

'Stevig Ouderschap' in Den Haag

Ervaringen van zorgprofessionals

'Stevig Ouderschap' in Den Haag

Ervaringen van zorgprofessionals

Inhoudsopgave

| | |
|---|---------------|
| Hoofdstuk 1: Inleiding | 4 |
| 1.1 Achtergrond | 4 |
| 1.2 Actieprogramma Haagse kansrijke start | 4 |
| 1.3 Stevig ouderschap | 4 |
| 1.4 Doel onderzoek | 4 |
| Hoofdstuk 2: Methode | 6 |
| 2.1. Onderzoeksopzet | 6 |
| 2.2. Analyse | 6 |
| Hoofdstuk 3: Resultaten | 7 |
| 3.1 Signalering van kwetsbare zwangeren | 7 |
| 3.2 Redenen om niet deel te nemen | 8 |
| 3.3 Uitvoering stevig ouderschap | 10 |
| 3.4 Afsluiten ondersteuning | 13 |
| Hoofdstuk 4: Conclusies en aanbevelingen | 15 |
| 4.1 Conclusies | 15 |
| 4.2 Aanbevelingen | 15 |
| Bijlage 1 Vragenlijst focusgroep | 17 |
| Colofon | 20 |

Hoofdstuk 1: Inleiding

1.1 ACHTERGROND

Ieder kind verdient de best mogelijke start van het leven en daarmee een optimale kans op een goede toekomst. De eerste 1.000 dagen van een kind zijn cruciaal voor een goede start. De gezondheid van een kind voor, tijdens en na de geboorte blijkt een belangrijke voorspeller te zijn van problemen – zowel fysiek als mentaal – op latere leeftijd. Vanuit deze visie is door het ministerie van VWS in 2019 het actieprogramma Kansrijke Start opgezet om te zorgen dat zoveel mogelijk kinderen een goede start in het leven hebben.¹ De aanpak is opgebouwd rondom drie actielijnen met verschillende doelen.

Actielijn 1: Voor de zwangerschap, met als doel dat meer aanstaande kwetsbare ouders goed voorbereid starten aan hun zwangerschap; hierdoor ontstaan er minder ongeplande en onbedoelde zwangerschappen in kwetsbare gezinnen.

Actielijn 2: Tijdens de zwangerschap, met als doelen beter signaleren van medische en sociale problemen bij (aanstaande) kwetsbare ouders en zorgen dat meer (aanstaande) kwetsbare ouders eerder de juiste hulp ontvangen.

Actielijn 3: Ná de geboorte (tot twee jaar), met als doelen dat meer kwetsbare ouders zijn toegerust op het ouderschap en de opvoeding en dat minder baby's en jonge kinderen uit huis of onder toezicht worden geplaatst.

1.2 ACTIEPROGRAMMA HAAGSE KANSRIJKE START

In Den Haag is in dit kader het actieprogramma Haagse Kansrijke Start (HKS) opgericht, wat tevens de reeds bestaande Haagse Aanpak Perinatale Gezondheid (HAPG) omvat.

Om HKS succesvol te implementeren zijn drie pijlers essentieel. Zo dienen, ten eerste, kwetsbare gezinnen in beeld te komen bij instanties. Ten tweede dienen er routekaarten en/of zorgpaden voor professionals beschikbaar te zijn om te weten bij welk type signalering welke stappen gezet kunnen worden richting gepaste hulp. En ten derde dient de opvoedingsondersteuning aan te sluiten bij de behoeftes van het gezin.

1.3 STEVIG OUDERSCHAP

Wanneer er bij een verloskundige vermoedens bestaan van enige sociale, medische of financiële problematiek kan een opvoedingsondersteuningsprogramma worden aangeboden. De gemeente Den Haag biedt in dit kader de interventie "Stevig Ouderschap" aan.² Hierbij worden vier prenatale en zes postnatale huisbezoeken (tot de kinderleeftijd van twee jaar) afgelegd door een speciaal opgeleide jeugdverpleegkundige. Ouders worden geholpen hun zelfvertrouwen en zelfredzaamheid te vergroten en hun sociale netwerk te versterken. De methode gaat uit van eigen kracht, eigen behoeften en eigen invulling. In de praktijk blijkt echter dat sommige gezinnen minder, of juist meer dan zes huisbezoeken nodig hebben. De vraag is daarom of "Stevig Ouderschap" voor sommige doelgroepen voldoende aansluit bij de zorgvraag en zorgbehoefte.

1.4 DOEL ONDERZOEK

In opdracht van de gemeente Den Haag evalueert GGD Haaglanden, afdeling Epidemiologie, of het opvoedingsondersteuningsprogramma "Stevig Ouderschap" in de ogen van zorgprofessionals voldoende aansluit bij de zorgvraag van de (kwetsbare) doelgroepen in Den Haag (HKS pijler 3).

¹ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2018/09/12/actieprogramma-kansrijke-start>

² <https://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Erkende-interventies/Stevig-Ouderschap>

Hierbij zal de volgende onderzoeksvraag worden beantwoord:

Sluit het huidige aanbod van opvoedingsondersteuning, zoals aangeboden vanuit de opvoedingsinterventie "Stevig Ouderschap", volgens betrokken zorgprofessionals voldoende aan bij de zorgvraag en zorgbehoefte van de (zeer kwetsbare) doelgroepen in Den Haag?

Ter ondersteuning van de beantwoording van de onderzoeksvraag worden de volgende sub-vragen beantwoord:

1. Kon er in voldoende mate worden gesignaleerd wanneer de inzet van Stevig Ouderschap nodig was?
2. Waarom wilden gezinnen waar 'Stevig Ouderschap' wel nodig was niet meedoen?
3. Kon op voorhand worden ingeschat welke ondersteuning een gezin nodig had?
4. In welke gevallen sloot de ondersteuning niet goed aan op de behoeften? Wat ontbrak er dan?
5. Als 'Stevig Ouderschap' wordt afgesloten, heeft de interventie dan gebracht wat het moest brengen?

Hoofdstuk 2: Methode

2.1. ONDERZOEKSOPZET

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen is een kwalitatieve aanpak gebruikt: een focusgroep. Deze methode wordt hieronder verder toegelicht.

