

**TNO-rapport**

**KvL/P&Z 2006.069**

**Ouder- en Kindcentra Amsterdam  
Stadsbrede evaluatie van het protocol 'Prenatale  
zorgcoördinatie'**

Datum	September 2006
Auteur(s)	Drs. M.L. Verlaan Drs. O.R.W. de Jong
Opdrachtgever	OKC Projectteam GGD Amsterdam
Projectnummer	011.85146/01.01
Aantal pagina's	45 (incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	2

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke 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 onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

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

# Uitgebreide Samenvatting

## Hoofdstuk 1 Inleiding

In opdracht van de gemeente Amsterdam en de stadsdelen wordt sinds 2002 gewerkt aan het oprichten van Ouder-en-Kindcentra (OKC's) in alle Amsterdamse stadsdelen. Het streven is dat in 2006 in elk stadsdeel minstens één OKC staat.

Het OKC is een goed bereikbare plek waar alle ouders, vanaf zo vroeg mogelijk in de zwangerschap tot het moment dat het kind naar de basisschool gaat, terecht kunnen met alle vragen over de gezondheid, ontwikkeling en opvoeding van hun kind. Het doel is om het kind een zo groot mogelijke kans te geven om gezond op te groeien en het zo goed mogelijk voor te bereiden op een plaats in de maatschappij. Per jaar worden plusminus 10000 kinderen in Amsterdam geboren. Met 85 % van deze kinderen gaat het goed maar 15 % zal tijdens hun jeugd met problemen geconfronteerd worden. Dit zijn bij 5% van de kinderen ernstige problemen. Hoe eerder deze worden aangepakt hoe meer kans op een betere uitkomst. Daarom zetten OKC's in op zo vroeg mogelijke preventie.

Door de invoering van de OKC's, waarbij zorg en ondersteuning wordt aangeboden vanaf zo vroeg mogelijk moment in de zwangerschap, werd het mogelijk problemen in een (toekomstig) gezin of risico's op het ontstaan van problemen vroeger te signaleren en zo vroeg mogelijk hulp aan te bieden.

In 2004 is daarom het protocol Prenatale zorgcoördinatie ontwikkeld en in de loop van 2004 door heel Amsterdam ingevoerd. De focus ligt bij deze pilot dan ook op de gehele stad Amsterdam.

De kern van het protocol bestaat uit het feit, dat verloskundigen er een signaleringstaak bij hebben gekregen. Verloskundigen kunnen bij een confrontatie met risicosituaties al voor de geboorte van een kind de zorgcoördinator van het ouder- en kindcentrum inschakelen om in het belang van het kind ondersteuning of hulp te organiseren. Dit protocol biedt daarnaast verloskundigen een mogelijkheid om makkelijker hulp in gang te krijgen wanneer zij zorgwekkende signalen krijgen. Door de extra signalerende verloskundige zal het OKC ook vroegtijdiger en vollediger zicht krijgen op zorggezinnen. Een van de verwachtingen bij dit protocol is dat het zal leiden tot een toename van het aantal signalementen door verloskundigen.

Doordat de verloskundige ook al tijdens de zwangerschap van de aanstaande moeder alert is op risicosituaties, is de tweede verwachting dat er in een eerder stadium van de ontwikkeling van het kind al hulp wordt ingezet voor het (ongeboren) kind.

De derde verwachting is dat het protocol zal leiden tot tevredenheid bij de betrokkenen over de nieuwe samenwerking.

Het doel van deze pilot is om na te gaan of het protocol in de praktijk haalbaar en uitvoerbaar is en de beoogde effecten oplevert. Concrete doelen van de invoering van het protocol Prenatale zorgcoördinatie zijn waar in de pilot naar wordt gekeken zijn:

- Toename van het aantal hulpvragen van verloskundige aan zorgcoördinator
- Eerder organiseren van passende hulp voor risicogezinnen
- Tevredenheid van de verloskundige en zorgcoördinator over de samenwerking tussen hulpverleners

## Hoofdstuk 2 Procesbeschrijving

In dit hoofdstuk wordt de inhoud van het protocol Prenatale zorgcoördinatie toegelicht. Ook worden de verschillen belicht tussen de situatie voorafgaand aan de invoering van

het protocol en de situatie na invoering van het protocol Prenatale zorgcoördinatie in alle stadsdelen van Amsterdam.

In het protocol wordt ingegaan op de wijze waarop risicogezinnen vroegtijdig gesignaleerd kunnen worden en welke afspraken vervolgens gemaakt moeten worden betreffende vroegtijdige ondersteuning van een risicogezin.

Kernonderdeel van het protocol is de toewijzing van een zorgcoördinator van Vangnet Jeugd aan elk stadsdeel. Deze is minimaal gedurende één vast dagdeel per week op de OKC-locatie aanwezig en is daarnaast ook telefonisch bereikbaar voor de verloskundigen.

De verloskundige kan de hulp van een zorgcoördinator inroepen wanneer zij vindt dat er een risicosituatie voor het (on)geboren kind bestaat, waarvoor in het gezin geen hulpverlening is, maar in het belang van het kind wel wenselijk zou zijn. Ook kan de verloskundige overleggen met de zorgcoördinator als zij niet helemaal zeker is of de situatie risicovol genoeg is om een hulpvraag in te dienen bij de zorgcoördinator. Als de verloskundige een hulpvraag indient bij de zorgcoördinator, brengt deze vervolgens een huisbezoek aan het gezin en brengt dan de gerezen zorgen in kaart. Vervolgens wordt indien nodig hulp en of ondersteuning ingezet. Voor dit protocol zijn tevens minimale basiszorgcriteria ontwikkeld. Deze basiszorgcriteria worden door verloskundigen en zorgcoördinatoren als leidraad gebruikt bij het inschatten van de situatie en de wenselijkheid van hulp. Het protocol bevat naast de minimale basiszorgcriteria ook een lijst met risicofactoren waar de verloskundigen en zorgcoördinatoren op kunnen letten bij bezoek aan het gezin. De zorgcoördinator koppelt aan de verloskundige die de hulpvraag heeft ingediend terug als er acties door Vangnet Jeugd ondernomen gaan worden. Achteraf wordt aan de verloskundige teruggekoppeld wat er met de hulpvraag is gedaan.

### Hoofdstuk 3 Methoden

In dit hoofdstuk wordt beschreven welke methoden en uitkomstmaten zijn gebruikt om de evaluatie van het protocol Prenatale zorgcoördinatie vorm te geven en uit te voeren. Het onderzoek bestaat uit twee metingen. Enerzijds vindt een effectmeting plaats om te zien in hoeverre met het protocol de beoogde doelen worden bereikt. Anderzijds vindt een procesevaluatie plaats om inzicht te krijgen in de beleving van het protocol door de betrokken disciplines.

Voor de effectmeting is gekozen voor het zogenaamde pretest-posttest design. Hierbij wordt in de stad Amsterdam de situatie voor de invoering van het protocol, vergeleken met de situatie na invoering van het protocol. De voormeting heeft betrekking op de periode juni 2003 - december 2003 en de nameting op de periode juni 2005 – december 2005.

Bij de effectmeting wordt gekeken naar drie uitkomstmaten:

1. Percentage hulpvragen van verloskundigen van totaal aantal hulpvragen door verloskundigen en JGZ 0-4 jaar.
2. Tijdsduur tussen indienen hulpvraag en start bemiddeling door Vangnet Jeugd.
3. Tijdsduur tussen eerste actie zorgcoördinator en afsluiting bemiddeling.

Naast de effectmeting vindt ook een procesevaluatie plaats door middel van semi-structureerde interviews met enkele zorgcoördinatoren van Vangnet Jeugd, met verloskundigen uit een viertal verloskundigenpraktijken in Amsterdam en met enkele ouders. Kwalitatieve uitkomstmaten bij de interviews zijn:

- Mate van bekendheid van het protocol bij verloskundigenpraktijken en zorgcoördinatoren van Vangnet Jeugd
- Ervaren bruikbaarheid van het protocol volgens verloskundigen uit verloskundigenpraktijken en zorgcoördinatoren van Vangnet Jeugd.
- Ervaren relevantie van het protocol voor de werkuitoefening volgens verloskundigen uit verloskundigenpraktijken en zorgcoördinatoren van Vangnet Jeugd.
- Belemmerende en bevorderende factoren voor het gebruik van het protocol, mogelijk aangevuld met suggesties ter verbetering van het protocol.

## Hoofdstuk 4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de evaluatie van het protocol Prenatale zorgcoördinatie in Amsterdam beschreven. Eerst volgen de resultaten van de effectmeting, vervolgens die van de procesevaluatie.

### Effectmeting

Tijdens de voormeting zijn in totaal 233 hulpvragen ingediend, waarvan 2 (1%) door verloskundigen en 231 (99%) door de JGZ 0-4. Tijdens de nameting zijn in totaal 395 hulpvragen ingediend, waarvan 17 door verloskundigen (4%) en 378 (96%) door de JGZ 0-4 jaar. Daarmee zijn er tijdens de nameting beduidend meer hulpvragen ingediend door verloskundigen dan bij de voormeting ( $\chi^2 = 5.930$ ,  $p = 0.015$ ).

De hypothese dat het aantal hulpvragen ingediend door verloskundigen zou toenemen na invoering van het protocol is daarmee bevestigd. Naast de toename van hulpvragen ingediend door verloskundigen is er ook een algehele groei waarneembaar in de mate waarin gebruik wordt gemaakt van Vangnet Jeugd, zowel door verloskundigen, als door de JGZ 0-4 jaar.

Bij het beschouwen van de tijdsduur tussen het indienen van de hulpvraag en de start van de bemiddeling zijn zowel de hulpvragen ingediend door verloskundigen als door de JGZ 0-4 jaar betrokken. Het aantal hulpvragen ingediend door verloskundigen in de voormeting is te klein om uitsluitend naar de door hen ingediende hulpvragen te kijken. Het gemiddelde aantal dagen tussen indienen van de hulpvraag en de eerste actie van de zorgcoördinator lag bij de voormeting op 33.97 dagen (SD=31.00) en bij de nameting op 42.30 dagen (SD=38.97). Daarmee is het gemiddelde aantal dagen dat verstrijkt tussen aanmelding en eerste actie van de zorgcoördinator, toegenomen na de invoering van het protocol ( $t = -2.596$ ,  $p = 0.010$ ). De hypothese, dat het tijdsbestek tussen indienen van de hulpvraag en start van de bemiddeling door Vangnet Jeugd zou afnemen door invoering van het protocol, wordt daarom niet aangenomen. Voor deze toename wordt een aantal mogelijke verklaringen genoemd.

Ook bij uitkomstmaat 3 is gekeken naar de hulpvragen ingediend door verloskundigen en door de JGZ 0-4 jaar. De gemiddelde doorlooptijd van de bemiddeling door Vangnet Jeugd is in de voormeting 80.91 dagen (SD=68.18) en in de nameting 46.50 dagen (SD=45.39). De doorlooptijd tussen de eerste actie van de zorgcoördinator en de afsluiting van de bemiddeling in de nameting korter dan in de voormeting ( $t = 6.452$ ,  $p < 0.001$ ). Dit betekent dat de bemiddeling van de zorgcoördinatoren sneller is geworden, waarmee de hypothese waarin wordt verwacht dat de invoering van het protocol zal leiden tot een snellere doorlooptijd wordt ondersteund. Belangrijke kanttekening bij deze uitkomstmaat, is dat de zorgcoördinatoren niet alleen bepalend zijn voor de snelheid van de doorlooptijd. Enkele andere factoren die hierbij van belang zijn, worden genoemd.

## Procevaluatie

### *Mate van bekendheid met het protocol*

De verloskundigen van drie van de vier verloskundigenpraktijken waar mee is gesproken waren bekend met het protocol en de werkwijze. Bij één van die drie praktijken was alleen het personeel dat reeds langer dan een jaar in dienst was bekend met het protocol. De verloskundigen van één praktijk waren ten tijde van het interview nog niet bekend met het protocol en het bestaan van de zorgcoördinatoren.

De verloskundigen van drie van de vier praktijken hadden behoefte aan meer informatie over de werkwijze van het protocol, vooral aan informatie over de precieze rol en taken van de zorgcoördinator. De verloskundigen gaven aan een lijst te willen hebben met daarop de contactgegevens van alle zorgcoördinatoren van de verschillende stadsdelen. Dit omdat verloskundigen in meerdere stadsdelen werkzaam zijn. Doordat de invoering ook per stadsdeel plaatsvond is deze als versnipperd ervaren. Vanuit de Kring van Verloskundigen is opgemerkt dat de bekendheid met het protocol sterk verschilt tussen de stadsdelen.

De zorgcoördinatoren waren goed op de hoogte van het protocol, het is een van de basisonderdelen van hun werk.

### *Ervaren bruikbaarheid van het protocol*

Zowel de verloskundigen met als zonder ervaring met het protocol achtten het protocol zeer bruikbaar. Mits het werd gezien als richtlijn / leidraad en niet als protocol. Het protocol sloot goed aan op de werkwijze van de verloskundigen. De risicofactoren en minimale zorgcriteria boden ondersteuning bij het inschatten van de situatie en verschaft helderheid doordat er nu één vast aanmeldpunt was, ongeacht de aard van de problematiek. De taken die de zorgcoördinatoren hebben overgenomen, waren in principe geen taken die onderdeel uitmaakte van het takenpakket van verloskundigen. Mits ervan uit gegaan kan worden dat de zorgcoördinator het probleem goed oppakt, zorgt de taakoverdracht wel voor vermindering van zorgen en regeltaken, maar niet tot werkverlichting, want probleemgezinnen kosten sowieso extra tijd. De verloskundigen met ervaring met indienen, ervoeren de communicatie met Vangnet Jeugd als voldoende en duidelijk. Wel achtten ze het belangrijk dat er wordt gemeld dat er wat met het probleem wordt gedaan. Vanuit de Kring van Verloskundigen kwam naar voren dat de meningen over de samenwerking met Vangnet Jeugd verschillen tussen de stadsdelen in Amsterdam.

De derde doelstelling van het protocol 'tevredenheid bij verloskundigheid en zorgcoördinatoren over de samenwerking' lijkt deels behaald te zijn. Waar het protocol bekendheid geniet en wordt gebruikt zijn beide disciplines redelijk tevreden over de samenwerking. Wel was er de wens van de zorgcoördinatoren dat er nog sneller contact met hen zou worden opgenomen. Waar het protocol niet in zijn geheel bekend was, was ook de tevredenheid over de onderlinge contacten minder.

De zorgcoördinatoren vonden het protocol heel bruikbaar, mits gehanteerd als richtlijn. Het beleid bij Vangnet Jeugd was dat de indiener van de hulpvraag het te horen krijgt als een zorgcoördinator met een melding aan de slag gaat. Het kon zijn dat er daardoor een periode verstreek tussen het indienen van de hulpvraag en de eerste actie van de zorgcoördinatoren. Dit duurde een deel van de verloskundigen te lang.

De zorgcoördinatoren vonden dat nog wel meer bekendheid gegeven mocht worden aan de werkwijze van Vangnet Jeugd, zodat wederzijds bekend zou worden wat men van elkaar kan verwachten en op welke termijn.

### *Ervaren relevantie van het protocol*

Zowel de verloskundigen als de zorgcoördinatoren vonden het protocol heel relevant en belangrijk voor hun werk, want hoe eerder problemen en risico's binnen gezinnen worden gesignaleerd hoe beter het is voor de kansen van het kind. En bij vroege signalering kunnen mogelijk ergere situaties worden voorkomen.

De verloskundigen vonden het voor hun werk prettig dat het protocol de precieze rol van verloskundigen benadrukte en afbakende en het hulpproces duidelijker en eenvoudiger werd.

De zorgcoördinatoren waren van mening dat er nu in de praktijk nog meer risicosituaties waren die zich wel leenden voor een melding bij Vangnet Jeugd. Als de verloskundigen eerder en makkelijker zouden gaan melden, dan viel er nog meer baat te behalen met het protocol. De zorgcoördinatoren verwachtten dat dit wel zou gebeuren als de eerste ervaringen van verloskundigen met de zorgcoördinator goed zouden zijn.

### *Belemmerende en bevorderende factoren*

Belemmerende factor voor het gebruik van het protocol is het feit dat het protocol nog onvoldoende bekendheid geniet in Amsterdam. Er was duidelijk behoefte aan meer informatie. Bevorderende factor is het feit dat degenen die wel bekend zijn met het protocol, positief staan tegenover de kernonderdelen van het protocol.

Belemmerende factor was dat er door verloskundigen wel eens een spanningsveld werd ervaren tussen het hebben van beroepsgeheim en de zorgen die de verloskundigen zich maakten over de aanstaande moeder of het kind. Er was behoefte aan meer kennis over de wijzen waarop omgegaan kon worden met problemen zonder de privacyrechten van ouders te schenden. Uit de interviews met de ouders bleek dat de helft van de ouders er belang aan hechtte dat hen toestemming werd gevraagd voor overdracht van informatie. Volgende belemmerende factor is dat er onduidelijkheid is over het precieze beleid van Vangnet Jeugd ten aanzien van de communicatie naar verloskundigen. Verloskundigen zouden het liefst bij afsluiting van het dossier van de moeder op de hoogte zijn van de eventuele vervolgacties.

