Als de uitvoering van het zorgplan goed verloopt, dan dragen wij (waar nodig) de zorg over aan de hulpverleners die bij je gezin betrokken zijn.

Samenwerkende organisaties

Het BOBP-team bestaat uit professionele krachten van de volgende organisaties:

- GGZ Oost Brabant
- LEV-groep
- ORO
- de Zorgboog/ Kraamzorg en Jeugdgezondheidszorg

Aanmelden

Het aanmelden hoeft je niet zelf te doen. Dit doet een huisarts, verloskundige, gynaecoloog of andere hulpverlener voor jou.



K Samenstelling projectgroep en stuurgroep en deelnemers expertmeeting

Stuurgroep

Ine Eijdem-Thijssen directeur JGZ/kraamzorg De Zorgboog
Jolanda Verkade directeur JGZ/maatschappelijk werk Yunio Oost Gelderland
Wido Bijlmakers beleidsadviseur gemeente Helmond
Magda Boere-Boonekamp jeugdarts/onderzoeker TNO (vz)

Projectgroep Achterhoek

Ineke Engelen verloskundige, praktijk Wel en Wee, Winterswijk
Diana Sterenburg stafverpleegkundige Yunio Oost Gelderland/Sensire
Erica Stam - Van den Doel stafarts JGZ Yunio Oost Gelderland/Sensire
Monique l'Hoir onderzoeker TNO

Projectgroep Regio Helmond

Gerrita Bankers stafarts JGZ De Zorgboog
Wilma van Oel stafverpleegkundige JGZ De Zorgboog
Yvonne Raedts JGZ-verpleegkundige De Zorgboog
Bregje van Sleuwen onderzoeker TNO

Remy Vink projectleider/onderzoeker TNO

DEELNEMERS EXPERTMEETING 12 APRIL 2011

JGZ Zuid Holland West
Vivent
St. Amsterdamse Gezondheidscentra (SAG)
Thuiszorg Pantein
Meander JGZ
Thebe
Vitras/CMD
De Zorggroep (N&M Limburg)
St Thuiszorg Midden Gelderland (STMG)
GGD Hollands Midden (Stevig Ouderschap)
Zuwe Zorg
Zorggroep Oude en Nieuwe Land
Fryslân GGD

DEELNEMERS EXPERTMEETING 4 MAART 2013

GGD Limburg
GGD regio Nijmegen
Zorggroep Oude en Nieuwe Land
Thuiszorg West Brabant
GGD Midden Nederland
GGD Kennemerland
GGD Hart voor Brabant
CJG Rijnmond
JGZ V érian
GGD Amsterdam
St. Amsterdamse Gezondheidscentra (SAG)