



**Evaluatie Samen Starten:
Een onderzoek onder artsen, verpleegkundigen en managers**

Marianne de Wolff
Fieke Pannebakker
Ferko Öry



23 februari 2009
TNO Kwaliteit van Leven

1. Samenvatting	3
2. Inleiding	4
<i>Signaleren met het DMO protocol</i>	4
<i>Interventiedeel</i>	4
<i>Training</i>	5
3. Doel evaluatie	5
4. Methode van de evaluatie	6
<i>Het vragenlijstonderzoek</i>	6
<i>Het focusgroep interview</i>	6
5. Resultaten van het vragenlijstonderzoek	7
5.1 Functioneren van het DMO-protocol	8
<i>Behoeft het DMO-protocol nog aanvulling?</i>	10
<i>Knelpunten en verbeterpunten</i>	11
5.2 Behandeling: functioneren van het huisbezoek	11
5.3 Verwijzing	12
<i>Warme overdracht</i>	12
<i>Verwijzen, samenwerken en monitoring: knelpunten</i>	13
5.4 Introductietraining	14
<i>Video-Interactie begeleiding</i>	15
<i>Training Motivationale Gespreksvoering</i>	16
5.5 Implementatie	16
6. Resultaten van de focusinterviews	18
6.1 Functioneren van het DMO protocol	18
<i>Behoeft het DMO-protocol nog aanvulling?</i>	19
<i>Knelpunten en verbeterpunten</i>	19
6.2 Behandeling: functioneren van het huisbezoek	20
<i>Hoe functioneert het Plan van Aanpak?</i>	21
6.3 Verwijzing	22
<i>Warme overdracht</i>	23
6.4 Introductietraining	24
<i>Video-Interactie Begeleiding</i>	24
<i>Training Motivationale Gespreksvoering</i>	25
<i>Intervisie en supervisie</i>	25
6.5 Implementatie	26
7. Conclusie en aanbevelingen	27

1. Samenvatting

Met dit onderzoek beogen we de implementatie van het programma Samen Starten in de jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen te evalueren. Op basis van deze inventarisatie worden enkele verbeterpunten aangewezen.

De volgende vragen staan centraal in deze evaluatie:

1. Hoe functioneert het DMO protocol als methodiek en signaleringsinstrument?
2. Hoe functioneert het interventie-deel van Samen Starten? Dat wil zeggen: hoe functioneert het huisbezoek en het Plan van aanpak indien problemen gesignaleerd worden?
3. Hoe functioneert de verwijzing naar en samenwerking met andere hulpverleners en instanties?
4. Hoe hebben de JGZ medewerkers de training voor Samen Starten ervaren?
5. Hoe hebben betrokkenen de implementatie van Samen Starten ervaren?

Bij elk van deze vragen staan we expliciet stil bij eventuele knelpunten en de hoe die knelpunten eventueel weggenomen worden. Het onderzoek werd uitgevoerd met behulp van een schriftelijke vragenlijst onder 124 JGZ medewerkers (artsen, verpleegkundigen en managers). De belangrijkste bevindingen die in de vragenlijsten naar voren kwamen, werden vervolgens bediscussieerd in vier focusinterviews, waarbij 31 JGZ medewerkers betrokken waren. Veel punten die in de vragenlijst naar voren kwamen, werden bevestigd in de interviews. We sluiten af met enkele aanbevelingen per onderzoeksvraag. De belangrijkste aanbevelingen hebben te maken met het feit dat de samenwerking met de ketenpartners beter georganiseerd zou moeten worden, alsook de implementatie van Samen Starten duidelijker op papier gezet wordt.

2. Inleiding

'Samen Starten' is een breed programma dat ontwikkeld is voor de jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen ter ondersteuning van de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind. In het programma staat de totale opvoedingssituatie van een kind centraal: dus zowel het welbevinden van het kind, het welzijn van de ouders, het sociale netwerk van het gezin, als de maatschappelijke omstandigheden en gebeurtenissen waar het gezin mee te maken heeft krijgen aandacht. Leidend principe in 'Samen Starten' is het ondersteunen van ouders bij het scheppen van een opvoedingsklimaat waarin de kinderen zich kunnen ontwikkelen tot evenwichtige en verantwoordelijke volwassenen. Samen Starten omvat twee delen: een signaleringsdeel, waarbij JGZ medewerkers een bepaalde gespreksvorm, het DMO-protocol, zich eigen maken, en een interventie deel om gesignaleerde problemen aan te pakken. Beide onderdelen worden hieronder kort toegelicht.

Signaleren met het DMO-protocol

Binnen het programma Samen Starten wordt gebruik gemaakt van het DMO-protocol als signaleringsinstrument voor risicoprocessen met betrekking tot de opvoeding van jonge kinderen. Het DMO-protocol stimuleert professional en ouder(s) op een gestructureerde wijze samen met de klant (ouder en kind) risicosituaties te onderzoeken, vast te stellen en bespreekbaar te maken. Het DMO protocol is ontwikkeld in opdracht van de Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling (DMO) van de gemeente Amsterdam door de universiteit van Amsterdam. Het is een volgsysteem gebaseerd op het bio-ecologisch ontwikkelingsmodel van Bronfenbrenner (2005). Uitgangspunt van dit model is dat de (neurobiologische en gedragsmatige) ontwikkeling van het kind en de ouder-kindrelatie resultaat zijn van continue interactie tussen biologische en sociale factoren, tussen 'nature' and 'nurture'. Het DMO-protocol is ontwikkeld als praktische toepassing van dit bio-ecologische ontwikkelingsmodel.

Op de leeftijd van 8 weken vindt een brede inventarisatie plaats van de opvoedsituatie, welke als uitgangssituatie dient bij vervolgesprekken. Vanuit het perspectief van de ouder(s) worden risicofactoren en beschermende factoren benoemd voor de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind op de volgende vijf domeinen:

- 1) functioneren/welbevinden van het kind,
- 2) (gevoel van) competentie van de primaire verzorger/opvoeder,
- 3) rol van de partner,
- 4) ervaren sociale steun
- 5) dagelijkse problemen en obstakels

Deze vijf domeinen hebben betrekking op de individuele - en gezinsfactoren die een belangrijke rol spelen in het bio-ecologisch ontwikkelingsmodel. Bij vervolgesprekken worden veranderingen in de opvoedingssituatie geïnventariseerd en vastgelegd op een gestandaardiseerd dossierformulier. Aan het eind van ieder gesprek komen ouder en JGZ-professional tot een gezamenlijke conclusie over de opvoedingssituatie waarbij beide partijen een globale evaluatie geven van de opvoedingssituatie, gaat het 'prima', 'zo-zo', of toch 'problematisch'?

Interventie deel

Naast het signaleren van problemen en risico's, beoogt het DMO protocol ouders te steunen, hen concreet hulp te bieden waarbij alle instellingen die deelnemen aan Samen Starten, ingezet kunnen worden. Bij een problematische situatie wordt in nauwe samenspraak met de ouder(s) trapsgewijs tot interventie wordt besloten. Hierbij hanteren de JGZ artsen en

verpleegkundigen de methode van "oplossingsgericht werken", waarbij zowel de krachten – datgene wat goed gaat in een gezin - als de gevaren die het kind bedreigen in kaart worden gebracht. De JGZ medewerker gaat op huisbezoek om samen met de ouder een plan te maken hoe de problemen aangepakt zullen worden. Zo nodig wordt het gezin verwezen naar andere hulpverleningsinstanties. In gezinnen met meervoudige problemen, worden gezinscoaches ingezet. Het programma Samen Starten richt zich op versterking van de lokale samenwerking tussen ketenpartners in de jeugdhulpverlening, zoals jeugdgezondheidszorg (JGZ), GGD'en, bureaus jeugdzorg en maatschappelijk werk.

Training

Het DMO-protocol veronderstelt een actief luisterende houding bij de JGZ medewerker. Een houding die ouders zélf stimuleert om oplossingen te bedenken, zonder dat de professional "ongevraagd advies" geeft. Een belangrijk onderdeel van 'Samen Starten' omvat daarom het trainen van vaardigheden van de JGZ medewerkers, die rechtstreeks contact hebben met de ouders. In deze training staan de volgende principes centraal:

- Respect voor de ouders en kinderen;
- Versterken van de autonomie van ouders en kinderen;
- Werken met research-based methoden en instrumenten;
- Samenwerken - met concrete afspraken - waarbij het te allen tijde duidelijk is wie de verantwoordelijkheid draagt voor de coördinatie, zodat er continue 'monitoring' van voortgang en effect is.

Eerst ontvangen de JGZ medewerkers een korte introductie in het DMO-protocol en de theoretische achtergrond van het protocol. Vervolgens worden de gespreksvaardigheden van de medewerkers door middel van video-opnames (video interactie begeleiding) op kwaliteit getoetst. De JGZ medewerkers maken een video-opname van een gesprek met ouders. Als zij volgens de richtlijnen zelf tevreden zijn met de opname, wordt deze opname besproken met de Video Interactie Begeleider (VIB).

3. Doel evaluatie

Met dit onderzoek beogen we de implementatie van het programma Samen Starten in de jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen te evalueren. Concreet gaat het hierbij om een grondige evaluatie van de ervaringen van verpleegkundigen, artsen, projectleiders en managers met de verschillende stappen van het implementatie traject van Samen Starten. Op basis van deze inventarisatie zouden vervolgens enkele verbeterpunten aangewezen kunnen worden.

De volgende vragen staan centraal in deze evaluatie:

1. Hoe functioneert het DMO protocol als methodiek en signaleringsinstrument?
2. Hoe functioneert het interventie-deel van Samen Starten? Dat wil zeggen: hoe functioneert het huisbezoek en het Plan van aanpak indien problemen gesignaleerd worden?
3. Hoe functioneert de verwijzing naar en samenwerking met andere hulpverleners instanties?
4. Hoe hebben de JGZ medewerkers de training voor Samen Starten ervaren?
5. Hoe hebben de betrokkenen de implementatie van Samen Starten ervaren?

Bij al deze vragen willen we expliciet stilstaan bij eventuele knelpunten en hoe die knelpunten weggenomen worden. Het onderzoek omvat twee delen: een deel waarbij de ervaringen met Samen Starten schriftelijk in kaart zijn gebracht van een vragenlijst, en een kwalitatieve inventarisatie van de ervaringen met behulp van een focusgroep interview.

4. Methode evaluatie

Het vragenlijstonderzoek

TNO heeft twee vragenlijsten opgesteld waarin het project Samen Starten breed geëvalueerd wordt. Eén vragenlijst was bestemd voor verpleegkundigen en artsen die werken met Samen Starten. In deze vragenlijst werd het perspectief ingenomen van de uitvoerders van het programma. De vragenlijst bevatte 27 open vragen en 13 gesloten vragen waarin vrijwel alle aspecten van het programma aan de orde komen, zoals onder andere: de training, de kwaliteit van het DMO-protocol voor signaleren, wat nog ontbreekt of juist teveel is, de intervisie, de aanwezigheid van andere instrumenten, het huisbezoek en plan van aanpak, het verwijzen, en samenwerking met ketenpartners, en de implementatie. Een voorbeeld van een open vraag is "Wat is uw mening over het DMO-p als methodiek waarbij het tijdens alle contactmomenten gedurende de eerste 18 maanden wordt gebruikt om zorgwekkende opgroei- en opvoedingssituaties te signaleren?" Een gesloten vraag over hetzelfde onderwerp is "Vindt u de 5 domeinen van het DMO-p voldoende voor het signaleren van zorgwekkende opgroei- en opvoedingssituaties?" De antwoordcategorieën waren hierbij 'ja', 'nee', en 'gedeeltelijk'.