Tot slot zijn belemmerende factoren voor het bemiddelingsproces, de werkdruk bij Vangnet Jeugd en bij de instellingen waarnaar kan worden verwezen en de regelgeving bij een deel van de instellingen waarnaar wordt verwezen. Daarom pleitten de zorgcoördinatoren voor aanpak van de wachtlijstproblematiek bij een aantal hulpverlenende instanties. Ook zou het werk van de zorgcoördinatoren worden vergemakkelijkt als ze de mogelijkheid zouden hebben om urgentie voor een woning aan te vragen bij woningbouwverenigingen. Nu is die mogelijkheid er niet, waardoor er in bepaalde situaties minder snel hulp kan worden ingezet.

## **Hoofdstuk 5 Conclusies en aanbevelingen**

In dit hoofdstuk worden eerst de conclusies beschreven die op grond van de effectmeting en vervolgens de procesevaluatie kunnen worden gedaan. Tot slot worden de aanbevelingen beschreven die op grond van alle resultaten gedaan kunnen worden in de richting van beleidsmaker en professionals in de Jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar.

### **Conclusies effectmeting**

Gunstig voor de effectmeting was dat Vangnet Jeugd een bestand bijhoudt van de hulpvragen die worden ingediend en de acties die op de melding volgen.

Er blijkt inderdaad al een groei waarneembaar in het aantal meldingen dat door verloskundigen wordt gedaan. Daarnaast is er ook een bredere groei van het aantal meldingen dat bij Vangnet Jeugd wordt gedaan. Daardoor is het niet mogelijk om te

zien of er een verschuiving heeft plaatsgevonden van het indienen van hulpvragen door JGZ 0-4 jaar naar verloskundigen. In elk geval is de eerste doelstelling, een toename van het aantal hulpvragen ingediend door verloskundigen behaald.

De tweede doelstelling was het eerder organiseren van hulp. Deze doelstelling is deels behaald. Het tijdsbestek tussen het indienen van een hulpvraag en de start van de bemiddeling door Vangnet Jeugd is niet verkort, maar zelfs licht toegenomen. Het niet vinden van de verwachte daling kan goed worden verklaard door de toegenomen werkdruk bij Vangnet Jeugd en het feit dat het beleid er niet per definitie op is gericht om zo snel mogelijk hulp in te zetten. Soms wordt ervoor gekozen hulp pas later in de zwangerschap of na de bevalling te starten. Daardoor is deze uitkomstmaat eigenlijk niet geschikt voor het meten of na de invoering van dit protocol hulp al dan niet sneller op gang komt. Bovendien is bij deze uitkomstmaat gekeken naar de aanmeldingen van verloskundigen en de JGZ 0-4 jaar. Daarvan maakte de hulpvragen van verloskundigen slechts een zeer klein deel uit. Terwijl het protocol wel specifiek op hen betrekking heeft. Het totaal aantal meldingen van uitsluitend verloskundigen stond toetsing echter nog niet toe. Waarschijnlijk was het dus nog aan de vroege kant voor een eerste effectmeting ten aanzien van hulpvragen ingediend door verloskundigen. De doorlooptijd van de bemiddeling bij Vangnet Jeugd is wel verkort. Daarmee is de tweede helft van doelstelling twee wel behaald. Ondanks dat de zorgcoördinatoren wel te maken hadden met belemmeringen in de praktijk om hun werk zo snel te kunnen doen. Ook hierbij was gekeken naar de aanvragen ingediend door verloskundigen en door de JGZ 0-4 jaar. Waarvan de hulpvragen van verloskundigen slechts een klein deel uitmaakten. De daling in doorlooptijd zal dus niet volledig zijn veroorzaakt door het protocol Prenatale zorgcoördinatie, want alleen door verloskundigen wordt er met dit protocol gewerkt, door de JGZ 0-4 jaar niet.

### **Conclusies procesevaluatie**

De belangrijkste bevinding die uit de interviews naar voren komt, is dat aan het protocol en de precieze inhoud ervan duidelijk nog meer bekendheid gegeven kan worden. Daar is zowel bij verloskundigen als bij zorgcoördinatoren behoefte aan. De bekendheid met het protocol en de zorgcoördinatoren verschilt erg tussen de verschillende stadsdelen. De informatie waar behoefte aan is betreft allereerst meer duidelijkheid over de precieze rol en taken van de zorgcoördinator en wat de zorgcoördinator concreet voor hen kan betekenen, zowel in de situatie dat de ouder toestemming geeft voor overdracht van informatie als in de situatie waarbij die toestemming er niet is.

Door de verloskundigen die bekend zijn met de inhoud van het protocol wordt het principe van het protocol wel gewaardeerd. Ook het leeuwendeel van de geïnterviewde ouders is voor overdracht van informatie, zeker als er sprake is van risico's voor de aanstaande moeder en of het kind. De helft van de ouders stelt daarbij wel de voorwaarde dat er toestemming aan de ouders gevraagd moet zijn, voordat de informatie aan derden verstrekt mag worden. Het protocol wordt als bruikbaar ervaren, maar meer gezien en gehanteerd als richtlijn, wat zowel de verloskundigen als de zorgcoördinatoren beter vinden passen bij de aard van de problematiek.

Het protocol ondersteunt bij het inschatten van de situatie en verschaft helderheid over de taken en afbakening daarvan van de verloskundigen.

De verloskundigen die wel bekend zijn met de details van het protocol en ervaring hebben met het indienen van hulpvragen, ervaren de communicatie met en de terugkoppeling door de zorgcoördinator als afdoende. Belangrijk hierbij is wel dat de verloskundigen gemeld krijgen wat er met het probleemgezin wordt gedaan, bij voorkeur voor afsluiting van het dossier van de moeder. Waar het protocol minder bekend is, is ook de tevredenheid over de onderlinge contacten minder. Dit kan worden

opgelost door breder bekendheid te geven aan de inhoud van het protocol en de contactgegevens van de zorgcoördinatoren.

De relevantie van het protocol wordt zeker ervaren zowel door verloskundigen als door zorgcoördinatoren. De effecten en daarmee ook de relevantie kunnen verder worden vergroot, door de consultmogelijkheid bekendheid te geven. De verwachting is dat verloskundigen dan sneller contact op zullen nemen.

De zorgcoördinatoren zien voor de doorstroomtijd de wachtlijstproblematiek en regelgeving bij een aantal instellingen waarnaar wordt verwezen graag aangepakt.

## **Aanbevelingen**

### *Aanbevelingen voor beleidsmakers*

- Het zou de doorstroomtijd bij Vangnet Jeugd en daarmee ook de baten van het protocol gunstig beïnvloeden, als iets wordt gedaan aan de wachtlijstproblematiek en capaciteitsproblemen bij de instellingen waarnaar door Vangnet Jeugd wordt verwezen.
- Het is nu niet mogelijk voor Vangnet Jeugd om urgentie aan te vragen bij woningbouwverenigingen. Het wordt aanbevolen aan de GGD om eens om de tafel te gaan zitten met de woningbouwverenigingen om te zien of er mogelijkheden zijn om aan de behoefte van Vangnet Jeugd tegemoet te komen.
- Door verandering in de wetgeving is het niet langer mogelijk om middels een sociale indicatie mensen toch poliklinisch te laten bevallen. Dit kan alleen op medische indicatie. Het wordt aanbevolen dat de GGD Amsterdam, Vangnet Jeugd en een vertegenwoordiging (en mogelijk andere partijen) de hoofden eens bijeen steken om ideeën te genereren hoe met deze situatie omgegaan zou kunnen worden.
- Tot slot wordt aangeraden om vervolgonderzoek uit te voeren waarbij de effectiviteit van de instellingen waarnaar wordt verwezen een keer goed in kaart wordt gebracht. Dit om vervolgens de kwaliteit en de effectiviteit van de verwijzingen te kunnen verbeteren, waardoor de doorstroming van de cliënten van Vangnet Jeugd verder kan worden bespoedigd.

### *Aanbevelingen voor professionals*

- Om meer effect te kunnen behalen met dit protocol, is het raadzaam om alsnog stadsbreed meer bekendheid te geven aan het protocol. Dit door aan alle verloskundigenpraktijken in Amsterdam de informatie over alle facetten van het protocol te verstrekken. Het gaat daarbij om een aantal aspecten van het protocol.
- Het wordt aanbevolen de Kring van verloskundigen bij deze verspreiding van informatie te betrekken.
- Om helderheid te creëren bij verloskundigen over het vervolg van de door hen ingediende hulpvraag kunnen twee dingen worden gedaan: ofwel de verloskundigen helderheid verschaffen over de werkwijze van Vangnet Jeugd nadat de hulpvraag is ingediend ofwel de werkwijze bij Vangnet Jeugd veranderen, door de verloskundigen te verwittigen zodra is besloten wanneer er actie ondernomen gaat worden door Vangnet Jeugd in plaats van verwittiging op het moment dat de actie plaats gaat vinden.



# Inhoudsopgave

	<b>Uitgebreide samenvatting.....</b>	<b>2</b>
<b>1</b>	<b>Inleiding.....</b>	<b>10</b>
1.1	Achtergrond .....	10
1.2	Aanleiding protocol ‘Prenatale zorgcoördinatie’ .....	10
1.3	Doel pilot .....	12
<b>2</b>	<b>Procesbeschrijving.....</b>	<b>13</b>
2.1	Inhoud van het protocol .....	13
2.2	Huidige situatie versus nieuwe situatie .....	15
2.2.1	Oude situatie .....	15
2.2.2	Nieuwe situatie .....	15
<b>3</b>	<b>Methoden evaluatie.....</b>	<b>18</b>
3.1	Opzet.....	18
3.2	Uitkomstmaten en methoden effectmeting. ....	18
3.2.1	Percentage hulpvragen ingediend door verloskundigen. ....	19
3.2.2	Tijdsduur tussen indienen van hulpvraag en start bemiddeling Vangnet Jeugd. ....	19
3.2.3	Tijdsduur tussen eerste actie zorgcoördinator en afsluiting bemiddeling .....	19
3.3	Statistische analyse .....	20
3.4	Uitkomstmaten en methoden procesevaluatie.....	20
<b>4</b>	<b>Resultaten .....</b>	<b>22</b>
4.1	Resultaten effectmeting .....	22
4.1.1	Percentage hulpvragen ingediend door verloskundigen. ....	22
4.1.2	Tijdsduur tussen indienen van hulpvraag en start bemiddeling door Vangnet Jeugd. ....	23
4.1.3	Tijdsduur tussen eerste actie zorgcoördinator en afsluiting bemiddeling .....	24
4.2	Resultaten procesevaluatie.....	25
4.2.1	Mate van bekendheid met het protocol .....	25
4.2.2	Ervaren bruikbaarheid van het protocol.....	26
4.2.3	Ervaren relevantie van het protocol voor de werkuitoefening .....	29
4.2.4	Belemmerende en bevorderende factoren.....	30
<b>5</b>	<b>Conclusies en aanbevelingen.....</b>	<b>34</b>
5.1	De effectmeting .....	34
5.1.1	Toename aantal hulpvragen .....	34
5.1.2	Eerder organiseren van hulp .....	35
5.2	De procesevaluatie.....	35
5.2.1	Mate van bekendheid met het protocol .....	35
5.2.2	Ervaren bruikbaarheid van het protocol.....	36
5.2.3	Ervaren relevantie van het protocol .....	37
5.3	Aanbevelingen .....	37
5.3.1	Aanbevelingen voor beleidsmakers: .....	37
5.3.2	Aanbevelingen voor professionals .....	38
<b>6</b>	<b>Referenties .....</b>	<b>39</b>
	<b>Bijlage(n)</b>	
	A Toelichting op het protocol Prenatale Zorgcoördinatie	
	B Interviewvragen verloskundigen	

# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond

In opdracht van de gemeente Amsterdam en de stadsdelen wordt sinds 2002 gewerkt aan het oprichten van Ouder-en-Kindcentra (OKC's) in alle Amsterdamse stadsdelen. Het streven is dat in 2006 in elk stadsdeel minstens één OKC staat.

Het OKC is een goed bereikbare plek waar alle ouders, vanaf zo vroeg mogelijk in de zwangerschap tot het moment dat het kind naar de basisschool gaat, terecht kunnen met alle vragen over de gezondheid, ontwikkeling en opvoeding van hun kind. Het doel is om het kind een zo groot mogelijke kans te geven om gezond op te groeien en het zo goed mogelijk voor te bereiden op een plaats in de maatschappij.

Het OKC is een samenwerkingsverband van Verloskunde, Kraamzorg, de JGZ 0-4 jaar, en aanbieders van opvoedingsondersteuning en ontwikkelingsstimulering. Dit zijn in Amsterdam de stichtingen Welzijn, Bureau Jeugdzorg en soms de JGZ.

De GGD Amsterdam was de eerste GGD in Nederland die jeugdgezondheidszorg (JGZ) voor 0-19 jarigen uitvoerde. Zij doet dat voor 85% van de kinderen van 0-4 jaar en voor zo goed als alle kinderen van 4-19 jaar in Amsterdam. De andere kinderen van 0-4 jaar staan onder begeleiding van de Amsterdamse Thuiszorg (AT). Samen leveren de GGD en de AT aan 99% van de Amsterdamse zuigelingen preventieve zorg. Voor peuters en kleuters ligt dit percentage op 97.5% (GG&GD, 2004).

Op 1 januari 2003 woonden in Amsterdam 37270 kinderen van 0-4 jaar. Per jaar worden plusminus 10000 kinderen in Amsterdam geboren. Met 85 % van deze kinderen gaat het goed maar 15 % zal tijdens hun jeugd met problemen geconfronteerd worden. Het betreft hier zowel problemen met de gezondheid, als opvoedings- en psychosociale problemen of een combinatie hiervan. Dit zijn bij 5% van de kinderen ernstige problemen. Hoe eerder deze worden aangepakt hoe meer kans op een betere uitkomst (GG&GD, 2004). Met andere woorden: de OKC's zetten in op zo vroeg mogelijke preventie. Het motto van het OKC is dan ook "Vroeg begonnen, veel gewonnen".

## 1.2 Aanleiding protocol 'Prenatale zorgcoördinatie'

Een belangrijke functie van het OKC is het ontwikkelen van een structurele en professionele signalering en verwijzingspraktijk. Om ontwikkelings-, opvoedings- en omgevingsproblemen of risico's voor het ontstaan van die problemen zo vroeg mogelijk te signaleren. Dit sluit aan op het basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2002) en de toenemende regiefunctie van de gemeente op het gebied van opgroei en opvoedondersteuning.

Door de invoering van de OKC's, waarbij medisch preventieve zorg en opvoedondersteuning wordt aangeboden vanaf zo vroeg mogelijk in de zwangerschap, ontstond ook de behoefte problemen in een (toekomstig) gezin of risico's op het ontstaan van problemen zo vroeg mogelijk te signaleren en zo vroeg mogelijk hulp aan te bieden. De gedachte daarbij is dat vroege ondersteuning een preventieve werking op de ontwikkeling van het kind zal hebben.

Om de Jeugdgezondheidszorg te ondersteunen bij gezinnen waar zij zich ernstige zorgen over maakt en waarbij de ondersteuning of hulpverlening niet op gang komt, is in april 1997 het project Zorgcoördinatie (van Vangnet Jeugd, afdeling MGGZ, GGD) gestart. Sinds die tijd kan de Jeugdgezondheidszorg een zorgcoördinator van Vangnet

Jeugd inschakelen om te helpen een oplossing te vinden voor de vaak complexe problemen van ouders en kinderen. De doelstelling van Vangnet Jeugd is het opsporen, verhelderen en indien nodig verwijzen van in ontwikkeling bedreigde kinderen en hun ouders. De inmenging van zorgcoördinatie is kortdurend en de werkwijze outreachend. Wanneer de zorgcoördinator zijn werkzaamheden afsluit, ontvangt de JGZ een kort verslag van de geboden begeleiding en neemt de Jeugdgezondheidszorg de zorgtaken voor dit gezin weer over.

