Ondersteuning van ouders in een kwetsbare positie binnen de eerste 1000 dagen van het kind in de Gemeente Asten

Thesis Youth, Education and Society

(Cursuscode 201600407)

Collegejaar 2021-2022

Universiteit Utrecht

Naam: Marijke van Hintum

Studentnummer: 4185404

Begeleider: Martine Broekhuizen

Datum: 9 maart 2022

Abstract

In 2018, the Kansrijke Start action programme was established. This action programme focuses on supporting parents and children in a vulnerable situation before, during and after pregnancy up to and including the first two years of the child's life (the first 1000 days of the child). The municipality of Asten has set up the Lokale Coalitie Kansrijke Start Asten (LCKSA) for this purpose. The municipality expressed the need to investigate what works well within the current care network, what can be strengthened and how. To this end, semi-structured interviews were conducted with nine professionals. The data from the interviews was analysed by thematic analysis. The following themes emerged from the literature (deductive) and the interviews (inductive): cooperation between professionals, (early) identification of risk and protective factors, the identification and care map, the Social Team, easy accessibility of professionals and communication with parents. For these themes, an analysis was made of what works, what can be strengthened and how this could be done. The key points to take from this are: 1. Aligning expectations between professionals. 2. Repetition of knowledge and expertise regarding risk and protective factors. 3. A more visible identification and care map. 4. One point of contact for professionals. 5. Taking the professional's request for help as the guiding principle. 6. Offering additional, accessible support from the JGZ. 7. Strengthen communication with low-literates. If this is done, the support of parents in a vulnerable position within the first 1000 days of the child's life can be further strengthened.

Key words: Kansrijke Start, preventive parental support, vulnerable situation.

Samenvatting

In 2018 is het actieprogramma Kansrijke Start opgezet. Dit actieprogramma richt zich op het ondersteunen van ouders en kinderen in een kwetsbare situatie vóór, tijdens en na de zwangerschap tot en met de eerste twee levensjaren van het kind (de eerste 1000 dagen van het kind). De gemeente Asten heeft hiervoor de Lokale Coalitie Kansrijke Start Asten (LCKSA) opgezet. Vanuit de gemeente is de behoefte uitgesproken om te onderzoeken wat er binnen het huidige zorgnetwerk goed werkt, wat er versterkt kan worden en hoe dit versterkt kan worden. Hiervoor zijn semigestructureerde interviews afgenomen met 9 professionals. De data van de interviews is op basis van een thematische analyse geanalyseerd. Vanuit de literatuur (deductief) en de interviews (inductief) zijn de volgende thema’s naar voren gekomen: samenwerking tussen professionals, (vroeg)signaleren van risico- en beschermende factoren, de signalerings- en zorgkaart, het Sociaal Team, laagdrempeligheid van professionals en communicatie met ouders. Voor deze thema’s is geanalyseerd wat werkt, wat

versterkt kan worden en hoe dit versterkt zou kunnen worden. De kernpunten om hiervan mee te nemen zijn: 1. Afstemmen van verwachtingen tussen professionals. 2. Herhaling van kennis en expertise omtrent risico- en beschermende factoren. 3. De signalerings- en zorgkaart meer zichtbaar maken. 4. Één aanspreekpunt voor professionals. 5. De hulpvraag van de professional als leidend nemen. 6. Extra laagdrempelige ondersteuning bieden vanuit de JGZ. 7. Communicatie met laaggeletterden versterken. Wanneer hier op wordt ingezet kan de ondersteuning van ouders in een kwetsbare positie binnen de eerste 1000 dagen van het kind verder worden versterkt.

Key words: Kansrijke Start, preventieve ouder ondersteuning, kwetsbare situatie.

Introductie

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (ministerie van VWS) heeft in 2018 het actieprogramma Kansrijke Start opgezet (RIVM, z.d.). Dit actieprogramma richt zich op ouders en kinderen in een kwetsbare situatie vóór, tijdens en na de zwangerschap tot en met de eerste twee levensjaren van het kind. Deze periode wordt de eerste 1000 dagen van het leven van een kind genoemd. Het doel van dit actieprogramma is om kinderen die geboren worden in een kwetsbare situatie een betere start te bieden. Dit hopen zij onder andere te bereiken door kwetsbare (toekomstige) ouders beter te ondersteunen tijdens de zwangerschap en het jonge ouderschap. Hiervoor is het belangrijk dat professionals in staat zijn om problemen tijdig te signaleren bij kwetsbare gezinnen, zodat deze gezinnen eerder de juiste zorg kunnen ontvangen.

Naar aanleiding van het landelijke actieprogramma Kansrijke Start, heeft de gemeente Asten in december 2021 de Lokale Coalitie Kansrijke Start Asten (LCKSA) opgezet. Hierbij zijn onder andere de verloskundigen, de jeugdgezondheidszorg en het Sociaal Team Asten betrokken. Hiervoor heeft de gemeente zelf een organisatiestructuur bedacht (zie bijlage 1) en een signaleringskaart gemaakt (zie bijlage 2). De zorgstructuur van de gemeente Asten, waar professionals bijvoorbeeld terecht kunnen met doorverwijzingen, is niet gewijzigd naar aanleiding van de nieuwe coalitie. De structuur is wel opnieuw in beeld gebracht, omdat deze niet voor iedereen helder bleek te zijn. Deze organisatie- en zorgstructuur en signaleringskaart bieden een zorgnetwerk waarbinnen professionals de juiste instanties kunnen vinden voor passende zorg.

Vanwege het recent opzetten van de LCKSA, is er nog geen onderzoek gedaan naar de effectiviteit van deze organisatiestructuur voor de professionals. Vanuit de gemeente is de behoefte uitgesproken om te onderzoeken of deze structuur passend is, de juiste zorg op het juiste moment biedt en of de professionals binnen deze structuur daarvoor ook over de juiste middelen beschikken. Het doel van dit onderzoek is, om naar aanleiding van de ervaringen van professionals in de gemeente Asten die werken rondom (toekomstige) ouders, inzicht te bieden in wat er op dit moment binnen het huidige zorgnetwerk goed werkt, wat er versterkt kan worden en hoe dit versterkt kan worden. Het meenemen van professionals als stakeholder is volgens de stakeholders theorie van belang om een bepaald doel van een organisatie en de uitvoering hiervan, te kunnen laten slagen, ook op de langere termijn (Freeman, 1984; Albasu & Nyameh, 2017).

Naast directe implicaties voor de Gemeente Asten, geeft het huidige onderzoek inzichten voor hoe het Actieprogramma Kansrijke Start in een lokale coalitie

geïmplementeerd kan worden in een kleine gemeente. Deze inzichten kunnen belangrijke informatie opleveren en als voorbeeld dienen voor andere (kleine) gemeentes die het actieprogramma ook willen implementeren.

In de hierop volgende secties zal eerst het belang van vroegtijdige interventie besproken worden. Vervolgens wordt ingegaan op risico- en beschermende factoren aan de hand van het bio-ecologisch model van Bronfenbrenner (Bronfenbrenner & Ceci, 1994) en het balansmodel (Bakker, Bakker, Van Dijke & Terpstra, 1998) en meer specifiek de ouder-kind relatie. Tot slot wordt dieper ingegaan op de specifieke situatie van de gemeente Asten en worden de onderzoeksvragen gepresenteerd.

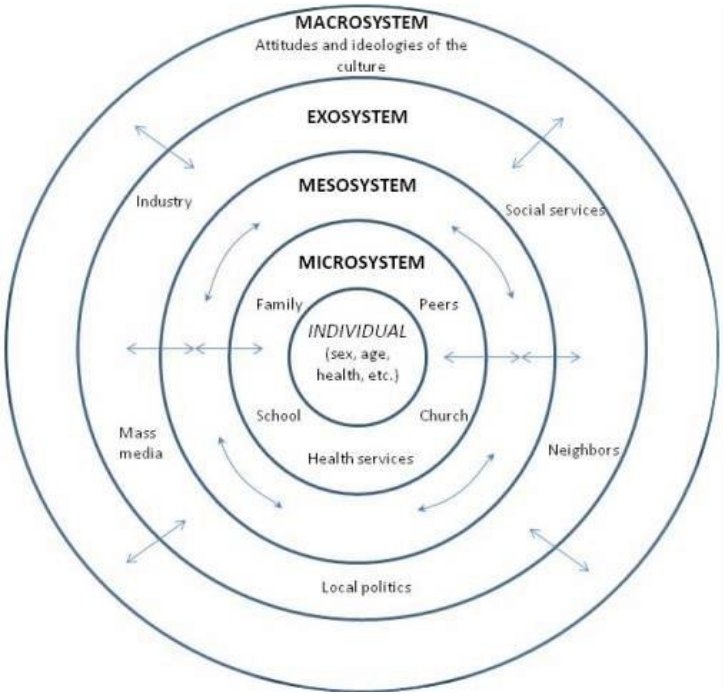
Vroegtijdige interventie

Vroegtijdige interventie, zoals gefaciliteerd wordt via Kansrijke Start, is een term die verwijst naar een breed scala aan activiteiten die zijn ontworpen om de ontwikkeling van een jong kind te verbeteren (Ramey & Ramey, 1998). Idealiter begint vroegtijdige interventie met een uitgebreide beoordeling van de sterke kanten en de behoeften van het kind en het gezin, en strekt zich uit van het bieden van passende ondersteuning en diensten tot actieve monitoring en herevaluatie naarmate het kind zich ontwikkelt. In de praktijk is er een enorme variatie in wat vroegtijdige interventie inhoudt. De wetenschappelijke en praktische literatuur over vroegtijdige interventie maakt onderscheid tussen twee verschillende aanpakken op basis van de deelnemers aan het programma: kinderen die verhoogd risico lopen op slechte ontwikkelingsresultaten versus kinderen met vastgestelde ontwikkelingsstoornissen of ontwikkelingsachterstanden (Ramey & Ramey, 1992). De programma's gericht op risicogroepen worden vaak gezien als preventieve interventies.

Uit verschillende onderzoeken is naar voren gekomen dat preventieve interventies gericht op ouders van een jong kind, of het jonge kind zelf, effectiever zijn dan interventies op latere leeftijd (Carneiro & Heckman, 2003; Nores & Barnett, 2010; Tremblay, 2006). Tevens levert investeren in preventie op de lange termijn economische en maatschappelijke voordelen op (Heckman, 2008). Zeer vroegtijdig ingrijpen op de ontwikkeling van het kind kan al voorafgaand aan de geboorte, bijvoorbeeld via huisbezoeken bij risicogezinnen door professionals om ouders te ondersteunen. De eerste 1000 dagen van een kind zijn cruciaal voor een goede ontwikkeling en de gezondheid, ook op volwassen leeftijd (Rooseboom, 2018; Nederland Centrum Jeugdgezondheid, 2017; Gezondheidsraad, 2018a). De positieve economische, sociale en gezondheidseffecten van preventieve interventies wordt door verschillende Nederlandse rapportages bevestigd (Wolff, 2014; Doorten & Rouw, 2006; Posthumus, 2009; Verwey Jonker Instituut, 2012).

