

Het handelen van de jeugdverpleegkundige bij de uitvoering van het prenatale huisbezoek.

Een kwalitatief onderzoek naar de uitvoering
en belemmerende en bevorderende factoren.

Eveliëne Dera-de Bie, Marijke Hendrix,
Marieke Werry, Rianne Reijs,
Kim van der Zander en Erik van Rossum.

ZU
YD

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Inleiding	4
Methoden	6
Resultaten	7
Beschouwing	13
Referenties	17
Bijlage 1: Topiclijst voor de semigestructureerde interviews	19
Over het onderzoek en de auteurs	21

Het handelen van de jeugdverpleegkundige bij de uitvoering van het prenatale huisbezoek.

Een kwalitatief onderzoek naar de uitvoering en belemmerende en bevorderende factoren.

Samenvatting

Inleiding

Een ongezonde start voor de geboorte en in de vroege levensjaren van een kind kan op lange termijn negatieve gezondheidsconsequenties hebben. Een vroegtijdige preventieve aanpak die is ingezet om gezondheidsproblemen op latere leeftijd te voorkomen, is het Actie-programma Kansrijke Start, wat versterkt wordt door de invoering van het prenataal huisbezoek (PHB). In 2022 is wettelijk vastgelegd dat elke gemeente middels de jeugdgezondheidszorg een PHB dient aan te bieden aan kwetsbare zwangeren om hen te begeleiden in het ouderschap en een optimale start van hun kind.

De implementatie van het PHB is in alle regio's opgepakt, zo ook in de regio Zuid-Limburg. In deze regio wordt gewerkt aan het optimaliseren van de samenwerking tussen relevante disciplines betrokken bij zwangeren, wat geresulteerd heeft in een Basisstructuur Kansrijke Start Zuid-Limburg. Binnen deze basisstructuur is de jeugdverpleegkundige verantwoordelijk voor de uitvoering van het PHB. Het verpleegkundig proces en het redeneren binnen dit proces is de basis van het verpleegkundig handelen. Er is nog weinig bekend over 'hoe' de jeugdverpleegkundige handelt in de praktijk en wat daarbij belemmerende en bevorderende factoren zijn.

Methode

Begin 2024 zijn negen jeugdverpleegkundigen uit de regio Zuid-Limburg geïnterviewd om zo het handelen inzichtelijk te krijgen. Voor afname van de interviews is er een topiclijst ontwikkeld, waarin de stappen van het verpleegkundig proces zijn opgenomen. De deelnemers is gevraagd om vooraf na te denken over één casus waarbij het PHB goed verliep en één casus waarbij de uitvoering minder goed verliep. Tijdens de uitvoering van de interviews is er per topic gereflecteerd op de casuïstiek. Voor de analyse is een thematische benadering toegepast, ondersteund door de analyse tool Atlas.ti.

Resultaten

Uit de gesprekken komt naar voren dat er nog winst te behalen is in het bereiken van kwetsbare zwangeren, het methodisch handelen van de jeugdverpleegkundigen en het vanuit het huisbezoek toeleiden naar interventies. Zo is de mogelijkheid van een PHB nog onvoldoende bekend bij relevante partners en bij de zwangeren zelf. Bij het methodisch handelen speelt normatief handelen sterk mee en is de jeugdverpleegkundige vrij sturend bij het vaststellen van doelen, het bepalen van interventies en het opstellen van een ondersteuningsplan.

Er wordt veel vanuit eigen ervaringen gewerkt en het gebruik van ondersteunende tools, onder andere bij gezamenlijke besluitvorming, is minimaal. Verder lijkt het vanuit het huisbezoek toeleiden naar andere hulp te stuiten op belemmeringen, zoals onduidelijkheid over verantwoordelijkheden, wachtlijsten of moeilijke bereikbaarheid van andere disciplines.

De continuïteit in het zorgproces knelt dan soms, zeker bij complexere casuïstiek. Daarbij ervaren de jeugdverpleegkundigen incidenteel een dilemma tussen de vaste organisatorische kaders en hun professionele autonomie bij het bieden van passende zorg.

Dit dilemma beïnvloedt de manier van werken en de mate van flexibiliteit in hun handelen. Verder valt op dat jeugdverpleegkundigen in hun handelen sterk afhankelijk zijn van de context waarin ze werken, zoals het aanbod van interventies vanuit de gemeenten.

Conclusie

Enkele stappen in het proces van uitvoering van het PHB kunnen nog geoptimaliseerd worden. Een uitdaging is meer bekendheid van het PHB en het normaliseren ervan, zowel bij relevante partners als bij de zwangeren zelf.

Dit kan door meer passende terminologie en een makkelijkere aanmeldmogelijkheid voor zowel professionals als de zwangere zelf. Het methodisch verpleegkundig handelen lijkt in het PHB nog geen gemeengoed te zijn en mede hierdoor is er dan ook veel variatie in het handelen van jeugdverpleegkundigen. Daarnaast is de jeugdverpleegkundige in het handelen sterk afhankelijk van de samenwerkingspartners en de context waarin ze werkt.

Methodisch werken

Methodisch werken, met aandacht voor normatief handelen bij gezamenlijke besluitvorming, biedt duidelijkere kaders voor de

jeugdverpleegkundigen.

Een meer gestructureerde en systematische aanpak draagt bij aan een uniformere en beter inzichtelijke werkwijze, waardoor de ondersteuning gericht kan worden afgestemd op de individuele cliënt. Methodieken en tools zijn hierbij ondersteunend. Zo kan de GIZ-methodiek (gezamenlijk inschatten van zorgbehoeften) gebruikt worden om te komen tot een passend ondersteuningsaanbod.