Door de invoering van de OKC's, waarbij zorg en ondersteuning wordt aangeboden vanaf zo vroeg mogelijk moment in de zwangerschap, ontstond ook de behoefte problemen in een (toekomstig) gezin of risico's op het ontstaan van problemen zo vroeg mogelijk te signaleren en zo vroeg mogelijk hulp aan te bieden. Het idee daarbij is dat vroege ondersteuning een preventieve werking op de ontwikkeling van het kind zal hebben. Soms worden problemen of risico's namelijk al ruim voor de geboorte van een kind gesignaleerd. Maar hulp aan het desbetreffende gezin komt niet of pas veel later op gang. Nu speelt bij de prenatale zorg de verloskundige een belangrijke rol. Want 85% van alle zwangere vrouwen in Amsterdam komt in eerste instantie bij de verloskundige onder controle. De verloskundige neemt bij de toekomstige moeder een uitgebreide persoonlijke- en familieanamnese af. Waarna een dossier wordt aangelegd met sociaal-medische gegevens over de moeder, de vader, het gezin, de maatschappelijke omgeving, de cultuur etc. Deze verzameling van gegevens is nodig om de zwangerschap zo goed mogelijk te kunnen begeleiden. Door deze werkzaamheden van de verloskundige lijkt zij de aangewezen discipline om een belangrijke rol te vervullen bij het zo vroegtijdig mogelijk signaleren van problemen en risico's voor het (ongeboren) kind.

Om in de behoefte van het OKC tot vroegtijdige signalering en inzet van hulp te voorzien, is daarom in 2004 het protocol Prenatale zorgcoördinatie ontwikkeld en in de loop van 2004 door heel Amsterdam ingevoerd. Het betreft een uitbreiding op het project zorgcoördinatie, Met als groot verschil dat nu ook de verloskundigen een signaleringstaak hebben gekregen. Verloskundigen kunnen bij een confrontatie met risicosituaties al voor de geboorte van een kind de zorgcoördinator van het ouder- en kindcentrum inschakelen om in het belang van het kind ondersteuning of hulp te organiseren. Dit protocol biedt daarnaast verloskundigen een mogelijkheid om toch hulp in gang te krijgen wanneer zij zorgwekkende signalen krijgen. Door de extra signalerende verloskundige zal het OKC ook vroegtijdiger en vollediger zicht krijgen op zorggezinnen. Het uiteindelijke doel van de inzet van prenatale zorgcoördinatie is vroegtijdige signalering en ondersteuning in risicogezinnen wat de ontwikkeling van het kind ten goede zal komen.

Een van de verwachtingen bij dit protocol is dat het zal leiden tot een toename van het aantal signalementen door verloskundigen. Dit doordat de verloskundigen de signalering van risicosituaties als een van hun taken hebben. Waarmee ook het aantal hulpvragen dat door verloskundigenpraktijken wordt ingediend bij Vangnet Jeugd zal toenemen. Doordat de verloskundige ook al tijdens de zwangerschap van de aanstaande moeder alert is op risicosituaties, is de tweede verwachting dat er in een eerder stadium van de ontwikkeling van het kind al hulp wordt ingezet voor het (ongeboren) kind. Daar dit protocol geënt is op de samenwerking van verloskundigen met de zorgcoördinatoren van Vangnet Jeugd is een derde streven van dit protocol dat het leidt tot tevredenheid bij de betrokkenen over de nieuwe samenwerking. (In bijlage A vindt u een toelichting op het protocol).

### 1.3 Doel pilot

Het protocol is in de loop van 2004 stadsbreed ingevoerd. De focus ligt bij deze pilot dan ook op de gehele stad Amsterdam.

Het doel van deze pilot is om na te gaan of het protocol in de praktijk haalbaar en uitvoerbaar is en de beoogde effecten oplevert. Concrete doelen van de invoering van het protocol Prenatale zorgcoördinatie zijn waar in de pilot naar wordt gekeken zijn:

- Toename van het aantal hulpvragen van verloskundige aan zorgcoördinator
- Eerder organiseren van passende hulp voor risicogezinnen
- Tevredenheid van de verloskundige en zorgcoördinator over de samenwerking tussen hulpverleners

## 2 Procesbeschrijving

In dit hoofdstuk wordt de inhoud van het protocol Prenatale zorgcoördinatie toegelicht. Ook worden de verschillen belicht tussen de situatie voorafgaand aan de invoering van het protocol en de situatie na invoering van het protocol Prenatale zorgcoördinatie in alle stadsdelen van Amsterdam. Inzicht in het protocol verheldert de opzet van de effectmeting en de resultaten van de procesevaluatie.

### 2.1 Inhoud van het protocol

De problemen in een (toekomstig) gezin worden soms al voor de geboorte gesignaleerd, maar de hulp aan het desbetreffende gezin komt niet of pas veel later (of te laat) op gang. In het protocol Prenatale zorgcoördinatie wordt ingegaan op de wijze waarop risicogezinnen vroegtijdig gesignaleerd kunnen worden en welke afspraken vervolgens gemaakt moeten worden betreffende vroegtijdige (ook al voor de geboorte) ondersteuning van een risicogezin.

Kernonderdeel van het protocol is de toewijzing van een zorgcoördinator van Vangnet Jeugd aan elk stadsdeel. Deze is minimaal gedurende één vast dagdeel per week op de OKC-locatie aanwezig is en is daarnaast ook telefonisch bereikbaar voor de verloskundigen. Binnen de Amsterdamse Thuiszorg neemt de wijkverpleegkundige de rol van zorgcoördinator op zich (voortaan ook zorgcoördinator genoemd).

De verloskundige kan de hulp van een zorgcoördinator inroepen wanneer zij vindt dat er een risicosituatie voor het (on)geboren kind bestaat, waarvoor in het gezin geen hulpverlening is, maar in het belang van het kind wel wenselijk zou zijn. Ook kan de verloskundige overleggen met de zorgcoördinator als zij niet helemaal zeker is of de situatie risicovol genoeg is om een hulpvraag in te dienen bij de zorgcoördinator. Als de verloskundige een hulpvraag indient bij de zorgcoördinator, brengt deze vervolgens een huisbezoek aan het gezin en brengt dan de gerezen zorgen in kaart. Vervolgens wordt indien nodig hulp en of ondersteuning ingezet.

Voor dit protocol zijn tevens minimale basiszorgcriteria ontwikkeld. Deze basiszorgcriteria worden door verloskundigen en zorgcoördinatoren als leidraad gebruikt bij het inschatten van de situatie en de wenselijkheid van hulp. Het protocol bevat naast de minimale basiszorgcriteria ook een lijst met risicofactoren waar de verloskundigen en zorgcoördinatoren op kunnen letten bij bezoek aan het gezin.

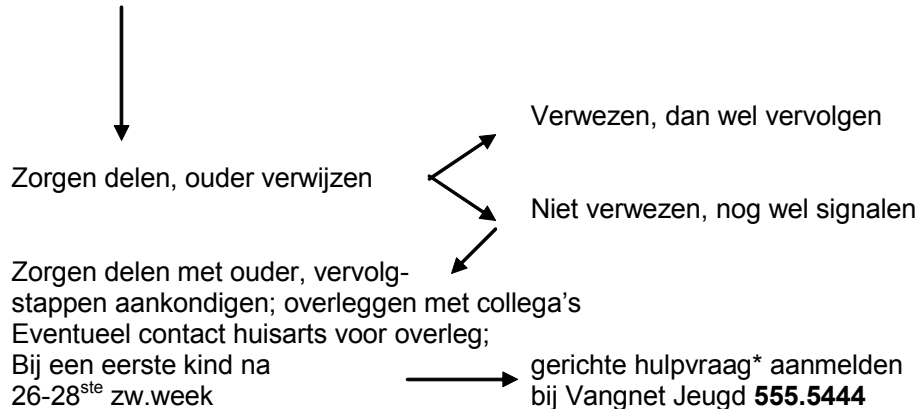
Bij de invoering van het protocol zijn drie papieren stukken verspreid.

- Het protocol / stappenplan voor een prenatale inzet van Zorgcoördinatie van Vangnet Jeugd. Hierop staan beschreven; de signalen die een verloskundige kan ontvangen uit de omgeving, een lijstje van risicofactoren / situaties, de stappen die een verloskundige achtereenvolgens dient te ondernemen, de set van minimale basiszorgcriteria, de rol van de zorgcoördinator en het consultatiebureau en belangrijke telefoonnummers. (Zie bijlage A)
- Een toelichting bij het protocol prenatale Zorgcoördinatie. Dit document bevat informatie over wie de partners zijn van het OKC met betrekking tot dit protocol, de doelen van invoering van het protocol en een korte uitleg over de inhoud van het protocol.
- Het protocol uitgebeeld als stroomdiagram. Dit schema is een bondige schematische weergave van het werkproces van de verloskundige als er sprake is van zorgwekkende signalen.

Dit stroomdiagram ziet er als volgt uit:

## Stroomdiagram van het protocol voor een *prenatale* inzet van Zorgcoördinatie van Vangnet Jeugd:

De verloskundige krijgt zorgwekkende signalen:



\*De hulpvraag zou kunnen luiden:

- ophelderen van de thuissituatie rond het (ongeboren) kind
- organiseren van passende hulp in het belang van dit kind
- motiveren van de ouders voor het aanvaarden van vrijwillige hulp
- herstel van contact met de verloskundige

Bij een tweede of volgend kind na 26-28<sup>ste</sup> zw.week → in overleg met consultatiebureau  
gerichte hulpvraag aanmelden bij Vangnet Jeugd **555.5444**

Bij crisis (bijv. kindermishandeling) → melden AMK **3141715/ 09001231230**  
of tel crisisdienst BJA **3058866**  
én doorgeven aan consultatiebureau

### De Zorgcoördinator Vangnet Jeugd:

- maakt een kennismakingsgesprek met de ouder(s) tijdens een huisbezoek
- brengt de gerezen zorgen in kaart
- brengt de minimale basiszorg in kaart: zie \*\*
- inventariseert welke hulp de ouders willen aanvaarden
- maakt afspraken met deze ouders
- verwijst voor hulp

\*\*Minimale Basiszorg-criteria:

- de aanwezigheid van gas, licht en verwarming (heeft veel met schulden en armoede te maken)
- het voorhanden zijn van koud en warm water (zie boven, idem)
- aanwezigheid van kinderleertjes (na de 36<sup>e</sup> week)
- (na de 36<sup>ste</sup> /37<sup>e</sup> week, *afhankelijk van het kraambureau*) aanwezigheid van spullen, nodig voor een bevalling en het kraambed
- een regelmatig dag-en nachtritme van de ouder(s) (= enige structuur in de dagindeling)
- nakomen van noodzakelijke verloskundige controles. Ten behoeve van eventuele andere kinderen: vaste verzorger, voldoende emotionele en affectieve aandacht voor het kind, schoolbezoek

Zorgcoördinator Vangnet Jeugd → sluit af in overleg met de verwijzer:  
coördineert bij een eerste kind de overdracht naar het consultatiebureau

## 2.2 Huidige situatie versus nieuwe situatie

In de komende twee subparagrafen worden achtereenvolgens de oude situatie (voor de invoering van het protocol de nieuwe experimentele situatie (na invoering van het protocol) beschreven. Dit met als doel meer inzicht te verschaffen in de verschillen tussen beide situaties. Het protocol is in de loop van 2004 in de stadsdelen ingevoerd.

### 2.2.1 *Oude situatie*

Tijdens het eerste onderzoek bij de aanstaande moeder nam de verloskundige een uitgebreide persoonlijke - en familieanamnese af. Zo werd een dossier aangelegd met sociaal-medische gegevens over de moeder, de vader, het gezin, de maatschappelijke omgeving, de cultuur etc. Deze verzameling van gegevens was nodig om de zwangerschap zo goed mogelijk te begeleiden. Uiteindelijk beviel 50% van de zwangeren bij de verloskundige, waarvan 30% thuis en 20% poliklinisch. Wanneer alles op rolletjes liep, wist een ieder wat zijn taak was en hoe de verantwoordelijkheid lag tussen de organisaties en hulpverleners. Toch waren er gezinnen die de verloskundige al bij de zwangerschapscontroles zorgen baarden. Verloskundigen werden af en toe met situaties geconfronteerd waarbij zij het vermoeden hadden dat het (on)geboren kind risico leek te lopen. Over het algemeen seinden ze de huisarts van de zwangere vrouw in, maar ook deze kon soms niets uitrichten wanneer de zwangere vrouw elke vorm van hulp afwees. De problemen in een (toekomstig) gezin werden op een dergelijk moment wel al vóór de geboorte gesignaleerd maar de hulp aan het desbetreffende gezin kwam niet of pas veel later (of te laat) op gang.

### 2.2.2 *Nieuwe situatie*

De verloskundige kan indien nodig de hulp invoeren van de zorgcoördinator van Vangnet Jeugd. Ook bij twijfel over de ernst van de risico's kan de zorgcoördinator worden geraadpleegd. Dit is aan de orde op het moment dat de verloskundige inschat dat er een risicosituatie voor het (on)geboren kind bestaat. Deze inschatting maakt zij op basis van een aantal overwegingen en risicofactoren.

De verloskundige kan bij de risico-inschatting een aantal overwegingen maken:

- de verloskundige heeft zorgen of een zogenaamd 'niet-pluis' gevoel
- de aanstaande moeder/vader geeft verontrustende signalen af of laat deze blijken
- er bestaan één of meer risicofactoren die een negatieve invloed kunnen hebben op de ontwikkeling van het (on)geboren kind
- er bestaat een risicosituatie voor het (on)geboren kind
- in het gezin is geen hulpverlening maar dit zou in het belang van het kind noodzakelijk zijn

Deze risicofactoren kunnen zeer divers van aard zijn, waarop wel een passend hulpaanbod gevonden dient te worden. Een risicosituatie ontstaat als er sprake is van een cumulatie van risicofactoren. Dit ter beoordeling van de verloskundige eventueel in overleg met de zorgcoördinator.

Tabel 2.1: Lijst met risicofactoren.

**Risicofactoren** = factoren waar bekend van is dat er een statistisch grotere kans bestaat op een, soms veel later optredend, probleem in de ontwikkeling van het kind

*Voorbeelden:*

- te laat onder zorg komen bij de verloskundige (bij eerste kind later dan 28 weken voor 1e controle, waarbij men ook niet al eerder bij de huisarts is geweest)
- te weinig op controle komen (meer dan 2-maal een afspraak niet nakomen)
- slecht de Nederlandse taal sprekend
- geïsoleerd gezin
- agressief gedrag van moeder en/of vader
- illegaliteit van moeder en vader (i.v.m. verzekering en mogelijkheid op aanspraak van hulp)
- tienermoeder
- psychiatrie bij moeder en/of vader
- zwakbegaafde moeder en/of vader
- drugsgebruik bij vader en/of moeder
- geen huisvesting

**Risicosituatie** = een cumulatie van risicofactoren

Het handelen van de verloskundige bestaat uit verschillende stappen; in eerste instantie gaat de verloskundige hierover in gesprek met de aanstaande moeder/ouders eventueel gevolgd door hulpverlening. Indien er dan niet tot ondersteuning of hulpverlening wordt overgegaan, maar er wel blijvende zorgen zijn bij de verloskundige, zoekt de verloskundige contact met collega's en vindt er consultatie plaats met de zorgcoördinator van Vangnet Jeugd. In aansluiting hierop kan het zijn dat er een hulpvraag wordt ingediend bij de zorgcoördinator. De hulpvragen die de verloskundige aan de zorgcoördinator kan doen staan vermeld in tabel 2.2.

Tabel 2.2: Lijst van mogelijke hulpvragen van verloskundige aan zorgcoördinator.

- ophelderen van de thuissituatie rond het (ongeboren) kind
- organiseren van passende hulp of ondersteuning in het belang van dit kind
- motiveren van de ouders voor het aanvaarden van vrijwillige hulp
- contactherstel met verloskundige of andere hulpverlening
- coördinatie van de hulpverlening

Wanneer er sprake is van een crisissituatie, zoals situaties van ernstige kindermishandeling, dan wordt dit direct gemeld bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling Amsterdam (AMK) of bij de telefonische crisisdienst BJAA (Bureau Jeugdzorg Agglomeratie Amsterdam). Bovendien wordt tegelijkertijd met deze melding, de melding ook doorgegeven aan de JGZ 0-4 jaar. Indien de zorgcoördinator wordt ingeschakeld naar aanleiding van een hulpvraag, maakt deze over het algemeen eerst een kennismakingsgesprek met de ouder(s) tijdens een huisbezoek. Hierbij worden de gerezen zorgen in kaart gebracht, net als de aanwezigheid van de minimale basiszorg. Ook inventariseert de zorgcoördinator welke hulp de ouders willen aanvaarden en worden er afspraken met de ouder(s) gemaakt en indien nodig doorverwezen voor hulp. Bij de inschatting van de thuissituatie en het op gang brengen van zorg wordt door de zorgcoördinator gebruik gemaakt van een minimale set basiszorgcriteria (opgenomen in



het protocol). De basiszorgcriteria zijn ontwikkeld om te dienen als leidraad bij het inschatten van de thuissituatie. De basiszorgcriteria zijn staan in onderstaande tabel 2.3.