Risico- en beschermende factoren

Een model om risico- en beschermende factoren rondom het kind te analyseren is het bio-ecologisch model van Bronfenbrenner (Bronfenbrenner & Ceci, 1994) en het daarop voortbordurende balansmodel (Bakker, Bakker, Van Dijke & Terpstra, 1998). Wanneer en of er gesproken wordt van een kwetsbare situatie hangt af van deze risico- en beschermende factoren. Factoren die in kwetsbare situaties een rol kunnen spelen zijn onder te verdelen in verschillende levensdomeinen zoals gezinssituatie, communicatievaardigheden, informele steunnetwerken, hechting en ouderschap en financiële situatie (Mejdoubi, 2015; van Rooijen, 2013; van Rooijen, 2021). Het is belangrijk om als professional deze factoren te kunnen signaleren (Ministerie van VWS, 2018). Dit is in lijn met het bio-ecologische model van Bronfenbrenner. Deze theorie stelt dat de ontwikkeling van kinderen plaatsvindt in verschillende domeinen waarin het kind zich bevindt, waarbij de interactie tussen deze domeinen van belang is (Bronfenbrenner & Ceci, 1994). Het bio-ecologisch model maakt onderscheid tussen vier verschillende systemen, zie figuur 1.



Figuur 1 Bio-ecologisch model Bronfenbrenner
Noot: Overgenomen uit Bronfenbrenner's Bioecological Theory Revision: Moving Culture From the Macro Into the Micro, door Vélez-Agosto N.M., Soto-Crespo J.G., Vizcarrondo-Oppenheimer, M., Vega-Moline, S., & García Coll, C., 2017, Perspectives on Psychological Science, 900-910, p. 902

Het eerste systeem, het microsysteem, omvat de meest directe factoren rondom het kind, zoals het gezin, de opvang en schoolcontext. Daarna volgt het mesosysteem, dit draait om de interactie tussen de verschillende microsystemen, zoals de relatie tussen ouders, familie

en vrienden en hoe deze samen in relatie staan tot het kind. Vervolgens komt het exosysteem, dit betreft zaken waar het kind zelf geen invloed op heeft, maar die wel directe invloed op hem hebben, zoals het werk van ouders. Tot slot het macrosysteem, deze heeft betrekking op de maatschappij en cultuur, inclusief bijbehorende normen en waarden, waarin het kind zich bevindt. De kans op een ongunstige ontwikkeling van het kind wordt groter naarmate zich risicofactoren voordoen op één of meer van deze domeinen/systemen.

Het bio-ecologisch model van Bronfenbrenner is vooral een analytisch model, welke helpt om te beoordelen waar de risico- en beschermende factoren zitten en voorkomt dat er factoren gemist worden (Bronfenbrenner, 2000; Belsky, 1980). Risicofactoren zoals slechte voeding, stress, rokende ouders en mishandeling hebben bijvoorbeeld direct invloed op de ontwikkeling van het kind en kunnen leiden tot grote gezondheidsverschillen tussen kinderen, ook op latere leeftijd (Roseboom, 2018; Barker, 2007). Het ervaren van stress tijdens de zwangerschap kan zelfs de hersenontwikkeling van het ongeboren kind negatief beïnvloeden (Franklin, 2010). Deze gezondheidsverschillen komen dus voort vanuit de directe omstandigheden waarin kinderen opgroeien en ontwikkelen en niet vanuit het kind zelf.

Niet alleen de aanwezigheid van risicofactoren maar ook het gebrek aan beschermende factoren spelen een belangrijke rol bij de ontwikkeling van het kind (Waelput et al., 2017). Beschermende factoren kunnen de negatieve invloed van risicofactoren verminderen. Beschermende factoren bij ouders zijn bijvoorbeeld de sociale steun vanuit de omgeving, een goede gezondheid, stabiele gezinssituatie en weinig ervaren stress (NCJ, 2021).

Het balansmodel (Bakker, Bakker, Van Dijke & Terpstra, 1998) geeft een overzicht van de verschillende risico- en beschermende factoren die een rol kunnen spelen binnen de systemen van Bronfenbrenner. Dit balansmodel geeft een beeld van het samenspel van deze factoren op de verschillende domeinen, waarbij de begrippen draaglast en draagkracht centraal staan. Draaglast is de totale belasting die iemand ervaart op alle domeinen in zijn leven. Hier vindt men de risicofactoren. Draagkracht daarentegen, is de belastbaarheid waartoe iemand in staat is. Draagkracht wordt versterkt door beschermende factoren. Wanneer de draaglast van iemand groter is dan de draagkracht kunnen er problemen ontstaan. Op basis van het balansmodel en bijbehorende draagkracht-draaglast analyse, kan men inzicht krijgen in de (gezins)situatie en eventuele passende ondersteuning bepalen.

Ouder-kindrelatie

De ouder-kindrelatie zou een van de belangrijkste beschermende en tegelijkertijd een van de belangrijkste risicofactoren kunnen zijn wanneer kinderen opgroeien in een kwetsbare situatie (Gezondheidsraad, 2018a; Roseboom, 2018; Barker, 2007). De Gezondheidsraad

heeft onderzoek gedaan naar het versterken van de ouder-kindrelatie met behulp van interventies en of dit het kind zou beschermen tegen negatieve jeugdervaringen. Om dit te beoordelen heeft de commissie van de Gezondheidsraad verschillende reviews en meta-analyses geraadpleegd, gericht op interventies die ouderlijke sensitiviteit verhogen, verbetering van de gehechtheid en het voorkomen van kindermishandeling (Gezondheidsraad, 2018b). Op basis van dit literatuuronderzoek is geconcludeerd dat interventies positief kunnen bijdragen aan ouderlijke sensitiviteit wat op zijn beurt de gehechtheidsrelatie van het kind kan versterken, zodoende ook de ouder-kindrelatie (Gezondheidsraad, 2018a). Deze positieve bevindingen zijn echter niet gevonden voor de algehele populatie maar vooral bij gezinnen waar al meerdere risicofactoren aanwezig zijn. Om die reden heeft de Gezondheidsraad het advies gegeven om niet standaard aan alle ouders in Nederland interventies aan te bieden, maar te richten op gezinnen waar risicofactoren aanwezig zijn en ouders die problemen ondervinden in de relatie met hun kind. Hiervoor is het belangrijk om een inschatting te maken van de hulpbehoefte van deze gezinnen, zodat zij tijdig de juiste ondersteuning ontvangen. Hierbij kunnen het bio-ecologisch model van Bronfebrenner en het balansmodel waardevol zijn.

Het ministerie van VWS (2018) heeft geconstateerd dat momenteel niet alle kwetsbare ouders van jonge kinderen en kwetsbare zwangere vrouwen gesignaleerd worden door professionals. Hierdoor kunnen zij de nodige ondersteuning niet ontvangen. Daarnaast hebben veel professionals moeite met het doorverwijzen naar de juiste zorgaanbieder die passende hulp kan bieden (Ministerie van VWS, 2018). Tijdig signaleren en goed doorverwijzen kunnen bijdragen aan het voorkomen van (toekomstige) problemen bij kinderen en hun ouders, zoals ook beschreven in de theorie over het belang van vroege interventie (Ramey & Ramey, 1998). Om dit proces goed te laten verlopen is de faciliterende rol van de gemeente van groot belang, bijvoorbeeld voor de koppeling van het medische en sociale domein.

Lokale context en onderzoeksvragen

De gemeente Asten bestaat uit drie dorpen in de provincie Noord-Brabant, te weten Asten, Heusden en Ommel. De gemeente heeft in 2022 een totaal inwonersaantal van 17.068 personen. Dit valt onder de definitie van een kleine gemeente (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2021). In de gemeentelijke basisadministratie persoonsgegevens (GBA) van de gemeente Asten staan per 8 maart 2022 187 jongens en 189 meisjes (totaal 376) in de leeftijdscategorie tussen de 0 en 2 jaar oud ingeschreven.

Op sommige statistieken scoort de gemeente Asten beter dan het landelijk gemiddelde (op basis van gegevens van het CBS (2019), de Vereniging van Nederlandse Gemeenten

(VNG) (2021) en de GGD Brabant-Zuidoost (2017)). In de gemeente Asten zijn bijvoorbeeld 130,9 per 1000 geboortes een vroeggeboorte en/of heeft een kind een te laag geboortegewicht, terwijl dit gemiddeld in Nederland 154,7 op de 1000 is. Daarnaast heeft tussen de 7,0 en 8,5% van de huishoudens in de gemeente Asten moeite met rondkomen op basis van hun inkomen, gemiddeld is dit 12%. Van de huishoudens zijn 5% eenoudergezinnen, gemiddeld is dit 7,4%. 11 tot 13% van de bevolking in Asten heeft te maken met laaggeletterdheid, gemiddeld is dit 18%. Ondanks dat de Gemeente Asten boven het landelijke gemiddelde scoort qua aantallen vroeggeboortes, huishoudens die moeite hebben met rondkomen en eenoudergezinnen, blijven zij ernaar streven om de zorg en ondersteuning voor ouders en kinderen waar mogelijk nog beter te kunnen vormgeven. De gemeente Asten wil op basis van het huidige onderzoek bekijken hoe de ondersteuning van ouders binnen de eerste 1000 dagen van het kind versterkt kan worden. Daarvoor is meer onderzoek nodig naar de specifieke behoeftes die de professionals hebben die direct met deze doelgroep werken, denk hierbij aan verloskundigen en het consultatiebureau. Daarnaast is het belangrijk om de huidige procedure in de gemeente Asten te bekijken en om in kaart te brengen waar de professionals al tevreden over zijn met betrekking tot deze structuur en de ondersteuning die de professionals kunnen bieden.

Om te kunnen analyseren waar de behoeftes liggen en hoe de huidige ondersteuning van de professionals verloopt is het volgende onderzoeksdoel opgesteld: Hoe ervaren professionals in de Gemeente Asten de ondersteuning van ouders in een kwetsbare positie binnen de eerste 1000 dagen van het kind, en hoe zou deze ondersteuning verder versterkt kunnen worden? Dit doel is vertaald in twee onderzoeksvragen:

1. Wat werkt volgens professionals goed en minder goed in de ondersteuning van ouders in een kwetsbare positie binnen de eerste 1000 dagen van het kind?
2. Op welke vlakken is het volgens professionals nodig om de ondersteuning van ouders in een kwetsbare positie binnen de eerste 1000 dagen van het kind te versterken en hoe zou deze versterking van de ondersteuning er uit moeten zien?

Methode

Design en procedure

Om de ervaringen van professionals in de gemeente Asten rondom de ondersteuning van ouders in een kwetsbare positie binnen de eerste 1000 dagen van het kind in kaart te brengen, en hoe deze ondersteuning versterkt zou kunnen worden, is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Hiervoor zijn semigestructureerde interviews afgenomen bij verschillende professionals die werkzaam zijn rondom de eerste 1000 dagen van het kind

binnen de gemeente Asten in april en mei 2022. Bij een semigestructureerd interview staat enkel het thema van het interview vasts, evenals een aantal vooropgestelde vragen maar bestaat de mogelijkheid om door te vragen bij interessante antwoorden of opmerkingen en kan er van de vooropgestelde interviewleidraad worden afgeweken.