2.1.1. Focusgroep

Om inzicht te verkrijgen in de ervaringen van zorgprofessionals met de aansluiting van het opvoedingsondersteuningsprogramma 'Stevig Ouderschap' bij (zeer) kwetsbare groepen is gebruik gemaakt van een focusgroep. Tijdens een focusgroep komt een groep mensen bij elkaar, in dit geval online via een Microsoft Teams afspraak, en wordt gevraagd naar hun ervaringen, meningen en ideeën. Voordeel is dat de deelnemers van de focusgroep op elkaar kunnen reageren, en signalen kunnen aanvullen of verdiepen.

Gezien de korte doorlooptijd van het onderzoek, was er in de planning tijd om één focusgroep te organiseren. Hierin namen zeven (zorg)professionals, betrokken bij Stevig Ouderschap vanuit verschillende disciplines en met verschillende werkgebieden binnen Den Haag, plaats: een kinderarts, jeugdverpleegkundige, kinderfysiotherapeut, manager kraamzorg, adviseur JMO, kraamverzorgster en gynaecoloog.

2.1.2. Kwaliteitsborging

Om de kwaliteit van de data te waarborgen hebben twee betrokken onderzoekers, met ervaring op het gebied van kwalitatief onderzoek en het afnemen van focusgroepen, de focusgroep geleid. Er is tijdens het gesprek gelet op hiërarchische verhoudingen tussen de deelnemers om sociaal wenselijke antwoorden te voorkomen en daarmee de kwaliteit van de data te verhogen. Om tijd te besparen, heeft één extra onderzoeker tijdens het afnemen van de groep aantekeningen van het gesprek gemaakt die later verder aangevuld en uitgewerkt zijn.

Wegens de maatregelen rondom het coronavirus vond de focusgroep digitaal plaats via Microsoft Teams. De beeldopname van de bijeenkomst is alleen gebruikt voor het transcriberen en is vervolgens opgeslagen volgens binnen de GGD geldende protocollen om de privacy en anonimiteit van de deelnemers zoveel mogelijk te waarborgen. Bij het transcriberen van de focusgroep tijdens de analyse zijn de deelnemers geanonimiseerd. De onderzoekers streefden ernaar alleen quotes op te nemen die niet herleidbaar zijn naar individuele deelnemers.

2.2. ANALYSE

De transcriptie is per topic geanalyseerd, aan de hand van de deelvragen, met behulp van een overzichtsschema in Excel.

Hoofdstuk 3: Resultaten

In dit hoofdstuk worden eerst de bevindingen op het gebied van het signaleren van potentiële deelnemers beschreven, gevolgd door het proces van deelname. Aansluitend wordt de inschatting, aansluiting en afsluiting van de ondersteuning besproken.

3.1 SIGNALERING VAN KWETSBARE ZWANGEREN

Deelnemers gaven aan verschillende routes en screeninginstrumenten te gebruiken om kwetsbare zwangeren te signaleren voor Stevig Ouderschap. De uitkomst van de vragenlijst voor Stevig Ouderschap is echter leidend om vast te stellen of een gezin daadwerkelijk in aanmerking komt voor het programma. Het signaleringsproces, en de verschillende signaleringsinstrumenten, is ter verduidelijking kort beschreven.

3.1.1. Screeningsinstrumenten

R4U vragenlijst: oftewel de 'Rotterdam Reproduction Risk Reduction checklist', is een door het Erasmus MC ontwikkelde vragenlijst en screent op zes domeinen: sociale, psychische, zorg- en leefstijl-gerelateerde, medische en obstetrische risicofactoren onder zwangere vrouwen. In ieder van deze zes domeinen zijn meerdere risicofactoren opgenomen die bewezen geassocieerd zijn met ongunstige zwangerschapsuitkomsten. Via 'ja/nee'-antwoorden wordt vastgesteld of een risicofactor wel of niet aanwezig is.³ Op basis van de uitkomsten van de R4U-vragenlijst kunnen zwangeren doorverwezen worden naar de JGZ. Dit instrument wordt gebruikt door o.a. [gynaecologen en verloskundigen](#).

Checklist vroegsignalering in de kraamtijd (TNO): Deze checklist ondersteunt de [kraamverzorgende](#) bij het signaleren van knelpunten, problemen of hulpvragen in het kraamgezin. Zo wordt gestandaardiseerd nagegaan op welk terrein er extra aandacht of ondersteuning nodig is voor een goede start van de baby en de ouders. De checklist is bedoeld als hulpmiddel voor de kraamverzorgende zelf. Het is een werkdocument en wordt niet opgenomen in het kraamdossier.⁴

Stevig Ouderschap vragenlijst: 'Stevig Ouderschap' is ondersteuning voor ouders met een pasgeboren kind, die om wat voor reden dan ook extra hulp en aandacht van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) kunnen gebruiken. Deze vragenlijst is bedoeld om na te gaan of ouders in aanmerking komen voor deze extra steun. Ouders vullen deze vragenlijst zelf in. In de vragenlijst wordt gevraagd naar de situatie (o.a. steun van partner en omgeving, eigen opvoeding) van de moeder en de situatie van de andere ouder.⁵ Deze vragenlijst wordt gebruikt door [Stevig Ouderschap jeugdverpleegkundigen](#).

Na signalering van kwetsbare ouders door zorgprofessionals binnen en buiten de JGZ, wordt altijd nog de Stevig Ouderschap vragenlijst ingevuld. Aan de hand van deze antwoorden wordt vastgesteld of zwangeren aan de criteria voor ondersteuning vanuit Stevig Ouderschap voldoen.

3.1.2. Signaleringsrol van professionals

³ Universitair Medisch Centrum Rotterdam. Factsheet R4U. April 2016 (versie 2)

⁴ TNO innovation for life. Checklist Vroegsignalering in de kraamtijd.

⁵ Vragenlijst Stevig Ouderschap

Professionals verbonden aan het ziekenhuis, zoals gynaecologen, kinderartsen, neonatologen of andere professionals, spelen een belangrijke rol in het signaleren van kwetsbare zwangeren, zeker in de prenatale periode. Hiervoor gebruiken zij de bovengenoemde screeningsinstrumenten.