Tabel 2.3: Minimale Basiszorgcriteria zoals vermeld in het protocol Prenatale Zorgcoördinatie:

- de aanwezigheid van gas, licht en verwarming (heeft veel met schulden en armoede te maken)
- het voorhanden zijn van koud en warm water (zie boven, idem)
- aanwezigheid van kinderleertjes (na de 36e week)
- (na de 36ste /37e week, (afhankelijk van het kraambureau)) aanwezigheid van spullen, nodig voor een bevalling en het kraambed
- een regelmatig dag- en nachtritme van de ouder(s) (= enige structuur in de dagindeling)
- nakomen van noodzakelijke verloskundige controles
- ten behoeve van eventuele andere kinderen: vaste verzorger, voldoende emotionele en affectieve aandacht voor het kind, schoolbezoek

De zorgcoördinator koppelt aan de verloskundige die de hulpvraag heeft ingediend terug als er acties door Vangnet Jeugd ondernomen gaan worden. Achteraf wordt aan de verloskundige teruggekoppeld wat er met de hulpvraag is gedaan.

## 3 Methoden evaluatie

In dit hoofdstuk wordt beschreven welke methoden en uitkomstmaten zijn gebruikt om de evaluatie van het protocol Prenatale zorgcoördinatie vorm te geven en uit te voeren.

### 3.1 Opzet

Het onderzoek bestaat uit twee metingen. Enerzijds vindt een effectmeting plaats om te zien in hoeverre met het protocol de beoogde doelen worden bereikt. Anderzijds vindt een procesevaluatie plaats om inzicht te krijgen in de beleving van het protocol door de betrokken disciplines.

Voor de effectmeting is gekozen voor het zogenaamde pretest-posttest design. Hierbij wordt in de stad Amsterdam de situatie voor de invoering van het protocol, vergeleken met de situatie na invoering van het protocol. Nadeel van dit design is dat niet kan worden uitgesloten dat de verschillen tussen de voormeting en nameting een andere oorzaak hebben dan de interventie. Dit design is echter haalbaar in de praktijk. De effectmeting kan stadsbreed plaatsvinden, omdat het protocol in 2004 over de gehele stad is verspreid.

Voor de effectmeting wordt gebruik gemaakt van een bestaand registratiesysteem, het databestand van Vangnet Jeugd. Dit is functioneel vanaf juni 2003. Daar het protocol in de loop van 2004 is ingevoerd in Amsterdam, zal de voormeting betrekking hebben op de periode juni 2003 - december 2003 en de nameting op de periode juni 2005 – december 2005.

Naast de effectmeting vindt ook een procesevaluatie plaats bij de disciplines die betrokken zijn bij de uitvoering van het protocol. Voor de procesevaluatie wordt gebruik gemaakt van semi-gestructureerde interviews. Ter aanvulling wordt ook een kort interview afgenomen bij enkele ouders.

### 3.2 Uitkomstmaten en methoden effectmeting.

Bij de effectmeting in het onderzoek worden vergelijkingen gemaakt tussen de ‘oude situatie’ (voor- de invoering van het protocol, 2003) en de nieuwe situatie (na invoering van het protocol, 2005) op basis van de volgende drie kwantitatieve uitkomstmaten.

1. Percentage hulpvragen van verloskundigen van totaal aantal hulpvragen door verloskundigen en JGZ 0-4 jaar.
2. Tijdsduur tussen indienen hulpvraag en start bemiddeling door Vangnet Jeugd.
3. Tijdsduur tussen eerste actie zorgcoördinator en afsluiting bemiddeling.

Ter verduidelijking: Met de tijdsduur in dagen tussen het indienen van de hulpvraag en de start van de bemiddeling wordt bedoeld op het tijdsbestek in dagen tussen het indienen van de hulpvraag en de dag waarop de zorgcoördinator de eerste actie onderneemt. Een eventueel eerste huisbezoek bedoeld om de aard van het probleem te verhelderen heeft in de tussenliggende periode reeds plaatsgevonden.

In de volgende drie subparagrafen wordt per uitkomstmaat een beschrijving gegeven van de wijze van gegevensverzameling.

### 3.2.1 *Percentage hulpvragen ingediend door verloskundigen.*

Deze uitkomstmaat 1 kan worden vastgesteld op basis van de volgende gegevens:

- Het aantal ingediende hulpvragen door verloskundigen tijdens de voor- en nameting.
- Het totaal aantal ingediende hulpvragen door verloskundigen, en JGZ 0-4 jaar tijdens de voor- en nameting.

Hypothese bij uitkomstmaat 1, is dat het percentage hulpvragen ingediend door verloskundigen toeneemt na invoering van het protocol. Dit ten opzichte van het totaal aantal hulpvragen dat is ingediend door verloskundigen en JGZ 0-4 jaar samen. In de praktijk zijn er nog meer instellingen die hulpvragen in kunnen dienen bij Vangnet Jeugd, maar daar heeft het protocol Prenatale zorgcoördinatie geen betrekking op. De ingediende hulpvragen vanuit instellingen waar het protocol geen effect voor heeft, worden daarom buiten beschouwing gelaten. De hulpvragen ingediend door de JGZ 0-4 jaar (thuiszorginstellingen, consultatiebureaus en OKC's) worden wel bij deze uitkomstmaat betrokken. Het is mogelijk dat er een verschuiving optreedt in de mate waarin de verschillende instellingen hulpvragen indienen. Zo is het denkbaar dat er na de invoering van het protocol hulpvragen worden ingediend door verloskundigen die voor de invoering door de JGZ 0-4 jaar zouden worden ingediend. Anderzijds is het ook mogelijk dat na de invoering van het protocol nog steeds een deel van de hulpvragen wordt ingediend via de JGZ 0-4 jaar.

Daarnaast is er ook de verwachting dat het absolute aantal hulpvragen dat wordt ingediend door verloskundigen toeneemt als gevolg van de invoering van het protocol.

Ter illustratie van de risicosituaties die zich voor kunnen doen in Amsterdam, zal ook een beschrijving worden gegeven van de aanleidingen die verloskundigen bij de voor- en nameting hebben genoemd voor het indienen van de hulpvraag.

De benodigde gegevens worden uit het databestand van Vangnet Jeugd gehaald.

### 3.2.2 *Tijdsduur tussen indienen van hulpvraag en start bemiddeling Vangnet Jeugd.*

Deze uitkomstmaat 2 kan worden bepaald aan de hand van de volgende gegevens:

- De datum van indienen van de hulpvraag door de verloskundige.
- De datum waarop de zorgcoördinator de eerste actie onderneemt.

Hypothese bij uitkomstmaat 2 is, dat na invoering van het protocol de hulp sneller op gang komt en dus het aantal dagen dat verstrijkt tussen het indienen van een hulpvraag en de start van de bemiddeling afneemt.

### 3.2.3 *Tijdsduur tussen eerste actie zorgcoördinator en afsluiting bemiddeling.*

Deze uitkomstmaat 3 kan worden berekend op basis van de volgende gegevens:

- Datum waarop zorgcoördinator de eerste actie onderneemt n.a.v. een hulpvraag van een verloskundige
- Datum van afsluiting van bemiddeling door Vangnet Jeugd.

Hypothese bij uitkomstmaat 3 is, dat de tijdsduur in dagen tussen de eerste actie van de zorgcoördinator en de afsluiting door de zorgcoördinator afneemt als gevolg van de invoering van het protocol. Dit door de samenwerkingsafspraken tussen verloskundigen en zorgcoördinatoren, die de efficiëntie ten goede zouden komen.

Om tevens een beeld te schetsen van de aard van de werkzaamheden van de zorgcoördinator zal daarnaast een beschrijving worden gegeven van de activiteiten die de zorgcoördinatoren ondernemen.

### 3.3 Statistische analyse

Voor de toetsing van de verschillen tussen de voor- en de nameting geldt dat de mogelijke verschillen in aantallen tussen de voor- en nameting, indien de celvulling dit toelaat worden getoetst met behulp van een Chikwadraattoets en anders een Fisher's Exact toets. Mogelijke verschillen in gemiddelden worden getoetst met een Student's t-toets. Als grenswaarde voor significantie wordt  $p < 0.05$  aangehouden en er wordt tweezijdig getoetst. Als er te weinig gegevens zijn voor toetsing worden de verzamelde gegevens beschreven.

### 3.4 Uitkomstmaten en methoden procesevaluatie

Om naast de effectmeting ook een uitspraak te kunnen doen over de beleving van het protocol door de betrokken disciplines worden de volgende kwalitatieve uitkomstmaten middels semi-gestructureerde interviews geïnventariseerd:

- Mate van bekendheid van het protocol bij verloskundigenpraktijken en zorgcoördinatoren van Vangnet Jeugd
- Ervaren bruikbaarheid van het protocol volgens verloskundigen uit verloskundigenpraktijken en zorgcoördinatoren van Vangnet Jeugd.
- Ervaren relevantie van het protocol voor de werkuitoefening volgens verloskundigen uit verloskundigenpraktijken en zorgcoördinatoren van Vangnet Jeugd.
- Belemmerende en bevorderende factoren voor het gebruik van het protocol, mogelijk aangevuld met suggesties ter verbetering van het protocol.

Interviews zullen worden gehouden met enkele zorgcoördinatoren van Vangnet Jeugd en verloskundigen uit een viertal verloskundigenpraktijken werkzaam in verschillende stadsdelen in Amsterdam. De verwachting is dat de genoemde professionals dan ervaring kunnen hebben met het ontwikkelde en in gebruik zijnde protocol. Ter voorbereiding op de interviews krijgen de betrokkenen de interviewvragen toegestuurd. (Ter illustratie zijn de vragen die zijn gesteld aan de verloskundigen toegevoegd als bijlage B). In aanvulling op de kwalitatieve meting wordt ook bij een aantal ouders (26) een kort interview afgenomen.

De instellingen en personen die betrokken zijn bij de procesevaluatie staan vermeld in tabel 3.1.

Tabel 3.1: Deelnemende instellingen / personen uit Amsterdam

<b>Discipline</b>	<b>Instelling / Persoon</b>
Verloskundigen	<p>Verloskundigenpraktijk Magalhaensplein Magalhaensplein 2 1057 VG Amsterdam Tel: 020-6152035</p> <p>Verloskundigenpraktijk Witsenkade Nicolaas Witsenkade 35 sous 1017ZT Amsterdam Tel: 020-6279767</p> <p>Van Swindenpraktijk 1e v Swindenstr 551 1093LC Amsterdam Tel: 020-6655542</p> <p>Verloskundigenpraktijk Centrum west Burg Roellstraat 15 1064BJ Amsterdam Tel: 020-4470991</p>
Zorgcoördinatoren Vangnet Jeugd	<p>Vangnet Jeugd Hoofd: Mw. A. Baller Nieuwe Achtergracht 100 1018 WT Amsterdam Tel: 020-5555444</p>

## 4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de evaluatie van het protocol Prenatale zorgcoördinatie in Amsterdam beschreven. Eerst volgen de resultaten van de effectmeting. Hierbij worden ook de relevante kanttekeningen genoemd. Daarna volgt een beschrijving van de resultaten van de procesevaluatie. Deze is gebaseerd op de interviews met de betrokken disciplines, aangevuld met de resultaten van interviews met enkele ouders. De resultaten van de procesevaluatie geven meer inzicht in de resultaten van de effectmeting.

### 4.1 Resultaten effectmeting

De voormeting heeft betrekking op de periode juni 2003 tot en met december 2003 en de nameting op de periode juni 2005 tot en met december 2005. In beide perioden is gemeten hoeveel hulpvragen zijn ingediend door verloskundigen en de JGZ 0-4 jaar, wat de aanleiding voor de hulpvraag was, wat er op welk moment met de hulpvraag is gedaan en wanneer de bemiddeling door Vangnet Jeugd is afgesloten.

#### 4.1.1 *Percentage hulpvragen ingediend door verloskundigen.*

Tijdens de voormeting zijn in totaal 233 hulpvragen ingediend, waarvan 2 (1%) door verloskundigen en 231 (99%) door de JGZ 0-4. Tijdens de nameting zijn in totaal 395 hulpvragen ingediend, waarvan 17 door verloskundigen (4%) en 378 (96%) door de JGZ 0-4 jaar. Het blijkt dat er tijdens de nameting ten opzichte van het totaal aantal ingediende hulpvragen, beduidend meer hulpvragen zijn ingediend door verloskundigen ( $\chi^2 = 5.930$ ,  $p = 0.015$ ) dan bij de voormeting. Er is dus een toename zowel van het totale aantal hulpvragen dat is ingediend als van het percentage hulpvragen dat is ingediend door verloskundigen. De hypothese dat het aantal hulpvragen ingediend door verloskundigen zou toenemen na invoering van het protocol wordt daarmee ondersteund. Omdat er echter ook een grote toename waarneembaar is in het aantal hulpvragen ingediend vanuit de JGZ 0-4 jaar kan geen verschuiving worden aangetoond van het indienen van hulpvragen door de JGZ 0-4 jaar naar het indienen van hulpvragen door verloskundigenpraktijken.

Kortom er is een algehele groei waarneembaar in de mate waarin gebruik wordt gemaakt van Vangnet Jeugd, zowel door verloskundigen, als door de JGZ 0-4 jaar.

De aanleidingen voor verloskundigen en verpleegkundigen werkzaam bij de JGZ 0-4 jaar om een hulpvraag in te dienen zijn zeer divers. Zuiver ter illustratie staat in tabel 4.1 een beschrijving van de verschillende redenen die verloskundigen en verpleegkundigen JGZ 0-4 jaar in 2003 en 2005 hadden om een hulpvraag in te dienen bij Vangnet Jeugd. Dit was van 628 meldingen bekend.

Tabel 4.1: Aanleidingen voor verloskundigen en JGZ 0-4 jaar om een hulpvraag in te dienen bij Vangnet Jeugd.

Aanleiding om hulpvraag in te dienen	Frequentie / (%)
Geen contact met de JGZ (plus geen zicht op thuissituatie / vermoeden zorgelijke thuissituatie)	379 (60%)
Signalen zorgelijke thuissituatie ( plus geweld / ouders ongemotiveerd / verwaarlozing kind / zwangerschap / relatieproblemen / misbruik van kind)	83 (13%)
Psychische problemen (plus vermoeden zorgelijke thuissituatie / geen contact met de JGZ / geen zicht op thuissituatie / zwangerschap / relatieproblemen)	33 (5%)
Geen zicht op thuissituatie (plus vermoeden zorgelijke thuissituatie / ouders ongemotiveerd / instanties werken langs elkaar heen)	30 (5%)
Illegale verblijfsstatus ( plus geen contact met JGZ / geen zicht op thuissituatie / problemen huisvesting / relatieproblemen)	22 (4%)
Relatieproblemen ( plus vermoeden zorgelijke thuissituatie / geen zicht op thuissituatie / huiselijk geweld)	14 (2%)
Somatische problemen ( plus vermoeden zorgelijke thuissituatie / geen zicht op thuissituatie)	13 (2%)
Verslaving / drugsgebruik ouder(s) (plus signalen zorgelijke thuissituatie / psychische problemen / somatische problemen)	11 (2%)
Ontbreken huisvesting (plus zorgelijke thuissituatie / geen zicht op thuissituatie)	11 (2%)
Extreme burenoverlast ( plus vermoeden zorgelijke thuissituatie)	7 (1%)
Criminaliteit (plus vermoeden zorgelijke thuissituatie / geen zicht op thuissituatie)	6 (1%)
Vervuilde woning / zelfverwaarlozing ( plus vermoeden zorgelijke thuissituatie)	4 (1%)
Overig ( oa. ongemotiveerde ouders / vaccinatieachterstand)	15 (2%)
Totaal	628 (100%)

#### 4.1.2

##### *Tijdsduur tussen indienen van hulpvraag en start bemiddeling door Vangnet Jeugd*

Bij deze uitkomstmaat is gekeken naar alle hulpvragen die zijn ingediend door verloskundigen en vanuit de JGZ 0-4 jaar en niet uitsluitend naar de hulpvragen die zijn ingediend door verloskundigen. Daar is voor gekozen, omdat het aantal hulpvragen ingediend door verloskundigen in de voormeting te klein is, om uitsluitend naar hulpvragen van verloskundigen te kijken bij het vergelijken van tijdsbestekken tussen de voor- en de nameting.