De participanten voor het onderzoek zijn geworven middels connecties van de gemeente Asten en de LCKSA. De interviews zijn zowel online via Microsoft Teams als fysiek op een locatie naar keuze van de participant afgenomen en duurden 30 à 40 minuten. Voorafgaand aan het interview zijn het doel, de procedure en thema's van het interview besproken en uitgelegd aan de participanten en hebben zij schriftelijk of mondeling toestemming gegeven voor deelname aan het onderzoek en opname van het interview. Ter bevordering van de betrouwbaarheid van de resultaten zijn de interviews op dezelfde wijze afgenomen (Creswell, 2003).

Participanten

Zoals in de inleiding benoemd, zijn de participanten die hebben deelgenomen aan dit onderzoek verschillende professionals werkzaam binnen de gemeente Asten. Zij hebben allen binnen hun professie direct te maken met zwangere vrouwen en/of ouders van een kind tot de leeftijd van 2 jaar. Dit is tevens het inclusiecriterium waaraan de participanten moesten voldoen. Op wat voor manier zij werken met de doelgroep is divers. Hier is bewust voor gekozen om vanuit verschillende invalshoeken een beeld te krijgen van de situatie omtrent deze ondersteuning binnen de gemeente Asten. Dit verhoogt de interne validiteit van het onderzoek (Ritchie & Lewis, 2003). De participanten zijn geworven middels connecties van de gemeente en de LCKSA en middels een doelbewuste sampling procedure benaderd via een e-mail met een uitnodiging voor het interview. Er is voor deze manier van steekproeftrekken gekozen om de participanten goed te kunnen afstemmen op het onderzoek, dit verhoogt de betrouwbaarheid (Campbell et all., 2020). In totaal zijn er 17 professionals gelokaliseerd waarvan het interessant zou kunnen zijn deze te spreken. Hiervan hebben er negen ingestemd met het interview. De overige acht hadden geen tijd, hebben niet gereageerd, of hadden al iemand die hun professie vertegenwoordigde in dit onderzoek. Deze participanten zijn werkzaam als jeugdverpleegkundige, gezins- en jongerencoach, jeugdarts, logopediste, maatschappelijk werker, verloskundige, gezondheidsmakelaar, kraamverzorgster en manager van een kinderdagverblijf.

Meetinstrumenten

Het semigestructureerde interview bevatte verschillende open vragen en relevante thema's om te bespreken met de respondent, zie bijlage 3. De interviewleidraad is een

specificering van de onderzoeksvragen. In het interview stond centraal wat er goed gaat volgens de professionals, wat er versterkt kan worden en hoe dit versterkt kan worden.
De volgende thema's zijn vooropgesteld om te bespreken met de participant: signaleren, risico- en beschermende factoren, doorverwijzen, de signalerings- en zorgkaart en samenwerking partners. Deze thema's komen voort uit het literatuuronderzoek gepresenteerd in de inleiding. Bij semi-gestructureerde interviews bestaat de mogelijkheid om van de vooropgestelde thema's af te wijken. Dit verhoogt de validiteit van de interviews doordat respondenten de mogelijkheid hebben om informatie te kunnen aandragen die zij als relevant beschouwen (Brugha, Bebbington & Jenkins, 1999; Ritchie & Lewis, 2003). Voor de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek was het belangrijk dat de hiervoor genoemde centrale concepten voor de participanten helder waren zodat zij wisten waar zij op reflecteerden en antwoord op gaven. Wanneer nodig heeft de onderzoeker de centrale concepten toegelicht.

Analyseplan

Zoals eerder beschreven, is de data verzameld door middel van semigestructureerde interviews. De data van de interviews is op basis van een thematische analyse geanalyseerd. Hiervoor zijn de interviews getranscribeerd en open, axiaal en selectief gecodeerd met behulp van het programma Nvivo (Boeije, 2010). Voor het open coderen zijn labels aan verschillende tekstfragmenten uit de interviews toegevoegd die vervolgens bij het axiaal coderen gegroepeerd zijn in thema's. Tot slot zijn deze codes vergeleken en zijn er relaties gelegd tussen deze codes bij het selectief coderen en is een selectie gemaakt van codes die relevant zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag (Kendall,1999). Zie bijlage 4 voor het codeerschema met twee voorbeelden per thema. Voor de analyse van de interviews is zowel een deductieve als inductieve benadering toegepast. Dit betekent dat bepaalde thema's voorafgaand aan het interview zijn opgesteld maar dat er tijdens het interview ook andere thema's naar voren zouden kunnen komen.

Aan de hand van de uiteindelijke thema's wordt beoogd om de ervaringen van professionals in de gemeente Asten omtrent de ondersteuning van ouders binnen de eerste 1000 dagen van het kind in kaart te brengen, met de focus op wat er goed gaat binnen deze geboden ondersteuning, wat er versterkt kan worden en hoe. Hiermee wordt antwoord gegeven op de onderzoekvragen.

Resultaten

In deze sectie worden de bevindingen gepresenteerd aan de hand van de thema's die bij de interviews naar voren zijn gekomen. Zoals eerder benoemd, is er gebruik gemaakt van

zowel deductieve als inductieve methoden om tot de thema's te komen. Vanuit de interviewleidraad zijn de volgende thema's gebruikt om deductief te coderen: samenwerking tussen professionals, (vroeg)signaleren van risico- en beschermende factoren, de signalerings- en zorgkaart en het Sociaal Team. Daarnaast zijn uit de open coderingsfase de thema's laagdrempeligheid van professionals en communicatie met ouders inductief vanuit de data naar voren gekomen. Om de onderzoeksvragen te beantwoorden wordt voor elk van de thema's bekeken wat er goed gaat binnen de geboden ondersteuning omtrent dit thema (positief) en wat er minder goed gaat en/of beter zou kunnen (negatief). Tot slot wordt gekeken naar wat de professionals aangeven te missen binnen het bieden van de ondersteuning en hoe dit eventueel versterkt zou kunnen worden.

Samenwerking professionals

Positieve punten omtrent de samenwerking tussen professionals. Uit de interviews is gebleken dat alle respondenten overwegend positief zijn over de samenwerking met ketenpartners binnen de gemeente Asten. Respondent 6 zegt hierover: *"Dat we op zich heel tevreden zijn, en dat de (……) nu ook wat meer betrokken zijn, dat is ook wel fijn. Ja, dus op zich de samenwerking gaat eigenlijk heel goed."* Tevens hebben een aantal respondenten specifiek de samenwerking in de LCKSA in positieve zin benoemd. Door deze coalitie wordt de samenwerking bevorderd. Ook werd een aantal keren benoemd dat de professionals de lijntjes naar ketenpartners kort vinden en dat ze hun collega's weten te vinden waar nodig, wat beide als positief wordt ervaren. Respondent 7 zegt hierover: *"Het voelt heel benaderbaar. Ik had ook al bij die laatste bijeenkomst (...) achteraf ook nog even contact met een van de partners. Ja, dat zijn dingen die dan ontstaan uit zo'n bijeenkomst, dus is heel mooi."*

Negatieve punten omtrent de samenwerking tussen professionals. Ondanks de positieve ervaringen omtrent de samenwerking tussen de professionals, is er ook een punt benoemd wat minder goed loopt. Zo is het voor sommige professionals soms onduidelijk wie er allemaal betrokken zijn bij een gezin. Respondent 1 zegt hierover: *"We weten soms van elkaar niet dat iemand van (ketenpartner) inzit. Dat zouden wij wel moeten weten. Maar ook dat ouders weten van goh, we hebben een samenwerkingsverband, waar andere partners ook bij betrokken zijn enzo."* Deze onduidelijkheid zorgt voor verwarring bij de professionals en komt de samenwerking niet ten goede.

Wat kan er versterkt worden omtrent de samenwerking en hoe? Verschillende professionals geven aan dat het belangrijk is voor de samenwerking om elkaar te leren kennen en goed te communiceren. Hierbij is het belangrijk om de verwachtingen van verschillende

professionals wederzijds duidelijk te stellen en af te stemmen op elkaar. Het kan bevorderlijk zijn om goed samen te werken met professional(s) die al betrokken zijn bij een gezin, die kennen de situatie al en hebben vaak vertrouwen opgebouwd met de ouder. Ook wordt duidelijke terugkoppeling naar ketenpartners over wat er gaat gebeuren of gebeurd is binnen een gezin belangrijk gevonden na een doorverwijzing . Respondent 5 zegt: *"Als we elkaar kennen en van elkaar weten wat we doen, wat we kunnen, hoop ik dat ja, dat dat een beetje beter gaat lopen."* Ook zou de kraamzorg en maatschappelijk werk meer betrokken kunnen worden wanneer er iets speelt binnen een gezin. Deze lijken soms gepasseerd of vergeten te worden. Het zichtbaar maken van alle ketenpartners is daarvoor belangrijk. Tevens is er aangegeven dat een vergoeding wenselijk is voor de tijd die professionals besteden aan integrale overleggen en samenwerking. Dit gebeurt nu niet standaard, wat de samenwerking belemmert.

(Vroeg)Signaleren

Positieve punten omtrent het signaleren van professionals. Het belang van vroeg signaleren is door verschillende professionals benoemd. Zo zei respondent 4: *"Volgens mij ligt hier een basis voor heel veel problemen of voorkomen van problemen bij jonge gezinnen."* De meeste professionals geven aan kennis te hebben van risico- en beschermende factoren en achten zichzelf in staat om deze te kunnen signaleren bij gezinnen die zij tegenkomen. Respondent 2 zei hierover: *"Ik denk dat het bewust zijn van heel veel risicofactoren er wel is bij heel veel professionals."* Wel benoemen enkele professionals verschillen in kwaliteit van iemands signaleren, dit is volgens hen bijvoorbeeld afhankelijk van hoeveel ervaring een persoon heeft in het werkveld. Respondent 2 zei hierover: *"Afhankelijk van hoeveel expertise, hoelang je al werkervaring hebt en hoeveel feeling je hebt voor risico zorg (...)dat maakt denk ik wel uit of het gesignaleerd wordt."*

Negatieve punten omtrent het signaleren van professionals. Ondanks de positieve ideeën over het zelf kunnen signaleren, benoemde sommige respondenten hier ook belemmeringen. Ook twijfelden verschillende professionals er aan of er daadwerkelijk gehandeld wordt wanneer problemen zijn gesignaleerd bij een ouder of gezin. Respondent 2 zei bijvoorbeeld: *"Ik denk dat er een hoop wel gesignaleerd wordt maar dat de stap naar signaleren van "hier is mogelijk iets" en "het is echt iets" en "ik moet er iets mee gaan doen", dat daar de meeste verbetering zit."* Ook heeft niet elke professional er vertrouwen in dat andere zorgprofessionals goed in staat zouden zijn om te signaleren. Respondent 8 zei hierover: *"Dat betekent dat meer kennis en inzichten moeten ontstaan, waardoor mensen eerder herkennen waar problemen zitten."* Tevens is het belang van huisbezoeken om beter te

kunnen signaleren meermaals aangekaart door verschillende respondenten. Respondent 5 zei hierover: *"Dat signaleren op de praktijk gewoon lastiger is dan wanneer je bij mensen thuis komt."*

Wat kan er versterkt worden omtrent (vroeg)signaleren en hoe? Om beter te kunnen signaleren wordt met name aangegeven dat het belangrijk is ouders fysiek te zien. Huisbezoeken spelen hierbij een belangrijke rol, omdat men thuis meer van een gezin kan zien dan op een praktijk. Ook gaf een respondent aan dat een workshop omtrent het herkennen van niet zichtbare signalen positief zou kunnen bijdragen aan beter signaleren. Deze zou vanwege de expertise dan het best jaarlijks door een externe organisatie uitgevoerd kunnen worden om de professionals scherp te houden.