Er bestaat in Den Haag een nauwe verbinding tussen de nazorgpoli neonatologie in het Juliana Kinderziekenhuis en de inzet van Stevig Ouderschap. De nazorgpoli fungeert als het ware als een vangnet voor de kwetsbare zwangeren omdat alle ouders die een kindje hebben met een verhoogd risico op complicaties worden gezien op deze poli. Het gaat hierbij om ouders die een te vroeg geboren kindje hebben, complicaties hebben bij geboorte, of behoren tot de kwetsbare zwangeren. Wanneer baby's voor 37 weken zwangerschap geboren worden horen zij automatisch tot de doelgroep van Stevig Ouderschap. In het ziekenhuis zijn jeugdverpleegkundigen werkzaam die opgeleid zijn tot Stevig Ouderschap verpleegkundigen.

Ook kunnen ouders vanuit het consultatiebureau of de kraamzorg aangemeld worden voor Stevig Ouderschap. Wanneer zwangeren in aanmerking lijken te komen voor opvoedondersteuning, worden ze bij de JGZ aangemeld voor een (prenataal) huisbezoek van een Stevig Ouderschap verpleegkundige. De aanleiding hiervoor kan een score zijn op een van de screeningslijsten of een vraag vanuit de ouders zelfs om ondersteuning.

3.1.3. Sleutelrol van de JGZ

Vlak na de geboorte van een kindje vindt altijd een huisbezoek door de jeugdverpleegkundige vanuit de JGZ plaats. Tijdens dit bezoek wordt, in principe, door alle gezinnen de Stevig Ouderschap vragenlijst ingevuld. Hierdoor vindt er ook postnataal nog signalering van kwetsbare zwangeren plaats.

Professionals geven aan dat een gezin niet altijd precies aan de criteria van de Stevig Ouderschapsvragenlijst voldoet, maar dat Stevig Ouderschap verpleegkundigen vertrouwen op hun 'gut feeling' en de ondersteuning in dat geval soms toch aanbieden wanneer zij dat nodig achten. Het programma kan tot zes maanden na de geboorte van het kindje aangeboden worden.

"Er zijn soms gezinnen waarvan je denkt 'hé, het past vast niet helemaal in een scoreformuliertje, maar ik heb hier toch geen goed gevoel bij en die ga je je dan toch ook vaak iets aanbieden, en dan zie je along the way wel hè."

Het is belangrijk te benadrukken dat het vanwege het vrijwillige kader aan ouders zelf de keuze of zij, wanneer zij in aanmerking komen voor ondersteuning via Stevig Ouderschap, daadwerkelijk daar aan deel te nemen.

3.2 REDENEN OM NIET DEEL TE NEMEN

Nadat is vastgesteld dat een gezin in aanmerking komt voor Stevig Ouderschap, besluiten ouders over deelname. Bij instemming start een traject waarin er, in de prenatale periode vier huisbezoeken plaats kunnen vinden. Na de geboorte zijn dit in achttien maanden zes tot tien postnatale huisbezoeken, om de drie maanden. In de praktijk vinden de huisbezoeken, zekere bij onzekere ouders en vlak na de geboorte, echter vaker plaats, bijvoorbeeld elke maand en/of is er vaker contact via de telefoon, e-mail of inloopsprekken.

3.2.1. Weigering deelname

Stevig Ouderschap wordt aangeboden in een vrijwillig kader en ouders mogen daarom de ondersteuning weigeren. De schattingen van zorgprofessionals over de frequentie dat dit gebeurt,

verschil van “vijf keer per jaar” tot “heel frequent”. Wegens het ontbreken van cijfers is het lastig deze getallen concreet te maken of te vergelijken met het aantal gezinnen wat wél deelneemt.

“En dan zijn er dus [...] natuurlijk mensen die in aanmerking komen maar die toch zo iets hebben ‘ik red het wel, ik kom wel een keer vaker op het bureau’. Er zijn mensen die of het zelf niet zien, of nog niet zien, of het anders ervaren of nog veel grotere problemen hebben en dus dit nog niet willen accepteren.”

Als voornaamste redenen voor het weigeren van de hulp worden de volgende redenen genoemd:

- Ouders denken ‘een slechte ouder te zijn’ als ze gebruikmaken van deze extra ondersteuning
- Het niet overzien van de hulp doordat er veel verschillende problemen binnen het gezin aanwezig zijn
- Geen klik hebben met de hulpverlener, onvoldoende continuïteit vanuit de ondersteuning ervaren of het oneens zijn over de situatie/van mening zijn het zelf wel te redden
- Het niet ‘gecontroleerd’ willen worden
- Onduidelijkheid over het aanbod

“De dingen die ik hoor zijn ‘we willen geen extra persoon erbij want we hebben al zo veel andere instanties, ik wil niet nog iemand erbij. Dan heb ik geen overzicht meer. Ik heb al zo veel stress van die andere mensen’. ‘Ik wil mijn eigen controle en niet gecontroleerd worden door een ander’.”

Ook is er een groep ‘zorgmijders’, die bewust zorg mijdt, door bijvoorbeeld regelmatig van verloskundige te wisselen, en graag onder de radar wil blijven. Het is lastiger met deze groep in gesprek te gaan over hun gevoelens en redenen tot weigering, dan de groep die vanwege de eerder genoemde redenen niet mee willen doen.

Als laatste worden ook anderstaligen specifiek genoemd als groep die lastig is om bij de zorg betrokken te houden. Zo kunnen zij door een taalbarrière minder makkelijk hun emoties uiten. Daarnaast zien zij soms af van zorg omdat zij niet goed begrijpen wat de zorg in Nederland inhoudt, of omdat wordt uitgeweken naar een traditionele zorgsysteem waarin familie een belangrijke rol speelt. Om uitval te voorkomen en zicht te houden in de problemen waar deze groep mee worstelt wordt gebruik gemaakt van MIM, ‘Moeders Informeren Moeders’, waarbij moeders andere moeders uit dezelfde cultuur ondersteunen en informeren.

“Kennen het belang van kraamzorg en zorg in Nederland niet, of echt een beetje onderschatten. Dus nog meer informatie geven waarom wij als zorgverleners er zijn, is denk ik, blijft een item. Een heel belangrijk iets.”

Omdat het kwetsbare zwangeren betreft, geven professionals aan het zorgelijk te vinden wanneer deze groep besluit geen gebruik maakt van de ondersteuning. Op deze manier raken kwetsbare gezinnen uit beeld bij de hulpverlening en is er geen zicht op de ontwikkeling van het kind.