Dit vereist samen beslissen met de zwangere over de zorg, stimuleren van eigen regie en duidelijkere afspraken met relevante partners over rollen, taken en verantwoordelijkheden. Verder vragen de vele en snelle veranderingen in het werkveld, zoals een veranderend interventieaanbod per gemeente en wisselingen bij relevante partners, om een methodische werkwijze. Deze veranderingen vragen van jeugdverpleegkundigen om kennis en vaardigheden continu up-to-date te houden en kritisch te blijven redeneren.

Een doelgerichte samenwerking met zwangeren en relevante partners is daarbij van belang om passende zorg te bieden.

Samenwerken met relevante partners

Ondanks bestaande samenwerkingsstructuren, waaronder de Basisstructuur Kansrijke Start Zuid-Limburg, is er behoefte vanuit het werkveld aan een gezamenlijke leercultuur. Dit kan helpen rolambigüiteit en verantwoordelijkheden te verduidelijken en te definiëren tussen relevante partners.

Daarnaast draagt het bij aan een effectievere triage waardoor jeugdverpleegkundigen beter in staat zijn om tijdig toe te leiden naar passende ondersteuning.

Een leernetwerk met andere professionals waarbij casuïstiek wordt besproken, om zo taken, rollen en verantwoordelijkheden inzichtelijk te krijgen, kan niet alleen de

jeugdverpleegkundige ondersteunen bij de eigen vakinhoudelijke expertise, maar versterkt ook de samenwerking met relevante partners. Voor het opzetten van een leernetwerk kan er gebruik worden gemaakt van lokale coalities en bestaande netwerken, zoals het in de regio Zuid-Limburg vastgelegde basisstructuur knooppuntenoverleg.

Inleiding

Een ongezonde start voor de geboorte en in de vroege levensjaren van een kind heeft op lange termijn negatieve gezondheidsconsequenties.¹ Een vroegtijdige preventieve aanpak die is ingezet om gezondheidsproblemen op latere leeftijd te voorkomen is de uitvoering van het prenataal huisbezoek (PHB), wat nauw aansluit op het actieprogramma Kansrijke Start.² Nadat in 2022 het prenatale huisbezoek (PHB) in de Wet Publieke Gezondheid als een gemeentelijke taak is opgenomen, zijn jeugdgezondheidszorg organisaties (JGZ) gestart met het implementeren of optimaliseren ervan.³

Doel van het PHB is het signaleren van zwangeren in een kwetsbare situatie en het bieden van passende ondersteuning, evenals het waarborgen van de continuïteit in de ondersteuning, van de prenatale fase naar de vroege levensjaren van het kind.

Van een zwangere in een kwetsbare situatie is sprake als er een disbalans is tussen risico- en beschermende factoren en/of belemmeringen in de toegang tot zorg.^{4,5} De jeugdverpleegkundige is verantwoordelijk voor de uitvoering van het PHB. Het verpleegkundig proces is de basis van het methodisch handelen van de jeugdverpleegkundige (Figuur 1).⁶

Stappen van het verpleegkundig proces

1. Anamnese en vraagverheldering
2. De ondersteuningsvraag vaststellen
3. Doelen en resultaten vaststellen
4. Passende interventies kiezen
5. Arrangeren en uitvoeren
6. Monitoren en evalueren

Figuur 1. Stappen van het verpleegkundig proces.

Het redeneren binnen het verpleegkundig proces is een belangrijke vaardigheid om te komen tot (gezamenlijke) besluitvorming, zowel binnen het eigen vakgebied als in de samenwerking met ketenpartners.⁶

Door de stappen van het verpleegkundig proces op te volgen bij de uitvoering van het PHB, wordt de ondersteuning van de zwangere methodisch en gestructureerd opgepakt.

Vanuit verkennende onderzoeken naar de implementatie van het PHB in Nederland zijn er diverse verbeterpunten geïdentificeerd, zoals het optimaliseren van de toeleiding tot het PHB, het beter toerusten van betrokken professionals in gespreksvoering, een betere terugkoppeling naar de verwijzer en toegankelijker en meer passende vervolgenterventies.^{7,8}

Er is nog weinig onderzoek verricht naar hoe jeugdverpleegkundigen het PHB in de praktijk uitvoeren.^{9,10} Zo is er niet veel bekend over hoe het verpleegkundig proces wordt toegepast, welke gespreksmethodieken gehanteerd worden en hoe de gesprekken aansluiten op het perspectief van de zwangere.⁸

Ter ondersteuning van de implementatie van het PHB zijn er voor de betrokken professionals diverse tools en materialen ontwikkeld. Er is een handreiking Prenataal Huisbezoek door de JGZ bij zwangeren in een kwetsbare situatie, een e-learning Prenataal huisbezoek in de JGZ en er zijn workshops voor jeugdverpleegkundigen om lokaal samen te werken bij het PHB.^{11,12}

Het gebruik van deze tools en materialen is echter nog weinig geland bij de uitvoerende professionals die samenwerken rondom het PHB.¹³

Uitvoering PHB in de regio Zuid-Limburg

In de regio Zuid-Limburg is er al lange tijd een gezondheidsachterstand ten opzichte van de rest van Nederland.¹⁴ Deze achterstand start al voor de zwangerschap en draagt bij aan complexe ongelijkheid tussen verschillende bevolkingsgroepen.^{14,15}