Signalerings- en zorgkaart

Positieve punten omtrent de signalerings- en zorgkaart. De meeste professionals zijn positief over de signalerings- en zorgkaart. Er is aangegeven dat er niks mist op de kaart zoals hij nu is. Ook is bij de meeste respondenten de route naar het Sociaal Team bekend en zijn de meeste hier positief over. Respondent 8 zegt hierover: *"Ja wel goed, ik vind de route op zich wel heel goed."*

Negatieve punten omtrent de signalerings- en zorgkaart. Voor veel professionals is het bestaan van de signalerings- en zorgkaart en het idee erachter duidelijk, maar toch bestaan er ook onzekerheden omtrent deze kaart. Zo valt het enkele professionals op dat ze de kaart niet in de praktijk voorbij hebben zien komen. Daarnaast is het toch niet voor iedereen compleet duidelijk naar wie zij een casus zouden moeten doorverwijzen. Zo heeft respondent 4 gezegd: *"Die zijn echt een beetje zoekende ja, waar kan ik naar toe."*

Wat kan er versterkt worden omtrent de signalerings- en zorgkaart en hoe? Er zijn door de meeste professionals geen aanbevelingen aangegeven over de inhoud en opzet van de signalerings- en zorgkaart. Enkele professionals hebben aangegeven dat het bevorderlijk kan zijn om de kaart meer praktisch bruikbaar te maken. Dit zou kunnen door de kaart samen door te lopen aan de hand van casussen. De zichtbaarheid is ook niet overal even sterk. Het zou goed zijn de kaart in het werkveld zichtbaar te maken zodat professionals deze geregeld voorbij zien komen.

Een ander belangrijk punt wat vaker naar voren is gekomen in de interviews, is dat professionals het belangrijk vinden om één aanspreekpunt te hebben waar zij terecht kunnen met een casus om deze bijvoorbeeld door te verwijzen. Wie of wat dat aanspreekpunt zou moeten zijn is hier niet zozeer van belang, het gaat er om dat het voor professionals duidelijk is waar zij heen kunnen. Respondent 5 zegt hierover: *"Het zou fijn zijn als er één iemand is*

naar wie de mensen kunnen sturen en dat die gaat kijken van nou welke ondersteuning is hier nodig."

Sociaal Team

Positieve punten omtrent het Sociaal Team. Ongeveer de helft van de respondenten heeft expliciet aangegeven vertrouwen te hebben in het functioneren van het Sociaal Team. Respondent 3 zegt hierover: *"Pakken ze goed op. Ik heb daar geen totaal, geen twijfels over."* Ook hebben zij de indruk dat het Sociaal Team over voldoende kennis, expertise en capaciteiten beschikt om diverse casussen op zich te kunnen nemen. Respondent 2 zei: *"Ik denk dat het op zich wel goed werkt als iedereen volgens die route zou werken en het Sociaal Team heeft ook genoeg ruimte en expertise om de casussen die dan besproken worden ook te triageren of dat inderdaad iets voor hen is of voor anderen en ze het ook snel genoeg kunnen oppakken"*

Negatieve punten omtrent het Sociaal Team Het vertrouwen in het Sociaal Team is niet bij iedereen evenveel aanwezig. Dit gaat met name om het vertrouwen of en hoe het Sociaal Team omgaat met een casus. Het idee bestaat dat zij een casus soms te vroeg als afgehandeld zien terwijl er nog meer problemen zouden bestaan in het gezin. Hier wordt bijvoorbeeld over gezegd: *"(...) het gevoel hebben, en ik weet niet of dat altijd klopt, maar soms wel het gevoel hebben van hé, dan breng ik hem daar naartoe en hebben ze het idee dat er dan niet genoeg gedaan is."* Eén respondent geeft aan het idee te hebben dat de expertise binnen het Sociaal Team omtrent specifiek de periode binnen de eerste 1000 dagen van het kind mist. Respondent 4 zegt hierover: *"Met name het stukje 0 tot 4 en het stukje prenatale zorg is gewoon zo specialistisch en het Sociaal Team is natuurlijk heel breed. Dat is dan toch hetgeen waar hun een stuk in missen."*

Een thema dat niet vooraf opgesteld was, maar wel meermaals voorbij is gekomen in de interviews, is de manier waarop het Sociaal Team werkt met hulpvragen. Er moet een actieve hulpvraag zijn waar aan gewerkt wordt. Als deze hulpvraag opgelost is, wordt de geboden ondersteuning afgerond. Verschillende professionals hebben twijfels aangegeven over deze manier van werken, omdat dit ouders en gezinnen tekort kan doen. Respondent 3 zegt hierover: *"Ik snap dat ouders zelf een hulpvraag soms moeten hebben maar die ouders met verborgen signalen die gaan die hulpvraag niet stellen. Ik vind het soms te kort door de bocht om, er is geen hulpvraag."*

Wat kan er versterkt worden omtrent het Sociaal Team en hoe? Om het vertrouwen in het Sociaal Team te bevorderen, zouden meerdere professionals het prettig vinden als er vanuit het Sociaal Team een duidelijkere terugkoppeling plaatsvind over

casussen die zij hebben doorverwezen. Professionals vinden het belangrijk om te weten wat er met deze casussen gebeurt of gebeurd is en hoe het gaat met het gezin.

Daarnaast wordt het belangrijk gevonden een hulpvraag van een ouder breed uit te vragen. Dit om te onderzoeken of er wellicht meer speelt wat ook opgepakt zou moeten worden. Om er voor te zorgen dat een hulpvraag niet te snel afgerond wordt bij het Sociaal Team stellen verschillende professionals voor om niet alleen vanuit de hulpvraag van een ouder te werken maar dat bijvoorbeeld een andere zorgprofessional ook een hulpvraag voor een ouder kan neerleggen die dan opgepakt wordt door het Sociaal Team. Dus de hulpvraag van de professional die de ouder doorverwijst zou mede leidend moeten zijn en niet alleen de hulpvraag van de ouder zelf.

Laagdrempeligheid

Positieve punten omtrent laagdrempeligheid. De meeste professionals hebben benoemd dat het belangrijk is laagdrempelig te zijn voor ouders. Dit houd in dat zowel ouders als de zorgprofessionals op een makkelijke manier respectievelijk ondersteuning kunnen ontvangen of aanbieden. Dit thema werd vaak benoemd in combinatie met het belang van preventieve ondersteuning. Respondent 2 benoemde: *"Dat het alsmaar belangrijker wordt dat we vroeg moeten signaleren en laagdrempelige preventieve hulp moeten aanbieden omdat je daar gewoon heel veel winst kan behalen."*

De JGZ (consultatiebureau) wordt over het algemeen als laagdrempelig ervaren en ouders kunnen hen makkelijk bereiken. Het inloopspreekuur bij de JGZ is hierbij ook een paar keer genoemd door verschillende professionals die het idee hebben dat hier graag gebruik van gemaakt wordt door ouders en dat dit laagdrempelig is. Het werd dan ook als een belemmering ervaren toen deze inloopspreekuren niet konden plaatsvinden tijdens de Corona pandemie. Dat het afschaffen van de Corona maatregelen voor meer laagdrempeligheid heeft gezorgd blijkt ook uit het interview van respondent 3: *"gelukkig mogen ouders weer binnenkomen, (...) dat is zo ontzettend belangrijk om die binding weer met die ouders sterk te krijgen dat ouders ook vertellen als er iets aan de hand is."*

Negatieve punten omtrent laagdrempeligheid. Zoals hierboven besproken heeft de Corona pandemie met de daarbij gestelde maatregelen impact gehad op de laagdrempeligheid van de zorgaanbieders. Ondanks dat de maatregelen inmiddels zijn afgeschaft, merken professionals verschillen met voor deze maatregelen en denken zij dat ze toch minder zichtbaar zijn geworden voor ouders. Respondent 2 zegt hierover: *"Maar ik denk wel dat algemeen de drempel hoger is gelegd voor ouders om aan de bel te trekken."* Ook het

inloopspreekuur lijkt niet voor alle ouders als laagdrempelig te worden ervaren en is het te kort om dieper met een ouder ergens op in te gaan.

Het Sociaal Team wordt ook niet door iedereen als laagdrempelig gezien. Zowel professionals als ouders (naar de mening van professionals) ervaren het soms als lastig om contact op te nemen met het Sociaal Team. Ook komt het bij sommige professionals over alsof bepaalde, meer eenvoudigere casussen, blijven liggen omdat complexe casussen voorrang krijgen. Dit bevordert de laagdrempeligheid van het Sociaal Team niet. Respondent 1 zegt: *"En wat ik hoor van collega's (...) heel veel die hebben zoiets van het Sociaal Team heeft geen wachtlijsten, kunnen meteen door, das war einmal, maar dat is nu dus echt niet meer. Want alleen de heftige casussen die worden opgepakt en de gewone laagdrempelige vragen blijven liggen."*

Wat kan er versterkt worden omtrent laagdrempeligheid en hoe? Omtrent de laagdrempeligheid is aangegeven dat het belangrijk is om te kijken naar wie de meest laagdrempelige persoon voor een ouder is om in dat gezin ondersteuning te bieden. Idealiter is deze hulpverlener al in het gezin aanwezig zodat er geen, of zo min mogelijk, verandering van hulpverleners plaatsvindt, ook wanneer de casus meer complex zou worden. Als niet één iemand deze taak kan vervullen, dan zouden het meerdere professionals van dezelfde organisatie kunnen zijn die rouleren. Ook is er aangegeven dat de JGZ ruimte heeft om eenvoudigere casussen zelf op te pakken in plaats van deze naar het Sociaal Team door te verwijzen. Op deze manier zou de geboden ondersteuning laagdrempelig vormgegeven kunnen worden vanuit de JGZ zorgverlener die al bij het gezin betrokken is.

Communicatie met ouders.

Positieve punten omtrent de communicatie met ouders. Bijna alle respondenten geven aan het belangrijk te vinden om eerst met ouders zelf in gesprek te gaan alvorens verdere stappen te ondernemen naar bijvoorbeeld doorverwijzing. De respondenten die dit niet expliciet aangegeven hebben, hadden ook geen negatieve attitude hierover, dit thema is simpelweg niet aan bod gekomen tijdens hun interview. Zo zegt respondent 3 hierover: *"Altijd eerst in gesprek met ouders om eens te horen hoe het gaat of, en zo verder te kijken."* Sommige professionals hebben meerdere contactmomenten met ouders welke zij als positief ervaren. Wat vooral wordt benadrukt is het belang om samen met ouders te werken. Dit gaat volgens de professionals meestal goed, ook wanneer de professional en ouder beide een andere visie op de situatie hebben.

Negatieve punten omtrent de communicatie met ouders. Zoals hierboven benoemd komt het wel eens voor dat professionals en ouders andere ideeën hebben over een situatie.