“Ik zie heel veel de keerzijde van mensen die het absoluut niet willen.”

“Dan is het echt wel zo dat je soms denkt van ‘waarom is dit kindje niet aangemeld? Maar dat is omdat ouders geen toestemming hebben gegeven.”

3.2.2. Delen van informatie

In sommige gevallen geeft het gezin een reden om niet (meer) mee te doen met Stevig Ouderschap. Dit kan heel relevante informatie zijn, ook voor andere zorgverleners. Zo kan het gaan over slechte ervaringen met eerdere of andere hulpverlening, of over een belast verleden. Wegens de privacywetgeving is deze informatie soms echter niet inzichtelijk voor andere zorgverleners. Ook wordt soms informatie onvoldoende gedeeld tussen zorgverleners. Dit komt bijvoorbeeld voor wanneer er veel hulpverlening is betrokken bij één gezin en de hulpverleners onderling niet goed van elkaar weten wie wat doet.

3.2.3. Vertrouwen

Het is erg belangrijk dat ouders vertrouwen hebben in de hulpverlening en de ondersteuning vanuit Stevig Ouderschap.

"Sommige ouders zijn al door hun eigen jeugd beschadigd door jeugdzorg, dus daar moet je echt een hele vertrouwensband hebben om een stukje verder te komen."

Om dit vertrouwen te winnen en te houden zijn daarom de framing van de hulpverlening (imago van het CJG (Centrum voor Jeugd en Gezin) en informatie-uitwisseling tussen hulpverleners betrokken bij een kwetsbaar gezin benoemd als belangrijke punten om de ondersteuning vanuit Stevig Ouderschap zo optimaal aan te kunnen bieden.

"Die voorbereiding en dat samenwerken en geïntroduceerd worden als partner waarin ook vertrouwen wordt uitgesproken, dat is heel belangrijk."

Vertrouwen, framing van de hulpverlening en informatie-uitwisseling zijn nauw aan elkaar verbonden volgens de zorgprofessionals. Wanneer, zoals in de situatie van bijvoorbeeld de nazorgpoli, Stevig Ouderschap integraal onderdeel gemaakt is van zorg, versterkt dit volgens de zorgprofessionals niet alleen de kans dat het vertrouwen van de kwetsbare zwangere in de aanpak en zorgverleners groeit, maar ook dat zorgprofessionals zelf continue zorg leveren en snel met elkaar kunnen schakelen. Door duidelijker te communiceren richting de ouders, zowel aan Nederlands- als anderstalige ouders over het doel van de opvoedondersteuning en de plaats ervan in het grotere zorgplaatje, vertrouwen kwetsbare zwangeren de hulp beter en begrijpen beter wat het doel van de ondersteuning is.

3.3 UITVOERING STEVIG OUDERSCHAP

3.3.1. Geen standaard vorm of protocol

Volgens de zorgprofessionals sluit Stevig Ouderschap goed aan bij een diversiteit aan gezinnen door het flexibele karakter. Er is geen standaard vorm of protocol dat jeugdverpleegkundigen moeten volgen bij het opstarten of tijdens uitvoering van het programma, waardoor aansluiten bij de behoeften van gezinnen goed mogelijk is. Dat is ook nodig aangezien de behoeften van gezinnen sterk verschillen. Ook tijdens het opvoedondersteuningstraject kunnen er veranderingen plaatsvinden in de mate van zorg.

"Nou Stevig Ouderschap is zó verschillend, hè, je komt inderdaad bij kwetsbare ouders. De ene ouder heeft alleen even een opstart nodig of gewoon vragen over voeding, en over hoe het ritme gaat. Sommige ouders hebben echt een heel traject nodig."

"Het groeit en beweegt wel steeds een beetje mee het hele programma. En je kijkt dus echt als jeugdverpleegkundige heel goed van, wat zie ik hier en wat kan ik ermee, soms

past het niet helemaal in het plaatje en doe je soms toch nog even een stapje erbuiten en dan ga je het daarna beoordelen”.

3.3.2. Flexibele benadering

Stevig Ouderschap probeert ouders zekerder te laten zijn in de opvoeding door hun eigen krachten in te zetten. Dit gebeurt door naast de ouder te gaan staan en ze te informeren en bevestigen in hun rol. Hierbij stellen de professionals zich telkens de vraag 'wat hebben ouders nodig'?

"Stevig Ouderschap is inderdaad ook gewoon de ouders in hun krachten te laten staan. Wat ook net gezegd was met voeding en alles, daar in te staan. Maar ook van hè, wat betekent nou ouderschap?"

Er wordt waar nodig afgeweken van de zes huisbezoeken per 18 maanden (elke drie maanden één). Per gezin en situatie verschilt het aantal huisbezoeken, de tijd per huisbezoek, de periode waarin gestart wordt met Stevig Ouderschap, en de duur van de hulp. Zo mag de hulp sinds kort over 24 in plaats van 18 maanden worden uitgesmeerd en kunnen er meer dan zes huisbezoeken plaatsvinden wanneer dat nodig is. Daarnaast is er ook contact per e-mail en telefoon en kunnen ouders naar een inloopspreekuur komen.

"En soms is het tot 18 maanden, en soms is het met vraagtekens toch iets meer dan 18 maanden omdat ouders toch meer zorg nodig hebben of meer hulp nodig hebben maar dan toch net iets te licht zijn voor andere hulpverlening of nog niet toe zijn aan andere hulpverlening. En dan komen we eigenlijk thuis bij mensen en dat kan soms twee uur duren, soms ook korter. Wat ik zeg, het is om de drie maanden maar bij sommige gezinnen kom je soms maandelijks over de vloer."

Door de verschillende zorgvragen en zorgbehoeftes van gezinnen is de flexibiliteit in het uitvoeren van Stevig Ouderschap nodig. Laagdrempelige zorg bieden is de afgelopen maanden makkelijker geweest doordat meer gebruik gemaakt werd van de telefoon/WhatsApp. Ouders kunnen daardoor voor een korte vraag snel bij de jeugdverpleegkundige terecht.