Het programma Trendbreuk, waar Kansrijke Start deel van uitmaakt, zet in op het verkleinen van deze gezondheidsachterstand.¹⁶ Het PHB draagt bij aan het behalen van deze doelstelling. Mede om deze reden is er in de regio Zuid-Limburg ingezet op het optimaliseren van de implementatie van het PHB. Zo is door het lectoraat Midwifery Science van de Academie Verloskunde Maastricht bij Zuyd Hogeschool in samenwerking met professionals en organisaties uit de geboortezorg en gemeenten een integrale aanpak ontwikkeld om de samenwerking tussen het medische en sociale domein te verbeteren (onderzoeksprojecten Samen voor Gezondheid I en II).^{17,18} In Samen voor Gezondheid I is de samenwerking gestart en is de aanpak ontwikkeld gericht op het beter signaleren van kwetsbare (aanstaaende) ouders en een betere toeleiding naar de jeugdgezondheidszorg en sociale wijkteams. In Samen voor Gezondheid II is de aanpak doorontwikkeld tot de Basisstructuur Kansrijke Start en breder geïmplementeerd (meer verloskundige praktijken en ziekenhuizen en aansluiting van het sociale domein). De procesevaluatie van Samen voor Gezondheid II richt zich voornamelijk op de implementatie van de Basisstructuur en de samenwerking in de keten vanuit het perspectief van de cliënt en de professionals.¹⁸

De aan het onderzoek gekoppelde impact-evaluatie heeft als doel de perinatale en

maternale uitkomsten van de Basisstructuur vast te stellen, alsook de impact op het welbevinden en zelfregie van de cliënten. Door invoering van de Basisstructuur Kansrijke Start is er meer uniformiteit in signaleren, zijn er duidelijke werkafspraken en is er een andere structuur van aanmelden ingeregeld voor het PHB.¹⁸ In deze Basisstructuur werken zorgverleners in de geboortezorg en de jeugdgezondheidszorg nauw samen. Er is per subregio een jeugdverpleegkundige als PHB-coördinator aangesteld, die de aanvragen ontvangt, de verdere triage doet en samen met de zwangere bepaalt of een PHB wenselijk is. De coördinator informeert de jeugdverpleegkundige van de wijk waar de zwangere vrouw woont en deze voert vervolgens het PHB uit.

Gedurende de Samen voor Gezondheid studies ontstond de vraag hoe jeugdverpleegkundigen in Zuid-Limburg het PHB in de praktijk uitvoeren. Het huidige verkennende onderzoek richt zich dan ook op het handelen van de jeugdverpleegkundige.

Vanuit bovenstaande zijn de volgende twee onderzoeksvragen geformuleerd:

- 1. Hoe wordt door de jeugdverpleegkundigen uitvoering gegeven aan het PHB?***
- 2. Welke belemmerende en bevorderende factoren ervaren jeugdverpleegkundigen bij de uitvoering van het PHB?***



Methoden

Onderzoeksopzet

Het verkennende, kwalitatieve onderzoek is begin 2024 uitgevoerd. Hierbij zijn negen semigestructureerde interviews afgenomen bij jeugdverpleegkundigen werkzaam in de regio Zuid-Limburg.

De deelnemers werden geworven via een oproep van GGD Zuid-Limburg. Zeven jeugdverpleegkundigen reageerden op de oproep. Daarnaast zijn twee jeugdverpleegkundigen geworven via de sneeuwbal methode. Bij de werving werd gezorgd voor voldoende spreiding over de werkgebieden van de jeugdverpleegkundigen en diversiteit in werkervaring.

Data-verzameling

De topiclijst voor de interviews is opgebouwd uit drie delen:

- 1) de aanmelding en voorbereiding voor het PHB,
- 2) de uitvoering van het PHB,
- 3) de afronding van het PHB (bijlage 1).

De stappen van het verpleegkundig proces zijn geïntegreerd in de topiclijst.

Ter voorbereiding op het interview is aan de deelnemende jeugdverpleegkundigen gevraagd twee recente huisbezoeken in gedachte te houden: één waarbij de uitvoering goed verliep en één waarbij knelpunten zijn ervaren. Er is tijdens de interviews gereflecteerd op het handelen door gebruik te maken van de aangedragen casuïstiek (twee recente huisbezoeken). Na het verkrijgen van het informed consent zijn de interviews audio opgenomen, waarna ze woordelijk zijn getranscribeerd en geanonimiseerd.

De interviews zijn afgenomen op de werkplek van de jeugdverpleegkundigen en duurden gemiddeld zo'n 50 minuten. Verkregen data zijn opgeslagen op de Research Drive van Zuyd

Hogeschool, waar alleen de onderzoekers toegang tot hebben. Het onderzoek is niet als WMO plichtig beoordeeld door METC- Zuyderland (METC-Z nummer 20230111).

Data-analyse

Er is gebruik gemaakt van Atlas.ti, waarbij eerst open en axiaal is gecodeerd en vervolgens thema's zijn geselecteerd.^{19,20}

Twee onderzoekers (ED en MW) hebben eerst onafhankelijk van elkaar twee interviews gecodeerd. De overeenkomsten en verschillen tussen de coderingen zijn besproken en er zijn afspraken gemaakt over hoe verder te coderen. De resterende interviews zijn vervolgens door één onderzoeker gecodeerd (ED).

Om meer systematische diepgang in de data te verkrijgen is Code-occurrence analyse met Atlas.ti toegepast. Vervolgens hebben de twee onderzoekers gezamenlijk de geselecteerde thema's verder uitgewerkt en verfijnd. Uiteindelijk zijn de meest opvallende en relevante thema's vastgesteld.²⁰

Resultaten

In totaal hebben negen jeugdverpleegkundigen deelgenomen. Zowel voor de regio Parkstad als voor de regio Maastricht-Heuvelland hebben vier jeugdverpleegkundigen deelgenomen aan het onderzoek en vanuit de regio Westelijke Mijnstreek heeft één jeugdverpleegkundige deelgenomen. Eén van de geïnterviewden is tevens PHB-coördinator.

Twee jeugdverpleegkundigen hebben minder dan vijf jaar werkervaring, twee jeugdverpleegkundigen hebben tussen de vijf en twintig jaar werkervaring en vijf jeugdverpleegkundigen hebben meer dan twintig jaar werkervaring.