Vaak komen ze hier samen uit. Echter kan dit soms de gewenste uitkomst van bepaalde geboden ondersteuning in de weg staan. Een paar respondenten hebben ook aangegeven dat het voorkomt dat een professional het moeilijk vindt ouders te confronteren met hetgeen hij gesignaleerd heeft en eventuele doorverwijzing naar een andere professional. Respondent 9 zegt hierover: *"Je kan dat niet anoniem doen, je moet dat ook met ouders bespreekbaar maken en toch bang voor de reactie van ouders he."* Ook is er aangegeven dat er niet altijd ruimte is om voor bijvoorbeeld laaggeletterde of anderstalige ouders genoeg tijd te nemen om alle nodige informatie duidelijk te communiceren.

Overige punten ter versterking

Uit de interviews zijn ook andere antwoorden naar voren gekomen op de vraag wat er mist of versterkt kan worden omtrent de ondersteuning van ouders binnen de kansrijke start periode. Zo vond een respondent het belangrijk dat alle kinderen naar een kinderdagopvang zouden moeten gaan. Vooral voor kinderen met een minder kansrijke start zou dit bevorderend zijn voor de ontwikkeling, maar alle kinderen hebben volgens deze respondent baat bij kinderdagopvang. Ook kwam naar voren dat het belangrijk is om, wanneer een bepaald probleem vaker bij verschillende ouders voorkomt, overkoepelend met bijvoorbeeld de GGD gezondheidsbevordering te kijken wat er gedaan kan worden om dit in het vervolg voor andere ouders te voorkomen. Tevens kwam naar voren dat meer tijd en ruimte voor maatwerk belangrijk is om betere ondersteuning te kunnen bieden. Bijvoorbeeld vanuit de JGZ of verloskundigen.

Discussie

In dit onderzoek is gekeken naar hoe professionals in de gemeente Asten de ondersteuning van ouders in een kwetsbare positie binnen de eerste 1000 dagen van het kind ervaren, en hoe deze ondersteuning versterkt zou kunnen worden. Dit is, in lijn met de stakeholders theorie (Freeman, 1984), van belang om het Actieprogramma Kansrijke Start goed te kunnen implementeren in de gemeente. Voor verschillende systemen van het bio-ecologisch model van Bronfenbrenner zijn hiervoor thema's gevonden die goed of minder goed werken volgens de professionals. Met deze inzichten kan de gemeente Asten zelf, maar kunnen ook andere gemeentes, de ondersteuning van ouders en kinderen verder versterken.

In de hierop volgende secties zal eerst antwoord gegeven worden op de eerste onderzoeksvraag: *'Wat werkt volgens professionals goed en minder goed in de ondersteuning van ouders in een kwetsbare positie binnen de eerste 1000 dagen van het kind?'*. Vervolgens wordt er antwoord gegeven op de tweede onderzoeksvraag: *'Op welke vlakken is het volgens professionals nodig om de ondersteuning van ouders in een kwetsbare positie binnen de*

eerste 1000 dagen van het kind te versterken en hoe zou deze versterking van de ondersteuning er uit moeten zien?' Hierna wordt ingegaan op de limitaties van dit onderzoek en aanbevelingen voor vervolgonderzoek. Tot slot wordt er afgesloten met een korte, overkoepelende conclusie.

Wat werkt goed en minder goed

Ten eerste is de meerderheid van de professionals positief over de samenwerking met collega's en ketenpartners. Deze samenwerking is erg belangrijk om een goede, samenhangende aanpak te kunnen creëren voor een lokale coalitie en zo beter aan te kunnen sluiten op de behoeftes van ouders (Pharos, 2021). Ook is een actieve samenwerking tussen verschillende professionals belangrijk om gezinnen eerder in beeld te krijgen en sneller de passende ondersteuning te kunnen bieden (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2017). Wel hebben sommige professionals benoemd dat het soms onduidelijk is welke ketenpartners betrokken zijn binnen een gezin. Deze onduidelijkheid zorgt er voor dat professionals soms langs elkaar heen werken in plaats van samenwerken en kan voor verwarring zorgen. Dit belemmert de samenhangende aanpak waarnaar gestreefd wordt (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2017) .

Ten tweede geven de meeste professionals aan dat zij kennis en vaardigheden hebben op het gebied van risico- en beschermende factoren en het kunnen signaleren hiervan. Vroege signalering wordt hierbij als belangrijk gezien. Het belang van vroege signalering en interventie wordt ook benadrukt in de theorie van Ramey & Ramey (1998). Echter ervaren sommige professionals belemmeringen tijdens het (vroeg)signaleren. Soms wordt genoemd dat goed signaleren onder andere afhankelijk is van de hoeveelheid ervaring die iemand hiermee heeft. Mede hierdoor hebben verschillende professionals twijfels bij de signaleringskwaliteiten van collega's/ketenpartners en of er na signaleren wel adequaat gehandeld wordt.

Bijna alle professionals hebben aangegeven de signalerings- en zorgkaart duidelijk te vinden, maar zien de kaart nog onvoldoende terug in het werkveld. Desondanks zijn de meeste professionals wel bekend met de route op deze kaart. Wanneer één van de betrokken partijen niet weet waar een zorgvraag terecht moet komen, moet deze naar het Sociaal Team. Deze neemt de zorgvraag verder in behandeling en kijkt naar eventuele passende ondersteuning. Doorverwijzen naar de juiste ketenpartner is erg belangrijk om de juiste ondersteuning te kunnen bieden aan ouders (Pharos, 2021; Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2017). Het vertrouwen vanuit professionals naar het Sociaal Team is verdeeld. Alhoewel een deel hun kennis, expertise en capaciteiten vertrouwt, wordt er wisselend

gereageerd op het voornamelijk werken vanuit een hulpvraag van ouders. Hierover denkt men dat casussen soms worden gemist en of te vroeg worden afgehandeld.

Ten derde hebben de meeste professionals aangegeven dat het belangrijk is om laagdrempelige ondersteuning te kunnen bieden aan ouders. Binnen de gemeente Asten wordt de JGZ als laagdrempelig gezien door de professionals. Het belang van laagdrempelige opvoedingsondersteuning, juist voor ouders in een kwetsbare positie, wordt ondersteund door het landelijke Actieprogramma Kansrijke Start (Ministerie van VWS, 2018). Een aantal professionals merkt een verschil in laagdrempeligheid sinds de Corona maatregelen. Ondanks dat deze zijn afgeschaft, hebben professionals het idee dat ouders minder snel de stap maken richting een zorgprofessional. De drempel lijkt voor ouders groter te zijn geworden. Het vrije inloopspreekuur bevordert laagdrempeligheid, maar wordt door professionals ook als te kort ervaren om een casus goed uit te werken. Het Sociaal Team wordt volgens ketenpartners niet als laagdrempelig gezien door ouders en professionals.

Als laatste hebben bijna alle professionals het belang aangekaart van eerst met ouders in gesprek gaan voordat verdere ondersteuning geboden wordt. Hiervoor worden de directe contactmomenten als essentieel ervaren. Om goed aan te kunnen sluiten bij ouders is het noodzakelijk om met hen in gesprek te gaan, te luisteren en ook met hen samen te werken (Pharos, 2021). Het komt voor dat ouders en professionals van mening verschillen, wat het bieden van passende ondersteuning in de weg kan staan. Professionals hebben aangegeven soms moeite te hebben met confronteren van ouders omtrent hetgeen gesignaleerd is binnen het gezin of het gesprek aan te gaan omtrent een eventuele doorverwijzing naar een andere professional. Daarnaast is aangegeven dat de tijd soms ontbreekt om laaggeletterde of anderstalige ouders extra informatie te kunnen bieden.

Wat en hoe kan er versterkt worden

Op basis van de resultaten uit de interviews en de eerder genoemde literatuur zijn een aantal aanbevelingen geformuleerd voor de verschillende thema’s die aan bod zijn gekomen.

Samenwerking professionals. Omtrent de samenwerking tussen professionals, als meso systeem, wordt aangegeven dat elkaar kennen en goede onderlinge communicatie belangrijk is. Ook uit de literatuur blijkt het belang van weten wat je van elkaar kunt verwachten en deze verwachtingen dienen ook uitgesproken en afgestemd te worden met elkaar (Kinnaman & Bleich, 2004; Saunders & Corning, 2020). De LCKSA speelt hier een belangrijke faciliterende rol en is een stap in de goede richting. Verbeteren van intercollegiale relaties, en kennis opdoen van elkaars methodes rondom het oppakken van een casus kunnen het afstemmen van verwachtingen en de samenwerking verder bevorderen. Daarbij is

terugkoppeling naar elkaar met betrekking tot het verloop van een casus belangrijk. Onderling informatie uitwisselen is cruciaal voor een goede samenwerking (Pharos, 2018; Inpectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2017). Voor een succesvolle samenwerking is informatieoverdracht tussen de ketenpartners dus van belang, waarbij onderlinge zichtbaarheid, en een begrip van elkaars kennen en kunnen binnen de eerste 1000 dagen van het kind essentieel is.

(vroeg)signaleren. Het signaleren kan zowel betrekking hebben op het meso- als het micro systeem. Signaleren heeft binnen het meso systeem bijvoorbeeld te maken met de communicatie en samenwerking tussen professionals onderling, binnen het micro systeem speelt juist de kennis en ervaring van de professional om goed te kunnen signaleren een rol. Hier heeft het balansmodel ook betrekking op, het samenspel van gesignaleerde risico- en beschermende factoren is belangrijk om een goed beeld te verkrijgen van de totale gezinssituatie. Wat op dit moment het meest gemist wordt binnen de gemeente Asten om deze factoren beter te kunnen signaleren, is de mogelijkheid tot het afleggen van huisbezoeken. De nieuwe wetswijziging waarmee vanaf 1 juli 2022 (toekomstige) ouders een prenataal huisbezoek krijgen aangeboden door de JGZ (PHB JGZ) draagt bij aan bevordering van tijdige ondersteuning voor kwetsbare ouders. Echter komen deze huisbezoeken nadat er al een kwetsbare situatie gesignaleerd is door een verloskundige. Hiervoor is het essentieel dat zij dus, op basis van de intake, een inschatting kunnen maken over potentiële kwetsbare situaties. Verschillende screeningsinstrumenten zijn beschikbaar die het signaleren kunnen versterken. Voor zwangere vrouwen worden de screeningsinstrumenten ZwangerWijzer en de Zelfstest van het Landelijk Kenniscentrum Psychiatrie en Zwangerschap het meest gebruikt en aanbevolen naar aanleiding van de PHB JGZ. Voor verloskundige zorg zijn dit de R4U, Mind2Care, Alpha NL en de Positieve Gezondheid gesprekstool (NCJ, 2021). Per casus zal bepaald moeten worden welke screeningsinstrument het meest informatie zal verschaffen omtrent vroegtijdige signalering.

Ook is het belangrijk om alert te blijven op het herkennen van risico- en beschermende factoren. De meeste professionals hebben wel kennis hierover. Echter blijkt uit onderzoek dat deze kennis, ook als professionals hier eerder een training over hebben gehad, snel wegzakt en daardoor vaak toch onvoldoende aanwezig kan zijn (Kenny, 2001; Avarez et al., 2003). Herhaalde trainingen kunnen hier een bevorderende rol in spelen.

Signalerings- en zorgkaart. De signalerings- en zorgkaart, als onderdeel van het exo systeem, wordt momenteel niet regelmatig terug gezien binnen het werkveld. Om deze kaart meer draagvlak te geven is het belangrijk hem zichtbaarder te maken onder de professionals.