"Ja, want als je ziet bijvoorbeeld dat er inderdaad heel veel speelt of dat een moeder echt onzeker is, dan kan je niet zeggen van eh 'het is fijn, over 3 maanden zien we wel weer verder'. Dan is het wel inderdaad het stukje begeleiding of thuis of telefonisch. Je laat iemand niet drie maanden zwemmen omdat dat in het protocol zit."

Jeugdverpleegkundigen ervaren voldoende ruimte om de nodige extra uren ondersteuning aan gezinnen te kunnen bieden. Dat komt ten eerste door het laagdrempelige karakter van de zorg. Een kort telefoontje of WhatsAppbericht kunnen ouders soms al veel helpen. Daarnaast ontstaat ruimte in de te besteden uren doordat een deel van de gezinnen vroegtijdig uitvalt of worden doorverwezen naar zwaardere zorg. Dit is voor de jeugdverpleegkundigen niet altijd de gewenste uitkomst, maar hierdoor ontstaat wel ruimte voor extra ondersteuning aan andere gezinnen.

3.3.3. Grenzen, passende hulp en vertrouwen

In bepaalde gevallen treffen verpleegkundigen echter situaties aan waarin er teveel problemen tegelijk spelen om in de beschikbare tijd op te lossen, of worden ze gevraagd te helpen bij problemen waarvoor ze niet zijn opgeleid. Als voorbeelden worden er situaties genoemd waarin er (psychische) problemen spelen bij oudere kinderen, relatieproblemen, financiële problemen of problemen met de huisvesting. De verpleegkundige moet dan zelf besluiten 'tot hier ga ik [ondersteunen] en niet verder'. Hierbij is het soms lastig om grenzen te stellen.

Vanuit het CJG wordt nauwe samenwerking tussen de jeugdverpleegkundigen en gezinscoaches aangemoedigd. Jeugdverpleegkundigen kunnen bij gezinscoaches terecht met vragen over waar deze grens door verpleegkundigen getrokken dient te worden en wanneer het tijd is om op te schalen.

"Net als bijvoorbeeld hè, net als bij financiële problemen, woningproblematiek, dat kunnen wij niet oplossen. [...] En dat zijn dus inderdaad stukjes die je over moet dragen. En daar moet in gekeken worden van, hoort het stukje bij Stevig Ouderschap of is het inderdaad.. is er toch een gezinscoach bij nodig?"

"En als je ziet van 'ik moet gewoon echt heel vaak komen'. En ik vind zelf ook al heel moeilijk soms met wetten uh van waar mensen recht op hebben. Net als bijvoorbeeld financieel, dat weet ik niet. Dan zou je dat echt jaarlijks bij moeten houden. Dus dat zijn allemaal stukjes dat je denkt van, 'hier ben ik niet bekend mee'."

Het feit dat jeugdverpleegkundigen in de praktijk moeten inschatten wanneer meer hulp nodig is levert soms ook lastige situaties op. Een veelgenoemd knelpunt hierbij is de vertrouwensband met het gezin. Zorgprofessionals geven aan dat het contact met de kwetsbare gezinnen erg broos en delicaat is. Uitspraken als 'het gezin kwijtraken', 'de echt kwetsbare glippen weg als zand tussen onze vingers' of 'een hele gevaarlijke doelgroep die je niet uit het oog moet verliezen' illustreren dit.

"Je moet in één keer goed schieten bij de echt kwetsbaren, anders ben je ze weer kwijt"

"Ik denk dat het vooral hele betrokken jeugdverpleegkundigen zijn die niet snel loslaten. Dus dat is denk ik ook wel een goed iets om mee te nemen. De verantwoordelijkheid kan ook best zwaar zijn kan ik me voorstellen."

Vertrouwen tussen het gezin en de verpleegkundige speelt een belangrijke rol. De balans tussen het in stand houden van het vertrouwen en cliënten wijzen op bepaalde problematiek, om uiteindelijk op te kunnen schalen naar zwaardere hulp, is soms lastig. Gezinnen willen vaak niet meer hulp in huis. Jeugdverpleegkundigen voelen daarom dikwijls de druk om zelf langer een gezin te ondersteunen, terwijl de problemen eigenlijk te groot zijn voor Stevig Ouderschap alleen, omdat het gezin dan in elk geval in beeld blijft en niet afhaakt.

"Wat wel altijd in vergaderingen vind ik altijd naar voren komt, is dan, de een werkt zus, de ander werkt zo. De ene zegt, 'dit is mijn grens en dan draag ik het over', en de ander zegt 'ik werk er nog wat langer mee' en dan inderdaad met de vertrouwensband."

"Waar wij heel angstig voor zijn is denk ik ook van 'als we ze maar niet kwijtraken hè'. We kunnen moeilijk soms iets doen dat je denkt bij jezelf van 'als we die stap doen, dan hebben we helemaal geen contact meer'. Het consultatiebureau is vrijwillig waardoor je eigenlijk een beetje op glad ijs zit. Dat je soms af en toe denkt van 'ik laat het maar toe, want dan raken we ze niet kwijt'."

3.3.4. Samenwerking

Goede samenwerking tussen zorgprofessionals speelt een belangrijke rol. De samenwerking zoals op de nazorgpoli wordt meermaals benoemd als mooi voorbeeld hiervan. De jeugdverpleegkundige is ingebed binnen een team in het ziekenhuis. Hierdoor kunnen inhoudelijke vragen vanuit het gezin snel worden beantwoord door medische experts en kan er

ruggenspraak plaatsvinden over situaties die de verpleegkundige aantreft in de gezinnen. Dit werkt goed voor het vertrouwen van zowel de verpleegkundige, omdat die zich gesteund voelt, als voor het gezin, omdat zij snel antwoord krijgen op vragen. Hierdoor groeit de vertrouwensband tussen de gezinsleden en jeugdverpleegkundige, wat weer goed is voor de ondersteuning.

"Dus in ons geval waarbij het eigenlijk ja, een deel is van een pakket, een onderdeel van een pakket, dan gaat dat heel erg goed. Waarom het ook goed gaat is denk dat er zo ontzettend kort heen en weer geschakeld wordt tussen het hele team. Dus de Stevig Ouderschap verpleegkundige, die staat niet alleen. "

"Dus je moet af en toe met je problemen die je tegenkomt in andere gezinnen, is het fijn om af en toe je netwerk te kunnen aanspreken. En ik denk dat dat ook van meerwaarde is voor de jeugdverpleegkundigen ook zoals ik in gezinnen kom."