De tijdsduur in dagen tussen het indienen van een hulpvraag (door verloskundige of JGZ 0-4 jaar) en de start van de bemiddeling varieert tussen de 0 en de 178 dagen. Waarbij 0 dagen inhoudt dat op de dag waarop de hulpvraag is ingediend ook de eerste actie is ondernomen. Het gemiddelde aantal dagen tussen indienen van de hulpvraag en de eerste actie van de zorgcoördinator lag bij de voormeting op 33.97 dagen (SD=31.00) en bij de nameting op 42.30 dagen (SD=38.97). Daarmee is het gemiddelde aantal dagen dat verstrijkt tussen aanmelding en eerste actie van de zorgcoördinator, toegenomen na de invoering van het protocol ( $t = -2.596$ ,  $p = 0.010$ ). De hypothese, dat het tijdsbestek tussen indienen van de hulpvraag en start van de bemiddeling door Vangnet Jeugd zou afnemen door invoering van het protocol, wordt daarom niet aangenomen. Een mogelijke verklaring voor de toename in dit tijdsbestek is de toegenomen werkdruk bij de zorgcoördinatoren bij Vangnet Jeugd, die blijkt uit de

grote toename van het aantal hulpvragen dat is ingediend bij Vangnet Jeugd. Andere belangrijke kanttekening bij deze uitkomst, is het feit dat het niet het streven is van Vangnet Jeugd om alle ingediende hulpvragen per definitie zo snel mogelijk door actie te laten volgen. Bij alle aanmeldingen wordt door Vangnet Jeugd een inschatting gemaakt van de ernst van de situatie. Naar aanleiding daarvan wordt besloten op welk moment tijdens of na de zwangerschap er het beste hulp en of ondersteuning kan worden ingezet. Het kan dus zijn, dat er bewust voor wordt gekozen pas later in de zwangerschap of na de geboorte van het kind actie te ondernemen. Dat brengt wel een vertekening met zich mee voor het gemiddelde aantal dagen tussen indienen van de hulpvraag en de eerste actie. Daarbij is het zo, dat een deel van de verloskundigen risicosituaties bewust zo vroeg mogelijk in de zwangerschap meldt bij Vangnet Jeugd, zodat het zo snel mogelijk bekend is bij Vangnet Jeugd, dat er in dat bepaalde gezin sprake is van risico voor de moeder en of het kind. Vangnet Jeugd kan die kennis dan indien nodig gebruiken is het uitgangspunt van de verloskundigen. Gezien de drukte bij Vangnet Jeugd vinden verloskundigen dat ze maar beter zo snel mogelijk de hulpvraag in kunnen dienen. Ook dat geeft een vertekening in het gemiddelde aantal dagen tussen het indienen en eerste actie van de zorgcoördinator.

#### 4.1.3 *Tijdsduur tussen eerste actie zorgcoördinator en afsluiting bemiddeling*

Ook bij uitkomstmaat 3 is gekeken naar alle hulpvragen die zijn ingediend en niet uitsluitend de hulpvragen die zijn ingediend door verloskundigen. De tijdsduur in dagen tussen de eerste actie van de zorgcoördinator en de afsluiting van de bemiddeling varieert tussen de 0 en de 393 dagen. Waarbij 0 dagen inhoudt, dat de bemiddeling binnen een dag is afgesloten. Het gaat dan bijvoorbeeld uitsluitend om het ophelderen van de thuissituatie, wat met één bezoek gedaan kan worden. De gemiddelde doorlooptijd van de bemiddeling door Vangnet Jeugd is in de voormeting 80.91 dagen (SD=68.18) en in de nameting 46.50 dagen (SD=45.39). De doorlooptijd tussen de eerste actie van de zorgcoördinator en de afsluiting van de bemiddeling in de is in de nameting korter dan in de voormeting ( $t=6.452$ ,  $p<0.001$ ). Dit betekent dat de bemiddeling van de zorgcoördinatoren sneller is geworden. Daarmee wordt de hypothese waarin wordt verwacht dat de invoering van het protocol zal leiden tot een snellere doorstroomtijd ondersteund door de resultaten. Belangrijke kanttekening bij deze uitkomstmaat, is dat de zorgcoördinatoren niet alleen bepalend zijn voor de snelheid van de doorlooptijd. De efficiëntie in de manier van werken en de kwaliteit van de informatie overdracht tussen de indieners en de zorgcoördinatoren zijn weliswaar wel gerelateerd aan de doorstroomtijd, maar er zijn meer factoren van belang. Zo wordt de snelheid van het traject nu nog beduidend afgeremd door de drukte bij een deel van de instellingen waarnaar de zorgcoördinatoren willen verwijzen. En ook de regelgeving bij een aantal instellingen, kan de doorverwijzing naar die instellingen bemoeilijken en daarmee het totale proces vertragen.

Ter informatie: de activiteiten die de zorgcoördinatoren verrichten tijdens de bemiddeling zijn vooral het afleggen van huisbezoeken, het verrichten van veld- of buurtonderzoek, het telefonisch overleggen / onderzoeken, het overleggen met de indiener van de hulpvraag of melder van de risicovolle situatie en het verwijzen van cliënten naar andere instellingen.

Tabel 4.2 geeft inzicht in de redenen die de zorgcoördinatoren van Vangnet Jeugd in 2003 en 2005 hadden om de bemiddeling af te sluiten. Het totale aantal redenen telt op tot 477. Dit is meer dan het aantal hulpvragen waar tot dusver vanuit is gegaan. Dat komt doordat de reden van afsluiting van bemiddeling na ingediende hulpvragen /



risicomeldingen vaker bekend en geregistreerd is dan de data van aanmelding, start van bemiddeling en afsluiten van bemiddeling. Zo wordt bemiddeling door Vangnet Jeugd ook afgesloten als het gezin naar een plaats buiten Amsterdam verhuist.

Tabel 4.2: Redenen om bemiddeling af te sluiten in 2003 en 2005.

Redenen afsluiting	Frequentie (%)
Contact hersteld met JGZ / verloskundige	97 (20%)
Hulpvraag beantwoord / geen zorg meer nodig	74 (16%)
Verwijzing naar elders	63 (13%)
Verhuizing naar buiten Amsterdam	55 (12%)
Thuisituatie opgehelderd	53 (11%)
Hulpverlening gecoördineerd	38 (8%)
Weigering verdere ondersteuning door cliënt / contact verbroken / geen contact mogelijk	34 (7%)
Melding AMK / BJAA	12 (3%)
Melding Jeugdbescherming	15 (3%)
Definitieve uithuisplaatsing	1 (0%)
Overig (onder andere: reeds in zorg, niets genoemd)	35 (7%)
Totaal	477 (100%)

## 4.2 Resultaten procesevaluatie

Naast de resultaten van de effectmeting is het ook wenselijk inzicht te hebben in de ervaringen met het protocol door de betrokkenen. Om die reden zijn semi-structureerde interviews afgenomen bij verloskundigen van vier verloskundigenpraktijken uit verschillende stadsdelen in Amsterdam en met twee zorgcoördinatoren van Vangnet Jeugd. Zij kunnen op het moment dat de interviews worden afgenomen ervaring hebben met het ontwikkelde en in gebruik zijnde protocol en er een mening over hebben gevormd. De verloskundigenpraktijken waarmee is gesproken zijn: verloskundigenpraktijk Magalhaensplein, de van Swindenpraktijk, verloskundigenpraktijk Centrum West en verloskundigenpraktijk Witsenkade. In de interviews is een viertal uitkomstmaten aan de orde gesteld: mate van bekendheid met het protocol, de ervaren bruikbaarheid van het protocol, de ervaren relevantie voor de werkuitoefening en de eventuele belemmerende en bevorderende factoren voor het werken met het protocol, mogelijk aangevuld met suggesties ter verbetering van het protocol in zijn geheel. Ter aanvulling zijn ook interviews met 26 ouders gehouden om hun bekendheid met en beleving van het protocol te achterhalen. In onderstaande vier subparagrafen worden de reacties van de geïnterviewden weergegeven.

### 4.2.1 *Mate van bekendheid met het protocol*

De verloskundigen van verloskundigenpraktijk Magalhaensplein waren volledig op de hoogte van het protocol en de rol van de zorgcoördinator van Vangnet Jeugd daarbij. De verloskundigen hadden een papieren uitleg ontvangen en daarnaast had de hen toegewezen zorgcoördinator een presentatie gegeven tijdens een overleg, over het protocol en de verwachte werkwijze. De presentatie en het feit dat zowel de zorgcoördinator als de verloskundigen in het OKC zelf zijn gevestigd hebben geholpen bekendheid te geven aan het protocol. Daarbij komt dat OKC de Baarsjes in een risicowijk is gevestigd waardoor het protocol relatief vaker toegepast kan worden wat de bekendheid ermee verder vergroot.

De verloskundigen van de praktijk op de Witsenkade waren wel bekend met het bestaan van het protocol en de bijbehorende werkwijze. De toelichting op het protocol hadden ze ontvangen via een collega, die betrokken was bij de OKC ontwikkeling. Toen zijn ze het protocol ook gaan gebruiken. Hen was tot het interview echter niet bekend dat er per stadsdeel een vaste zorgcoördinator was aangesteld.

Bij verloskundigenpraktijk Centrum West was het protocol wel bekend bij de verloskundigen die al langer dan een jaar in dienst zijn, maar niet bij het recenter aangestelde personeel. Sinds begin maart 2006 is hen wel bekend dat ze een vaste zorgcoördinator hebben voor twee stadsdelen, ze werken echter in meerdere stadsdelen en vroegen zich af hoe het dan voor die stadsdelen moet.

Bij de van Swindenpraktijk waren de verloskundigen tot het moment van het interview nog niet op de hoogte van het bestaan van het protocol en vaste contactpersonen bij Vangnet Jeugd. Ze gaven aan wel een map met OKC protocollen te hebben ontvangen, maar vonden de map dusdanig veel informatie bevatten over protocollen en werkwijzen, waardoor ze nog niet van de inhoud van dit specifieke protocol op de hoogte zijn.

Op de verloskundigen van het Magalhaensplein na hadden de verloskundigen wel behoefte aan meer informatie over de werkwijze van het protocol. Er was met name behoefte aan meer informatie over de precieze rol en taken van de zorgcoördinator. De verloskundigen gaven aan graag een lijst te willen ontvangen met daarop alle contactgegevens en informatie over de bereikbaarheid van de zorgcoördinatoren per stadsdeel. Zodat duidelijk wordt met wie wanneer contact op te nemen. De verloskundigen hadden uit de Kringvergadering (maandelijks overleg van verloskundigenpraktijken in Amsterdam) begrepen, dat de bekendheid met het protocol, het bestaan van de zorgcoördinatoren, de contactgegevens van de zorgcoördinatoren en de rol van de zorgcoördinatoren behoorlijk verschilde tussen de verschillende stadsdelen in Amsterdam. Ook vanuit de Kring is er het verzoek tot een uitwijding over het protocol bijvoorbeeld tijdens een Kringvergadering. De invoering van dit protocol is als versnipperd ervaren. Dit doordat de invoering van het protocol per stadsdeel is verlopen en de meeste verloskundigenpraktijken in meerdere stadsdelen werkzaam zijn. De geïnterviewde zorgcoördinatoren waren goed op de hoogte van het protocol. Het maakte onderdeel uit van de map aan de hand waarvan de zorgcoördinatoren zijn ingewerkt bij aanvang van hun functie. Het is een van de basisonderdelen van het werk. In Amsterdam waren ten tijde van het interview 19 tot 20 zorgcoördinatoren werkzaam. Standaard werkte er één zorgcoördinator per stadsdeel, alleen de stadsdelen Zuid-Oost en Noord hadden er twee. Enkele zorgcoördinatoren hadden geen eigen stadsdeel onder hun hoede, maar ondersteunden de andere zorgcoördinatoren. De zorgcoördinatoren gaven aan voldoende te weten van het protocol, wel vonden zij dat het protocol bij verloskundigen wel wat meer onder de aandacht gebracht kon worden. Ze verwachtten dat dit het aantal aanmeldingen zal doen laten stijgen.

#### 4.2.2 *Ervaren bruikbaarheid van het protocol*

De verloskundigen van de praktijk op het Magalhaensplein en op de Witsenkade hadden praktijkervaring met het protocol en het indienen van hulpvragen bij Vangnet Jeugd. Zij ervoeren het protocol als zeer bruikbaar. De verloskundigen van de andere twee praktijken waren na uitleg over het protocol ook enthousiast over de bruikbaarheid ervan. Wel vonden alle verloskundigen dat het protocol alleen indien het gebruikt wordt als richtlijn en leidraad een heel handig hulpmiddel is. De verloskundigen zagen het protocol ook meer als praktische richtlijn. Wat gunstig is volgens de verloskundigen, “want voor dit type werkzaamheden moet de benadering en de aanpak echt op de persoon kunnen worden afgestemd en daar is een richtlijn wel geschikt voor, maar een

strak gekaderd protocol niet". De lijst met risicofactoren en minimale zorgcriteria werden gezien en gebruikt als hulpmiddel en naslagwerk bij het inschatten van de situatie, maar op zichzelf niet als harde criteria gehanteerd. In risicowijken zoals stadsdeel de Baarsjes is dat ook wenselijk volgens de verloskundigen, want anders zouden alleen al door de risicofactor 'het slecht beheersen van de Nederlandse taal' wel erg veel mensen risicodragend zijn en aangemeld moeten worden bij Vangnet Jeugd. Om die reden lieten de verloskundigen de risicofactoren niet allemaal even zwaar wegen. Nu werden er ongeveer tien hulpvragen per jaar ingediend door de verloskundigen werkzaam in stadsdeel de Baarsjes en ook bij verloskundigenpraktijk Witsenkade maakten de verloskundigen zich gemiddeld elke maand wel zorgen om de situatie in een bepaald gezin. Kortom: indien gebruikt als leidraad bij een persoonlijke inschatting van de situatie was het protocol in grote lijnen heel bruikbaar, maar als het echt tot op detailniveau opgevolgd zou horen te worden, dan was het niet echt bruikbaar, maar zo was het protocol ook niet bedoeld.

De werkwijze waarin het protocol (mits gebruikt als richtlijn) van uit wordt gegaan sluit goed aan op de werkwijze van verloskundigen. Het protocol biedt allereerst ondersteuning bij het inschatten van de situatie. Daarnaast verschaft het protocol helderheid, doordat er nu één vast aanmeldpunt is, ongeacht de precieze aard van de risicovolle situatie. Dat versimpelt de werkwijze, want in de praktijk speelt vaak een kluwe van oorzaken en factoren en rol. Voordat het protocol er was hing het af van de aard van het probleem, met welke instantie de verloskundigen contact opnamen. Nu maakt het voor het indienen niet meer uit wat de oorzaak is en wat een gevolg. Het hebben van een vaste contactpersoon wordt ook als voordeel gezien van het protocol. Het verkort de lijnen en met een bekende persoon zeiden de verloskundigen makkelijker contact op te nemen. Zeker als ze de persoon steeds beter zouden leren kennen en hadden ervaren wat die persoon concreet voor hen kon betekenen.

Ander aspect van het protocol was het feit dat de taken en werkzaamheden die de zorgcoördinator heeft overgenomen, sowieso al geen taken waren die tot de taken van de verloskundigen behoorden. De zorgcoördinator verrichtte daarbij ook nog andere taken, zoals het afleggen van een huisbezoek. De verloskundigen met ervaring met indienen ervaarden het als prettig dat ze een deel van de extra taken die risicogezinnen met zich meebrengen nu over konden dragen aan de zorgcoördinator. De verloskundigen gaven aan het druk genoeg te hebben met hun eigen taken. Het stelde gerust dat de afhandeling van dergelijke problemen nu door een andere instantie worden aangepakt, waardoor de coördinatie van de hulpverlening nu bij de zorgcoördinator lag. Mits je ervan uit kunt gaan dat het probleem goed wordt opgepakt door de zorgcoördinator, vonden de verloskundigen de taakoverdracht wel zorgen schelen. Het was niet zo dat het overnemen van de coördinerende taken door de zorgcoördinator merkbaar verlichting gaf op de werkdruk van verloskundigen. Dit omdat de risico- en probleemgezinnen sowieso veel extra tijd kosten, ook al hoeven er niet altijd andere instanties te worden ingeschakeld.

De verloskundigen die al wel hulpvragen hadden ingediend, ervaarden de communicatie met en terugkoppeling door de zorgcoördinatoren als duidelijk en afdoende. De verloskundigen gaven aan dat het wel belangrijk was om gemeld te krijgen dat er wat met het probleemgezin werd gedaan. Tot dusver ervaarden deze verloskundigen de communicatie als goed. Ook hadden ze het idee dat de zorgcoördinator goed naar hen luisterde, snel tot actie over ging en deed wat mogelijk was in de desbetreffende situatie. Vanuit de Kring van verloskundigen kwamen echter ook geluiden naar voren, dat de meningen over de samenwerking met Vangnet Jeugd nogal verschilde tussen de stadsdelen. Zo waren er ook verloskundigen die minder tevreden waren over de snelheid van communicatie met Vangnet Jeugd. Zo kwam het wel eens voor dat een

verloskundige contact opnam met Vangnet Jeugd om te vragen of er al iets met de hulpvraag was gedaan. Ook de verloskundigen zonder ervaring met het indienen van hulpvragen, verwachtten de genoemde voordelen van het protocol en zagen vooralsnog geen nadelen. Ook zij zagen een goede communicatie wel als voorwaarde voor het welslagen van dit protocol. Waarbij het ook van belang was dat de visie van de verloskundigen op de situatie wordt gehoord.

De derde doelstelling van het protocol 'tevredenheid bij verloskundigheid en zorgcoördinatoren over de samenwerking' lijkt deels behaald te zijn. Waar het protocol bekendheid geniet en wordt gebruikt zijn beide disciplines redelijk tevreden over de samenwerking. Wel was er de wens van de zorgcoördinatoren dat er nog sneller contact met hen zou worden opgenomen. Waar het protocol niet in zijn geheel bekend was, was ook de tevredenheid over de onderlinge contacten minder. De tevredenheid kan dus nog worden verbeterd door meer duidelijkheid te scheppen over de precieze rol, taken en werkwijzen van de zorgcoördinator en door verspreiding van de contactgegevens van de zorgcoördinatoren.