Onderstaand worden de resultaten gepresenteerd aan de hand van drie hoofdonderdelen:

- 1) de voorbereiding voor het PHB,***
- 2) de uitvoering van het PHB,***
- 3) de afronding van het PHB.***

1. Voorbereiding van het PHB

De meeste aanmeldingen voor een PHB lopen volgens de geïnterviewden via de verloskundige, die doorgaans een goede inschatting maakt van de situatie. Enkele geïnterviewden vertellen dat ze soms een PHB-aanmelding ontvangen van een andere professional, waaronder maatschappelijk werk of de huisarts. Geen enkele deelnemer heeft meegemaakt dat een zwangere zichzelf heeft aangemeld voor een PHB.

De geïnterviewden benoemen dat de reden van aanmelding regelmatig summier is beschreven, waardoor afstemming met de verwijzer nodig is en/of het doel van het PHB opnieuw uitgelegd dient te worden aan de zwangere.

Aangezien er vaak onderliggende problematiek speelt, die niet altijd in de verwijzing wordt benoemd, hanteren de jeugdverpleegkundigen een open benadering. Die start bij het maken van de afspraak voor een PHB.

Alhoewel het aantal aanmeldingen verschilt per werkgebied, hadden alle geïnterviewden meer aanmeldingen verwacht, gezien de toenemende complexe problematieken in gezinnen.

Daarbij wordt benoemd dat een tijdige aanmelding essentieel is, aangezien anders een interventie als Voorzorg niet meer kan starten. Volgens de geïnterviewde jeugdverpleegkundigen worden ze regelmatig pas tijdens een postnataal huisbezoek geconfronteerd met de problematiek van een kwetsbare moeder en haar kind. Het PHB wordt als zinvol ervaren, omdat het ondersteuning kan bieden voordat het kind wordt geboren.

Alle geïnterviewden geven aan dat zwangeren in het algemeen open staan voor een PHB. Daarnaast is er een groep zwangeren die moeilijk te bereiken is vanwege werk, verhuizing of omdat deze inwoont bij de partner die elders woonachtig is.

Er zijn zwangeren die instemmen met een PHB, omdat ze denken dat er anders negatieve consequenties aan zijn verbonden.

Deze zwangeren zijn vaak bekend met (jeugd) hulpverlening. Volgens de geïnterviewden zijn de termen jeugdgezondheidszorg en jeugdzorg verwarrend, waarbij de term jeugdzorg een negatief imago heeft. Dit alles maakt dat er meerdere acties nodig zijn, waaronder afstemming met ketenpartners en/of familieleden, om in contact te komen met de zwangere en het vertrouwen van haar te krijgen.



"Ik vind dat de multi-problematiek toeneemt als je het vergelijkt met een aantal jaren geleden. De jeugd van ouders is behoorlijk heftig, denk aan een zwerversverleden, internationaal verleden, jeugdcriminaliteit of huiselijk geweld. Er wordt geschreeuwd, dingen worden kapotgeslagen en financieel komt men niet rond. Soms is er bewindvoering, waarbij een zwangere dan met twee of drie kinderen moet rondkomen van 75 euro per week. Dit zorgt voor veel stress in gezinnen. Toch rookt de zwangere dan nog of wordt die grote iPhone of televisie gekocht. De agressie neemt toe. Ik weet niet waar het aan ligt. Ik denk een beetje aan de maatschappij waar we in leven. Als ik kijk naar de toename van problematiek, dan zouden er meer aanvragen mogen komen. Vroeger had ik er één per week, nu maar één per maand."

(geïnterviewde 3)

2. Uitvoering van het PHB door de jeugdverpleegkundige

Stap 1 Brede anamnese en vraagverheldering

De geïnterviewden zien het opbouwen van een vertrouwensrelatie, meeleven en het verkennen van de ondersteuningsbehoefte als de eerste stap bij de anamnese en vraagverheldering. Allen geven aan dat toestemming van de zwangere belangrijk is, evenals open en transparante communicatie. Er is variatie tussen de geïnterviewden als het gaat om de wijze van communiceren. Zo benoemen jeugdverpleegkundigen die vele jaren werkzaam zijn, dat ze het protocol "Samen Starten" en de leefgebieden als kapstok gebruiken, maar dat het gesprek grotendeels gebeurt op basis van eigen ervaring. Jeugdverpleegkundigen die nog niet zo lang werkzaam zijn benoemen gesprekstechnieken die vanuit de opleiding zijn aangeleerd, zoals Luisteren, Samenvatten en Doorvragen (LSD).

Enkele geïnterviewden benoemen dat er bij de implementatie van het PHB niet specifiek aandacht besteed is aan de gespreksvoering.

"Dat zijn de communicatietrainingen die je in je bachelor-opleiding hebt gehad. Die probeer je zoveel mogelijk toe te passen. We hebben hier een scholing gehad in het prenataal huisbezoek, maar dat lag niet zozeer op de communicatieve vaardigheden maar op wat van je wordt verwacht bij de uitvoering van het PHB."

(geïnterviewde 1)

Er wordt benoemd dat er behoefte is aan meer uniformiteit in werkwijzen en het gezamenlijk bespreken van casuïstiek.

Enkele jeugdverpleegkundigen werken vrij solistisch, waardoor casuïstiek weinig tot niet met collega's wordt besproken.

Er is behoefte aan afstemming met collega's en relevante partners, zeker bij lastige casussen.

Een enkele geïnterviewde vindt het moeilijk om het doel van het PHB en het preventieve werken goed aan zwangeren uit te leggen.

Bijna alle geïnterviewden vinden de thema's financiën, besnijdenis of huiselijk geweld moeilijk om te bespreken.

"Huiselijk geweld is wel een lastig thema. Dat durf ik niet zo makkelijk te bespreken. Dat komt trouwens niet zo makkelijk boven tafel. Maar soms staat in de overdracht van de verloskundige: instabiele relatie, relatieproblematiek of een Veilig Thuis melding wegens huiselijk geweld. Daar voel ik me wel minder comfortabel bij."