3.3.5. Onvoldoende aansluiting bij deel van de ouders

Hoewel zorgprofessionals aangeven dat Stevig Ouderschap, door de flexibele inzet, voor een groot deel van de gezinnen goed werkt aan, wordt ook aangegeven dat de ondersteuning voor de meest kwetsbare groep onvoldoende is. De aanwezige problematiek is voor de jeugdverpleegkundige te ingewikkeld, en Stevig Ouderschap is in dat geval hoogstens een aanvulling om vragen over de implicaties van het ouderschap te beantwoorden. Ook worden er door de zorgprofessionals vraagtekens geplaatst of het verstandig is om Stevig Ouderschap op te starten voor deze zeer kwetsbare groep, of dat er meteen een zwaardere interventie moet worden ingezet. Het kan namelijk schadelijk zijn voor het vertrouwen van het gezin in de hulpverlening als de Stevig Ouderschap verpleegkundige de problemen niet op kan lossen.

"En naast Stevig Ouderschap kan je nog steeds wel wat doen, maar er zijn ook gewoon gezinnen dat je zegt, 'dit is zo ernstig, daar moeten we gewoon geen Stevig Ouderschap voor aanvragen'."

"Stevig Ouderschap is geen behandeling, daar moeten we het misschien ook niet voor willen inzetten. Of moeten we onze samenwerking en insteek en elkaar informeren zeg maar, enorm gaan verbeteren om die groep die nu uitvalt kleiner te maken."

Belangrijk is dat de zorgprofessionals op dit moment niet weten wat een geschikt alternatief voor Stevig Ouderschap zou zijn. Ze geven aan geen goed beeld te hebben van wat er nog meer mogelijk is aan opvoedondersteuning in Den Haag. Daarmee blijft de vraag open of er een nieuw opvoedondersteuningsprogramma geïntroduceerd moet worden, of dat er reeds geschikte alternatieven zijn, maar de deelnemers daar onvoldoende kennis van hebben.

3.4 AFSLUITEN ONDERSTEUNING

3.4.1. Belangrijke rol ouders in afsluiten ondersteuning

Onderstaand worden drie redenen genoemd om de ondersteuning vanuit Stevig Ouderschap te beëindigen:

1. *Ouders staan steviger in hun schoenen:* ouders worden zekerder van hun ouderschap door begeleiding van de Stevig Ouderschap verpleegkundige. Het verschilt per gezin hoeveel huisbezoeken en contact er nodig is om dit te bereiken. Het komt echter voor dat ouders zich snel ontwikkelen en daarom de ondersteuning voortijdig afronden. In deze gevallen hebben de zorgprofessionals het idee dat de

interventie gebracht heeft wat het moest brengen.

2. *Ouders geven zelf aan niet verder te willen*: de zorgprofessionals geven aan dat zij bij bepaalde gezinnen al aan de start inschatten dat de ouders de hulp vroegtijdig zullen beëindigen. Bij andere gezinnen is dit minder makkelijk in te schatten, maar komt het ook regelmatig voor. Wanneer gezinnen zelf aangeven te willen stoppen is het in bijna alle gevallen mogelijk om met de ouders in gesprek te gaan over deze keuze. Vanwege het vrijwillige kader is het echter altijd aan de ouders om te beslissen of zij de ondersteuning doorzetten of niet. Het kan dat Stevig Ouderschap zijn doel niet heeft behaald, maar de ouders toch willen stoppen.

“Waar ik denk dat het nog regelmatig kan blijven liggen, is als het [de ondersteuning vanuit Stevig Ouderschap] vroegtijdig stopt. Dus de jeugdverpleegkundige die vindt eigenlijk dat het nog niet klaar is, maar het gezin wil niet verder.”

3. *Opschaling is nodig*: de problematiek en onzekerheid is in sommige gevallen dusdanig groot dat de begeleiding van alleen de jeugdverpleegkundige onvoldoende is. In dit geval wordt opgeschaald naar zwaardere hulp. Afhankelijk van de situatie en de inschatting loopt de begeleiding vanuit Stevig Ouderschap dan nog door naast de aanvullende hulpverlening, in andere gevallen wordt de ondersteuning vanuit Stevig Ouderschap volledig afgesloten.

Hoofdstuk 4: Conclusies en aanbevelingen

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in de vraag of het opvoedingsondersteuningsprogramma Stevig Ouderschap, in de ogen van zorgprofessionals, voldoende aansluit bij de zorgvraag van de (kwetsbare) doelgroepen in Den Haag. Via een focusgroep met zeven betrokken zorgprofessionals hebben we getracht hierin inzicht te verkrijgen. Hoewel er uit dit onderzoek veel interessante bevindingen naar voren zijn komen, moeten de conclusies en aanbevelingen met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd omdat 1) er slechts één focusgroep heeft plaatsgevonden, waardoor er relatief weinig verdieping en onderbouwing van de bevindingen plaats heeft kunnen vinden, en 2) het een groot en complex onderwerp betreft waarin veel verschillende factoren en actoren elkaar beïnvloeden. Er kan aan de hand van deze evaluatie geen uitspraken worden gedaan over causaliteit of (de richting van) effecten.

4.1 CONCLUSIES

Op basis van de bevindingen kunnen een aantal conclusies worden getrokken:

1. Het lijkt er op dat potentiële kwetsbare gezinnen voor Stevig Ouderschap voldoende worden gesignaleerd met de huidige screeningsinstrumenten. Wanneer deze gezinnen echter worden uitgenodigd voor deelname aan het programma, ziet een deel af van de ondersteuning. Het lijkt er op dat anderstaligen en zorgmijders zijn oververtegenwoordigd in de groep weigeraars. Dit zou in bepaalde gevallen voort kunnen komen uit onbegrip over de aard en inhoud van de ondersteuning.
2. Wegens de flexibele aard van Stevig Ouderschap lijkt de ondersteuning succesvol voor een grote groep kwetsbare gezinnen. Ook kan, indien nodig, de ondersteuning binnen Stevig Ouderschap worden verzaamd of geïntensiveerd, of kan worden opgeschaald naar andere zorgverleners, zoals een gezinscoach of YOUZ.
3. Voor een kleine groep lijkt de zorgbehoefte groter dan wat Stevig Ouderschap kan bieden, hoewel het lastig is te kwantificeren om hoeveel kwetsbare gezinnen het gaat. Er wordt bij deze gezinnen multiproblematiek aangetroffen op het gebied van financiën, psychiatrie en huisvesting. Zorgprofessionals geven aan soms toch te helpen of te ondersteunen uit angst "*het gezin kwijt te raken*", omdat het gezin mogelijk stopt met de ondersteuning wanneer er meer hulpverlening wordt ingeschakeld. Hierdoor ontstaat onzekerheid bij de jeugdverpleegkundige over de juiste manier van handelen. Voor bepaalde kwetsbare gezinnen in Den Haag zou van meet af aan iets zwaarders dan Stevig Ouderschap moeten worden ingezet. Het is voor zorgprofessionals op dit moment echter niet duidelijk of die interventie al beschikbaar is, of dat een nieuw ondersteuningsprogramma moet worden opgenomen in het aanbod.

4.2 AANBEVELINGEN

Op basis van deze conclusies zijn drie aanbevelingen geformuleerd waarop in de toekomst verdere ontwikkeling plaats zou kunnen vinden:

1. **Verken of de communicatie van zorginstanties richting kwetsbare zwangeren over de aard en inhoud van opvoedondersteuning voldoende helder is en aansluit bij de behoeften** Het kan zo zijn dat potentiële deelnemers voor Stevig Ouderschap, of voor hulp vanuit de overheid in het algemeen, door onbegrip over de

ondersteuning, voortkomend uit taal- of cultuurbarrières, hulp weigeren. Dit beeld wordt bevestigd in een onderzoek van het Kennisplatform Integratie & Samenleving. Hierin wordt gesproken over een mismatch tussen hulpaanbod en -vraag bij burgers met een migratieachtergrond door onbekendheid met het aanbod, schaamte om met problemen naar buiten te treden, cultuurverschillen (een andere probleemdefinitie), taalproblemen (angst voor miscommunicatie) en wanttrouwen tegenover professionals.⁶

Om te zorgen dat de juiste zorg bij de daarvoor bedoelde doelgroep komt, is het belangrijk dat mensen in elk geval weten wat de zorg inhoudt. Dit kan een eerste stap zijn om te zorgen dat kandidaten voor wie Stevig Ouderschap geschikt zou zijn, maar nu deelname weigeren, wel deelnemen.

2. **Onderzoek waar de samenwerking tussen zorgprofessionals bij Stevig Ouderschap beter kan** Er zijn vaak veel verschillende zorgprofessionals betrokken bij kwetsbare zwangeren of gezinnen. Zowel gedurende de ondersteuning, of wanneer informatie over het gezin wordt overdragen, is het van belang dat zorgprofessionals elkaar op de hoogte houden van ontwikkelingen of inzichten. Met behulp van deze informatie kunnen zorgprofessionals de kwetsbare gezinnen effectiever ondersteunen, omdat er overleg plaats kan vinden over moeilijke situaties of vragen. Hierdoor ontvangt het gezin betere zorg, wat het vertrouwen in de hulpverlening versterkt, en de kans op het vroegtijdig afbreken van de ondersteuning vanuit Stevig Ouderschap, verkleint. Een mogelijke oplossing voor dit probleem kan worden gezocht in het 1gezin-1plan-1regisseur principe zoals dat staat beschreven in de Jeugdwet.⁷ Dit zou echter slechts een gedeeltelijke oplossing zijn omdat op dit moment deze werkwijze alleen toepasbaar is voor organisaties die binnen het CJG werken, en niet voor eventuele overige betrokken instanties.
3. **Onderzoek of er momenteel in Den Haag zwaardere opvoedondersteuning beschikbaar is die beter aansluit bij de zorgbehoeftes van de meest kwetsbare gezinnen voor wie Stevig Ouderschap te licht is** Voor de groep zeer kwetsbare zwangeren met multiproblematiek lijkt Stevig Ouderschap te weinig ondersteuning te bieden. Het lijkt er momenteel op dat het voor de zorgprofessionals echter onduidelijk is of er in Den Haag ondersteuning is die meer geschikt zou zijn voor deze doelgroep. Er zou een routekaart kunnen worden opgesteld om meer inzicht te bieden in welke ondersteuning er momenteel beschikbaar is en in welke situatie aan het gezin gegeven zou kunnen worden. Daarnaast wordt tijdens het opstellen van deze routekaart duidelijk of de meer intensieve hulpverlening al beschikbaar is, of nog moet worden toegevoegd aan de reeds beschikbare assortiment opvoedondersteuningsprogramma's in Den Haag.

⁶ Bellaart, H. et al. (2018) Wijkteams voor álle doelgroepen effectief. Een diversiteitskader met praktische tips. Kennisplatform Integratie & Samenleving

⁷ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/jeugdhulp/jeugdhulp-bij-gemeenten>

BIJLAGE 1 VRAGENLIJST FOCUSGROEP

Korte introductie door de interviewer over het idee achter de focusgroep:

Elke ouder krijgt in Nederland ondersteuning vanuit jeugdgezondheidszorg. Maar in sommige gevallen kampen ouders met ingrijpende problematiek op het sociale, medische of financiële gebied. Dit wordt dan een (zeer) kwetsbare doelgroep genoemd. Als dit wordt geconstateerd door een verloskundige of jeugdverpleegkundige, kan het opvoedingsondersteuningsprogramma "Stevig Ouderschap" worden aangeboden aan een gezin, mits ouders daarvoor open staan. In deze focusgroep hebben we een aantal professionals plaats te laten nemen die bij Stevig Ouderschap in Den Haag zijn betrokken om van jullie te horen in welke gevallen of situaties Stevig Ouderschap in Den Haag goed werkt, en in welke gevallen er misschien ruimte is voor verbetering.

Korte introductie van de deelnemers

Vraag 1

Kun je kort 1) je naam noemen 2) je functie noemen 3) aangeven in welk deel van Den Haag je werkzaam bent 4) wat je betrokkenheid is bij Stevig Ouderschap.

Hebben we volgens jullie een representatief beeld van de zorgprofessionals die zich bezighouden met Stevig Ouderschap in Den Haag? Op welk stadsdeel is er nu minder zicht op?