De zorgcoördinatoren vonden het protocol voor hen zelf goed bruikbaar. De werkwijze bij dit protocol is dan ook gelijk aan de werkwijze die de zorgcoördinatoren hanteren bij hulpvragen die al langer door andere disciplines werden ingediend. Ze zagen de papieren toelichting op het protocol vooral als richtlijn voor de verloskundigen bij het inschatten van de risicosituaties en als bron van informatie. Ze vonden het protocol geen goed instrument om stapsgewijs op te volgen. Daarvoor was de beschrijving van de risicofactoren niet optimaal.

Als een hulpvraag werd ingediend overlegden de zorgcoördinatoren nog diezelfde dag of de dag erna over de mate van spoed die de hulpvraag had. Het bepalen van de mate van spoed geschiedde door middel van het inschatten van de ernst van de situatie en de noodzaak van hulp / ondersteuning. Voor deze bepaling werd wel rekening gehouden met de risicofactoren en minimale zorgcriteria, maar die kennis hadden de zorgcoördinatoren wel paraat, daar werd het protocol niet meer voor gebruikt. Zo waren ver gevorderde zwangerschappen, net geboren kinderen en dak- en thuislozen voorbeelden van situaties waarbij snel actie werd ondernomen. Het beleid bij Vangnet Jeugd was dat de indiener van de hulpvraag het te horen krijgt als een zorgcoördinator met een melding aan de slag gaat. Het kon zijn dat er daardoor een periode verstreek tussen het indienen van de hulpvraag en de eerste actie van de zorgcoördinatoren (de situaties die geen grote spoed hadden of later in de zwangerschap opgepakt konden worden). De zorgcoördinatoren begrepen dat de verloskundigen graag snel iets terughoordten over de ingediende hulpvraag. Zij vonden daarom dat nog wel meer bekendheid gegeven mocht worden aan de werkwijze van Vangnet Jeugd, zodat wederzijds bekend zou worden wat men van elkaar kan verwachten en op welke termijn. Dit zeker gezien het feit, dat verloskundigen over het algemeen het idee hadden dat hoe eerder ze een hulpvraag indienden, hoe sneller er hulp op gang kwam, wat dus niet per definitie zo was. Er werd door de zorgcoördinatoren altijd een verslag gestuurd van de bemiddeling aan de indiener van de hulpvraag en de JGZ 0-4 jaar. Het kon wel zo zijn, dat daar enige tijd overheen ging. De snelheid van de bemiddeling door Vangnet Jeugd, werd niet alleen bepaald door de datum waarop de eerste actie werd ingezet, maar ook door de doorstroomtijd tijdens de bemiddeling. En die doorstroomtijd was voor een groot deel afhankelijk van de drukte en regelgeving bij de instellingen waarnaar werd verwezen, zoals Bureau jeugdzorg, het FIOM en de Raad voor de Kinderbescherming. Dat vertraagde de doorstroming.

De zorgcoördinatoren vonden dat er nu wel voldoende terugkoppeling was van hun kant af. Wel zouden ze het wenselijk vinden als de verloskundigen nog meer contact met hen op zouden nemen om hen te consulteren over situaties die de verloskundigen zorgen

baren. Bij OKC de Baarsjes was dat al het geval. Dergelijk overleg werd zowel door de verloskundigen als zorgcoördinatoren als prettig en wenselijk ervaren. De zorgcoördinatoren hoopten dat steeds meer verloskundigen hen in de toekomst zullen raadplegen bij twijfel over de noodzaak van het indienen van een hulpvraag. Ook ouders stonden positief tegenover de kern van het protocol. Zo vonden 24 van de 26 ouders waar mee is gesproken, dat het goed was dat de verloskundige informatie over de zwangerschap, de bevalling en het gezin doorspeelde aan de JGZ 0-4 jaar. 12 ouders gaven aan dat ze dit alleen goed vonden indien de ouder er toestemming voor heeft gegeven. 25 van de 26 ouders waren het er mee eens dat verloskundigen risicosituaties doorgaven aan de JGZ 0-4 jaar. Waarbij 11 ouders ook hierbij de voorwaarde stelden dat de ouder daar wel toestemming voor gegeven moet hebben. Argument om risico's wel door te geven was het feit dat het om het belang van het kind ging. Argument om risicosituaties niet door te geven was het gegeven dat sommige onderwerpen privé zijn en horen te blijven.

#### 4.2.3 *Ervaren relevantie van het protocol voor de werkuitoefening*

Zowel de verloskundigen als de zorgcoördinatoren vonden het protocol heel relevant en belangrijk voor hun werk, want hoe eerder problemen en risico's binnen gezinnen worden gesignaleerd hoe beter het is voor de kansen van het kind. En bij vroege signalering kunnen mogelijk ergere situaties worden voorkomen.

De verloskundigen vonden het voor hun werk prettig dat het protocol de precieze rol van verloskundigen benadrukte en afbakende. Het kunnen afdragen van de coördinerende taken aan de zorgcoördinator scheelde de verloskundigen in elk geval de zorgen naast de regeltaken. Ook maakte het protocol het hulpproces duidelijker en eenvoudiger, want voor alle problemen was er nu één vaste contactpersoon, ongeacht de aard van de problematiek. De werkzaamheden van een verloskundige stoppen redelijk kort na de bevalling. Voordeel van het doen van een melding bij Vangnet Jeugd, was dat het OKC dan in elk geval op de hoogte was van de situatie in dat gezin. Zonder melding zou alle informatie die de verloskundigen hebben vergaard verloren zijn gegaan.

Ook de verloskundigen die zelf nog geen ervaring hadden met het protocol zagen het protocol als relevant voor zowel hun eigen werk als voor de kwaliteit van de zorg aan het ongeboren of net geboren kind.

De verloskundigen en de zorgcoördinatoren waren beiden van mening dat de relevantie en baat van het protocol, vooral afhankelijk waren van hoe het protocol werd gehanteerd in de praktijk. Volgens de zorgcoördinatoren en de verloskundigen zelf kon de verloskundige een belangrijke rol hebben bij de signalering van problemen. Het overgrote deel van de hulpvragen werd nu nog door andere disciplines ingediend en vooralsnog werden er ook nog niet door alle verloskundigenpraktijken hulpvragen ingediend. Wat er echter door de verloskundigen werd ingediend waren allemaal terecht gesignaleerde problemen. Alleen dachten de zorgcoördinatoren dat er nog meer problemen waren die gemeld hadden kunnen worden, waardoor er nog meer baat uit het protocol gehaald zou kunnen worden, waarmee de relevantie van het protocol voor de kwaliteit van de zorg verder zouden kunnen worden vergroot. Volgens de zorgcoördinatoren waren er nu in de praktijk nog meer risicosituaties die zich wel leenden voor een melding bij Vangnet Jeugd. Als de verloskundigen eerder en makkelijker zouden gaan melden, dan viel er nog meer baat te behalen met het protocol. Want verloskundigen zien heel veel in contact met de ouders. Het meer bekend maken van de consultmogelijkheid bij de zorgcoördinatoren kan daar aan bijdragen. Ook verloskundigen zagen wel wat in de consultmogelijkheid. Ook het anders toelichten van de inmenging van Vangnet Jeugd naar ouders toe kan het aantal aanmeldingen doen

vergroten volgens de zorgcoördinatoren. Het werd nu nog wel eens als pressiemiddel toegepast. De gedachte van de zorgcoördinatoren was dat het aantal aanmeldingen door verloskundigen werd mede bepaald wordt door hun eerste ervaringen met de zorgcoördinator en het indienen van hulpvragen. Als verloskundigen tevreden zijn over de resultaten, het contact, het overleg en de terugkoppeling, dan zal dat een gunstige uitwerking hebben op de beleving van de samenwerking en zo vervolcontact stimuleren, aldus de zorgcoördinatoren.

Mogelijk zou het ook een aanvulling zijn op het protocol, als de kraamzorg ook een signalerende taak kreeg. Dan kunnen er nog meer signalen worden opgevangen kort na de geboorte. De signalen die zij opvangen zouden ze vervolgens door kunnen spelen aan de verloskundigen, die eindverantwoordelijk zijn. Zowel de zorgcoördinatoren als de verloskundigen zagen wel een rol weggelegd voor de kraamzorg.

#### 4.2.4 *Belemmerende en bevorderende factoren*

Uit de interviews met de verloskundigen en zorgcoördinatoren, aangevuld met de reacties uit de Kring van verloskundigen kwam duidelijk naar voren dat het protocol en de inhoud ervan bij de verloskundigen in Amsterdam onvoldoende bekendheid genoot. Dat was zeker een belemmerende factor, want bekendheid met het protocol is absolute voorwaarde voor het gebruik ervan. Gunstig vooruitzicht voor het toekomstige gebruik van dit protocol door verloskundigen, was het feit dat de verloskundigen die wel bekend waren met het protocol en er eventueel ervaring mee hadden over het algemeen het protocol en de inhoud ervan positief beoordeelden. Zo werd het hebben van één vaste contactpersoon gewaardeerd, dit vereenvoudigde het werk en verkortte de lijnen. Het gaf daarbij ook de geruststelling dat de coördinatie plus monitoring door de zorgcoördinator werd gedaan, wat al niet de taak was van de verloskundige. Het ondersteuningstraject verliep door de inzet van de zorgcoördinator meer gestroomlijnd. Het protocol werd als bruikbaar ervaren mits het niet te letterlijk opgevolgd hoefde te worden. Daarvoor leende de situatie zich niet. Die vroeg om een persoonlijke aanpak. In navolging op de eerdere verspreiding van dit protocol in de stad was er duidelijk behoefte aan meer informatie met betrekking tot het protocol.

Zo wilden de verloskundigen graag meer zicht op wat de zorgcoördinatoren nu precies concreet voor hen konden betekenen. Zodat ook duidelijk zou worden wat er van de zorgcoördinatoren verwacht kan worden. Dit in de situatie waarin de ouders akkoord gaan met overdracht van informatie en ook in de situatie waarbij de ouders niet akkoord gaan met overdracht. Dus wat de mogelijkheden voor inzet van hulp zijn zonder de privacywet te schenden. De privacywet en het melden van problemen hoeven elkaar namelijk niet te bijten. Verloskundigen gaven aan graag het vertrouwen te willen hebben, dat als ze een melding doen, dat er dan op een goede manier naar een oplossing wordt gezocht. Dit omdat de verloskundigen vonden dat ze bij het doen van een melding bij Vangnet Jeugd wel de vertrouwensband met de aanstaande moeder op het spel zetten. Er werd nu door de verloskundigen wel eens een spanningsveld ervaren tussen het hebben van beroepsgeheim en de zorgen die de verloskundigen zich maken over de aanstaande moeder en of het kind. Ook uit de interviews met de ouders bleek dat ongeveer de helft van de ouders er echt belang aan hechtte dat hen toestemming werd gevraagd voor de informatieoverdracht naar de JGZ 0-4 jaar. De zorgcoördinatoren dachten dat dit spanningsveld werd veroorzaakt door het feit dat de verloskundigen het idee hadden dat de privacyrechten van de ouders worden geschonden als er zonder toestemming voor overdracht van informatie toch een melding wordt gedaan bij Vangnet Jeugd. Dit hoeft echter niet het geval te zijn volgens de zorgcoördinatoren en zij achtten het wenselijk dat dit duidelijk aan de verloskundigen wordt uitgelegd.

Met betrekking tot verheldering van de rol van de zorgcoördinator is het volgens de zorgcoördinatoren ook wenselijk dat duidelijk wordt gecommuniceerd naar de verloskundigen dat het huidige beleid van Vangnet Jeugd is, om contact op te nemen met de indiener van de hulpvraag, op het moment dat er daadwerkelijk actie ondernomen gaat worden. Dit is niet bij alle verloskundigen bekend, waardoor bij hen het idee kan ontstaan dat er niets met de melding wordt gedaan. Volgens de zorgcoördinatoren zou een tweede optie kunnen zijn om de verloskundigen te melden wat is besloten door Vangnet Jeugd ten aanzien van het moment waarop actie ingezet gaat worden. Verloskundigen gaven aan dat ze bij voorkeur op de hoogte zouden zijn van de ondersteuningsplannen van Vangnet Jeugd op het moment dat zij het dossier van de moeder en het kind, een aantal weken na de geboorte sluiten.

Idealiter hadden de verloskundigen gezien dat ze één vaste contactpersoon bij Vangnet Jeugd hadden, voor alle stadsdelen waarin ze werken. Maar in elk geval wilden ze meer duidelijkheid hebben over wie de contactpersonen zijn in de verschillende stadsdelen, wat de contactgegevens zijn van die contactpersonen en op welke tijden deze personen bereikbaar zijn. Liefst krijgen ze dit op papier. Dan wordt duidelijk wie wanneer te bellen, aldus de verloskundigen. De verloskundigen gaven ook aan dat het makkelijker wordt om contact op te nemen met een zorgcoördinator als ze een gezicht kennen bij de persoon. De bereikbaarheidsgegevens waren volgens de verloskundigen ook nuttig gezien het feit dat veel verloskundigen parttime werken.

Volgend punt waar meer informatie over verstrekt kon worden was de consultmogelijkheid die de zorgcoördinator biedt. Dit was bij een kleine minderheid van de verloskundigen bekend. Kennis van het bestaan van deze consultmogelijkheid zal het makkelijker maken om contact op te nemen met Vangnet Jeugd. Daarbij is het signaleren wel een nieuwe taak voor de verloskundigen, waardoor er ze nog meer routine moeten opdoen in het inschatten van situaties en het indienen van hulpvragen. De kennis over het bestaan van de consultmogelijkheid kan daaraan bijdragen volgens de zorgcoördinatoren. Er is door de verloskundigen wel aangegeven dat ze behoefte hadden aan overleg met de zorgcoördinator, zonder dat daar direct consequenties aan vast hoeven te zitten. Het leek de verloskundigen ook wenselijk dat in bepaalde situaties de zorgcoördinator bijvoorbeeld aanwezig kan zijn bij het spreekuur. Dat leek hen laagdrempeliger voor de ouders en veiliger dan een huisbezoek. Kennis over de consultmogelijkheid zal uiteindelijk ook een gunstig effect hebben op het aantal ingediende hulpvragen, verwachtten de zorgcoördinatoren.

Volgend punt waar de zorgcoördinatoren graag meer bekendheid aan zouden willen geven was de informatie over hoe de mogelijke inzet van Vangnet Jeugd het beste naar de ouders toe geïntroduceerd kan worden. Dit om de kans op weerstand bij ouders zo klein mogelijk te houden.

Zowel de zorgcoördinatoren als de verloskundigen wilden graag dat de verloskundigen meer informatie krijgen over de wijze waarop risico's binnen een gezin goed kunnen worden ingeschat. De zorgcoördinatoren hadden namelijk het idee dat de huidige lijst met risicofactoren eigenlijk pas goed bruikbaar was als men enige ervaring had met het inschatten van risico's en het indienen van hulpvragen. Daarbij kwam dat de risicofactoren niet allemaal even belangrijk zijn voor het inschatten van de noodzaak van hulp. Gedacht kan worden aan een toelichting op de lijst van risicofactoren, maar ook aan een training of casuïstiekbespreking, waarin wordt ingegaan op wanneer het wenselijk is om een hulpvraag in te dienen, hoe de ernst van de situatie goed ingeschat kan worden, hoe het beste om te gaan met agressie en welke vragen geschikt zijn om meer inzicht te verkrijgen in de ernst van de situatie. Zowel verloskundigen als zorgcoördinatoren waren van mening dat het best moeilijk kan zijn om risico's en

problemen bespreekbaar te maken, zeker als ouders de Nederlandse taal niet helemaal goed beheersen.

Zeker in de situaties waarbij het moeilijk is een helder beeld te krijgen van de situatie zagen verloskundigen en zorgcoördinatoren een aanvullende rol weggelegd voor de kraamzorg. Deze zijn in verhouding veel aanwezig in het gezin en kunnen daardoor veel signalen opvangen. Deze signalen kunnen ze vervolgens doorspelen aan de verloskundige die eindverantwoordelijk is.

De verloskundigen voelden ook wel wat voor een terugkoppeling vanuit Vangnet Jeugd naar hen toe. Bijvoorbeeld als Vangnet Jeugd kennis heeft over een bepaald gezin en de risico's aldaar. Dat vergroot ook de veiligheid van de verloskundigen.