De tweede vragenlijst was bestemd voor managers van de JGZ organisaties die participeren in het programma Samen Starten. Deze vragenlijst kon ook worden ingevuld door projectleiders van Samen Starten. De vragenlijst voor de managers bevatte 16 open vragen en 10 gesloten vragen, die grotendeels vergelijkbaar waren met de vragen voor de artsen en verpleegkundigen. Een belangrijk verschil is dat de vraagstelling meer op het niveau van de organisatie gesteld werden. Artsen en verpleegkundigen worden bijvoorbeeld zelf gevraagd of zij schriftelijk vastleggen naar welke functionaris zij doorverwijzen, terwijl de managers de vraag krijgen of hun medewerkers dit doen.

De beide vragenlijsten zijn via de projectleiders verspreid onder de acht organisaties die momenteel participeren in Samen Starten. De projectleiders konden zelf intern de vragenlijst onder de aandacht brengen van de artsen en verpleegkundigen. De projectleiders ontvingen een link naar een website waarbij de vragenlijst digitaal ingevuld kon worden.

Het focusgroep interview

Voor het onderzoek is gebruikt gemaakt van het focusgroep interview. Er werden vijf focusgroepen samengesteld: vier groepen met JGZ verpleegkundigen en artsen, en één groep met managers en projectleiders. De bijeenkomsten werden zoveel mogelijk gehouden in de regio waar de deelnemers werkzaam zijn: twee bijeenkomsten vonden plaats in Eindhoven en drie bijeenkomsten in Amersfoort. De focusgroepen werden geleid door twee projectmedewerkers van TNO die tot dat moment nog niet eerder betrokken waren geweest bij de training en implementatie van Samen Starten.

De procedure was als volgt: elk groepsinterview werd begonnen met een globale voorstelronde, waarna de vier thema's zoals die uit het vragenlijstonderzoek naar voren zijn gekomen centraal staan: 1) de training, 2) het functioneren van het DMO protocol, 3) de huisbezoeken en plan van aanpak, en tenslotte 4) het doorverwijzen naar ketenpartners. Voor het focusinterview met de managers en projectleiders hebben we een extra thema

toegevoegd over de implementatie van Samen Starten. Elk thema werd eerst als open vraag aan de hele groep voorgelegd, waarna elke aanwezige de gelegenheid kreeg om op deze brede vraag te reageren. Vervolgens werden eventuele onduidelijkheden in de reacties verder nagevraagd, waarbij ook gelegenheid werd gegeven om op elkaar te reageren. De focusinterviews duurden ongeveer 1,5 a 2 uur. De deelnemers ontvingen voor deelname aan het interview een vergoeding van 200 Euro.

5. Resultaten van het vragenlijstonderzoek

In totaal hebben 102 artsen en verpleegkundigen de vragenlijst ingevuld, waarbij opgemerkt moet worden dat meer verpleegkundigen dan artsen hebben geparticipeerd. Van het totale aantal respondenten ($N = 102$) hebben 59 respondenten ook aangegeven wat hun functie een standplaats was. Van de 59 respondenten is 70% verpleegkundige van beroep ($n = 42$), en 30% is werkzaam als arts ($n = 17$). Deze JGZ-mensen zijn afkomstig uit Amersfoort, en omgeving (Soest, Woudenberg en Leusden), Eindhoven, Breda, Zuid-Limburg (Maastricht, Heerlen en Brunssum) Noord Holland (Den Helder, en Anna Paulowna) Eemnes, Duiven, Zevenaar, Emmen en Roden. De gemiddelde leeftijd van de artsen en verpleegkundigen was 45.8 jaar.

De vragenlijst voor managers en projectleiders is ingevuld door 22 managers, afkomstig uit Breda, Eindhoven Purmerend, Doesburg, Velp, Arnhem, en Meppel. Deze managers waren gemiddeld 49,5 jaar oud, en hebben gemiddeld bijna 6 jaar ervaring hadden opgedaan in management functies.

Tabel 1 Overzicht van de thema's en subthema's voor de analyse van de vragenlijsten en focusinterviews.

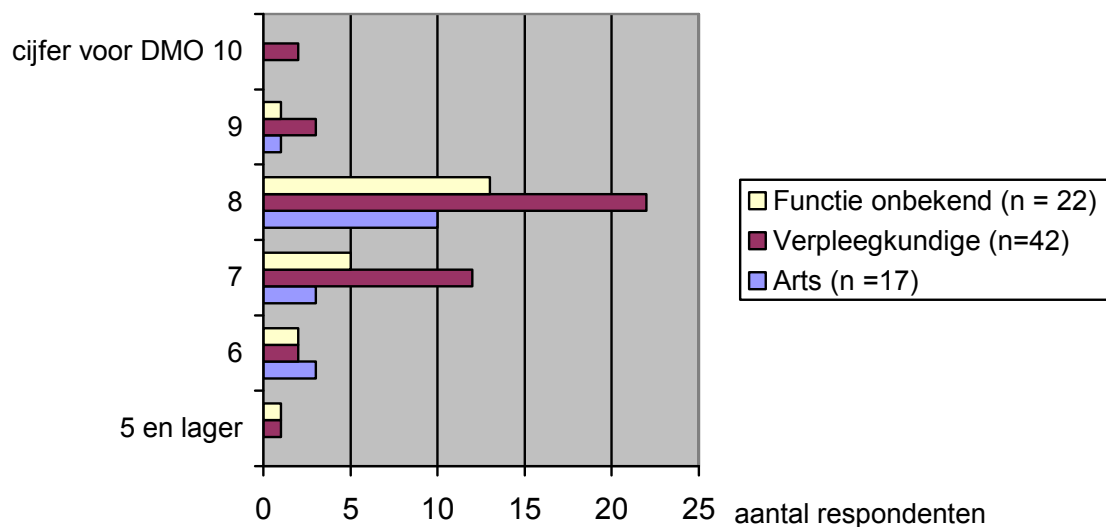
Hoofdthema	Subthema
1. Functioneren van het DMO protocol	Hoe functioneert het DMO protocol als signaleringsinstrument? Behoeft het DMO-protocol nog aanvulling? Wat zijn eventuele knelpunten/verbeterpunten van het DMO protocol?
2. Behandeling	Hoe functioneert het huisbezoek? Hoe functioneert het plan van aanpak? Wat zijn eventuele knelpunten/verbeterpunten?
3. Verwijzing en communicatie met ketenpartners	Hoe verloopt de samenwerking en verwijzing naar ketenpartners? Zijn er afspraken gemaakt met ketenpartners? Is er sprake van een warme overdracht? Wordt teruggekoppeld naar de eigen organisatie?
4. Training	Introductietraining in het DMO protocol Video Interactie Begeleiding Training Motivationale Gespreksvoering Intervisie en Supervisie: in welke mate vindt dit plaats en hoe waarderen medewerkers dit?
5. Implementatie Samen Starten	Hoe is de implementatie van Samen starten verlopen? Wat waren knelpunten mbt de implementatie?

De gesloten vragen zijn per antwoordcategorie gekwantificeerd. De open vragen van beide vragenlijsten zijn op een meer kwalitatieve manier geanalyseerd. Eerst hebben twee codeurs alle antwoorden globaal gelezen en op grond daarvan zijn de vragen ingedeeld in grote thema's, waarbinnen meer specifieke subvragen onderscheiden kunnen worden. De vijf hoofdthema's zijn: 1) het functioneren van het DMO-protocol, 2) behandeling in huisbezoek en plan van aanpak, 3) verwijzen, 4) training en intervisie, en 5) implementatie van Samen Starten. In Tabel 1 worden de vijf hoofdthema's met de daarbij horende subthema's in een schema weergegeven. Bij de analyse van de vragenlijsten hebben we de vragenlijst van de arts/verpleegkundige samen genomen met de vragenlijst die bestemd was voor de managers. Per subthema hebben we de antwoorden gegroepeerd, om daaruit de grote lijn te halen, alsook enkele typerende uitspraken weergegeven van de artsen, verpleegkundigen of van de managers.

5.1 Functioneren van het DMO protocol

De artsen en verpleegkundigen werd gevraagd naar hun mening over het DMO-p als methodiek om zorgwekkende opgroei- en opvoedingssituaties te signaleren? Ze konden hun waardering voor de methode weergeven in een cijfer van 1 tot 10, waarbij 10 betekent dat het programma uitstekend geschikt is als signaleringsinstrument. In totaal gaven 81 JGZ medewerkers het DMO-protocol gemiddeld een 7,6. Het laagste cijfer dat werd gegeven was een 3, en het hoogste cijfer was een 10 en werd twee keer gegeven. Beide extremen werden overigens toegekend door verpleegkundigen, de grootste groep onder de respondenten. Artsen ($n = 17$) waardeerden het DMO-protocol gemiddeld met een 7,5, en verpleegkundigen ($n = 42$) gemiddeld met een 7,7. Respondenten die geen functie hebben aangegeven ($n = 22$) kwamen op een gemiddelde waardering van 7,5. De drie gemiddelden liggen dicht bij elkaar en gezien de groepsgrootte, verschillen de verpleegkundigen niet significant van de beide andere groepen. De spreiding in deze groep is groter, maar de groep is ook veel groter dan beide andere groepen. In figuur 1 worden alle cijfers per beroepsgroep weergegeven.

Figuur 1. Waardering (1-10) voor het DMO-protocol gerangschikt naar beroepsgroep



Deze positieve waardering van het DMO protocol als signaleringsinstrument komt ook in de toelichting van de artsen en verpleegkundigen tot uitdrukking. Het feit dat het protocol een brede focus heeft die het hele gezin bestrijkt wordt vaak genoemd als argumentatie bij de positieve waardering, alsook het feit dat met behulp van het protocol systematisch al die zaken nagevraagd worden waardoor meer en eerder problemen naar boven komen. Een verpleegkundige die het DMO protocol een 8 geeft, schrijft: *“Het is een methodische aanpak; waardoor je systematisch dezelfde vragen bij een ieder stelt om duidelijkheid te krijgen in opgroei- en opvoedingssituaties. Niemand uitgezonderd. Hierdoor komen er soms dingen naar boven die ik niet op zo'n vroeg tijdstip al naar boven zou hebben gekregen zonder deze methodiek te gebruiken.”*

Een manager schrijft: *“De belangrijkste meerwaarde zie ik in de houdings-verandering van de medewerkers naar de ouders toe. Een uitspraak van een ouder is daarvoor typerend: ‘Er is nu ook oog voor mij; hoe ik het ervaar om ouder te zijn.’”*

Een andere verpleegkundige die het DMO protocol een 9 geeft, motiveert zijn/haar keuze als volgt: *“Ik vind het uitermate geschikt. Je wordt tijdens het consult gedwongen om naar de brede opvoedingscontext te kijken en zaken te bespreken die bij het laatste consult als zozo of probleem gezien werden. Ook als je in tijdnood zit; zie je in een oogopslag wat je prioriteit heeft om te bespreken. Het is ook een goed instrument om ouders te laten meekijken; inzichtelijk te maken waar/hoeveel problemen er zijn en ze hierdoor nog beter te kunnen motiveren om hulp te accepteren. Ik geef het DMO maar een 9 omdat het maar tot de leeftijd van 18 maanden gebruikt kan worden.”*

In dit antwoord blijkt dat een praktisch punt, zoals de leeftijdsgrens op 18 maanden, reden was voor een iets lagere waardering. Veel iets ‘lagere’ cijfers worden gegeven vanwege allerlei praktische problemen zoals tijdgebrek, of ergernissen rond het invulformulier. Een verpleegkundige die een 3 geeft, oordeelt: *“De gesprekstechnische kant van het DMO-protocol is een meerwaarde. Het DMO is een geïntegreerd onderdeel van mijn consult geworden. Ik merk dat het invullen van het formulier lastig blijft. Ook in de vervolgsconsulten heb je onvoldoende tijd; om alle items weer uitgebreid te bespreken.”*

Een arts die een 6 gaf, schrijft: *“In eerste instantie was ik erg enthousiast; maar helaas valt de bruikbaarheid in de praktijk tegen. Ik heb nu niet het idee dat ik meer weet over de gezinnen dan vroeger”*. Een ander vindt dat de uitgebreide vragenlijst op een te vroeg moment in het ouderschap aan de orde komt. Tenslotte vindt een arts (6) dat met behulp van het DMO-protocol niet direct duidelijk wordt of de draagkracht en draaglast “uit elkaar lopen.”