(geïnterviewde 9)

Stap 2 Vaststellen van de ondersteuningsvraag

Alhoewel het PHB uitgaat van één gesprek, zijn er vaak meerdere contactmomenten nodig in de prenatale fase om de ondersteuningsvraag te verhelderen. Alle geïnterviewden vinden het moeilijk om niet de eigen waarden en normen mee te nemen bij het formuleren van de ondersteuningsvraag.

Er is vaak een discrepantie tussen de prioritering en verwachtingen van de jeugdverpleegkundigen, de zwangere zelf en/of andere professionals. Wanneer dit het geval is, wordt de ondersteuningsbehoefte aan de zwangere gevraagd, maar vaak wordt deze uiteindelijk voor haar geformuleerd.

“Er is een discrepantie tussen wat ik vind dat prioriteit zou moeten hebben en wat de ouder als prioriteit ziet. Ik noteer dan mijn visie, maar ook de visie van de ouder.”

(geïnterviewde 1)

Het observeren in de thuissituatie wordt als nuttig ervaren, omdat er een beter beeld wordt verkregen van de situatie. Dit helpt bij het vaststellen van de ondersteuningsbehoefte.

“Je probeert vooral de ouder te laten inzien dat er een ondersteuningsvraag is. Wat ik merk bij het risico zwangere-overleg is dat het beeld dat daar over de thuissituatie wordt geschetst, anders is dan hetgeen je zelf waarneemt, als je in die thuissituatie letterlijk op de bank zit bij die ouder. Alleen al door rond te kijken in die thuissituatie krijg je al veel informatie waar de andere professionals niet van op de hoogte zijn.”

(geïnterviewde 5)

Meerdere geïnterviewden ervaren een normatief dilemma als het gaat om moeilijk te bespreken thema's, waaronder financiën.

Zo vinden ze het moeilijk om niet te oordelen over waar de zwangere geld aan besteedt.

“Die mensen hadden twee paarden die niet in de buurt stonden. Ze moesten dagelijks ver rijden om de dieren te verzorgen en dat met de benzinekosten van vandaag. Ze hadden het financieel niet breed en vroegen wel vergoeding voor de kraamzorg aan. Dan is de vraag, maak je dan wel met het verzorgen en ver rijden naar de paarden als ouders de juiste keuze? En dat vond ik best lastig.”
(geïnterviewde 7)

Stap 3 Vaststellen van doelen en resultaten

De geïnterviewden benadrukken het belang van het zelf laten formuleren van doelen en resultaten door zwangeren. Er doen zich regelmatig uitdagingen voor wanneer er bij zwangeren sprake is van andere verwachtingen, beperkte cognitieve vaardigheden en/of lage gezondheidsvaardigheden en/of wanneer de veiligheid van het kind in het gedrang komt. In dergelijke situaties worden de ondersteuningsvraag en de doelen voor zwangeren vastgesteld. Sommige zwangeren vragen hier ook om. Wat betreft het vaststellen van doelen verschilt dit sterk tussen de geïnterviewden: sommigen werken met SMART doelen, terwijl anderen weinig tot geen doelen formuleren. De geïnterviewden benoemen dat er geen gebruik wordt gemaakt van een ondersteunende tool om dit proces te structureren.

“Ik stel soms doelen als er bijvoorbeeld babykleertjes wenselijk zijn. Soms benoem ik het doel niet goed. Soms vraagt een zwangere om hulp bij het opstellen van doelen, waarbij ik het doel al stel terwijl de zwangere nog niet zo ver is. Dan gaat mijn brein net iets sneller wellicht.”

(geïnterviewde 3)

Alle geïnterviewden benoemen dat door verschil in taal en cultuur er meerdere contactmomenten nodig zijn. Een tolk wordt bijna niet gebruikt, omdat dit moeilijk te regelen is. Vertaaltools als Google Translate lijken niet altijd correct te vertalen. Een gevolg is een mismatch in communicatie en niet passende doelen. Wat het moeilijker maakt volgens de geïnterviewden is dat deze groep zwangeren vaak onvoldoende bekend is met het Nederlandse zorgsysteem, ze geen ondersteuning durven te vragen of te aanvaarden vanuit hun culturele achtergrond en dat er wantrouwen is naar de overheid en het zorgsysteem.

“Bij die Eritrese mevrouw verliep het gesprek minder goed door de taalbarrière. Ik had beter toch een tolk kunnen vragen. Maar ik dacht dat dit niet nodig was. Daardoor waren er andere verwachtingen met als gevolg dat deze vrouw ontevreden was. Ik heb de vraag niet helder kunnen krijgen. Een tolk gebruik ik niet vaak en dan moet ik die gaan aanvragen en dat moet dan net op dat moment kunnen.”
(geïnterviewde 2)

Stap 4 Passende interventies kiezen

Alle geïnterviewden ervaren wel eens knelpunten bij het kiezen van een passende interventie. Ze geven aan dat veel zwangeren vragen hebben over huisvesting en materiële zaken. De geïnterviewden verschillen in hoe zij omgaan met deze vragen. Sommigen gaan er mee aan de slag en anderen vinden dit niet hun taak. Als het gaat om financiële en of huisvestingsproblematiek is men het erover eens dat het oplossen van dit probleem niet tot hun taak behoort, maar het toeleiden naar passende ondersteuning wel.

“Je merkt dat ze zelf moeten reageren op passende woonruimte en dat is wel lastig. Soms denken ze dat de jeugdverpleegkundige een groter huis kan regelen. Dan verwijst ik alsnog naar maatschappelijk werk.”