Voor de verspreiding van de alle genoemde informatie aangaande het protocol zien de zorgcoördinatoren een rol weggelegd voor de kwartiermakers. Vanuit de Kring van verloskundigen werd aangegeven dat verspreiding via de Kring een goede manier leek. De zorgcoördinatoren verwachtten ook al een grotere bekendheid en een toename in het gebruik van het protocol, door het vestigen van de OKC's in de wijken waardoor de verloskundigen en zorgcoördinatoren dichterbij elkaar komen te werken. Als wordt samengewerkt in één gebouw was de verwachting dat makkelijker contact zal worden opgenomen. Mogelijk is voorlichting dan geeneens meer zo nodig, volgens de zorgcoördinatoren. In OKC de Baarsjes werd het samenwerken in één gebouw als positief ervaren.

Naast het gebrek aan bekendheid van het protocol en de daaruit voortkomende behoefte aan informatie speelden nog enkele belemmerende factoren een rol bij het werken volgens dit protocol. Allereerst de werkdruk bij Vangnet Jeugd en bij de instellingen waarnaar kan worden verwezen. Daarnaast belemmerde de regelgeving bij een deel van de instellingen ook de voortgang en doorstroming. Daarom pleitten de zorgcoördinatoren voor aanpak van de wachtlijstproblematiek bij een aantal hulpverlenende instanties, zoals Bureau Jeugdzorg, het FIOM en de Raad voor de Kinderbescherming. Dat zou de zorgcoördinatoren helpen de doorstroming binnen hun ondersteuningstraject te versnellen. Ook was er capaciteitsgebrek bij instellingen die ondersteunen bij schuldhulpverlening. Ook dat vertraagde de doorstroming van de ondersteuning door Vangnet Jeugd.

Bijkomend probleem was de krapte op de woningmarkt. Waardoor het erg moeilijk kon zijn om snel woonruimte te regelen voor mensen. De mogelijkheid urgentie te kunnen verkrijgen bij woningbouwverenigingen zou prettig zijn. Dan moet misbruik van die regeling wel geborgd worden. Tot dusver wilden woningbouwverenigingen hier echter niet aan meewerken. Zwangerschap is geen reden voor sociale urgentie.

Ook was het niet meer mogelijk voor verloskundigen om op sociale indicatie een poliklinische bevalling aan te vragen. "Dus als de thuissituatie niet geschikt wordt bevonden voor een thuisbevalling dan is het wel moeilijker geworden. Dit omdat een poliklinische bevalling nu niet meer wordt vergoed als de ouders daar niet aanvullend voor zijn verzekerd. En het zijn juist meestal de armere mensen bij wie de woonsituatie niet geschikt wordt bevonden om in te bevallen". In de situaties waarin de verloskundigen het echt medisch onverantwoord vonden, werd wel eens overleg gepleegd met ziekenhuizen of er een medische indicatie kon komen voor poliklinische bevalling voor de aanstaande moeder. Wat dit betreft schiet de huidige wetgeving te kort. De mogelijkheid tot het aanvragen van een sociale indicatie zou zeer wenselijk zijn.

Volgend probleem was dat de hulp bij de hulpverleningsinstanties waarnaar door zorgcoördinatoren wordt verwezen vaak vrijblijvend is. Voorbeeld is het algemeen maatschappelijk werk, als een cliënt daar niet verschijnt, dan wordt de aanvraag gelijk afgesloten. Ook geldt bij een aantal hulpverleningsinstanties, dat als er geen officiële



hulpvraag ligt, dan wordt er ook geen hulpverlening opgestart. Dat belemmert enorm de ondersteuningsmogelijkheden die de zorgcoördinatoren kunnen bieden. Het zou al een verbetering zijn als die instanties het dan in elk geval zouden melden aan de zorgcoördinator, als een cliënt niet verschijnt of er is besloten dat er geen hulp wordt opgestart.

Het was daarnaast in elk geval wenselijk volgens de zorgcoördinatoren dat de effectiviteit van de instellingen waarnaar wordt verwezen een keer goed in kaart wordt gebracht. Dat is nodig om vervolgens de kwaliteit en de effectiviteit van de verwijzingen te kunnen verbeteren. Over hoe de effectiviteit precies in kaart kan worden gebracht kan worden gediscussieerd maar zijn in elk geval meerdere opties (bijvoorbeeld middels een retrospectieve effectmeting of het nabellen van instanties drie maanden na afsluiting van het bemiddelingstraject).

## 5 Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden eerst de conclusies beschreven die gedaan kunnen worden op grond van de resultaten van de effectmeting. Daarbij wordt ook beschouwd wat op basis van de resultaten van de effectmeting gezegd kan worden over het behalen van de doelstellingen van het protocol. De doelstellingen waren:

- Toename van het aantal hulpvragen van verloskundige aan zorgcoördinator
- Eerder organiseren van passende hulp voor risicogezinnen
- Tevredenheid van de verloskundige en zorgcoördinator over de samenwerking tussen hulpverleners

Vervolgens worden de belangrijkste conclusies beschreven van de procesevaluatie. In de laatste paragraaf worden de aanbevelingen beschreven die op grond van de effectmeting en procesevaluatie gedaan kunnen worden in de richting van de ontwikkelaars van het protocol.

### 5.1 De effectmeting

Gunstig voor de effectmeting was het feit dat Vangnet Jeugd sinds juni 2003 zelf een digitaal gegevensbestand bijhoudt, waaruit geput kon worden bij de gegevensverzameling voor de effectmeting. Dit bestand bevat alle gegevens die nodig waren voor de effectmeting.

#### 5.1.1 *Toename aantal hulpvragen*

Uit de effectmeting blijkt allereerst dat er in de nameting (juni-december 2005) al beduidend meer hulpvragen zijn ingediend door verloskundigen dan tijdens de voormeting (juni-december 2003). Dit zowel in absoluut aantal (2 versus 17) als in het percentage ten opzichte van het totaal dat is ingediend door verloskundigen en JGZ 0-4 (1% versus 4%). De hypothese dat het percentage hulpvragen ingediend door verloskundigen, zou toenemen na invoering van het protocol is daarmee ondersteund door de resultaten. De doelstelling dat het aantal hulpvragen van verloskundigen aan de zorgcoördinator zou toenemen na invoering van het protocol is daarmee behaald. Volgens de zorgcoördinatoren is het wel wenselijk dat het aantal hulpvragen dat door verloskundigen gedaan wordt verder blijft groeien. Dit kan bereikt worden door het geven van meer bekendheid aan het bestaan en de precieze inhoud van het protocol, want het protocol geniet duidelijk nog geen stadsbrede bekendheid bij de verloskundigen. Het aantal hulpvragen dat wordt ingediend kan waarschijnlijk ook verder worden vergroot door het breed bekend maken van de consultmogelijkheid die de zorgcoördinator biedt naast de mogelijkheid van ondersteuning. Deze behoefte tot bredere verspreiding van de inhoud van het protocol en de bijdrage die de zorgcoördinator kan bieden leeft zowel bij de verloskundigen als bij de zorgcoördinatoren.

In de voormeting zijn 233 hulpvragen ingediend door verloskundigen, thuiszorg, consultatiebureaus en OKC's en tijdens de nameting 395. Dit betekent dat er naast de groei van het aantal meldingen door verloskundigen, ook een bredere groei is in het aantal hulpvragen dat bij Vangnet Jeugd wordt ingediend. Door deze bredere groei is het niet mogelijk om te zien of er een verschuiving heeft plaatsgevonden van het indienen van hulpvragen door JGZ 0-4 jaar naar verloskundigen. Deze bevindingen stemmen overeen met berichtgevingen het afgelopen jaar in het nieuws, dat er ook landelijk een groei is in het aantal risicogezinnen.

### 5.1.2 *Eerder organiseren van hulp*

Uitkomstmaat twee was, ‘de tijdsduur in dagen tussen het indienen van de hulpvraag en de start van de bemiddeling door Vangnet Jeugd’. Daarbij zijn alle door verloskundigen en JGZ 0-4 jaar ingediende hulpvragen betrokkenen en niet uitsluitend de hulpvragen ingediend door verloskundigen. De verwachting hierbij was dat dit tijdsbestek korter zou worden na invoering van het protocol. Dit blijkt echter niet het geval te zijn. Het gemiddelde aantal dagen tussen indienen van de hulpvraag en start van de ondersteuning door Vangnet Jeugd is zelfs iets toegenomen in de nameting ten opzichte van de voormeting. Het niet vinden van de verwachte daling in dit tijdsbestek, kan heel goed verklaard worden. Het blijkt namelijk niet het beleid te zijn bij Vangnet Jeugd om alle hulpvragen zo spoedig mogelijk na indienen te laten volgen door actie van hun kant. Over elke hulpvraag wordt plenair overlegd wanneer er het beste welke hulp kan worden ingezet. Het is dus goed mogelijk dat er bij een deel van de hulpvragen bewust pas later ondersteuning wordt ingezet. Daarbij komt het feit dat een deel van de verloskundigen wel bewust zo vroeg mogelijk in de zwangerschap al de hulpvraag indient. Deze twee gegevens die beiden het tijdsbestek vertekenen, leiden achteraf gezien tot de conclusie dat uitkomstmaat twee ‘tijdsbestek tussen indienen en start van actie’, niet de ideale uitkomstmaat was om effect van het protocol aan af te lezen. Hypothese drie, waarbij werd verwacht dat de invoering van het protocol gepaard zou gaan met een snellere doorstroomtijd bij Vangnet Jeugd, is met de effectmeting ondersteund. Belangrijk gegeven bij deze uitkomstmaat is, dat de zorgcoördinatoren door middel van de efficiëntie in hun manier van werken weliswaar wel invloed hebben op de doorstroomtijd van cliënten, maar daarvoor niet allesbepalend zijn. Factoren als drukte, capaciteitstekort, wachtlijsten en regelgeving bij instellingen waarnaar wordt verwezen vormen in de praktijk vaak een belemmering voor de doorstroomtijd. Dat in acht genomen is het een heel mooi gegeven, dat de doorstroomtijd toch korter is geworden. Daarmee is de doelstelling van het protocol eerder hulp te organiseren in elk geval deels behaald. Al met al is er ondanks de beperkte bekendheid van het protocol bij verloskundigen in Amsterdam, al wel een toename waarneembaar in het aantal hulpvragen dat door verloskundigen wordt ingediend. En als er actie wordt ondernomen door de zorgcoördinatoren dan is de doorstroomtijd daarvan korter dan voorheen, ondanks een serie belemmerende factoren in de praktijk. Kanttekening hierbij is dat bij het beschouwen van de tijdsbestekken tussen aanmelding en start van de bemiddeling en tussen de start en afsluiting van de bemiddeling, is gekeken naar de aanmeldingen van verloskundigen en van de JGZ 0-4 jaar. Daarvan maakte de hulpvragen van verloskundigen slechts een zeer klein deel uit. En op hen heeft het protocol prenatale zorgcoördinatie juist specifiek betrekking. De gevonden stijging van het eerste tijdsbestek en de daling van het tweede tijdsbestek, zullen daardoor niet volledig door het protocol veroorzaakt kunnen zijn. Gezien het aantal aanmeldingen dat bij de nameting was ingediend was het nog aan de vroege kant voor een eerste effectmeting ten aanzien van hulpvragen ingediend door verloskundigen.

## 5.2 **De procesevaluatie**

### 5.2.1 *Mate van bekendheid met het protocol*

De belangrijkste bevinding die uit de interviews naar voren komt, is dat het protocol en de precieze inhoud ervan duidelijk nog meer bekendheid gegeven kan worden. Daar is zowel bij verloskundigen als bij zorgcoördinatoren behoefte aan. De bekendheid met het protocol en de zorgcoördinatoren verschilt erg tussen de verschillende stadsdelen.

De informatie waar behoefte aan is betreft allereerst meer duidelijkheid over de precieze rol en taken van de zorgcoördinator en wat de zorgcoördinator concreet voor hen kan betekenen, zowel in de situatie dat de ouder toestemming geeft voor overdracht van informatie als in de situatie waarbij die toestemming er niet is. De verloskundigen hebben daarnaast behoefte aan een lijst met daarop vermeld alle zorgcoördinatoren per stadsdeel, inclusief contactgegevens en informatie aangaande de bereikbaarheid. De invoering van dit protocol is door de verloskundigen over het algemeen als versnipperd ervaren, wat komt doordat de invoering per stadsdeel plaatsvond en de verloskundigen meestal in meerdere stadsdelen werkzaam zijn. Vanuit de Kring is ook aangegeven, dat meer informatie ter verheldering van het protocol, bijvoorbeeld via het Kringoverleg zeer wenselijk is.

### 5.2.2 *Ervaren bruikbaarheid van het protocol*

Door de verloskundigen die bekend zijn met de inhoud van het protocol wordt het principe van het protocol wel gewaardeerd. Ook het leeuwendeel van de geïnterviewde ouders is voor overdracht van informatie, zeker als er sprake is van risico's voor de aanstaande moeder en of het kind. De helft van de ouders stelt daarbij wel de voorwaarde dat er toestemming aan de ouders gevraagd moet zijn, voordat de informatie aan derden verstrekt mag worden. Het protocol wordt als bruikbaar ervaren, maar meer gezien en gehanteerd als richtlijn, wat zowel de verloskundigen als de zorgcoördinatoren beter vinden passen bij de aard van de problematiek. Het protocol ondersteunt bij het inschatten van de situatie en verschaft helderheid over de taken en afbakening daarvan van de verloskundigen. De lijst met risicofactoren en minimale basiszorgcriteria in het protocol is goed bruikbaar mits het als leidraad wordt gebruikt en niet letterlijk wordt aangehouden. Daarbij vereenvoudigt het hebben van een vast aanmeldpunt het werkproces, omdat alle problematiek, ongeacht de oorzaak bij één punt kan worden gemeld. Het overdragen van de regeltaken aan de zorgcoördinator scheelt zorgen voor de verloskundigen, mits het vertrouwen er is, dat er goed wordt omgegaan met de hulpvragen. Deze taken hoorden toch al niet tot het eigenlijke takenpakket van de verloskundigen. Het zal niet veel schelen in de werkdruk, want risicogezinnen kosten sowieso meer tijd van de verloskundige. Het lijkt de verloskundigen en de zorgcoördinatoren dat er met de tijd als gevolg van gunstige ervaringen van de inzet van Vangnet Jeugd, de bekendheid van de zorgcoördinator en het bekend worden van de consultatiemogelijkheid meer gebruik zal worden gemaakt van Vangnet Jeugd. De verloskundigen die wel bekend zijn met de details van het protocol en ervaring hebben met het indienen van hulpvragen, ervaren de communicatie met en de terugkoppeling door de zorgcoördinator als afdoende. Belangrijk hierbij is wel dat de verloskundigen gemeld krijgen wat er met het probleemgezin wordt gedaan, bij voorkeur voor afsluiting van het dossier van de moeder. Waar het protocol minder bekend is, is ook de tevredenheid over de onderlinge contacten minder. Dit kan worden opgelost door breder bekendheid te geven aan de inhoud van het protocol en de contactgegevens van de zorgcoördinatoren. De zorgcoördinatoren vinden het protocol voor henzelf goed bruikbaar, wat komt door het feit dat de werkwijze gelijk is aan die bij hulpvragen die door andere disciplines worden ingediend. Wel vinden ze dat bij de verloskundigen meer bekendheid kan worden gegeven aan de werkwijze van Vangnet Jeugd, zodat wederzijds bekend wordt wat men van elkaar kan verwachten en op welke termijn.

### 5.2.3 *Ervaren relevantie van het protocol*

De relevantie van het protocol wordt zeker ervaren zowel door verloskundigen als door zorgcoördinatoren. De effecten en daarmee ook de relevantie kunnen verder worden vergroot, door de consultmogelijkheid bekendheid te geven. De verwachting is dat verloskundigen dan sneller contact op zullen nemen. Ook het anders toelichten van de inmenging van Vangnet Jeugd door de verloskundigen naar de ouders toe kan het aantal meldingen doen vergroten. Mogelijk zou het ook een aanvulling zijn op het protocol als de kraamzorg ook een signalerende taak kreeg, waarbij de kraamzorg rapporteert aan de verloskundige. Samen vangen de verloskundigen en de kraamzorg nog meer signalen op en worden er mogelijk meer hulpvragen ingediend. Zeker in de situaties waarbij de ernst van de situatie moeilijk is in te schatten, bijvoorbeeld doordat er sprake is van een taalbarrière in de communicatie. De inzet van de kraamzorg kan de baten van het protocol verder vergroten. Tevens is aangegeven dat informatie (training) wenselijk is over een aantal zaken. Dit zijn: hoe de risicosituatie het beste ingeschat kan worden, het gebruik van de risicofactoren daarbij, hoe risico's en problemen het beste bespreekbaar gemaakt kunnen worden en welke vragen daarvoor geschikt zijn, het bepalen van het moment waarop de hulpvraag moet worden ingediend en hoe om te gaan met agressie.

De doorstroomtijd bij Vangnet Jeugd is voor een deel afhankelijk van de doorstroomtijd van de bemiddeling. De zorgcoördinatoren zien voor de doorstroomtijd de wachtlijstproblematiek en regelgeving bij een aantal instellingen waarnaar wordt verwezen graag aangepakt, onder andere bij Bureau Jeugdzorg, het FIOM en de Raad voor de Kinderbescherming. Ook zien de zorgcoördinatoren graag dat er een keer gemeten wordt wat de effectiviteit is van de instellingen waarnaar zij doorverwijzen. Op basis van die resultaten kunnen ze vervolgens het werkproces optimaliseren.