Het regelmatig zien van de kaart zorgt er voor dat deze niet vergeten wordt en vergroot de kans dat professionals hem er eerder bij pakken en volgens de gewenste route signaleren en doorverwijzen. Ook zou het bevorderlijk kunnen zijn om de kaart te verduidelijken door deze aan de hand van een casus te doorlopen. Dit is reeds gebeurd tijdens een LCKSA bijeenkomst, maar hier lijkt nog steeds een behoefte te zitten van de professionals. Herhaling van het doorlopen van de kaart is gewenst.

Ook, en dit is wellicht een van de belangrijkste aanbevelingen, hebben vrijwel alle professionals aangegeven dat zij één aanspreekpunt willen waar zij naar toe kunnen met vragen of casussen. Binnen de gemeente Asten zou het Sociaal Team deze rol kunnen faciliteren. Zij beschikken over voldoende kennis, expertise en capaciteiten om dit adequaat op te pakken. Hier zitten wel een paar kanttekeningen aan verbonden; de drempel lijkt voor zowel ouders als professionals richting het Sociaal Team soms hoog. Hierdoor worden sommige casussen niet naar hen doorverwezen. Dit gebrek aan doorverwijzen kan ook te maken hebben met het beperkte vertrouwen in het Sociaal Team vanuit sommige professionals. Het is dus essentieel dat het vertrouwen jegens het Sociaal Team versterkt wordt. Ook kan de JGZ een rol voor de meer eenvoudige casussen hierin vervullen. Hierbij speelt de samenwerking tussen de JGZ en het Sociaal Team een grote rol. Daarbij is het gewenst door alle professionals om een duidelijke terugkoppeling te krijgen van het Sociaal Team over casussen die zij hebben doorverwezen naar hen. Het Sociaal Team dient open en duidelijk te zijn over hoe zij te werk gaan, wat er gedaan wordt en wat er met een bepaalde casus gedaan is.

Ten tweede is de manier waarop het Sociaal Team nu met hulpvragen werkt voor sommige casussen niet afdoende. Uit onderzoek van de Inspectie Toezicht Sociaal Domein in 2017 blijkt dat juist ouders in een kwetsbare positie vaak niet in staat zijn zelf hun hulpvraag te formuleren, bepaalde zorg vermijden of zelfs helemaal geen hulpvraag hebben. Ook komt het bij deze gezinnen geregeld voor dat de hulpvraag van de ouder niet aansluit op de behoefte van de kinderen in het gezin. In dit soort gevallen kan het nuttig zijn om de hulpvraag van de professional (of ander persoon) die de casus doorverwijst naar het Sociaal Team als leidend te nemen.

Laagdrempeligheid. Het Ministerie van VWS (2018) benadrukt het belang van preventieve, laagdrempelige opvoedingsondersteuning voor gezinnen in een kwetsbare situatie. Op dit moment wordt niet alle geboden ondersteuning in de gemeente Asten als laagdrempelig gezien. Om dit te versterken is het belangrijk om te kijken naar wie er al rondom het gezin werkt (meso systeem). Vanuit deze kant kan extra, laagdrempelige

ondersteuning geboden worden zonder dat extra hulpverleners nodig zijn om te voorkomen dat een eenvoudige casus uitgroeit tot een meer complexe casus waar meer intensieve ondersteuning nodig is (Tunzi & Van der Veen, 2016). Het beperken van het aantal hulpverleners binnen één gezin ontlast tevens de ketenpartners en kan voor ouders het gevoel van laagdrempelige zorg verbeteren. De JGZ zou hier, indien zij hier de ruimte voor krijgen, zeer geschikt voor kunnen zijn met hun draagvlak en expertise. Tevens geeft dit het Sociaal Team dan ook meer ruimte om zich te richten op de meer complexe casussen.

Communicatie met ouders. Omtrent de communicatie met ouders (meso systeem) zijn er twee belangrijke thema's naar voren gekomen. Ten eerste de communicatie met laaggeletterde en/of anderstalige ouders. Deze ouders hebben moeite de geboden informatie en instructies tot zich te nemen, waardoor het bieden van de juiste ondersteuning in deze situaties veel aandacht vereist en tijd kost voor professionals (Heijmans, Brabers & Rademakers, 2019; Heijmans et al., 2016). Wanneer professionals deze communicatievaardigheden versterken wordt de ondersteuning voor deze laaggeletterden/anderstaligen als minder complex en minder tijdrovend ervaren (Pharos, z.d.). Het landelijk expertisecentrum Pharos biedt verschillende informatiebronnen en ondersteuning aan op het gebied van communicatie met personen die bijvoorbeeld laaggeletterd zijn. De training "Effectief communiceren met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden" wordt hiervoor aangeraden. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden wordt hier gedefinieerd als iemand die moeite heeft met het verkrijgen, verwerken en toepassen van informatie over gezondheid. Ook hebben zij checklisten voor professionals opgesteld over het herkennen van laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden, en hoe hier rekening mee te houden in een gesprek (zie bijlage 5 en 6).

Limitaties en aanbevelingen vervolgonderzoek

Dit onderzoek kent een aantal sterke punten maar ook beperkingen. Ten eerste is het onderzoek gebaseerd op de huidige situatie in één kleine gemeente, wat de generaliseerbaarheid van dit onderzoek naar andere gemeenten beperkt maakt. Daarnaast zijn enkel negen interviews uitgevoerd, wat de interne validiteit van het onderzoek beperkt. Dat deze negen respondenten allen een andere expertise hebben binnen het bieden van ondersteuning aan de doelgroep verhoogt echter de interne validiteit. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op een steekproef waarbij meer professionals zijn meegenomen van dezelfde discipline in plaats van één per discipline. Ook kan vervolgonderzoek zich richten op

een grotere gemeente om een meer overkoepelend beeld te krijgen van verschillende lokale situaties.

Een andere aanbeveling voor vervolgonderzoek is om de ervaringen en wensen van ouders mee te nemen. Volgens de stakeholders theorie (Freeman, 1984) is het belangrijk om alle stakeholders mee te nemen om het behalen van een doel beter te kunnen bereiken. In dit geval zijn ouders ook belangrijke stakeholders, het gaat ten slotte om hen. De inzichten, ervaringen en perspectieven van deze ouders zijn belangrijk voor de aanpak van het programma Kansrijke Start (Pharos, 2021). Tot slot is een evaluatie van de aanpak van het opzetten en uitvoeren van een lokale coalitie omtrent het Actieprogramma Kansrijke Start belangrijk om extra relevante inzichten te geven om de ondersteuning voor ouders verder te kunnen versterken.

Conclusie

Uit het huidige onderzoek zijn een aantal sterke en zwakke punten omtrent de ondersteuning van ouders in een kwetsbare positie binnen de eerste 1000 dagen van het kind in de gemeente Asten naar voren gekomen. Aan de hand van deze punten en al bestaande literatuur, zijn aanbevelingen geformuleerd om deze ondersteuning te kunnen versterken. De kernpunten om hiervan mee te nemen zijn: 1. Het belang van afstemmen van verwachtingen tussen professionals en een duidelijke, open communicatie en terugkoppeling naar elkaar toe. 2. Herhaling van kennis en expertise omtrent risico- en beschermende factoren om deze duidelijk in beeld te houden bij professionals. 3. De signalerings- en zorgkaart meer zichtbaar maken in het praktische werkveld. 4. Het belang van één aanspreekpunt voor professionals waar zij naar toe kunnen met vragen en/of casussen. 5. In bepaalde gevallen de hulpvraag van de professional als leidend nemen in plaats van de hulpvraag van de ouder. 6. Extra laagdrempelige ondersteuning bieden voor eenvoudige casussen vanuit de JGZ. 7. Communicatie met ouders versterken door meer kennis en vaardigheden over communiceren met laaggeletterden en/of anderstaligen. Wanneer hier op wordt ingezet kan de ondersteuning van ouders in een kwetsbare positie binnen de eerste 1000 dagen van het kind, en hiermee de ontwikkelingskansen van jonge kinderen, verder worden versterkt.

Literatuurlijst

Alvarez, K. M., Kenny, M. C., Donohue, B., & Carpin, K. M. (2004). Why are professionals failing to initiate mandated reports of child maltreatment, and are there any empirically based training programs to assist professionals in the reporting process? Agression and Violent Behavior, 9, 563-578. doi:10.1016/j.avb.2003.07.001

Bakker, I., Bakker, K., Van Dijke, A., Terpstra, L. (1998). *O & O in perspectief*. https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-06/OenOinPerspectief.pdf

Barker, J. (2007). The origins of the developmental origins theory. Journal of Internal Medicine. Steegers, E. A. P. (2014). Embryonale gezondheid en preconceptiezorg. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde

Belsky, J. (1980). Child maltreatment: an ecological integration. American Psychologist, 35(4), 320–335. https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.4.320

Boeije, H. (2010). Analysis in Qualitative Research. Thousand Oaks: SAGE Publications Ltd.

Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. J. (1994). Nature-nuture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological Review*, *101*(4), 568–586. https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1037/0033-295X.101.4.568

Bronfenbrenner, U. (2000). Ecological theory. In A. Kazdin (red.), Encyclopedia of psychology. Washington: American Psychological Association, Oxford University Press.

Campbell, S., Greenwood, M., Prior, S., Shearer, T., Walkem, K., Young, S., Bywaters, D., & Walker, K. (2020). Purposive sampling: complex or simple? Research case examples. *Journal of Research in Nursing*, 652–661. https://doi.org/10.1177/1744987120927206

Carneiro P, Heckman JJ Human. Capital policy (No. IZA DP No. 821). Bonn: Institute for the study of labor; 2003.

CBS. (2019). *CBS in uw buurt*. Geraadpleegd op 10 maart 2022, van https://cbsinuwbuurt.nl/#gemeenten2019_geboorte_totaal

Doorten I, Rouw R. Opbrengsten van sociale investeringen. Den Haag: SWP/RMO; 2006.

Franklin, T. B., et al. (2010). Epigenetic transmission of the impact of early stress across generations. Biological Psychiatry.