We willen eerst even een algemeen overzicht proberen vast te stellen van hoe de ondersteuning vanuit Stevig Ouderschap ongeveer verloopt, en daarna wat dieper op de verschillende onderdelen ingaan.

Proces

Vraag 2

Zouden jullie, voor onze beeldvorming, ons kort door het proces heen kunnen praten vanaf het moment dat jullie een gezin signaleren dat voor Stevig Ouderschap in aanmerking komt, tot het moment dat de begeleiding gestopt wordt? Gaat om de globale lijn.

- 1) Hoe wordt besloten of een gezin / ouder in aanmerking komt voor Stevig Ouderschap;
- 2) Hoe wordt een ouder / gezin uitgenodigd voor Stevig Ouderschap; is het altijd Stevig Ouderschap?;
- 3) Hoe gaat de hulp daarna verder? Hoe ziet de hulpverlening er concreet uit?
- 4) Wanneer en hoe wordt er besloten om de ondersteuning af te sluiten?
- 5) Hoe lang bestaat de ondersteuning Stevig Ouderschap al in Den Haag

SO opstarten

Vraag 3:

Lukt het goed om te screenen wie in aanmerking komt voor Stevig Ouderschap? Hoe gaat dat? Waarom wel, niet? Op welke signalen letten jullie vooral?

Vraag 4:

Wat zijn redenen dat een gezin wél in aanmerking zou komen voor Stevig Ouderschap, maar toch niet meedoet? Zorgmijdend? Taalbarrière? Verstandelijke beperking? Verslaving?

Ondersteuning bieden vanuit Stevig Ouderschap

Vraag 5:

Als het gezin Stevig Ouderschap accepteert en de hulp opstart, hoe wordt dan bepaald welke hulp in het gezin nodig is? Ligt dat vast in een protocol? Hoeveel ruimte is er om zelf invulling te geven?

Vraag 6:

Kan er op voorhand goed worden ingeschat wat een gezin of ouder aan ondersteuning nodig heeft? Aan de hand waarvan merken jullie dat een gezin meer of minder hulp nodig heeft? Als de inschatting niet klopt, waar lag dat dan aan? Wat mis je nog om dat beter te kunnen doen? Is er voldoende informatie beschikbaar om deze afweging te maken?

Vraag 7:

Wanneer blijkt dat er minder hulp nodig is (niet alle huisbezoeken zijn nodig), waar ligt dat dan meestal aan? Hoe vaak komt dit ongeveer voor? Is er een lichtere variant van ondersteuning beschikbaar in Den Haag die misschien beter had gepast bij de hulpvraag van het gezin?

Vraag 8:

Wanneer blijkt dat er meer hulp nodig is dan dat geboden kan worden Stevig Ouderschap, is er nu dan een mogelijkheid om dit te escaleren naar een zwaardere interventie? Zo niet, kunnen er dan ergens zorgen worden gemeld omtrent het gezin (Veilig Thuis, wijkagent, huisarts?)?

Vraag 9:

Wat ontbrak er dan in de ondersteuning als bleek dat meer hulp nodig was? Wat waren de behoeftes waarop onvoldoende goed kon worden ondersteund? Tijd? Middelen? Onvoldoende kennis over de problematiek? Afstemming met andere partijen?

Vraag 10:

Hoe zou in dat geval de perfecte ondersteuning er uit hebben gezien?

Vraag 11:

Zien jullie een patroon of kenmerken in welke gevallen Stevig Ouderschap niet goed aansloot bij de behoeftes van het gezin / ouders, met name wanneer meer hulp nodig was? Waar zat hem dat in? Aan welke behoeftes kon onvoldoende worden voldaan?

Vraag 12:

Hoe vaak kwam het het afgelopen jaar ongeveer voor dat jullie merkten dat Stevig Ouderschap onvoldoende aansloot bij de zorgbehoeftes, en dus dat Stevig Ouderschap niet voldoende ondersteuning kon bieden en eigenlijk zwaardere ondersteuning nodig was geweest? 1x? 5x? 10x? Hoeveel procent van de casussen?

Afsluiting van Stevig Ouderschap

Vraag 13:

Als er wordt besloten om af te sluiten, is dat altijd een wederzijds besluit? Kan het ook dat mensen meer ondersteuning vragen, maar dat het niet beschikbaar is? Is er vervolgondersteuning beschikbaar als de uren voor Stevig Ouderschap op zijn?

Vraag 14:

Of omgekeerde; professional wil door, maar gezin wil niet? Hoe vaak komt dat voor? Kunnen de zorgen voor het gezin dan ergens worden gedeeld zodat zij wel in beeld blijven? Veilig Thuis, wijkagent, huisarts?

Afsluitende vragen:

Vraag 15:

Wat vinden jullie, als zorgprofessionals, samenvattend, van het opvoedingsondersteuningsprogramma Stevig Ouderschap? Helpt het de (meest) kwetsbare gezinnen in Den Haag? Biedt het wat er nodig is? Hebben jullie als zorgprofessionals alles wat nodig (denk ook aan middelen, apparatuur, opleiding, tijd) is om Stevig Ouderschap zo goed mogelijk uit te voeren?

Vraag 16:

Is er iets wat we nog niet hebben besproken over Stevig Ouderschap, of andere opvoedingsinterventies of ondersteuning in Den Haag, maar wat jullie nog wel willen melden of kwijt willen?

Colofon

Dit rapport is een uitgave van:

GGD Haaglanden
Productgroep Epidemiologie en Gezondheidsbevordering
Afdeling Epidemiologie
Postbus 16130
2500 BC Den Haag
Tel: 070-353 7266
E-mail: niels.gerrits@ggdhaaglanden.nl

Overname van gegevens is toegestaan, mits voorzien van duidelijke bronvermelding

Auteurs:

Niels Gerrits
Robine Maat
Irene van der Meer

Den Haag, maart 2021

BEZOEKADRESSEN

Westeinde 128
2512 HE Den Haag

Reinier de Graafweg 5
2625 AD Delft

Croesinckplein 24-26
2722 EA Zoetermeer

POSTADRES

Postbus 16130
2500 BC Den Haag

info@ggdhaaglanden.nl
T (088) 355 01 00

www.ggdhaaglanden.nl