In Tabel 2 zijn de gesloten vragen die betrekking hebben op het DMO-protocol samengevat. Ruim veertig procent van de respondenten vindt DMO-protocol geschikt om een vertrouwensband op te bouwen met ouders. Echter, een bijna even zo groot deel (36%) is van mening dat het DMO-protocol slechts ten dele geschikt is voor dit doel. Wellicht hangt dit ook samen met de visie die de JGZ medewerker heeft op hoe je als JGZ medewerker moet werken aan een vertrouwensband met ouders. Zaken die hier vaak genoemd worden zijn: een open, en eerlijke communicatie met de ouders, oprechte belangstelling tonen in de ouders, eventueel aangevuld met extra (telefonisch contact). De hier genoemde punten hebben mogelijk ook meer met de **houding** van de JGZ medewerker te maken, dan met het DMO-protocol. Op de vraag “Wat doet u behalve door het inzetten van het DMO-protocol om de vertrouwensband met de ouders tot stand te brengen of te versterken?” antwoordt een verpleegkundige:

“Voordat het DMO protocol werd ingevoerd besprak ik veel van deze zaken altijd al. (...) Ik ben er altijd voor geweest om mij niet als deskundige op te stellen; maar mij te presenteren als een gewoon mens met ook zijn problemen; zonder daar verder op in te gaan. Kortom; gewoon een medemens te zijn.”

Tabel 2. Gesloten vragen over het functioneren van het DMO protocol.

	Ja	Nee	Deels	Geen antwoord	N
Worden zorgwekkende situaties gesignaleerd?	100 %	0	-	0	19*
5 domeinen voldoende ?	67%	4%	16%	14%	103
Geschikt als signaleringsinstrument?	44%	40%	-	16%	88
Geschikt voor vertrouwensband?	44%	2%	36%	16%	87
Geschikt voor empowerment?	35%	3%	38%	24%	89
Behoeft aan aanvullende signaleringsinstrument?	36%	50%	-	14%	100
Is het DMO-p formulier verwerkt in het EKD?	20%	60%	-	20%	15*
Wordt nagegaan of signalering terecht was?	68%	11%	-	21%	19*

* Deze vraag is alleen beantwoord door managers en projectleiders (n = 22)

Behoeft het DMO-protocol nog aanvulling?

Bijna driekwart van de invullers (67%) is van mening dat de vijf domeinen van het DMO-protocol voldoende zijn voor het signaleren van zorgwekkende situaties in de gezinnen (Zie Tabel 2). Toch heeft eenderde (36%) nog wel behoefte aan een aanvullend instrument, vooral voor de multi-problem gezinnen zou men graag een risico-taxatie instrument zoals CARE-NL. Dit instrument werd overigens ook als voorbeeld genoemd in de vraagstelling. Men verwacht soms veel van eventuele, nog te ontwikkelen instrumenten die naast het DMO-protocol te gebruiken zijn. Een verpleegkundige schrijft bijvoorbeeld dat hij/zij naast het DMO-protocol graag gebruik zou maken van *‘instrumenten die de volledige problematiek boven water krijgen, omdat ouders heel goed zijn in het geven van sociaal wenselijke antwoorden. Als hulpverlener zit je met het ‘niet-pluisgevoel’ - hetgeen meestal klopt- maar de hulpverlener is niet in staat om door het mooie verhaal van de ouders heen te prikken’*. Dit zou met behulp van een aanvullend instrument wellicht wel kunnen. Onderwerpen die men zinvol vindt om aan het DMO-protocol toe te voegen zijn: broers en zussen (met name in een samengesteld

gezin), de gezondheid en het welbevinden van de partner en de algemene intellectuele competenties van de ouders.

Als het gaat om 'empowerment' van de ouders vinden enkele respondenten de focus van het DMO-protocol te negatief. Er wordt immers alleen opgeschreven wat niet goed gaat, of waar zorgen zijn, en er is geen ruimte om factoren op te schrijven "*die ten gunste komen van de ouders*". De positieve dingen moet de JGZ medewerker daar zelf uithalen. En juist die positieve dingen heeft de JGZ medewerker nodig om samen met ouders naar een oplossing te zoeken. Er is wel een vraag in het protocol waar de ouder denkt dat zijn haar kwaliteiten liggen, maar die leeftijd is dat nog te vroeg om daarover goed oordeel te kunnen geven. "*Ik zie DMO-protocol nu alleen nog als een gestructureerd interview; misschien een fout idee van mij; maar ik zie niet hoe we hiermee de eigen krachten van ouders kunnen beschrijven*".

Knelpunten en verbeterpunten

De onvoldoende ruimte op het formulier waarop tijdens het consult aantekeningen gemaakt kunnen worden, is een punt dat veel genoemd wordt. In het verlengde van het voorafgaande zouden de respondenten graag zien dat in het formulier meer expliciet aandacht zou worden gevraagd voor de sterke punten en de draagkracht van de ouders.

5.2 Behandeling: functioneren van het huisbezoek

Volgens de respondenten worden huisbezoeken zelden tot nooit geweigerd. Mocht dit gebeuren, dan wordt in regel overlegd met het CB team om het kind eerder op te roepen op het CB, ofwel een extra telefonisch contact. Ook gaat men na waarom ouders weerstand hebben tegen een huisbezoek. Veelal zien de ouders de problemen nog niet dermate in dat zij een huisbezoek nodig achten: "*Dan ga je laagdrempeliger inzetten om zodoende de band met ouders te versterken en kijken of deze ingang alsnog verkregen kan worden. Tot die tijd mogelijk extra contact op CB op telefonisch. Ook kijken of andere betrokken hulpverleners wel ingang hebben.*"

De JGZ medewerkers zien zichzelf in de regel zeker als capabel om moeilijke onderwerpen zoals mishandeling of meisjesbesnijdenis bespreekbaar te maken. Wat over het algemeen lastig (blijft) is het motiveren van ouders die de problemen niet zien om de problemen wel onder ogen te zien en serieus te nemen. En het omgaan met de boosheid van ouders na het bespreken van een moeilijk onderwerp.

Naast het DMO-protocol worden in het huisbezoek de methodes Stap voor Stap relatief veel gebruikt; deze methodiek wordt 12 keer genoemd door de respondenten. Daarnaast ook de methode IVVP of een zorgplan. Het Plan van Aanpak waarbij de JGZ medewerker samen met de ouder aangeeft hoe de gesignaleerde problemen aangepakt zullen gaan worden, wordt slechts in de helft van de organisaties gebruikt, afgaand op de vragenlijst gegevens (Zie Tabel 3).

En als er wel een plan van aanpak is, dan wordt lang niet altijd schriftelijk een datum vastgesteld waarop de doelen gehaald moeten zijn. Veel respondenten achten zo iets niet altijd nodig, en niet alle 'oplossingen' laten zich vastleggen op een specifieke datum. Het ligt ook wel eens aan ouders zelf: "*De doelgroep waar ik mee werk is lang niet altijd gemotiveerd om stappen te ondernemen en zeker niet onder tijdsdruk. Het maken van een plan van aanpak is daarom lang niet altijd mogelijk.*"

Tabel 3. Het Plan van Aanpak

	Ja	Nee	Geen antwoord	n
Heeft u plan van aanpak met meetbare doelen?	53%	25%	22%	64
Zijn data vastgesteld waarop doelen moeten zijn gehaald?	42%	36%	21%	66

Hoe controleert men dan of het Plan van Aanpak wordt uitgevoerd? De JGZ medewerker probeert een vinger aan de pols te houden, bijvoorbeeld door het reguliere contactmoment op CB, of middels telefonisch contact of extra huisbezoeken. In een enkel geval wordt ook navraag gedaan bij hulpverleners.

Tijdgebrek wordt als relatief vaak als grootste knelpunt genoemd in de huisbezoeken. Hiermee wordt dan zowel bedoeld dat het de JGZ medewerker aan voldoende tijd ontbreekt om de gewenste huisbezoeken snel in te kunnen plannen, de tijd die nodig is om met ouders een oplossing te zoeken, en ook het tijdgebrek bij de ouders waardoor het afspreken van ene huisbezoek soms lastig is. Naast 'tijd' worden "*Zorgmijdende, gesloten ouders die de problemen niet onder ogen willen zien, of niet te motiveren zijn om hulp te zoeken*" een belangrijk knelpunten in de huisbezoeken. "*Het grootste knelpunt voor mij is als ouders niet willen dat je je er mee bemoeit.*"

5.3 Verwijzing

Indien in een gezin problemen geconstateerd worden waarbij externe hulp nodig is, dan moet de JGZ medewerker verwijzen. Onderdeel van het programma van Samen Starten is dat de JGZ organisatie een convenant opstelt met de ketenpartners zoals bijvoorbeeld Bureau Jeugdzorg, de GGZ en Stichting MEE. Slechts een derde van de organisaties heeft daadwerkelijk convenanten afgesloten, en 40% is aangesloten op de Verwijsindex (Zie Tabel 4). Blijkbaar is het komen tot goede en werkbare afspraken met de ketenpartners een lastig punt.

Warme overdracht

Naast afspraken op hoger niveau is het een streven binnen het Samen Starten programma dat de JGZ medewerker de ouders zelf begeleidt naar de instelling waarnaar verwezen wordt. Dit wordt ook wel aangeduid als een 'warme overdracht'. De verpleegkundigen en artsen werden gevraagd een inschatting te geven van het aantal verwijzingen waarbij sprake is van een warme overdracht. Vijftig respondenten hebben een inschatting gemaakt en gemiddeld komt het percentage warme overdrachten uit op 27,6 %, dus ongeveer een derde van alle verwijzingen. De schattingen lopen overigens wel behoorlijk uiteen: tussen de 0 en de 90 % van de verwijzingen.

Als er geen warme overdracht kan plaatsvinden, wie is dan na verwijzing/overdracht van ene gezin aan een externe instelling verantwoordelijk voor een gezin? Opvallend genoeg blijven veel JGZ medewerkers zich verantwoordelijk voelen juist omdat het niet duidelijk is geregeld: "*Afhankelijk van de situatie maar vrijwel altijd blijf ik verantwoordelijk. Heel soms neemt Jeugdzorg de zorgcoördinatie over of Maatschappelijk Werk.*"

Tabel 4. Verwijzen

	Altijd	Meestal	Soms	Nooit	Geen antwoord	N
Verwijzen door arts/vp						
Draagt u de verantwoordelijkheid over bij verwijzen aan met naam genoemde functionaris van de instelling?	5%	26%	42%	8%	8%	76
Wordt die overdracht schriftelijk vastgelegd?	3%	5%	26%	45%	21%	66
Verwijzen op het niveau vd organisatie						
Zijn convenanten afgesloten met ketenpartners?	31%	-	-	19%	19%	16*
Is de organisatie aangesloten op de Verwijsindex?	40%	-	-	40%	20%	15*
Is de organisatie betrokken bij project voor gezinscoaching?	40%	-	-	40%	20%	15*

* Deze vraag is alleen beantwoord door managers en projectleiders (n=22)

De JGZ medewerkers zien het consultatiebureau ook als een soort 'spil' rond de ouders. Als de zorgcoördinatie niet goed geregeld is, dan neemt het consultatiebureau die taak op zich: *"Omdat ouders het consultatiebureau blijven bezoeken; blijven wij ons ook verantwoordelijk voelen."*

Verwijzen, samenwerken en monitoring: knelpunten

Los van het feit dat niet altijd duidelijk is naar welke organisatie/welke functionaris verwezen moet worden bij bepaalde problemen, loopt de samenwerking met de ketenpartners allerm minst soepel. Op de vraag wat de JGZ medewerkers als grootste knelpunten zien bij de verwijzing en samenwerking wordt het vaakst het uitblijven van een **terugkoppeling** genoemd.