Al met al kan er dus duidelijk nog meer bekendheid worden gegeven aan de inhoud van het protocol en de rol en contactgegevens van de zorgcoördinatoren. Dat zou de effecten van het protocol en de tevredenheid ermee vergroten. De verloskundigen en zorgcoördinatoren geven zelf nuttige suggesties ter verbetering van het gebruik van het protocol. Welke worden opgenomen in de aanbevelingen.

## 5.3 **Aanbevelingen**

Naar aanleiding van de effectmeting en de interviews die zijn gehouden kan een aantal aanbevelingen worden gedaan in de richting van beleidsmakers en professionals in de Jeugdgezondheidszorg.

### 5.3.1 *Aanbevelingen voor beleidsmakers*

- Het zou de doorstroomtijd bij Vangnet Jeugd en daarmee ook de baten van het protocol gunstig beïnvloeden, als iets wordt gedaan aan de wachtlijstproblematiek en capaciteitsproblemen bij de instellingen waarnaar door Vangnet Jeugd wordt verwezen.
- Het is nu niet mogelijk voor Vangnet Jeugd om urgentie aan te vragen bij woningbouwverenigingen. Het wordt aanbevolen aan de GGD om eens om de tafel te gaan zitten met de woningbouwverenigingen om te zien of er mogelijkheden zijn om aan de behoefte van Vangnet Jeugd tegemoet te komen.
- Het is door verandering in de wetgeving niet langer mogelijk om middels een sociale indicatie mensen toch poliklinisch te laten bevallen. Dit kan alleen op medische indicatie. Het wordt aanbevolen dat de GGD Amsterdam, Vangnet Jeugd en een

vertegenwoordiging (en mogelijk andere partijen) de hoofden eens bijeen steken om ideeën te genereren hoe met deze situatie omgegaan zou kunnen worden.

- Tot slot wordt aangeraden om vervolgonderzoek uit te voeren waarbij de effectiviteit van de instellingen waarnaar wordt verwezen goed in kaart wordt gebracht. Dit om vervolgens de kwaliteit en effectiviteit van de verwijzingen te kunnen verbeteren. Waardoor de doorstroming van cliënten verder kan worden bespoedigd.

### 5.3.2 *Aanbevelingen voor professionals*

- Om meer effect te kunnen behalen met dit protocol, is het raadzaam om alsnog stadsbreed meer bekendheid te geven aan het protocol. Dit door aan alle verloskundigenpraktijken in Amsterdam de informatie over alle facetten van het protocol te verstrekken. Het gaat daarbij in elk geval om de volgende aspecten van het protocol:
  - Het protocol zelf: bij voorkeur aangevuld met uitleg over hoe de risicofactoren en minimale basiszorgcriteria te betrekken bij de inschatting van de situatie.
  - De precieze rol, taken en werkwijze van de zorgcoördinator. Waarbij ook de besluitvorming rondom de inzet van hulp helder wordt gecommuniceerd naar de verloskundigen toe, zodat deze weten hoe het werkproces van de zorgcoördinator verloopt.
  - Informatie over wat de zorgcoördinator concreet voor de verloskundigen kan betekenen. Dus informatie over het indienen van hulpvragen en de consultmogelijkheid die de zorgcoördinator biedt. Plus ingaan op wat de zorgcoördinator kan betekenen in de situaties dat er wel en geen toestemming is voor overdracht van informatie.
  - Uitleg over hoe omgegaan kan worden met dit protocol, terwijl de privacywetgeving van de ouders niet wordt geschonden.
  - Er is behoefte aan een lijst met daarop vermeld alle zorgcoördinatoren per stadsdeel, inclusief hun contactgegevens en tijden waarop ze bereikbaar zijn.
- Het wordt aanbevolen de Kring van verloskundigen bij deze verspreiding van informatie te betrekken.
- Om helderheid te creëren bij verloskundigen over het vervolg van de door hen ingediende hulpvraag kunnen twee dingen worden gedaan: ofwel de verloskundigen helderheid verschaffen over de werkwijze van Vangnet Jeugd nadat de hulpvraag is ingediend ofwel de werkwijze bij Vangnet Jeugd veranderen, door de verloskundigen te verwittigen zodra is besloten wanneer er actie ondernomen gaat worden door Vangnet Jeugd in plaats van verwittiging op het moment dat de actie plaats gaat vinden.

## 6 Referenties

- GG&GD. Jaarverslag Jeugdgezondheidszorg GG&GD Amsterdam 2003. Amsterdam: GG&GD, 2004.
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport. Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Den Haag: Ministerie van VWS, 2002.

## A Toelichting op het protocol Prenatale Zorgcoördinatie

### **Protocol / Stappenplan voor een *prenatale* inzet van Zorgcoördinatie van Vangnet Jeugd:**

De verloskundige krijgt de volgende signalen: (***als indicator tot het nemen van stappen***) Zie ook: **de Minimale Basiszorg-criteria\*\***:

- de verloskundige heeft zorgen of een zogenaamd 'niet-pluis' gevoel
- de as. moeder of vader geeft verontrustende signalen af of laat deze blijken
- er bestaan één of meer risicofactoren, die een negatieve invloed kunnen hebben op de ontwikkeling van het (on)geboren kind.  
***Risicofactoren:*** *zijn die factoren (gebeurtenissen, omstandigheden of eigenschappen) waarvan bekend is dat er een statisch grotere kans bestaat op een, soms veel later optredend, probleem in de ontwikkeling van het kind.*
- Er bestaat een risicosituatie voor het (on)geboren kind.  
***Risicosituaties:*** *hebben gemeen dat er sprake is van een cumulatie van risicofactoren*
- in het gezin is geen hulpverlening maar zou in het belang van het kind noodzakelijk zijn

### **Risicofactoren/situaties zijn o.a.:**

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• te laat onder zorg bij de verloskundige komen (bij een eerste kind later dan 28 weken voor de eerste keer voor controle, waarbij men ook niet al eerder bij de huisarts is geweest)</li> <li>• te weinig op controle komen: bij meer dan tweemaal een afspraak niet nagekomen</li> <li>• slecht de Nederlandse taal sprekend</li> <li>• geïsoleerd gezin</li> <li>• agressief gedrag van moeder en/of vader</li> <li>• illegaliteit van moeder en vader (ivm verzekering en mogelijkheid op aanspraak van hulp)</li> <li>• tienermoeder</li> <li>• psychiatrie bij moeder en/ of vader</li> <li>• zwakbegaafde moeder en / of vader</li> <li>• drugsgebruik bij vader en/ of moeder</li> <li>• geen huisvesting</li> </ul> |
|---|



Dan is de eerste stap van de verloskundige:

- **de zorgen delen met de as. moeder/ouders**
- **de moeder/ouders proberen te verwijzen naar ondersteuning of hulpverlening binnen een afgesproken termijn**

Bij wel ondersteuning of hulpverlening: **geen volgende stappen, wel uiteraard vervolgen**

Bij geen ondersteuning of hulpverlening en nog wel signalen:  
een volgende stap van de verloskundige:

- **zorgen blijven delen met de ouders en aankondigen dat overlegd wordt met 'collega's'**
- **zorgen delen met een collega (collega verloskundige, consultatie zorgcoördinator Vangnet Jeugd van het OKC)**
- **eventueel contact opnemen met de huisarts én daarna**

- bij een eerste kind:  
**(na de 26-28<sup>ste</sup> zwangerschapsweek) aanmelden bij de OKC-Zorgcoördinator van Vangnet Jeugd met een gerichte hulpvraag(zie\*) Telefoon 555.5444, vragen naar de bureaudienst.**

- bij een tweede of een volgend kind: **overleggen met de sociaal verpleegkundige van het desbetreffende consultatiebureau. Aanmelding Zorgcoördinatie Vangnet Jeugd in overleg met de consultatiebureauarts of verpleegkundige.**

Wanneer er sprake is van een crisis (bijv. ernstige kindermishandeling) direct melden bij het AMK telefoon 3141715 of

**Telefonische crisisdienst BJA: 3058866, maar deze meldingen óók (laten) doorgeven aan het consultatiebureau!**

De Zorgcoördinator Vangnet Jeugd neemt de melding en de hulpvragen aan:

\*De hulpvraag zou kunnen luiden:

- ophelderen van de thuissituatie rond het (ongeboren) kind
- organiseren van passende hulp in het belang van dit kind
- motiveren van de ouders voor het aanvaarden van vrijwillige hulp
- herstel van contact met de verloskundige

**De Zorgcoördinator Vangnet Jeugd bespreekt** op de eerstvolgende werkdag de melding in het intake-overleg van Vangnet en Jeugd en :

- maakt een kennismakingsgesprek met de ouder(s) tijdens een huisbezoek
- brengt de gerezen zorgen in kaart
- brengt de minimale basiszorg in kaart: zie \*\*
- inventariseert welke hulp de ouders willen aanvaarden
- maakt afspraken met deze ouders
- verwijst voor hulp

\*\*Minimale Basiszorg-criteria:

- de aanwezigheid van gas, licht en verwarming (heeft veel met schulden en armoede te maken)
- het voorhanden zijn van koud en warm water (zie boven, idem)
- aanwezigheid van kinderkleertjes (na de 36<sup>e</sup> week)
- (na de 36<sup>ste</sup> /37<sup>e</sup> week, (afhankelijk van het kraambureau)) aanwezigheid van spullen, nodig voor een bevalling en het kraambed
- een regelmatig dag-en nachtritme van de ouder(s) (= enige structuur in de dagindeling)
- nakomen van noodzakelijke verloskundige controles
- ten behoeve van eventuele andere kinderen: vaste verzorger, voldoende emotionele en affectieve aandacht voor het kind, schoolbezoek

**Zorgcoördinator Vangnet Jeugd sluit af in overleg met de verwijzer:** en stuurt een eindverslag naar de verloskundige én

nadat het kind geboren is naar het betreffende consultatiebureau-team.

De geformuleerde hulpvragen dienen als richtlijn bij het afsluiten. Op indicatie wordt na 3 maanden nog een keer contact opgenomen met het gezin.

**De Zorgcoördinator Vangnet Jeugd coördineert bij een eerste kind de overdracht:** van de extra zorg naar het consultatiebureau, waar pas na de geboorte een kinddossier aanwezig is.

Kinderen van Drugsverslaafde ouders (KDO kinderen) worden op vaste momenten gevolgd volgens "protocol KDO kinderen"

**Het consultatiebureau:** het consultatiebureauteam krijgt informatie via de zorgcoördinatie en zou ook bij de verloskundige informatie moeten kunnen opvragen in het belang van het kind (functionele overdracht) Bij deze zaken en voor eventuele feedback is het belangrijk de toestemming van de betreffende cliënt te hebben. (Zie protocol Overdracht)

**Registratie:**

Een adequate registratie van de eigen activiteiten is een verantwoordelijkheid van de afzonderlijke organisaties: Verloskundigen, Vangnet jeugd en Jeugdgezondheidszorg. In een pilot zal een uitwisseling en analyse van deze registratiegegevens voldoende zicht moeten leveren op de resultaten en 'effecten' van de prenatale inzet van zorgcoördinatie.

**Belangrijke telefoonnummers:**

Zorgcoördinatie Vangnet Jeugd: 555.5444

AMK: 3141715

**Telefonische crisisdienst BJA: 3058866**

## B Interviewvragen verloskundigen

1. In hoeverre bent u bekend met de inhoud en kernaspecten van het OKC-protocol prenatale zorgcoördinatie? (niet, enigszins, redelijk, goed, volledig op hoogte)
  - *Protocol / stappenplan voor een prenatale inzet van zorgcoördinatie van Vangnet Jeugd: met daarin de risicofactoren en situaties, minimale basiszorgcriteria, hulpvragen en de stappen die verloskundige en zorgcoördinator dienen te ondernemen.*
  - *De toelichting bij het protocol*
  - *Een stroomdiagram van het protocol voor prenatale inzet*
2. Op welke manier hebt u als verloskundige in de praktijk te maken met het protocol prenatale zorgcoördinatie? Anders gezegd: Wat is precies uw rol binnen het traject van het protocol?
3. Hoe vaak komt het voor dat u als verloskundige serieuze risico's vermoedt voor het ongeboren kind en wat zijn dan de stappen die u vervolgens zet?
4. In hoeverre vindt u dit protocol en de doelen relevant / belangrijk voor het (goed) uitoefenen van uw werk als verloskundige voor de kwaliteit van de zorg voor het ongeboren kind?
5. In hoeverre sluit het werken volgens dit protocol aan op uw andere werkzaamheden?
6. In hoeverre voelt u uzelf in staat om volledig volgens dit protocol te werken? (*alle stappen te volgen, de risicofactoren, risicosituaties en minimale basiszorgcriteria in kaart te brengen en de noodzaak tot hulp in te schatten, de zorgen met de ouders te delen, de ouders proberen te verwijzen naar ondersteuning of hulpverlening, zorgen delen met collega / zorgcoördinator. Weten jullie precies onder welke voorwaarden je welke persoon / instantie dient in te schakelen? (huisarts / zorgcoördinator, AMK, crisisdienst BJAA, onderscheid tussenstappen bij eerste en tweede kind)*)
7. In hoeverre vindt u verder dat dit protocol voordelen en of nadelen heeft voor het uitvoeren van uw werkzaamheden? (*bv qua efficiëntie, tijdsdruk, informatieoverdracht, snelheid waarmee hulp wordt ingezet, duidelijkheid over handelen, .....*)
8. Hoe groot acht u de kans dat dit protocol uiteindelijk leidt tot de beoogde doelen?
9. In hoeverre voelt u zich gesteund in de uitvoering volgens het protocol door uw collega's, de zorgcoördinator, het CB en door de leidinggevenden?
10. Hoe denken jullie dat ouders denken over de signaleringstaak die jullie hebben?

### **De praktijk na invoering**

11. Merkt u nu in de praktijk al iets ten aanzien van de beoogde doelen? Wat zijn uw ervaringen?
 

**Doelen:**

  - Vroegtijdige signalering van risicogezinnen
  - Toename van het aantal (gerichte) hulpvragen van verloskundige aan de zorgcoördinator

- Sneller organiseren van passende hulp voor risicogezinnen
  - Tevredenheid van verloskundige en zorgcoördinator over samenwerking met betrekking tot prenatale zorgcoördinatie
12. Merkt u nog meer / andere verschillen van de nieuwe pilot werkwijze ten opzichte van de oude werkwijze? Wat vind je van deze verschillen?
  13. In hoeverre vindt u dat de werkuitvoering zoals beschreven in het protocol praktisch haalbaar / uitvoerbaar is?
  14. In hoeverre vindt u dat er sprake is van voldoende informatieoverdracht tussen de bij dit protocol betrokken disciplines? (*bv feedback terug van zorgcoördinator (eindverslag/ telefonisch), vanuit het vervolgtraject, informatieoverdracht van zorgcoördinator aan JGZ*)?
  15. In welke mate is er sprake van registratie van gegevens rondom activiteiten die jullie uitvoeren met betrekking tot prenatale zorgcoördinatie?
  16. Wat vindt u sinds de samenwerkingsafspraken met de zorgcoördinatie van de bereikbaarheid van de zorgcoördinator die per OKC is aangesteld.
  17. In hoeverre vindt u dat je als verloskundige baat hebt bij de samenwerking met de zorgcoördinator?
  18. Wat vindt u van de snelheid waarmee er actie wordt ondernomen naar aanleiding van hulpvragen die u indient?

#### **Belemmerende en bevorderende factoren**

19. Wat vindt u van de wijze waarop dit protocol is ingevoerd in jullie stadsdeel / praktijk?
20. Wat bevordert nu het werken volgens het protocol in de praktijk?  
(*Bijvoorbeeld steun van de collega's*)
21. Zijn er belemmeringen in de praktijk voor het werken volgens het protocol?  
Welke oplossingen ziet u?  
(*- bv: risico voor vertrouwensrelatie verloskundige met ouders, ...*)
22. Zijn er nog zaken die u in de praktijk liever veranderd zou willen hebben aan dit protocol, die volgens u zorgen voor verbetering van de kwaliteit van het zorgtraject rondom prenatale zorgcoördinatie?  
(*begeleidende brief, feedback vanuit vervolginstellingen, tijd, ...*)
23. Hebt u nog suggesties ter verbetering van aspecten van het protocol / werkwijzen daarin, die zouden zorgen voor meer tevredenheid met de werkwijze volgens het protocol (bij u, de zorgcoördinator, de JGZ, ouders of instellingen waarnaar verwezen kan worden)?
24. Is er naast wat we net hebben besproken nog iets dat nog niet voldoende aan bod is gekomen, maar wel van belang is voor het werken volgens dit protocol en het slagen van de doelen?