(geïnterviewde 9)

Stap 5 Arrangeren en uitvoeren van de interventies

Een knelpunt dat door alle geïnterviewden wordt ervaren is het verschil in interventie-aanbod per gemeente en de toename van steeds meer nieuwe interventies. Dit bemoeilijkt het kiezen en arrangeren van passende interventies. Het is voor de geïnterviewden nog geen vanzelfsprekendheid om gebruik te maken van het knooppuntenoverleg, zoals in de Basisstructuur Kansrijke Start is vastgelegd. De toeleiding naar de interventies Voorzorg en Stevig Ouderschap lijkt goed te verlopen.

Het contact en de samenwerking met het sociaal domein wisselt. Zo vertelt één jeugdverpleegkundige dat ze eerst met maatschappelijk werk in één gebouw zaten en nu dit niet meer is, het contact moeizamer verloopt. Korte lijntjes met andere professionals wordt als belangrijk ervaren om passende zorg te arrangeren. Enkele geïnterviewden laten de regie bij de zwangere, maar vaak wordt de regie overgenomen. Dan wordt er voor de zwangere contact opgenomen met de relevante netwerkpartner. Een reden is dat de zwangere soms zelf niet de ondersteuningsvraag goed kan verwoorden, met als gevolg dat de vraag niet wordt opgepakt door de netwerkpartner.

"Ik heb een keer naar maatschappelijk werk doorverwezen en aangegeven dat de ouders de ondersteuningsvraag niet goed kunnen formuleren. Dit is toen van tafel geschoven door maatschappelijk werk. Er is nog contact geweest, aangezien er wel problemen zijn gesignaleerd. Ik vind dat je daar doorheen moet kijken, want het zijn de kwetsbaarste mensen en kinderen."
(geïnterviewde 8)

Meerdere geïnterviewden benoemen dat er altijd een groep kwetsbare zwangeren is die geen eigen regie kan of wil nemen. Zo benoemt een geïnterviewde, dat een zwangere letterlijk zei:

"Ik wil houvast en aan de hand worden genomen, zodat ik weet waar ik aan toe ben."
(geïnterviewde 9)

Een voorkomend knelpunt bij het arrangeren van interventies is het probleem met lange wachtlijsten, met name bij de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Dit roept vragen op over wie verantwoordelijke is voor de regie gedurende de wachttijd. Zoals een geïnterviewde verwoordde:

"Bij de GGZ zijn er extreem lange wachtlijsten. Maatschappelijk werk gaat, maar is ook heel lastig. Daar willen we over in gesprek met de netwerkpartner. Blijven we de regie houden of is de ander verantwoordelijk?"
(geïnterviewde 4)

Enkele geïnterviewden ervaren dat de professionele beroepsruimte om aan te sluiten bij de kwetsbare zwangere deels knelt met de aansturing en kaders vanuit de organisatie.

"Ik heb me aan bepaalde uren te houden. dit is wat ik mag en de rest moet ik doorverwijzen. En bij dat doorverwijzen zit een kink in de kabel. Daardoor is er veel oneigenlijk werk, zoals het organiseren van baby-kleertjes. Voor de leiding-gevende is dit oneigenlijk werk interessant, omdat ze dan kunnen sturen op overuren en compensatie uren. Dat begrijp ik wel, maar er is wel een hulpvraag van een zwangere. Als er meer samenwerking zou zijn, dan zou dit persoonlijk enorm helpen."
(geïnterviewde 6)

3. Afronding van het PHB door de jeugdverpleegkundige

Stap 6 Monitoren en evalueren

Alle geïnterviewden benoemen dat de registratie in het digitaal dossier jeugdgezondheidszorg complex is. Zo kunnen er twee dossiers zijn voor de moeder (een voor vaccinaties en een voor de prenatale fase) en na de geboorte van het kind is er nog een kind-dossier. De gegevens in het dossier van de moeder zijn niet altijd meteen terug te vinden als het kind wordt geboren, onder andere door een andere achternaam van het kind of een ander adres van de moeder. Het moeder en kind-dossier zijn nog niet optimaal aan elkaar gekoppeld.



Uit de interviews blijkt verder dat er niet altijd een terugkoppeling wordt gegeven aan de verwijzer, veelal de verloskundige. Anderzijds ontvangen jeugdverpleegkundigen bij het arrangeren van de zorg niet altijd van andere betrokken professionals een terugkoppeling. Soms wil de zwangere niet dat er een terugkoppeling wordt gegeven. Daarnaast komt naar voren, dat het PHB niet altijd met zwangeren wordt geëvalueerd.

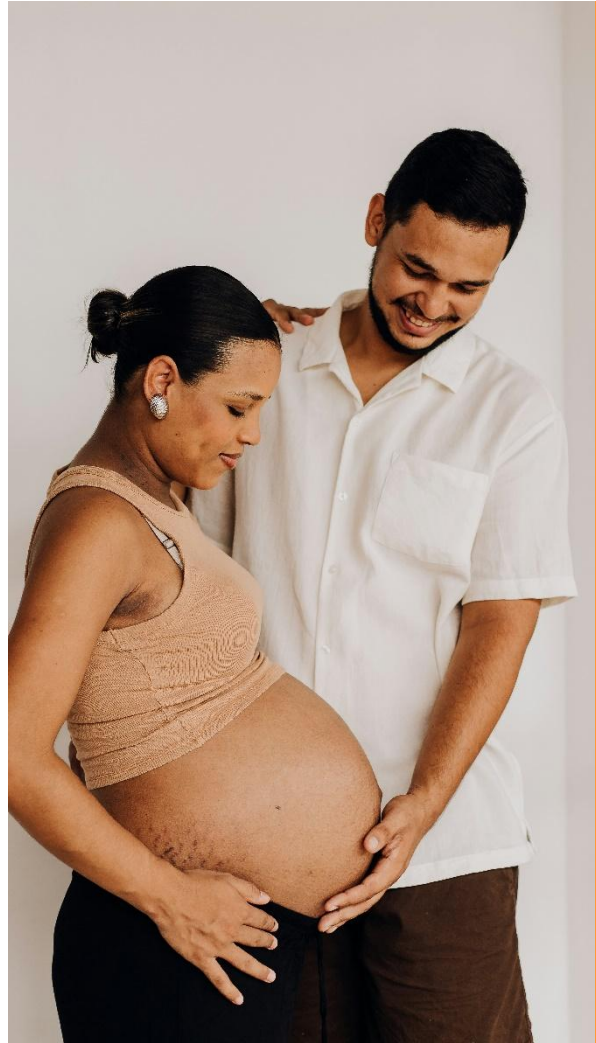
De continuïteit van ondersteuning is voor de geïnterviewden belangrijk, zeker bij complexe problematiek. Enkele geïnterviewden hebben een eigen ontwikkelde werkwijze om de continuïteit bij de complexe casussen te waarborgen.