Het consultatiebureau wordt niet altijd als volwaardig partner beschouwd, hetgeen betekent dat zelden teruggekoppeld wordt: *"We horen er niet standaard bij zeg maar, zoals de huisarts altijd CC's krijgt."* Een CB arts schrijft: *"Veel organisaties 'vergeten' het consultatiebureau. Zelf bij vraag met toestemming van ouders worden we niet altijd op de hoogte gebracht"* Kortom: de samenwerking met ketenpartners is vaak eenrichtingsverkeer. Een andere arts meldt: *"De bekendheid van de JGZ 0 tot 4 jarigen is niet optimaal; waardoor wij nog weleens 'vergeten' worden om uitgenodigd te worden in evaluaties en nabesprekingen van gezinnen. Gelukkig zijn er steeds meer samenwerkingsverbanden waarin wij anticiperen en wel op de kaart staan."*

Een ander knelpunt zijn de lange wachtlijsten, met name bij de Bureaus Jeugdzorg, de slechte coördinatie over de zorg, en de gebrekkige communicatie tussen de verschillende organisaties onderling, waardoor de weg naar de hulp (te) lang duurt. Een verpleegkundige schrijft: *"De coördinatie van zorg zie ik als grootste knelpunt! Wie heeft de verantwoordelijkheid? Naar mijn idee heeft de JGZ dit te vaak. Stel uit een huisbezoek komen veel problemen naar boven en je verwijst naar een ketenpartner. Er gaat vaak een hele weg aan vooraf voordat ouders hulp willen; en voordat er bij de ouders voldoende vertrouwen is*

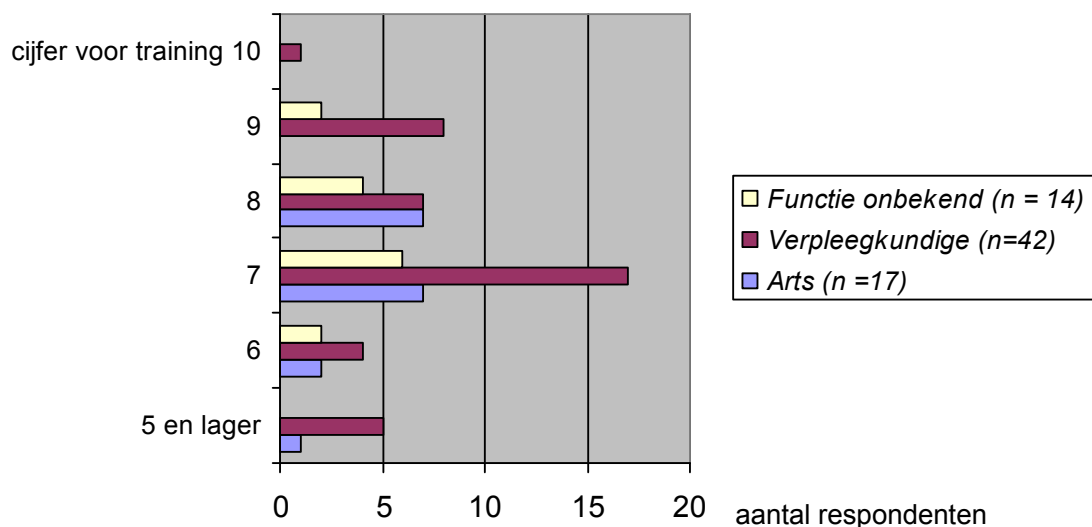
om hulp te aanvaarden. Maar het duurt dan nog zo lang voordat ze daar daadwerkelijk aankomen en de hulp krijgen die ze verwacht hadden.“

Een andere verpleegkundige is eveneens van mening dat teveel taken bij de JGZ liggen: *“Helaas springen wij in het gat die andere hulpverleners veroorzaken. De eigen JGZ organisatie fluit ons vaker terug; maar het gevoel van verantwoordelijkheid blijft. Het zijn vaak gezinnen waar je veel energie in hebt gestopt om ze verwijsrijp te maken. En dan stagneert de hele boel.”* Een manager constateert min of meer hetzelfde probleem: *“We signaleren veel maar de wachtlijsten bij andere organisaties maakt dat we niet door kunnen verwijzen en dan het gezin zelf “vast houden” om zicht op het gezin te houden. JGZ doet in deze situaties meer dan licht pedagogische ondersteuning en daar is JGZ eigenlijk niet voor.”*

5.4 Introductietraining in het DMO protocol

De training omvat twee onderdelen: een korte introductie in het DMO-protocol en vervolgens een meer praktische training van de gespreksvaardigheden. De theoretische introductie omvatten een aantal lezingen die gedurende twee dagdelen gegeven worden door de trainer. Alle deelnemers aan de training ontvangen van te voren een map met relevante Achtergrondliteratuur. Bij de video-interactie begeleiding neemt de JGZ medewerker zelf een gesprek met de ouders op, waarbij de trainer de opname beoordeelt in hoeverre het DMO protocol op een adequate wijze is toegepast.

Figuur 2 Waardering (1-10) voor introductie in het DMO-protocol, gerangschikt naar beroepsgroep



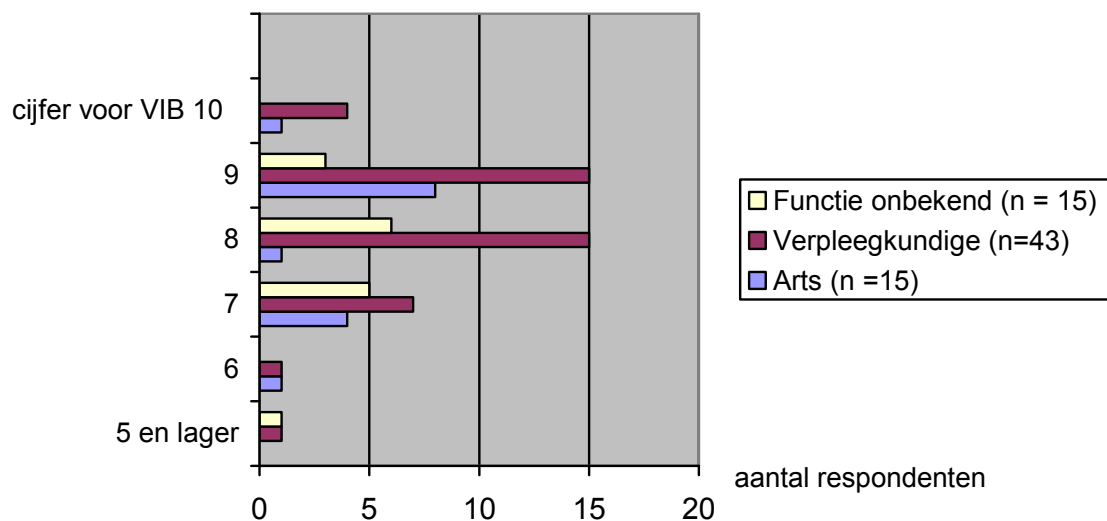
In de vragenlijst werden de artsen en verpleegkundigen gevraagd een waardering te geven tussen 1 en 10 voor de introductie in het DMO protocol. Twee en zeventig JGZ medewerkers hebben de introductie in het DMO-protocol beoordeeld met een 7.2. Van die totale groepen waren er 17 artsen (gemiddelde beoordeling was 7.1), 42 verpleegkundigen die een gemiddelde van 7.2 hadden en de 14 JGZ-medewerkers die geen beroep hadden opgegeven, kwam het gemiddelde uit op 7.4. In Figuur 2 zijn de beoordelingscijfers gerangschikt per beroepsgroep. Op de vraag het gekozen cijfer te beargumenteren kwamen

wisselende reacties, zowel zeer negatieve als zeer positieve. Enkele voorbeelden: een arts geeft de introductie in het DMO protocol Oo“*Een dikke onvoldoende. (...) Veel te weinig to the point; ellenlange verhalen; en weinig praktisch gericht.*” Ook een verpleegkundige vond dat de trainingbijeenkomsten veel retoriek bevatten en erg langdradig waren. Andere verpleegkundigen daarentegen hebben een meer positieve kijk op de introductie: Ze vonden de training “*Heel prettig en ondersteunend met name ook de eerste dag*”. Een verpleegkundige vond de trainer erg duidelijk en bevlogen: “*Ze maakte je enthousiast om ermee te gaan werken. Ze kon ook veel voorbeelden benoemen uit de praktijk. Goede opzet; indeling.*”. Uit Tabel 5 blijkt verder dat bijna 60% van de JGZ medewerkers van mening is - ondanks alle kritische noten - is dat de training een voldoende introductie bevatten op het DMO-protocol.

Video Interactie Begeleiding

De gespreksvaardigheden van de medewerkers worden door middel van video-opnames (video interactie begeleiding) op kwaliteit getoetst. De JGZ medewerkers maken een video-opname van een gesprek met ouders. Als zij volgens de richtlijnen zelf tevreden zijn met de opname, wordt deze opname besproken met de Video Interactie Begeleider (VIB). Drie en zeventig JGZ medewerkers hebben de Video Interactie Begeleiding beoordeeld met een 7.7.

Figuur 3. Waardering (1-10) voor Video-Interactie Begeleiding gerangschikt naar beroepsgroep



Deze groep bestond uit 15 artsen (gemiddelde beoordeling was 7.7), 43 verpleegkundigen die een gemiddelde van 8.3 hadden, en 15 JGZ-medewerkers die geen beroep hadden opgegeven. Zij hadden een gemiddelde van 7.7 In Figuur 3 zijn de beoordelingscijfers gerangschikt per beroepsgroep.

Een verpleegkundige had serieuze bezwaren tegen het filmen van een oudergesprek ten behoeve van de video-interactie begeleiding: “*Ik vind het eigenlijk niet kunnen om ouders hiervoor te vragen. Ouders durven soms niet ‘nee’ te zeggen; Ouders blijven misschien met vragen zitten die ze niet voor de camera durven stellen. Ook vind ik dat je niet van werkers -*

die al in een werkomgeving werken waar veel druk is om op tijd te werken – kan vragen om zelf een camera op te stellen en te filmen. Je bent niet gewend om met een camera te filmen en dit kost veel extra tijd. Er is simpelweg geen tijd voor en dit gaat ten koste van patiëntenzorg.” Met andere woorden: deze verpleegkundige heeft zowel meer fundamentele (het gaat ten koste van de zorg) als praktische bezwaren tegen VIB (het kost veel tijd en moeite).

Verder werd opgemerkt dat de video-interactie begeleiding vaker zou moeten terugkeren in het (na) scholingstraject: *“Er zou een vervolg moeten zijn na het opdoen van ervaring met het DMO protocol. Er zou een keer per twee jaar een videotraining moeten zijn. Dat houdt je wakker en alert.”*

Training Motivationale Gespreksvoering

Aanvullende trainingen zoals de Training Oplossingsgericht werken en de Training Motivationale Gespreksvoering zijn lang nog niet binnen alle organisaties gevolgd, blijkt uit de vragenlijst. Hoewel het wel dat bedoeling is dat de JGZ organisaties deze cursussen zelfstandig inhuren voor hun medewerkers. In Tabel 5 zijn de antwoorden weergegeven op de vragen die betrekking hebben op training en intervisie.