Gezondheidsraad. (2018a). *De ouder-kindrelatie en jeugdtrauma's*. https://www.gezondheidsraad.nl/binaries/gezondheidsraad/documenten/adviezen/2018/05/22/de-ouder-kindrelatie-en-jeugdtraumas/Kernadvies+De+ouder+kindrelatie-en+jeugdtrauma%27s+pro.pdf

Gezondheidsraad. (2018b). *Onderzoek naar de effectiviteit van preventie via de ouder-kindrelatie*. https://www.gezondheidsraad.nl/binaries/gezondheidsraad/documenten/adviezen/2018/05/22/de-ouder-kindrelatie-en-jeugdtraumas/Achtergronddocument+Onderzoek+naar+de+effectiviteit+van+preventie+via+de+ouder-kindrelatie.pdf

GGD Brabant-Zuidoost. (2017). *Armoede en gezondheid bij kinderen (0 t/m 11 jaar) in Zuidoost-Brabant*. https://api1.ibabs.eu/publicdownload.aspx?site=Waalre&id=40f75ccd-be1e-4e8b-9d25-f7abcdac4b2c

Heckman, J. J. (2008). *The Case for Investing in Disadvantaged Young Children.* https://www.econstor.eu/bitstream/10419/166932/1/ifo-dice-report-v06-y2008-i2-p03-08.pdf

Heijmans, M., Brabers, A. & Rademakers, J. (2019). Hoe gezondheidsvaardig is Nederland? Factsheet Gezondheidsvaardigheden – Cijfers 2019. Utrecht: Nivel

Heijmans, M., Zwikker, H., Heide, I., & Van der Rademakers, J. (2016). Kennisvraag. Zorg op maat. Hoe kunnen we de zorg beter laten aansluiten bij mensen met lage gezondheidsvaardigheden?. Utrecht: NIVEL

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (2017). *Jeugdgezondheidszorg actief*. https://www.igj.nl/binaries/igj/documenten/rapporten/2017/12/20/jeugdgezondheidszorg-actief/Rapport+JGZ+actief.pdf

Jeugdwet. (2014). Geraadpleegd van https://wetten.overheid.nl/BWBR0034925/2022-01-01

Kenny, M. C. (2001). Child abuse reporting: Teachers' perceived deterrents. Child Abuse & Neglect, 25(1), 81-92. doi:10.1016/S0145-2134(00)00218-0

Kinnaman, M. L., & Bleich, M. R. (2004). Collaboration: Aligning resources to create and sustain partnerships. *Journal of Professional Nursing*, *20*(5), 310–322. https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2004.07.009

Mejdoubi, J., Van den Heijkant, S., Struijf, E., Van Leerdam, F., Crijnen, A., HiraSing, R. (2015). *The identification of pregnant women at risk for child abuse: Methodology.* Gynecol Obstet Res Open J. 18-25. doi:10.17140/GOROJ-2-105

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Ministerie van VWS). (2018). *Actieprogramma Kansrijke Start*. https://www.kansrijkestartnl.nl/actieprogramma-kansrijke-start/documenten/publicaties/2018/09/12/actieprogramma-kansrijke-start

Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ). (2017). Gezonde, kansrijke en veilige generatie (position paper)

Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ). (2021). *Prenataal Huisbezoek door de JGZ*. https://assets.ncj.nl/docs/39a45143-cd40-4fe7-a5de-dde1ed64f84b.pdf

Nederlands Jeugdinstituut (NJI). (z.d.) Risicofactoren en beschermende factoren, https://www.nji.nl/kindermishandelingprobleemschets-risicofactoren.

Nores M, Barnett S. Benefits of early childhood interventions across the world: (Under) Investing in the very young. Econ Educ Rev. 2010;201(29):271–82.

Pharos. (2021). *Samenwerken aan een Kansrijke Start*. https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2021/08/Samenwerken_aan_een_kansrijke-start_Themadocument_Pharos_augustus_2021.pdf

Pharos. (2022, 3 maart). *Effectief communiceren met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden*. Geraadpleegd op 30 mei 2022, van https://www.pharos.nl/training/effectief-communiceren-met-mensen-met-beperkte-gezondheidsvaardigheden/

Posthumus JA. Preventive effects and cost-effectiveness of the incredible years program for parents of pre-schoolers with aggressive behavior. Utrecht: UMC Utrecht; 2009.

Ramey, S. L., & Ramey, C. T. (1992). Early educational intervention with disadvantaged children-To what effect? *Applied and Preventive Psychology*, *1*, 131-140.

Ramey, C. T., & Ramey, S. L. (1998). Early intervention and early experience. *American Psychologist*, *53*(2), 109–120. https://doi.org/10.1037/0003-066x.53.2.109

Ritchie, J., & Lewis, J. (2003). Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers. Londen, Engeland: Sage.

RIVM. (z.d.). *Kansrijke Start*. Geraadpleegd op 9 maart 2022, van https://www.rivm.nl/zorg/organisatie-van-zorg/kansrijke-start

Roseboom, T. (2018). De eerste 1000 dagen: Het fundamentele belang van een goed begin vanuit biologisch, medisch en maatschappelijk perspectief. Utrecht: Uitgeverij de Tijdstroom.

Saunders, L., & Corning, S. (2020). From Cooperation to Collaboration: Toward a Framework for Deepening Library Partnerships. *Journal of Library Administration*, *60*(5), 453–469. https://doi.org/10.1080/01930826.2020.1729623

Sociaal en Cultureel Planbureau. (2021). *Vier typen gemeenten*. https://www.scp.nl/binaries/scp/documenten/publicaties/2021/05/01/vier-typen-gemeenten/Achtergrondnotitie.pdf

Tremblay RE. Prevention of youth violence. why not start at the beginning? J Abnorm Child Psychol. 2006;34:481–7.

Tunzi, C.M., van der Veen, K.R. Laagdrempelige opvoedondersteuning: succesvolle voorbeelden. Tijdschr Jeugdgezondheidsz 48, 112–113 (2016). https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1007/s12452-016-0079-1

Van Rooijen, K., Bartelink, C. & Berg, T. (2013). *Risicofactoren en beschermende factoren voor kindermishandeling*. https://www.toolkitaandachtsfunctionaris.nl/nieuw2019/wp-content/uploads/2019/kennisbank/Risicofactoren-en-beschermende-factoren-kindermishandeling-NJI-2013.pdf

Van Rooijen, K. (2021). *Hechting en hechtingsproblemen. Risico- en beschermende factoren*. https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-05/Risico-en-beschermende-factoren-hechting-en-hechtingsproblemen_0.pdf

Vélez-Agosto, N. M., Soto-Crespo, J. G., Vizcarrondo-Oppenheimer, M., Vega-Molina, S., & García Coll, C. (2017). Bronfenbrenner's Bioecological Theory Revision: Moving Culture From the Macro Into the Micro. *Perspectives on Psychological Science*, 12(5), 900–910. https://doi.org/10.1177/1745691617704397

Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG). (2021a). Jeugd en jeugdhulpverlening. Geraadpleegd op 10 maart 2022, van https://www.waarstaatjegemeente.nl/dashboard/dashboard/jeugd-en-jeugdhulpverlening

Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG). (2021b). Werk en inkomen. Geraadpleegd op 10 maart 2022, van https://www.waarstaatjegemeente.nl/dashboard/dashboard/werk-en-inkomen

Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG). (2021c). Gezondheid. Geraadpleegd op 10 maart 2022, van https://www.waarstaatjegemeente.nl/dashboard/dashboard/gezondheid

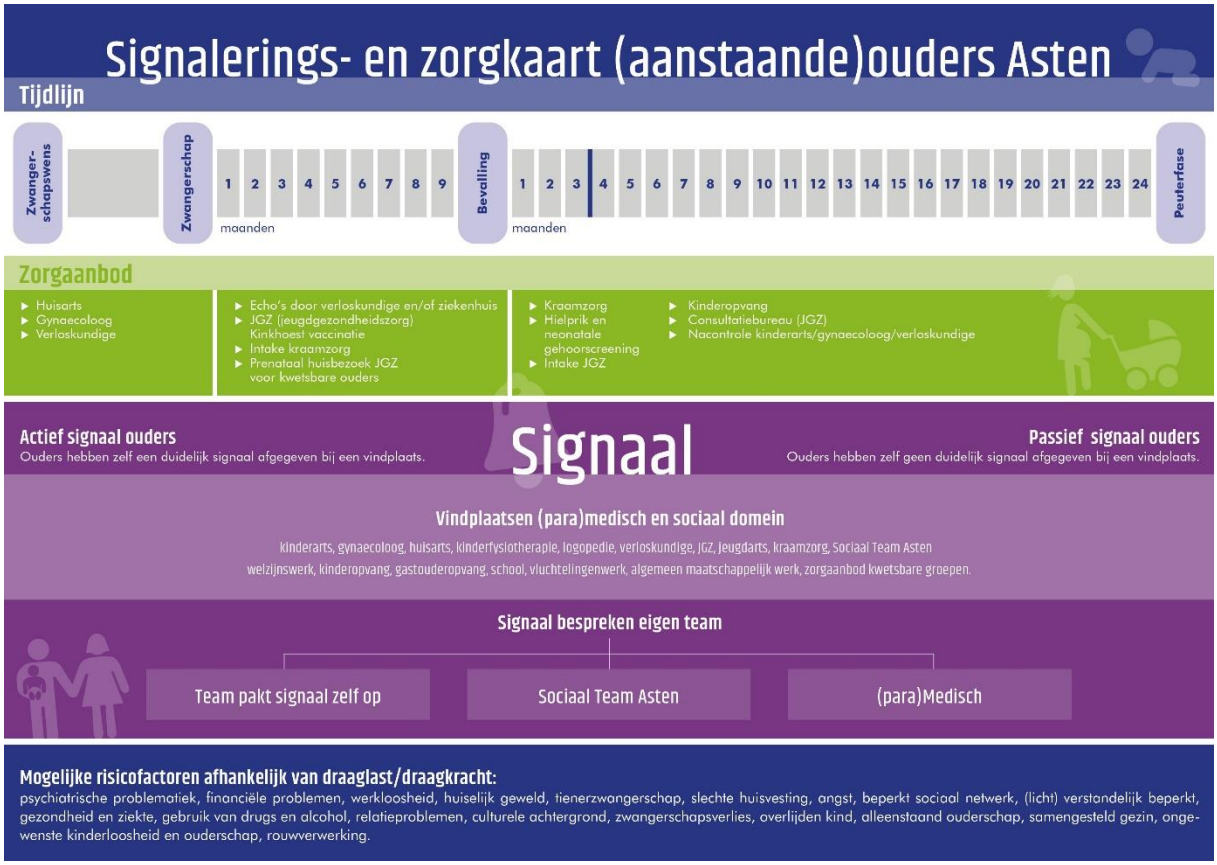
Verwey Jonker Instituut. Kosten en baten van preventie en repressie. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut; 2012.

Waelput, A. J. M., et al. (2017). Geographical differences in perinatal health and child welfare in the Netherlands: rationale for the healthy pregnancy 4 all-2 program. BMC, Pregnancy and Childbirth.

Wolff M de. c.s. Richtlijn opvoedingsondersteuning. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid; 2014

Bijlage 1: Organisatiestructuur Lokale Coalitie Kansrijke Start Asten

Bijlage 2: Signalerings- en zorgkaart Lokale Coalitie Kansrijke Start Asten



Bijlage 3: Interviewleidraad

Vragen interview

- Op wat voor manier bent u betrokken bij ouders in een kwetsbare positie binnen de eerste 1000 dagen van het kind, dus in de periode van de zwangerschap tot en met de eerste 2 jaar van het kind?
- Op welke aspecten bied u ondersteuning tijdens deze periode?
- Hoe heeft u het geven van zulke ondersteuning ervaren de afgelopen tijd?

- Wat werkt er volgens u op dit moment goed in de ondersteuning van ouders in een kwetsbare positie binnen deze eerste 1000 dagen van het kind?
- Waarom werkt dit goed denkt u?

- Waar bent u zoal tegenaan gelopen tijdens het bieden van deze ondersteuning?
- Hoe bent u hiermee omgegaan / Hoe heeft u dit opgelost?
- Wat zou u kunnen gebruiken om dit knelpunt te kunnen voorkomen?