Zo wordt het dossier van de moeder met een kenmerk voorzien of wordt er een eigen administratie op na gehouden.

"I: Geef je een terugkoppeling naar de verloskundige?"

GI: Niet altijd, wel vaak. Dat zou wel moeten, maar het schiet er vaak bij in."
(geïnterviewde 9)

"Als je die ouder echt wilt bereiken dan moet je zorgen dat ze eigenlijk 1 of 2 vaste personen hebben, want als je iedere keer wisselt dan voelen ouders zich niet serieus genomen. Als ik dat PHB heb gedaan dan staat dit in ons systeem en op het moment dat de baby geboren wordt probeer ik zelf altijd op huisbezoek te gaan, zodat er niet een andere collega naar toe gaat."
(geïnterviewde 5)



Beschouwing

Het PHB heeft sinds 2022 een plek gekregen in de preventieve zorg voor zwangeren en hun kind. De implementatie en positionering van het PHB heeft de aandacht.

Een bepalende factor voor het succes van deze implementatie is de bekwaamheid van de jeugdverpleegkundige en de kwaliteit van de zorgrelatie.^{21,22} Deze verkenning naar het handelen van jeugdverpleegkundigen wijst erop dat er nog winst te behalen is in het proces van uitvoering van het PHB.

Bekendheid en bereik van het PHB

Uit de interviews blijkt dat de beoogde doelgroep niet volledig wordt bereikt. Jeugdverpleegkundigen verwachten meer aanmeldingen, aangezien zij tijdens postnatale huisbezoeken steeds vaker geconfronteerd worden met complexe problematieken binnen gezinnen. Een latere aanmelding kan voor de jeugdverpleegkundige betekenen dat ze extra activiteiten moet uitvoeren voor het inzetten van passende ondersteuning.

Uit eerder onderzoek blijkt dat 19,5% van de kinderen in een potentieel kwetsbare omgeving wordt geboren.¹⁸ In Zuid-Limburg is in 2024 bij 5,5% van het aantal geboorten een PHB uitgevoerd, wat beduidend hoger is dan het landelijke gemiddelde van 2-3%.²³ De implementatie van het PHB is nog relatief nieuw, maar door meer aandacht voor het PHB is er al meer bekendheid bij andere relevante professionals. Voor jeugdverpleegkundigen heeft het PHB een duidelijke meerwaarde, doordat de zwangeren eerder passende ondersteuning kunnen ontvangen. Voor de verdere borging van het PHB is het wenselijk om meer inzicht te verkrijgen in de reden waarom het aantal uitgevoerde PHB achterblijft (5,5%) bij de beoogde aantallen PHB (19,5%).

De terminologie sluit niet altijd goed aan bij de zwangere. Zo zijn de termen “kwetsbare zwangere” en “prenataal huisbezoek” niet duidelijk voor de zwangere. Ook het woord jeugdzorg versus jeugdgezondheidszorg schept verwarring bij zwangeren en kan bijdragen aan minder aanmeldingen. Dit betekent een extra belasting voor de jeugdverpleegkundigen, zoals meer uitleg geven over een PHB, omdat sommige zwangeren minder vertrouwen hebben en/of moeilijker toegankelijk zijn. Uit een recent onderzoek van Van der Hulst en collega’s blijkt dat de term “kwetsbaarheid”, waarin een normatieve component zit, zwangeren ervan kan weerhouden om ondersteuning te vragen.²⁴ Het verbreden van de bekendheid van het PHB bij andere relevante partners, waaronder huisartsen, wijkteams of GGZ kan bijdragen aan een betere signalering van kwetsbare zwangeren en het aanbieden van een PHB.

Verder kan het normaliseren van het vragen van ondersteuning door de zwangere zelf de aanmeldmogelijkheid vergroten. De mogelijkheid tot zelfaanmelding dient dan wel goed ingeregeld te zijn.

Methodisch werken

Het methodisch werken, onder andere door toepassing van het verpleegkundig proces, kan bij jeugdverpleegkundigen worden verbeterd. Er bestaat veel variatie tussen jeugdverpleegkundigen bij het opstellen van doelen, gezamenlijke besluitvorming en de wijze waarop het arrangeren van interventies wordt uitgevoerd. Vaak zijn er meerdere contactmomenten nodig om tot een ondersteuningsvraag te komen.

Daarnaast ervaren jeugdverpleegkundigen een dilemma als het gaat om zwangeren die moeite hebben met de eigen regie. Goede gespreksvoering is de basis van methodisch werken.

Dit onderzoek laat zien dat het bespreekbaar maken van complexe en gevoelige onderwerpen soms als moeilijk wordt ervaren, wat overeenkomt met bevindingen vanuit eerdere onderzoeken.^{7,8} Het gebruik van tools en methodieken kan bijdragen aan minder normatief handelen en ondersteunen in de gespreksvoering.