Tabel 5. Training en intervisie

	Ja	Nee	Geen antwoord	n
Geeft de introductietraining voldoende inleiding op DMO-p?	59%	27%	14%	100
Is er intervisie?	35%	49%	15%	91
Training ‘Oplossingsgericht werken’ ontvangen?	16%	67%	17%	81
Training ‘Motivationale Gespreksvoering’ ontvangen?	44%	37%	19%	75

5.5 Implementatie

De implementatie van het signaleringsdeel met behulp van het DMO-protocol wordt in de regel als goed bestempeld, door artsen, verpleegkundigen, en managers. De implementatie van het ‘behandelingsdeel’, en dan vooral de samenwerking met de ketenpartners is naar de mening van veel respondenten veel complexer. In een enkel geval heeft de implementatie van Samen Starten de samenwerking met andere hulpverleners aanvankelijk juist verbeterd: *“De implementatie samen met andere hulpverleners vond ik (arts) erg positief. Het kwam de samenwerking zeker ten goede. Echter doordat er geen follow-up aan wordt gegeven door de JGZ organisatie (bijvoorbeeld een keer per jaar een gezamenlijke training) verwatert dit contact met andere hulpverleners ook weer snel. Het is toch van belang dat name elkaars gezicht kent. Dan zal er veel vaker een warme overdacht gegeven worden en sneller feedback naar elkaar.”*

Een meer negatieve ervaring met de implementatie: *“Implementatie is zeer moeizaam verlopen; op papier ziet het er allemaal prachtig uit; maar in de praktijk is er niet veel veranderd. Het moeilijkst blijft de gezinnen met lichte opvoedingsproblemen die je door middel*

van het DMO-p er eerder uithaalt. Maar het vervolgtraject is niet of met zeer veel moeite inzetbaar. In onze organisatie is er wat mij betreft geen sprake van starten; maar alleen het invullen van het DMO-p. Het vervolg....? "

Met andere woorden: de implementatie van het samenwerken met anderen en verwijzen is nog moeizaam, constateert ook een manager: *"Samenwerking in de keten; kennen van elkaars organisatie; doorverwijzen en terug koppelen behoeft nog veel aandacht en afstemming. Samen Starten is op dit moment nog veel signaleren maar hierop interventies inzetten vraagt echt om verbetering. Wijkverpleegkundigen houden gezinnen "vast" omdat zij niet over kunnen dragen naar anderen of geen goede interventies kunnen inzetten."*

De implementatie zou verbeterd kunnen worden door

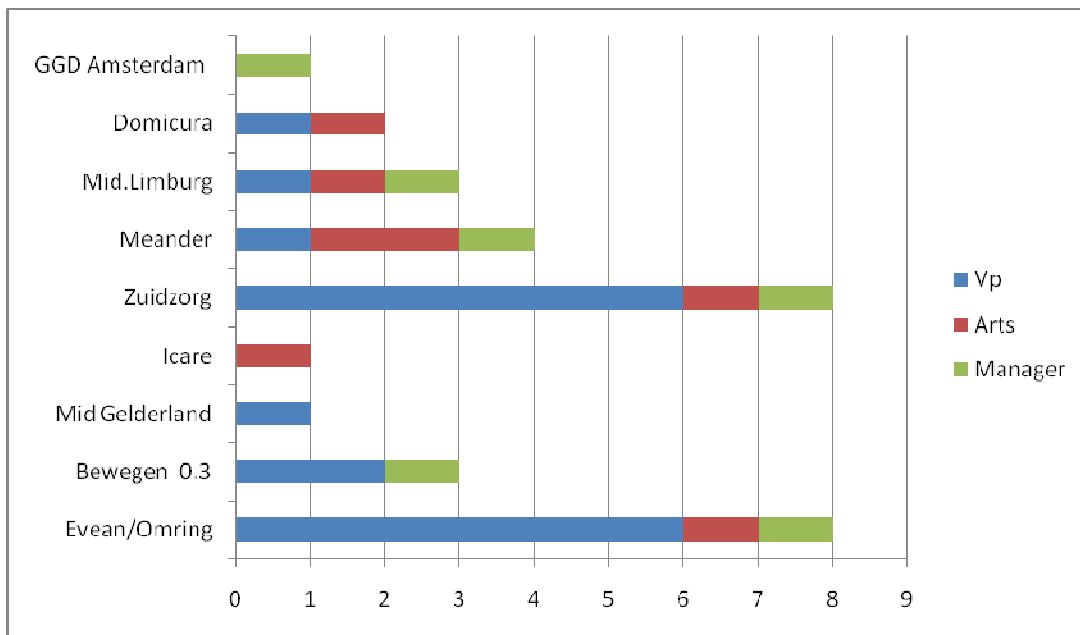
- *de omstandigheden van de training en invoering te verbeteren: "Niet de mensen zelf opzadelen met opnemen van video's; op de pc zetten ervan en de DVD's branden; Meer tijd nemen voor implementatie en training. Meer duidelijkheid over de vereisten voor het uitvoeren van het DMO-p; De ketenpartners moeten veel beter zijn voorbereid."*
- *"Liefst de implementatie in de gehele organisatie ineens uitrollen. Wij waren bijvoorbeeld als consultatiebureau al gestart, maar de ketenpartners waren nog niet op de hoogte waren; die werden pas veel later bijgepraat over hoe en wat. Dat zou tegelijkertijd moeten gebeuren."*

Een manager geeft de volgende waardevolle adviezen mee: *"Het is mijn ervaring dat de voorbereiding veel uitgebreider moet, ook met betere en gedetailleerdere informatie over tijdsinzet, samenwerking, kosten, etc. Er moet een uitgebreid draaiboek komen; met een aanvinklijst van wat er vooraf geregeld moet zijn en wat de consequenties voor deelnemende gemeentes en instellingen is. En een samenwerkingsconvenant vooraf zodat inzichtelijk is wat de organisatie en de ketenpartners precies te wachten staat."*

6. Resultaten van de focusinterviews

In totaal hebben 31 JGZ medewerkers geparticipeerd in de focusinterviews. Ze waren afkomstig van 8 verschillende organisaties uit het hele land. Van deze 31 deelnemers was een meerderheid ($n=18$) verpleegkundige, verder hebben zeven (CB) artsen, en zes managers als deelnemer/geparticipeerd in de focusinterviews. In Figuur 4 wordt aangegeven hoeveel medewerkers van welke organisaties meegewerkt hebben aan de focusinterviews.

Figuur 4. Overzicht van de deelnemers per organisatie aan de focusinterviews



De verschillende focusinterviews werden met behulp van een voice recorder opgenomen. Daarnaast werden schriftelijke aantekeningen gemaakt van het verloop van het gesprek. Met behulp van de schriftelijke aantekeningen werd van elk afzonderlijk focusgroep interview een kort schriftelijk verslag geschreven door een TNO medewerker. Dat verslag werd vervolgens gecorrigeerd en aangevuld door de andere TNO mede. Bij de analyse van de verslagen werd voor elk van de vier thema's geïnventariseerd wat de uitkomsten in de verschillende bijeenkomsten waren. Hierbij werd het gesprek met de managers en projectleiders tegelijk geanalyseerd met de focusinterviews met artsen en verpleegkundigen. Bij de analyse van de managers en projectleiders werd nog een vijfde thema onderscheiden, namelijk de implementatie van Samen Starten en de eventuele verbeterpunten daarvan. De resultaten van de focusinterviews worden per subthema gepresenteerd.

6.1 Functioneren van het DMO protocol

Er is een veel waardering onder verpleegkundigen en artsen over het feit dat het DMO protocol een brede, gezinsgerichte focus heeft. Ook het feit dat er bij het consult op de leeftijd van 8 weken meer tijd is om de 5 domeinen uitgebreid aan de orde te stellen, wordt op prijs gesteld. Dankzij het DMO protocol komen veel meer zaken aan de orde komen waarvoor vroeger nauwelijks/geen aandacht was, zoals de rol van de partner, en de aanwezigheid van sociale steun. Bovendien komen die zaken ook op een eerder moment naar boven in

vergelijking met de traditionele werkwijze. *“Met Samen Starten vangen we meer signalen op over het hele gezin, het heeft echt een brede focus. Voor mij was het echt nieuw om aandacht te geven aan de rol van de partner. Ik mis nog wel de aandacht voor de broertjes en zusjes in het DMO protocol.”* Het idee dat je samen met de ouders naar het hele gezin en de ontwikkeling van het kind kijkt, vindt men ook positief: *“Wat mij vooral aanspreekt is het idee van ‘empowerment’. Dat je met de ouders meedenkt. Dat deden we daarvoor ook al wel, maar dan kwam je toch al vrij snel met je adviezen. Dat was best nog wennen, om niet altijd meteen met mijn adviezen te komen.”*

Naast waardering voor het DMO-protocol, is er ook kritiek:

* Een verpleegkundige, werkzaam in een achterstandswijk, vindt dat het DMO protocol weinig toevoegt aan haar reguliere werkwijze. Het DMO protocol beoogt weliswaar het gezin in een breder perspectief te zien, maar in probleemgezinnen is de focus op het kind sowieso al breder, omdat vaak meer problemen tegelijk aan de orde zijn zoals een slechte woonsituatie, relatieproblemen, en/of financiële problemen. Voor deze verpleegkundige is het DMO protocol eerder een keurslijf, omdat nu een vaste lijst met onderwerpen perse afgehandeld moet worden met de ouders, terwijl ze voorheen meer vrijheid had in de onderwerpen die aan de orde kwamen tijdens huisbezoeken.

* Veel verpleegkundigen vinden het moeilijk om een goed **vervolg** te geven aan het uitgebreide consult op 8 weken. Zo'n uitgebreid consult creëert soms het verkeerde verwachtingen bij de moeders. Door alles te bevragen, wekt de verpleegkundige onbedoeld de indruk dat er “iets aan gedaan zal worden”, terwijl dat feitelijk niet het geval is. Veel verpleegkundigen hebben dan het gevoel dat zo'n eerste gesprek teveel in het luchtledige blijft hangen.

Niet alle JGZ medewerkers delen deze mening overigens, omdat volgens het DMO protocol alleen op die zaken teruggekomen moet worden op die dingen die nog niet helemaal goed gaan. Met andere woorden: een uitgebreid vervolg op het 8 weken consult is veelal niet nodig.

Behoeft het DMO protocol nog aanvulling?

- Medische achtergrondgegevens van het kind zouden in het DMO meteen duidelijk zichtbaar moeten zijn, want dergelijke gegevens zijn erg belangrijk voor de ouders.
- Broertjes en zusjes komen niet aan bod, de info hiervoor moet op verschillende plaatsen ondergebracht worden in het protocol. Dit vindt men onduidelijk en onhandig.
- Het feit of er andere hulpverleners in het gezin aanwezig zijn in het gezin, zou ook moeten worden vermeld in het DMO protocol.
- De gezondheid van vader komt niet aan de orde;
- Of er al hulpverlening binnen het gezin aanwezig is.

Knelpunten en verbeterpunten

Een belangrijk knelpunt is het feit dat het DMO protocol niet altijd geschikt lijkt te zijn en/ of minder goed functioneert in allochtone gezinnen. Moeders met een vluchtelingachtergrond (Afghaanse, Irakese moeders) spreken onvoldoende/geen Nederlands, en met hen is de communicatie ook tijdens de reguliere, kortere consulten dan ook erg moeilijk. De tolktelefoon is in deze gevallen lang niet altijd toereikend omdat dit niet op het juiste

moment beschikbaar is. Kortom: indien ouders geen Nederlands spreken, is de communicatie zo moeilijk dat een uitgebreid gesprek vaak niet van de grond komt.

Een groter probleem is het feit dat in de Turkse en Marokkaanse gezinnen het minder gewoon gevonden wordt om over private zaken te praten zoals de relatie met de partner of financiële problemen. In deze gezinnen duurt het doorgaans langer om een vertrouwensband met de ouders op te bouwen. Lang niet altijd krijgt de verpleegkundige lang het vertrouwen van de ouders, en soms blijft de vader argwanend op de achtergrond aanwezig. Indien het vertrouwen ontbreekt, zullen veel vragen ontwijkend beantwoord worden, en levert het DMO-protocol weinig op.