- Op welke manier worden ouders gesignaleerd die in een kwetsbare positie zitten die wellicht extra ondersteuning nodig hebben?
- Weet u hoe u dit goed kunt signaleren?
- Bent u op de hoogte van verschillende risico- en beschermende factoren die een rol kunnen spelen bij ouders in een kwetsbare situatie?
- Wat gebeurd er als een kwetsbare situatie gesignaleerd is?
- Weet u waar u terecht kunt met betrekking tot bijvoorbeeld het doorverwijzen van ouders? *(Sociaal Team Asten)*
- Bent u bekend met de signalering- en zorgkaart binnen de gemeente Asten?

- Hoe vind u dat de samenwerking tussen u en uw collega's verloopt?
- En de samenwerking met andere organisaties die ook te maken hebben met de eerste 1000 dagen van het kind?
- Kan hier iets in versterkt worden denkt u?

- Wat mist er of wat zou versterkt kunnen worden binnen de geboden ondersteuning aan ouders specifiek tijdens de zwangerschap?
- Hoe zou dit er volgens u praktisch uit kunnen zien? Op welke manier kan dit versterkt worden?
- Waar zou u zelf in kunnen verbeteren of investeren om de ondersteuning van deze ouders in een kwetsbare positie te versterken?

- Wat mist er of wat zou versterkt kunnen worden binnen de geboden ondersteuning aan ouders tijdens de periode van de eerste twee levensjaren van hun kind?
- Hoe zou dit er volgens u praktisch uit kunnen zien? Op welke manier kan dit versterkt worden?
- Waar zou u zelf in kunnen verbeteren of investeren om de ondersteuning van deze ouders in een kwetsbare positie te versterken?

Bijlage 4: Codeerschema met twee voorbeelden per thema

Communicatie ouders

- ➔ Communicatie ouders -
  - Andere ideeen professional en ouder
  - Doorverwijzen naar Sociaal Team
- ➔ Communicatie ouders +
  - Goede communicatie met ouders
  - Tussendoor contactmomenten met ouders

Laagdempeligheid

- ➔ Laagdrempeligheid –
  - Niet alle ouders vinden vrije inloopspreekuur prettig
  - Sociaal Team niet laagdrempelig
- ➔ Laagdrempeligheid +
  - JGZ is laagdrempelig
  - Ouders mogen weer binnenkomen

Samenwerking professionals

- ➔ Samenwerking professionals –
  - Belangrijk om te weten wie in een gezin zit, nu soms onduidelijk
  - Drempel tot doorverwijzen
- ➔ Samenwerking professionals +
  - Goede samenwerking ketenpartners
  - Goede samenwerking met Sociaal Team

Signaleren

- ➔ Signaleren –
  - Problemen worden niet altijd gezien
  - Denkt niet dat alle signalen eruit gepikt worden
- ➔ Signaleren +
  - Medewerkers pakken signalen op
  - Professionals zijn bewust van risicofactoren

Signalerings- en zorgkaart

- ➔ Signalerings- en zorgkaart –
  - Kaart nog nergens voorbij zien komen
  - Niet weten waar casussen kwijt moeten
- ➔ Signalerings- en zorgkaart +
  - Route naar Sociaal Team bekend
  - Niks missen aan de kaart

Sociaal Team

- ➔ Sociaal Team –
  - Mist terugkoppeling naar professionals
  - Vertrouwen in Sociaal Team niet bij iedereen
- ➔ Sociaal Team
  - Vertrouwen in Sociaal Team
  - Goede route naar Sociaal Team

Bijlage 5: Checklist herkennen laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden

PHAROS
EXPERTISECENTRUM GEZONDHEIDSVERSCHILLEN

Checklist HERKENNEN laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden

SIGNALEN van laaggeletterdheid

De patiënt:

- Vermijdt duidelijk lees- en schrijfsituaties.
- Leest niet mee bij uitleg van een folder of tekst op een scherm.
- Is ongemakkelijk bij de vraag iets op te schrijven of te lezen.
- Gebruikt of begrijpt het nummerapparaat niet.
- Heeft meerdere papieren maar weet niet wat wat is.
- Is ongemakkelijk (of reageert boos) als er teveel vragen gesteld worden.
- Is vaak te vroeg of te laat met herhaalrecept aanvragen.
- Komt te laat of op de verkeerde dag.
- Gebruikt of begrijpt het nummerapparaat niet.

SIGNALEN van beperkte gezondheidsvaardigheden

De patiënt:

- Heeft moeite met het vertellen van een chronologisch verhaal.
- Stelt geen vragen of stelt niet ter zake doende vragen.
- Antwoordt niet adequaat.
- Lijkt afwezig of ongeïnteresseerd.
- Heeft geen of beperkte kennis van het functioneren van het eigen lichaam.
- Vult digitale vragenlijsten niet in.
- Gebruikt het digitale patiëntenportaal niet.
- Belt altijd voor het maken van een afspraak of komt langs; maakt geen gebruik van de mogelijkheid om online een afspraak te maken.
- Laat de afspraak maken door iemand anders.
- Heeft geen baat bij de adviezen (omdat ze niet opgevolgd worden of niet juist uitgevoerd worden).

SIGNALEN bij medicijngebruik

De patiënt:

- Leest niet mee bij uitleg van een etiket.
- Is vaak te vroeg of te laat met herhaalrecept aanvragen.
- Belt (vaak) op met vragen over medicijn.
- Heeft geen baat bij de medicatie (als gevolg van (onbewuste) therapie-ontrouw)
- Neemt medicatie niet goed in.

Bronnen: LHV toolkit laaggeletterdheid; Herkenningswijzer laaggeletterdheid voor artsen van Stichting Lezen en Schrijven; Toolkit Gezonde taal UMC Utrecht; KNMP; signalen en ervaringen uit de dagelijkse praktijk

PHAROS
EXPERTISECENTRUM GEZONDHEIDSVERSCHILLEN

UITSPRAKEN en SMOEZEN VAN PATIËNTEN

- 'Er zat geen bijsluiter bij.'
- 'Sorry, ik ben mijn bril vergeten.'
- 'Dat formulier vul ik thuis wel in.'
- 'Kunt u het voor me invullen, ik schrijf zo onleesbaar.'
- 'Ik dacht dat de afspraak morgen was.'
- 'Ik kan niet lezen, omdat ik woordblind ben.'
- 'Ik heb geen tijd om dit formulier nu in te vullen, ik heb haast.'
- 'Nee, ik lees nooit, de televisie geeft informatie genoeg'.
- 'Mijn buurvrouw zei dat...'

NAVRAGEN

Als u vermoedt dat een patiënt moeite heeft met lezen en schrijven of denkt dat een patiënt moeite heeft met het begrijpen en toepassen van medische informatie, vraag dat dan.

Zorg voor een vertrouwde sfeer, normaliseer en vraag op respectvolle manier;

- Veel mensen hebben moeite met het lezen van folders van het ziekenhuis, hoe is dat voor u?
- Veel mensen hebben moeite met het invullen van (digitale) vragenlijsten van het ziekenhuis, hoe is dat voor u?
- Helpt iemand u wel eens met het invullen van vragenlijsten of het lezen van brieven?

Vraag ook naar het aantal jaren school dat iemand heeft gevolgd.

Schrijf in het dossier van de patiënt dat deze meer tijd nodig heeft voor het verwerken van informatie. Doe dit alleen als de patiënt hier toestemming voor geeft.

Datum: maart 2022

Bronnen: LHV toolkit laaggeletterdheid; Herkenningswijzer laaggeletterdheid voor artsen van Stichting Lezen en Schrijven; Toolkit Gezonde taal UMC Utrecht; KNMP; signalen en ervaringen uit de dagelijkse praktijk

Bijlage 6: Checklist Communicatie op maat - gesprekken voeren met mensen die laaggeletterd zijn of beperkte gezondheidsvaardigheden

PHAROS
EXPERTISECENTRUM GEZONDHEIDSVERSCHILLEN

Checklist Communicatie op maat - gesprekken voeren met mensen die laaggeletterd zijn of beperkte gezondheidsvaardigheden hebben

COMMUNICATIE-ADVIEZEN
Begroet de patiënt warm, met een lach en open houding. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden voelen zich vaak onzeker en niet op hun gemak.
Neem de tijd voor de uitleg. Boek een dubbel consult.
Laat af en toe een stilte vallen. Dat geeft de patiënt tijd om te verwerken wat u zegt.
Begin het gesprek met tenminste 1 minuut voor de patiënt. Laat de patiënt uitleggen waarvoor hij komt. In de praktijk wordt een patiënt al na 20 seconden onderbroken. Blijf luisteren.
Gebruik eenvoudige taal maar blijf de patiënt als een volwassen persoon aanspreken. • Maak korte zinnen. • Gebruik zoveel mogelijk de tegenwoordige tijd. 'Ik loop. Ik zit. Ik spreek.' • Vermijd beeldspraak. Zeg niet: "Ik wil graag een vinger in de pap hebben". • Kies dezelfde woorden die de patiënt gebruikt voor zijn of haar klachten of medicijnen.

Gebruik beeldmateriaal ter ondersteuning van uw uitleg. Voorbeelden zijn:
• www.begrijpjelichaam.nl
• Ik heb diabetes, wat kan ik doen?
• Ik heb COPD, wat kan ik doen?
• Informatiekaarten palliatieve zorg
• Consultkaart-in-beeld over:
  o Artrose in de heup
  o Artrose in de knie
  o Stoppen met roken
  o Blijvende schade aan uw nieren
• Afweer en biologische medicijnen:
  o Afweer en biologische medicijnen – ontstekingsreuma
  o Afweer en biologische medicijnen – Colitis ulcerosa
  o Afweer en biologische medicijnen – ziekte van Crohn
 	
Het is goed een website van tevoren zelf te bekijken.

Stel maar één vraag tegelijk.
Beperk de informatie tot drie kernpunten en prioriteer deze. Moet u veel informatie geven, plan dan meerdere afspraken.
Herhaal de belangrijkste punten.
Spreek duidelijk en niet te snel. Een valkuil is om luider te gaan spreken. Pas hiervoor op.

Moedig patiënten aan om vragen te stellen. Zeg: 'Welke vragen heeft u nog?' Niet: 'Heeft u nog vragen?'
Maak de adviezen en tips concreet. Sluit aan bij de context van de patiënt. Voordoen, nadoen en herhalen is belangrijk. Bijvoorbeeld bij inhalatie-instructies.
Blijf correct Nederlands spreken bij patiënten die het Nederlands niet goed beheersen. Schakel bij een taalbarrière een (telefonische) professionele tolk in: www.zoschakeltueentolkin.nl.
TERUGVRAAGMETHODE Check door middel van de terugvraagmethode of de boodschap is overgekomen. Vraag aan de patiënt of u het goed hebt uitgelegd, bijvoorbeeld door te vragen: • Ik wil graag weten of ik het goed heb uitgelegd, kunt u mij vertellen wat u nu gaat doen? • Wat vertelt u straks aan uw partner als u thuiskomt? • Hoe gaat u straks de medicijnen innemen? Meer informatie: www.pharos.nl/terugvraagmethode

Datum: maart 2022

Bronnen: LHV toolkit laaggeletterdheid; Herkenningswijzer laaggeletterdheid voor artsen van Stichting Lezen en Schrijven; Toolkit Gezonde taal UMC Utrecht; KNMP; signalen en ervaringen uit de dagelijkse praktijk.