Verder worden voornamelijk praktische punten genoemd als knelpunten:

- * Veel verpleegkundigen zijn van mening dat het gedeelte over sociale steun te lang is. Er wordt in het protocol een onderscheid gemaakt tussen verschillende soorten sociale steun, terwijl dit onderscheid lang niet altijd zo scherp gemaakt kan worden. In de huidige vragen over sociale steun zit hierdoor teveel herhaling.
- * Het formulier van het DMO protocol laat te weinig ruimte om alles goed in te vullen, waarbij nog eens bijkomt dat de JGZ medewerker al tamelijk veel formulieren moet invullen tijdens het consult. Het blijkt ook niet voor iedereen even helder te zijn welke informatie op welke plaats aangegeven moet worden in het formulier, maar veel verpleegkundigen ontwikkelen wel een eigen soort systematiek.
- * Het DMO protocol laat zich lastig inpassen in het EKD. Er zou wellicht een eigen applicatie gemaakt moeten worden om het DMO-protocol in te voegen in het EKD. Er zit misschien ook een groot verschil tussen de beide systemen: het DMO-protocol is gericht op 'empowerment' en protectieve factoren, EKD alleen op het registreren van risicofactoren. Nu alle organisatie staan voor de invoering van het EKD zou het jammer zijn als iedereen voor zichzelf het wiel (DMO-protocol in het EKD) gaat uitvinden.
- * Het moment waarop het uitgebreide consult met ouders plaatsvindt (8 weken) is niet handig, want dit is een druk en voor de ouders spannend consult vanwege de eerste inenting van de baby. Doordat ouders gespannen zijn, staan ze niet altijd open voor een uitgebreid gesprek.
- * Het functioneren van het DMO-protocol wordt soms bemoeilijkt door onzekere financiële situatie of het wegvallen van gelden die beschikbaar komen voor Samen Starten. Per gemeente moet jaarlijks een beslissing genomen worden of (opnieuw) geld geïnvesteerd wordt in Samen Starten, dit kan demotiverend werken.

6.2 Behandeling: functioneren van het huisbezoek

Belangrijk onderdeel in het DMO protocol is het huisbezoek. Als er problemen gesignaleerd worden, is een huisbezoek bij uitstek de methode om de problemen samen met de ouders te gaan aanpakken. In de focusinterviews is daarom gesproken over die huisbezoeken: hoe functioneert dat, wat gaat wel en niet goed, en waar liggen knelpunten die verbeterd kunnen worden.

- * Huisbezoeken worden niet vaak geweigerd, de verpleegkundigen kunnen in de regel wel in de gezinnen terecht voor een bezoek. In de gesprekken met ouders wordt echter veel minder

openheid betracht. Ouders hebben soms veel problemen tegelijkertijd, zoals slechte woonruimte, geen partner, slechte financiële situatie, maar willen dan toch graag de indruk achterlaten dat het allemaal wel goed gaat. *“Ouders trekken ook wel eens bewust het deurtje dicht”*, aldus een verpleegkundige omdat ze over bepaalde zaken niet graag praten. Dit zijn lastige situaties voor een verpleegkundige, omdat het beeld dat de ouder schetst niet overeenstemt met de indruk en verwachtingen die de verpleegkundige heeft van een gezin. Ouders zijn ook niet verplicht om alles te bespreken met de verpleegkundige, is de mening van de verpleegkundigen. Een handig hulpmiddel bij ouders die de deur dicht houden kan zijn dat je als verpleegkundige aan ouders vraagt, zichzelf en de eigen situatie te beoordelen. “Welk cijfer (tussen 1 en 10) zou je jezelf nu geven?” kan de verpleegkundige vragen. Dan wordt het lastiger om de aanwezige problemen helemaal te bagatelliseren. *“Als die ouders de boot afhouden, kun je weinig anders doen dan goed in de gaten houden of het goed gaat met het kind. Zodra je je zorgen maakt, moet je toch aan de bel trekken.”*

* Overigens constateren verpleegkundigen dat kinderen zich soms heel redelijk ontwikkelen onder slechte omstandigheden. Een verpleegkundige vraagt zich wel eens af hoe lang zij kan accepteren dat er constante problemen aanwezig zijn in een gezin, zoals verslaving ouders, wisselende partners, huiselijk geweld. *“Het criterium moet zijn of je je zorgen maakt over het kind. Als je je zorgen maakt over het kind, dan moet dat melden. Maar de eerste taak van een JGZer is het signaleren, en je moet niet alles meteen willen oplossen.”* aldus een verpleegkundige.

* *“We kunnen die mensen zo weinig bieden”* is een gevoel dat veel verpleegkundigen hebben, met name diegenen die in de sociaal zwakke wijken werkzaam zijn. De verpleegkundige hoeft eigenlijk niet eens te informeren naar de financiële situatie, want die is zichtbaar slecht evenals de woonsituatie. Dan ontbreekt het ook vaak aan moed of energie om in een gesprek met de ouders de woonsituatie te bespreken, want er zijn toch geen mogelijkheden voor verbetering. *“Behalve een luisterend oor, kan je de ouders maar weinig bieden”*.

* De aanwezigheid van onwelwillende partners dan wel agressieve vaders is een knelpunt in de huisbezoeken. Het kan zijn dat de vaders de brede focus van Samen Starten als bemoeizuchtig ervaren, en daarom (verbale) agressie laten zien naar de verpleegkundige. Ook bij allochtone vaders komt dit voor. Verschillende verpleegkundigen hebben ervaringen waarbij ze zich heel onveilig hebben gevoeld. Een verpleegkundige heeft een huisbezoek gebracht bij een gezin waarbij bekend was dat vader een strafblad had en ook agressief was. Toen deze vader naar het CB zou komen, heeft het CB team van te voren besproken wat de strategie zou zijn mocht de man daadwerkelijk agressief worden, hetgeen gelukkig niet gebeurd is. De verpleegkundige heeft inmiddels ook een cursus “omgaan met agressie” gevolgd, en dit vond ze waardevol. Er was dus zeker voldoende steun vanuit de organisatie voor dit soort problemen, maar lang niet altijd kunnen de verpleegkundigen de situatie zo goed voorbereiden.

Hoe functioneert het Plan van Aanpak?

Zodra bepaalde problemen signaleerd of benoemd zijn in het gezin, kan het nodig zijn om de problemen aan te pakken eventueel met inzet van extra hulpmiddelen of steun. Vanuit de Samen Starten filosofie moet die aanpak van het probleem samen met de ouders ter hand genomen worden, liefst door gezamenlijk een ‘Plan van Aanpak’ op schrift te stellen. In het

Plan van Aanpak wordt in overleg met de ouder(s) duidelijk omschreven welke doelen op welk moment nagestreefd worden.

Tijdens de focusinterviews blijkt dat het schriftelijke Plan van Aanpak nog lang niet overal functioneert. Veel verpleegkundigen en artsen blijken ook niet echt goed op de hoogte van dit onderdeel van Samen Starten. Wat het DMO-protocol inhoudt is volkomen helder, maar het Plan van Aanpak is minder bekend. Dit betekent niet dat er geen plannen worden gemaakt bij problemen. Er wordt zeker planmatig gewerkt, maar veelal blijft het bij mondelinge plannen en afspraken, zonder dat heel duidelijk een datum wordt vastgesteld waarop bepaalde concrete doelen gehaald zouden moeten zijn. Veel verpleegkundigen vinden ook het schrift stellen van de plannen niet altijd nodig en zinvol. Zoiets kan ook weer afschrikken.

6.3 Verwijzing

“We signaleren een hele hoop, maar dan...” verzucht een verpleegkundige. Het verwijzen wordt door veel van de deelnemers aan de focusinterviews als moeilijk ervaren. In veel organisaties blijken toch weinig afspraken gemaakt te zijn met de ketenpartners. Verpleegkundigen blijken ook niet goed op de hoogte te zijn van het feit het maken van afspraken of een convenant met de ketenpartners ene onderdeel is van Samen Starten.

In Noord Holland blijkt dat het verwijzen redelijk goed gaat, omdat daar wel afspraken zijn gemaakt met de ketenpartners in het kader van Samen Staren. Een verpleegkundige in deze regio heeft inmiddels een eigen netwerk van contacten opgebouwd, naar wie verwezen kan worden. Bovendien heeft deze verpleegkundige de instelling van *“Niet afwachten, maar er bovenop zitten”*. Dus een heel actieve houding bij elke doorverwijzing. Verder is voor deze regio een soort overzicht gemaakt van alle verwijsmogelijkheden, een soort sociale kaart, maar dan omgezet naar problemen. Alle verpleegkundigen kunnen dit overzicht gebruiken.

* Bij een andere verpleegkundige ontbreekt de coördinatie over het doorverwijzen. Je moet er als verpleegkundige zelf telkens achteraan bellen of een ouder daadwerkelijk aanklopt bij de doorverwezen hulpverlener. Bovendien blijven er altijd bepaalde problemen bestaan waarvoor doorverwijzing nauwelijks mogelijk is (eenzaamheid, slechte woonsituatie). Wat ook lastig is dat het aanbod per gemeente weer verschillend is.

* Het blijkt dat de verwijzing al veel beter gaat als de verpleegkundige de professional van gezicht kent en als de instellingen in hetzelfde gebouw gehuisvest zijn. In Amersfoort bijvoorbeeld is de hulpverleningssituatie al vele jaren heel stabiel, er is een vaste set van bekende gezichten. Waardoor de verwijzing ook makkelijker gaan. *“Je stap sneller op iemand af”*.

* Een heel ander knelpunt bij verwijzen is dat ouders lang niet altijd willen dat de JGZer daadwerkelijk gaat verwijzen. *“Je haalt heel veel naar boven, maar ouders houden vaak de boot af als je begint over doorverwijzen. Ouders vinden het wel prettig om allerlei problemen te delen met een verpleegkundige, maar ze willen niet doorverwezen worden.”* Soms komt het dan het voor dat er wel duidelijke afspraken liggen met ketenpartners, de JGZers kennen ook de mensen van deze organisaties van gezicht, maar toch wordt weinig doorverwezen omdat ouders zelf niet willen.

Als verpleegkundige moet je ook voorzichtig zijn met die drang om altijd maar te willen helpen, vinden verschillende verpleegkundigen. Bij het aanhoren van allerlei problemen krijg je als JGZ medewerker gauw het gevoel dat jij ook al die problemen moet gaan oplossen,

maar *“Onze eerste taak is signaleren, we kunnen heel veel niet eens oplossen en ouders willen dat ook lang niet altijd. Ze willen vaak alleen maar hun verhaal kwijt.”*

* Tenslotte wordt het verwijzen bemoeilijkt door wachtlijsten. Bureau Jeugd Zorg en de GGZ instellingen blijken vrijwel overal lange wachtlijsten te hebben. De verwijzingen naar BJZ zijn nog eens extra lastig omdat de werkwijze van Bureau Jeugdzorg veranderd is: van een hulpverlenende instantie is BJZ nu steeds meer een instelling geworden voor de indicatiestelling. Hierom proberen sommige verpleegkundigen de gezinnen via gespecialiseerde gezinshulp toch wat extra steun te bieden, omdat de eigenlijke hulp niet van de grond komt.

* Maatschappelijk werkers hebben minder last van wachtlijsten. Veel verpleegkundigen verwijzen naar maatschappelijk werk indien er relatieproblemen aanwezig zijn of bij financiële problematiek. Als de maatschappelijk werker in hetzelfde gebouw verblijft, blijkt de verwijzing nog makkelijker.

* Samen Starten blijkt volgens de managers een goede aanleiding om met de ketenpartners aan tafel te gaan, en dat is zeker een positief effect. Het geeft toegang tot managers, maar voordat dit is omgezet naar concrete afspraken ben je lang bezig. Door de onderlinge afspraken die gemaakt worden met de ketenpartners zijn de lijntjes korter en weet je elkaar beter te vinden, maar dat wil nog niet zeggen dat een kind eerder geholpen wordt. Medewerkers kunnen elkaar nu makkelijker vinden, de lijntjes zijn korter en duidelijker is wat andere instanties nu precies doen en wanneer je een ouder daar naartoe kan sturen.

Warme overdracht

Is er bij het verwijzen van een gezin naar een hulpverlening altijd sprake van een warme overdracht? In enkele regio's blijken wel aanspreekpunten of coördinatoren te zijn die toezien op dit soort overdracht situaties. In Midden – Gelderland bijvoorbeeld is er een structureel overleg geregeld met maatschappelijk werk. Anderzijds, soms is er een aanspreekpunt bij jeugdzorg, maar vanwege de wachtlijsten gebeurt er toch niets met Jeugdzorg. Dat geeft frustratie bij ouders en artsen. Als de overdracht naar een externe instantie niet duidelijk is, of er zijn onvoldoende duidelijke afspraken gemaakt, dan blijkt dat de verpleegkundige zich verantwoordelijke voelen voor een gezin.

Wat betreft de terugkoppeling na overdracht wordt opgemerkt: *“Op een hoger niveau zijn misschien wel afspraken gemaakt, maar van Jeugdzorg of de GGZ horen we nooit iets terug”,* aldus een van de artsen. Het is daarom nauwelijks mogelijk om na te gaan in hoeverre het betreffende gezin terecht is signaleerd en doorverwezen.

Volgens een van de managers hoort de coördinatie van de zorg sowieso thuis bij de JGZ: *“De zorgcoördinatie ligt bij JGZ vanuit hun natuurlijke contact met ouders. Er zijn ook structurele contacten met bijvoorbeeld peuterspeelzalen. Zij zijn mede-signaleerders. JGZ heeft een spilfunctie daarin. Als een instelling is aangesloten bij de verwijzindex, dan is direct duidelijk en formeel geregeld wie de regie heeft: zit een gezin in BJZ, dan heeft BJZ de regie, anders heeft de JGZ de regie.”* De spilfunctie van JGZ wordt in de praktijk nog onvoldoende op waarde geschat.

6.4 Introductietraining

* Enkele verpleegkundigen hadden de indruk dat de training in een te kort tijdsbestek en/of in een te hoog tempo doorlopen moest worden. *“Er was weinig tijd om erover na te denken, en het geheel te laten rijpen. Nu zijn het twee hele dagen aan het begin, ik zou liever zien dat er een aantal korte trainingsbijeenkomsten zouden zijn van bijvoorbeeld 2 uur verspreid over een langere periode”*. In de training lag bovendien het accent vooral op het opstarten van het DMO protocol zelf binnen de organisatie. Hoe het protocol in het vervolg vorm gegeven moet worden, bleef naar de mening van enkele verpleegkundigen nog tamelijk vaag, terwijl daarover juist ook veel vragen bestaan.

* In de scholingsbijeenkomsten werd veel aandacht besteed aan de theorie achter het DMO-protocol. Hierdoor vonden verpleegkundigen van de verschillende organisaties de bijeenkomsten vaag, theoretisch, en te weinig concreet. De verpleegkundigen zouden daarentegen een veel praktischer instructie willen met meer praktijkvoorbeelden. Ze zouden bijvoorbeeld graag een video-opname zien van een consult waarbij het DMO-protocol daadwerkelijk toegepast wordt. In die praktijkvoorbeelden zou ook duidelijk moeten worden hoe de JGZ medewerker de vragen uit het protocol op een goede manier aan de orde stelt tijdens een gesprek met de ouders. Het is niet altijd eenvoudig om de onderwerpen om een goede manier bespreekbaar te maken, zonder dat de ouders zich heel erg betutteld voelen of de vragen als bemoeizuchtig ervaren.

* Binnen de training wordt geen specifieke aandacht geschonken aan allochtonen en hoe het DMO-protocol in allochtone gezinnen toegepast kan worden op een goede manier. Veel verpleegkundigen hebben te maken met allochtone gezinnen. In allochtone gezinnen is het moeilijk om met moeders over private zaken te praten zoals de relatie met de partner of financiële problemen. Het is vanuit de eigen culturele achtergrond niet gebruikelijk om dergelijke zaken met een “vreemde”, zoals de verpleegkundige, te bespreken. Verder speelt in deze gezinnen de oma van het kind op de achtergrond een zeer grote rol, terwijl de verpleegkundige uitsluitend met de ouders te maken heeft. Ouders kunnen soms wel overtuigd zijn van een bepaalde verandering in het gezin, maar als de grootmoeder hier niet mee instemt, verandert weinig in het gezin. Allemaal zaken waar de verpleegkundige eigenlijk niet goed op voorbereid is.

* Sommige verpleegkundigen vonden dat de trainingsbijeenkomsten met weinig enthousiasme gebracht werden en dat de inhoud van de bijeenkomsten grotendeels overlapt met de inhoud van de schriftelijke map, die men thuis al had kunnen lezen. Een arts vond de training zonde van haar tijd omdat de inhoud van de map herhaald werd.

Video Interactie Begeleiding

Het is de bedoeling dat elke deelnemer aan de training een gesprek met ouders op het consultatiebureau met de videocamera opneemt en deze opname vervolgens zelf beoordeelt op sterke, zwakke en verbeterpunten. Daarna wordt de eigen opname beoordeeld door de trainer, die de deelnemers individuele feedback geeft. Tijdens de groepsinterviews geven veel JGZ medewerkers aan dat ze dit een lastig onderdeel van de training vinden, hoewel men de meerwaarde zeker wel inziet.

* Praktische bezwaren bleken een grote rol te spelen in de negatieve perceptie van de Video Interactie Begeleiding: In sommige instellingen zijn VHT mensen in huis die de opnames

maken, maar in andere instellingen moesten de JGZ medewerkers zelf veel energie steken in het zich eigen maken van de bediening van de camera. De training is niet afgestemd op deze wisselende situatie want redelijk veel aandacht ging uit naar 'het leren hanteren van een video-camera', terwijl dit dus niet voor iedereen zinvol is. Een verpleegkundige merkte op dat de instructie in het bedienen van de camera daarom beter per instelling gegeven moet worden. Verder bleek het terugkijken en beoordelen van de eigen opname soms lastig omdat dit vaak niet op de werkplek kan, of omdat er geen tijd voor ingepland is.

* Enkele verpleegkundigen waren van mening dat deze manier van begeleiden teveel op de individuele JGZ medewerker gericht is, terwijl je als team met Samen Starten werkt. Het zou ook daarom beter zijn om met elkaar de eigen opnames en de feedback in groepsverband te beoordelen en te bespreken.

* Een organisatie wilde de video coaching graag groepsgewijs doen in plaats van individueel. Dit stuitte bij de trainer op weerstand, maar na verloop van tijd werd hiermee toch ingestemd. Na een paar maanden hoorde de organisatie dat ze niet gecertificeerd werden; *"Al met al was het een moeizaam scholingstraject: we hebben zelf het wiel uit moeten vinden"*. Het certificeringstraject was volgens deze manager ook onduidelijk.

* Voor enkele verpleegkundigen en artsen was het onduidelijk welke criteria nu precies gebruikt moesten worden bij het beoordelen van de eigen opname. De beoordelingslijsten die er waren vond men bovendien moeilijk en leken onvoldoende aan te sluiten bij het DMO protocol zelf.

Training Motivationale Gespreksvoering

Ongeveer de helft van de verpleegkundigen en artsen heeft de training voor 'Motivationale gespreksvoering' gevolgd. Vrijwel alle deelnemers van deze training zijn hierover positief en hebben dor de training het gevoel dat ze capabel zijn in het voeren van gesprekken met de ouders. Ze achten zichzelf ook redelijk goed in staat om moeilijke onderwerpen zoals financiële problemen of relatieproblemen aan de orde te stellen. Hier speelt ook mee dat de verpleegkundigen leren door ervaringen op te doen met dit soort gesprekken.

Intervisie en supervisie

Onder intervisie verstaan we regulier overleg met collega's over Samen Starten in het algemeen of over het DMO protocol, waarbij bijvoorbeeld concrete casuïstiek besproken wordt. Met supervisie bedoelen we overleg bijeenkomsten met de leidinggevenden of met een externe professional, maar het onderscheid is niet scherp, daarom hebben we beide vormen van begeleiding samen genomen in de focusinterviews.

Intervisie wordt in verschillende varianten gegeven, ofwel alleen voor Samen Starten ofwel gekoppeld aan intervisie voor andere programma's zoals Triple P. Meestal vindt de intervisie plaats in groepjes van 6 tot 8 personen, maar bij een instelling gebeurt het tijdens de intercollegiale toetsing, waarbij individueel intervisie wordt gegeven waarbij ook DMO-protocol wordt bekeken. De meeste instellingen hebben intervisie structureel opgenomen in het scholingsprotocol. De intervisie is veelal begeleid, ofwel door een video-interactie coach (voordeel: is onafhankelijk en kan het proces bewaken), ofwel door iemand anders. Bij een instelling is de supervisie gekoppeld aan het hercertificeringstraject. Twee andere instellingen hebben voor supervisie twee bijeenkomsten van 4 uur voor groepjes van 4 personen, zodat er een half uur per persoon is voor supervisie.

Uit de focusinterviews komt een wisselend beeld naar voren als het gaat om intervisie en supervisie, en hoe de JGZ medewerkers dat waarderen. Bij één organisatie bijvoorbeeld werden alleen in het eerste jaar na de invoering van Samen Starten intervisie bijeenkomsten georganiseerd over Samen Starten. Die intervisie is inmiddels gestopt. Er wordt nog wel video coaching toegepast om de verpleegkundigen verder te trainen in het voeren van gesprekken met ouders. Hierover zijn de betreffende verpleegkundigen overigens zeer tevreden.

Bij een andere organisatie wordt wel regelmatig intervisie georganiseerd, maar deze bijeenkomsten hebben niet specifiek betrekking op Samen Starten. Bij Thuiszorg Midden Limburg bijvoorbeeld worden de aandachtskinderen met het hele team besproken. Waar wel intervisie geregeld is, blijkt dat ook de ervaringen wisselend zijn. Ook andere factoren spelen daarin een rol: bij een grotere groep ervaren de verpleegkundigen doorgaans de intervisie als minder steunend, en of er een professional betrokken is bij de bijeenkomsten, dat vindt men juist positief.

6.5 Implementatie

De invoering van het programma Samen Starten is voornamelijk onderwerp van gesprek geweest met de verschillende managers. De implementatie wordt over het algemeen als behoorlijk complex gezien, mede doordat de ketensamenwerking onderbelicht wordt in de implementatie en training, vinden veel managers. Bij de implementatie van Samen Starten en ook bij de training gaat alle aandacht eerst uit naar het DMO-protocol. Dit is niet terecht. *“Het DMO-protocol is maar de helft van Samen Starten, de andere helft is de ketensamenwerking. Dat moeten organisaties zelf vormgeven. Hier weet je als organisatie te weinig van, eigenlijk alleen de visie van Samen Starten die je kan overdragen. Het is dus veel zwemmen...”* *“Iedereen is heel blij met Samen Starten, hoewel het rommelig verloopt. Samen Starten past goed in de ontwikkeling van het CJG, het gevoel van het samendoen, maar wat het format is dat erachter staat, is niet duidelijk.”* aldus een manager.

* Vrijwel alle managers zijn van mening dat de organisaties meer bij de hand zouden moeten worden genomen hoe zij die samenwerking met de ketenpartners moeten vormgeven: *“De nadruk ligt op het DMP-protocol, daar wordt ook de certificering op gestoeld, maar het behelst meer, de samenwerking met ketenpartners, daar wordt geen aandacht aan geschonken tijdens de certificering. Het voordeel hiervan is dat je de ruimte hebt om zelf op lokaal niveau afspraken te maken, maar er is hier te weinig sturing in.”*

* De losse structuur of vrijblijvendheid van Samen Starten, en dan vooral wat betreft de ketensamenwerking, maakt het programma kwetsbaar. Er is bijvoorbeeld maar één training per organisatie, terwijl door verloop van werknemers moeten soms nieuwe mensen extra getraind worden. Hiervoor bestaan geen goede voorzieningen. Iedere organisatie moet opnieuw het wiel uitvinden, er is geen document waar alles goed in staat. Het feit dat er geen eigenaar is van Samen Starten wordt dan ook erg gemist; welke onderdelen van Samen Starten mogen wel en welke onderdelen mogen beslist niet veranderd worden?

* De rol van de gemeente is lastig bij de implementatie. In kleine gemeenten zijn sommige hulpverleningsvoorzieningen niet aanwezig, dus valt er minder af te stemmen. Bij Samen Starten worden convenanten afgesloten met de ketenpartners. Deze convenanten moeten wel door iedereen gedragen worden. De rol van de gemeenten is soms actief en soms passief. Gemeenten hebben toch andere belangen, waardoor het soms lastig samenwerken is.

Gemeenten zorgen voor het geld, maar ze kunnen ook lijnen uitzetten. Dan heeft de gemeente niet alleen een financiële regie, maar ook een meegaande regie.

7 Conclusie en aanbevelingen

Doel van dit onderzoek is het programma Samen Starten in de jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen te evalueren bij verpleegkundigen, artsen, projectleiders en managers. Op basis van deze inventarisatie kunnen vervolgens enkele verbeterpunten aangewezen kunnen worden.

De volgende vragen staan centraal in deze evaluatie:

1. Hoe functioneert het DMO protocol als signaleringsinstrument?
2. Hoe functioneert het interventie-deel van Samen Starten? Dat wil zeggen: hoe functioneert het huisbezoek en het Plan van aanpak indien problemen gesignaleerd worden?
3. Hoe functioneert de verwijzing naar en samenwerking met andere hulpverleners instanties?
4. Hoe hebben de JGZ medewerkers de training voor Samen Starten ervaren?
5. Hoe hebben de betrokkenen de implementatie van Samen Starten ervaren?

Bij al deze vragen willen we expliciet stilstaan bij eventuele knelpunten en hoe die knelpunten eventueel weggenomen worden. In deze conclusie willen we per vraag heel kort enkele belangrijkste knelpunten noemen, en daarmee ook suggesties doen ter verbetering van Samen Starten.

1. Hoe functioneert het DMO protocol?

Knelpunten

- Problemen worden vroegtijdig gesignaleerd, maar de JGZ medewerkers hebben te weinig mogelijkheden om een goed vervolg te geven aan de signalering. Bij ouders wordt soms de verwachting gewekt dat iets aan de problemen gedaan wordt, terwijl de mogelijkheden beperkt zijn.
- DMO-protocol lijkt minder geschikt voor allochtone gezinnen. Naast taalproblemen is het aan de orde stellen van privé onderwerpen zoals de huwelijksrelatie en de financiële situatie een heikel punt in allochtone gezinnen. Zulke vragen leiden - vooral bij de vaders - tot argwaan, en dit komt de vertrouwensband niet ten goede.
- Praktische knelpunten: formulier te krap, integratie met EKD moeizaam.
- Het gedeelte over 'sociale steun' vindt men te uitvoerig.
- De volgende punten ontbreken ten onrechte in het DMO-protocol:
 - Medische achtergrondgegevens van het kind
 - Informatie over de broertjes en zusjes, in het huidige protocol moeten deze gegevens op verschillende plaatsen ondergebracht worden; vindt men onduidelijk en onhandig.
 - Het feit of er andere hulpverleners in het gezin aanwezig zijn in het gezin;
 - De gezondheid van vader.

Verbeterpunten:

- Voor een goed vervolg zouden meer, langere consulten mogelijk moeten worden gemaakt. Nu is alleen het consult op 8 weken langer. Aanbevolen wordt om een tweede verlengd consult in te plannen, bijvoorbeeld rond 12 maanden.

- Om een goed vervolg te kunnen geven, moet het verwijzen en de samenwerking met de ketenpartners veel beter vorm krijgen. Dit vraagt ook een cultuuromslag bij de ketenpartners: huisartsen, maatschappelijk werkers of medewerkers van GGZ zouden het CB meer serieus moeten nemen als partner.
- Meer aandacht in de training voor allochtone gezinnen en wijze waarop in allochtone culturen 'de privacy gevoelige vragen' op een goede manier aan de orde gesteld moeten worden.
- De vragen over 'sociale steun' moeten ingekort.
- In het DMO protocol moet aandacht geschonken worden aan medische gegevens van het kind, de broertjes en zusjes van het kind, de vraag of er al andere hulpverlening aanwezig is in het gezin, en de gezondheid van de vader.

2. Hoe functioneert het interventie-deel van Samen Starten? Dat wil zeggen: hoe functioneert het huisbezoek en het 'Plan van Aanpak' indien problemen gesignaleerd worden?

Knelpunten:

- Tijdgebrek bij zowel JGZ medewerkers als ouders;
- Motiveren van "zorgmijdende, gesloten ouders die problemen niet onder ogen willen zien".
- Agressie van de partner tijdens het huisbezoek;
- Plan van Aanpak wordt slechts in de helft van alle gevallen op schrift gesteld. Verpleegkundigen blijken onvoldoende op de hoogte van de noodzaak om de gemaakte afspraken inclusief een datum op schrift te stellen. Verder leeft er bij ouders zelf soms weerstand om een plan schriftelijk vast te leggen.

Verbeterpunten:

- JGZ medewerkers zouden meer tijd moeten hebben om hun huisbezoeken af te leggen. Dit betekent dat er meer geld beschikbaar zou moeten komen voor Samen Starten.
- Omgaan met zorgmijdende ouders lijkt onlosmakelijk verbonden met het preventieve werk. JGZ organisaties zouden meer tijd en energie moeten steken in het organiseren van goede intervisie waarbij met behulp van professionals de ervaringen besproken kunnen worden en de gesprekstechnieken verder aangescherpt worden.
- Het volgen van een cursus over het omgaan met agressie zou een vast onderdeel kunnen worden van Samen Starten;
- In de training moet meer aandacht besteed worden aan het Plan van Aanpak. Eventueel met concrete praktijkvoorbeelden van organisaties die goede ervaringen hebben opgedaan met het Plan van Aanpak.

3. Hoe functioneert de verwijzing naar en samenwerking met andere hulpverleners instanties?

Knelpunten:

- Er is onvoldoende coördinatie met betrekking tot het doorverwijzen van gezinnen indien extra hulp nodig is.

- In slechts eenderde van de deelnemende organisaties zijn convenanten opgesteld voor de samenwerking met ketenpartners.
- De samenwerking en terugkoppeling van andere ketenpartners naar JGZ verloopt soms stroef. Dit heeft te maken met het feit dat de JGZ bij andere organisaties onvoldoende duidelijk in beeld is als partner in de zorg. Men 'vergeet' heel vaak het consultatiebureau.
- Ouders lijken wel bereid om hun problemen en zorgen te bespreken met de verpleegkundige, maar zodra deze wil verwijzen naar een externe instantie houdt men liever de boot af.

Verbeterpunten:

- Samen Starten blijkt te kunnen functioneren als een goede aanleiding om met de ketenpartners in overleg te gaan. Dit overleg zou idealiter altijd moeten resulteren in convenanten, waarin duidelijke afspraken gemaakt zijn voor wat betreft de verwijzing en de communicatie.
- JGZ zou zichzelf als zorginstantie duidelijker op de kaart moeten zetten, wellicht in een landelijke campagne.
- Zorgmijdende ouders: zie onder punt 2: goede intervisie kan hier behulp zijn.

4. Hoe hebben de JGZ medewerkers de training voor Samen Starten ervaren?

Knelpunten

- Te theoretisch en te weinig concrete praktijkvoorbeelden hoe de vragen uit het protocol tijdens een consult gesteld moeten worden.
- Te veel nadruk op het invoertraject van Samen Starten, en te weinig aandacht voor de situatie waarbij Samen Starten al enige tijd ingevoerd is.
- Praktische problemen rond het maken en beoordelen van een filmopname voor de Video Interactie Begeleiding.
- De Video-interactie begeleiding is erg gericht op individuele medewerkers, terwijl men in de organisatie als team werkt. Daarom zou het beoordelen vooraf en het bespreken van de feedback achteraf ook groepsgewijs moeten kunnen gebeuren.
- De eenmaligheid van de Training Motivationale Gespreksvoering, en de Training Oplossingsgericht Werken verlaagt de opbrengst van dergelijke cursussen. Het zou mooi zijn als een en ander opgefrist kan worden;
- Training wordt in een te kort tijdsbestek gegeven.

Verbeterpunten

- In de training moet meer aandacht komen voor praktische voorbeelden van een consult waarbij het DMO-protocol toegepast wordt, liefst in de vorm van een video.
- In de training zou meer aandacht besteed kunnen worden aan het functioneren van Samen Starten op termijn. Tegen welke problemen lopen organisaties aan na één of twee jaar? Eventueel kunnen organisaties die al langer bezig zijn met Samen Starten hun ervaringen delen met andere organisaties.
- Nagaan in hoeverre groepsgewijze video-interactie begeleiding mogelijk is. In hoeverre is het bijvoorbeeld zinvol om een individuele opname van een oudergesprek met een groep collega's te beoordelen? En in hoeverre is het mogelijk om de Video-

Interactie Begeleiding te doen met behulp van een set videobanden die met acteurs opgenomen zijn?

- Nagaan in hoeverre de eenmalige cursussen een vervolg kunnen krijgen.
- De training zou beter gespreid moeten worden over een langere periode, bijvoorbeeld in het eerste jaar om de 2 maanden telkens een bijeenkomst van 2 uur.

5. Hoe hebben de betrokkenen de implementatie van Samen Starten ervaren?

Knelpunten

- De implementatie van het interventiedeel is rommelig, niet goed geregeld, te lang en te complex.
- Vooral de implementatie van de ketensamenwerking is onvoldoende uitgewerkt in vergelijking met de implementatie van het DMO protocol;
- Samen Starten heeft geen duidelijke eigenaar, zodat niet duidelijk is welke onderdelen van het programma wel en welke onderdelen beslist niet veranderd mogen worden.

Verbeterpunten

- Meer aandacht besteden aan het opzetten van de ketensamenwerking: Hoe worden de ketenpartners benaderd? Wat vragen we concreet van ze? Hoe zien de convenanten eruit? Het zou behulpzaam zijn om organisaties, waarbij dit onderdeel goed van de grond is gekomen, te vragen naar hun ervaringen en tips.
- Het huidige stappenplan dat gebruikt wordt bij de implementatie zou moeten worden uitgebreid en omgezet naar een volledig **draaiboek** voor organisaties. In het draaiboek komen de volgende zaken aan de orde:
 - aan welke voorwaarden moet een organisatie voldoen voor Samen Starten?
 - Welke stappen moeten worden gezet om hieraan te gaan voldoen?
 - Hoe ziet de samenwerking met de ketenpartners eruit (met voorbeelden van convenanten)
 - Hoe ziet het implementatie-traject eruit (met een tijdsplanning) voor de managers en voor de uitvoerders van het programma?
 - Eventueel zou ook het theoretische achtergrondmateriaal in het draaiboek kunnen worden opgenomen. Het meer praktische materiaal kan dan bij de training vooraf worden uitgereikt.
- Alle materialen en trainingen van Samen Starten worden ondergebracht in een Stichting met een bestuur, die waakt over de kwaliteit van het programma.

Concluderend: Samen Starten is een breed programma waarbij de totale opvoedingssituatie van het kind aandacht krijgt. Het signaleringsdeel, waarbij het consult op 8 weken centraal staat, functioneert momenteel beter dan het interventie deel. De JGZ medewerkers zijn vooral enthousiast over de houdingsverandering die Samen Starten teweeg heeft gebracht. Niet alleen dat ene kind, maar ook zijn of haar ouders en de directe omgeving. Wat het interventiegedeelte betreft van Samen Starten, het blijkt dat de samenwerking met ketenpartners beter vooraf gestructureerd moet worden, eventueel met behulp van een draaiboek waarin alle stappen nauwkeurig beschreven worden. Misschien bieden de toekomstige CJG's ook mogelijkheden om de samenwerking met de ketenpartners beter vorm te gaan geven. Het DMO-protocol is ooit als veelbelovende werkwijze gekenmerkt in de JGZ (Hermanns, 2005). In de praktijk is in ieder geval voldoende inzet, enthousiasme en motivatie aanwezig om het programma Samen Starten uit te voeren.