Bij het arrangeren van interventies wordt het bereiken van andere disciplines en bestaande wachtlijsten, zeker in de GGZ, als een knelpunt ervaren. Dit leidt tot onduidelijkheid in verantwoordelijkheden gedurende de periode van 'wachten'.

Ook is meer inzicht wenselijk in het ervaren dilemma tussen de professionele beroepsruimte die nodig is om passende zorg te kunnen leveren en de kaders vanuit de eigen organisatie. Verder geven de jeugdverpleegkundigen aan dat ze het lastig vinden om systematisch te reflecteren op het eigen handelen en in de gesprekken wordt vooral vanuit eigen ervaring gesproken.

Bij het verkleinen van de verschillen in het handelen kan de organisatie faciliteren in mogelijkheden om vaardig te blijven en een meer uniformere werkwijze.⁸

Ook uit evaluaties van onder andere Kansrijke Start komt naar voren dat er nog aandacht dient te zijn voor het vaardiger worden in het aangaan van moeilijke gesprekken, gezamenlijke besluitvorming, het gezamenlijk opstellen van een plan en het nemen van initiatief en zichtbaar zijn in de keten.² In Zuid-Limburg wordt er de komende periode ingezet op methodisch werken en het gebruik van ondersteunende tools. Momenteel wordt verkend welke gespreksmethodiek het meest geschikt is. Een voorbeeld hiervan is de GIZ-methodiek, die landelijk al breed is geïmplementeerd.²⁵

Samenwerken met relevante partners

Niet alleen de variatie in het methodisch werken, maar de samenwerking met andere betrokken professionals, in combinatie met de context waarin de jeugdverpleegkundige werkt, beïnvloeden de tijdigheid van passende ondersteuning.

Ondanks de aandacht voor samenwerkingsstructuren, waaronder de start van Basisstructuur Kansrijke Start, is er nog onduidelijkheid over ieders rollen en verantwoordelijkheden.

Er lijkt behoefte te zijn aan casuïstiek bespreking zowel met collega's als met andere relevante professionals. Korte lijnen en bereikbaarheid van de andere professionals is belangrijk voor de jeugdverpleegkundigen om goed te kunnen handelen.

Flexibele beroepsruimte is nodig om outreachend te werken en om korte lijnen te houden met relevante professionals.

Ook de continuïteit in het zorgproces wordt als belangrijk ervaren. Continuïteit van zorg is onder te verdelen in persoonlijke continuïteit, continuïteit in verslaglegging, continuïteit in ondersteuning en logistieke continuïteit.^{26,27}

Zeker bij transitiemomenten in zorg en ondersteuning zijn al deze facetten van continuïteit van belang. Daarbij heeft de terugkoppeling naar de PHB-verwijzer, veelal de verloskundige, als de terugkoppeling van andere relevante partners naar de jeugdverpleegkundige nog aandacht.

Vanuit de in Zuid-Limburg ontwikkelde Basisstructuur Kansrijke Start zijn er knooppunten ingericht die als schakel fungeren tussen de ondersteuningsvraag en een passend aanbod in het sociale domein.

Uit de evaluatie van deze knooppunten komt naar voren dat deze helpen bij het inzetten van passende zorg.²⁸

Het aantal aanmeldingen is echter lager dan verwacht. Mogelijk worden de knooppunten nog onvoldoende benut door de jeugdverpleegkundigen.

Vele maatschappelijke veranderingen, waaronder de transformatie in het jeugdveld, maakt dat er veel veranderd is in het werk van de jeugdverpleegkundige. De diversiteit aan aandachtsgebieden groeit en men is zoekende naar het op een nieuwe wijze invullen van rollen en taken. Rolambigüiteit bij de uitvoering van het PHB draagt bij aan stress of het dubbel uitvoeren van taken.

Voor de jeugdverpleegkundigen betekenen deze veranderingen het continu bijhouden van kennis en vaardigheden.

Om de samenwerking en afstemming te bevorderen met betrokken disciplines zou er in gezamenlijkheid ingezet kunnen worden op het up-to-date houden van kennis en vaardigheden. Voor een meer structurele inbedding kan een interdisciplinair (leer)netwerk een optie zijn. De lokale coalities binnen Kansrijke Start Zuid-Limburg kunnen hierbij ondersteuning bieden. Dit helpt eveneens bij het behoud van korte lijntjes, die als bevorderend worden ervaren voor de continuïteit in het zorgproces.

Methodologische reflectie

De uitvoering van dit onderzoek is specifiek gericht op de jeugdverpleegkundige werkzaam in de regio Zuid-Limburg. Via de wervingsmethode van de organisatie kan er selectie bias optreden. De spreiding van de geïnterviewden over het werkgebied in Zuid-Limburg en de verscheidenheid in werkervaring is van dien aard dat er voldoende inbreng is geweest vanuit de jeugdverpleegkundige beroepsgroep en dat saturatie is bereikt. De bevindingen spelen ook landelijk, zoals de variaties in organisaties als het gaat om de uitvoering van het PHB en de lange wachtlijsten bij de GGZ.^{8, 29 en 30}

Implicaties voor de praktijk

Uit dit onderzoek komen enkele implicaties voor de praktijk naar voren, zoals het optimaliseren van het bereik door meer bekendheid.

Er dient nagedacht te worden over terminologie die beter aansluit bij de kwetsbare zwangere en het doel van het PHB. Zowel de JGZ-organisatie als de gemeente kan faciliteren in het vergroten van het bereik. Daarnaast kan een training gespreksvaardigheden jeugdverpleegkundigen versterken in het uitvoeren van moeilijke gesprekken.

Het methodisch werken van de jeugdverpleegkundigen kan worden versterkt door een training of intervisie met focus op gezamenlijke besluitvorming, normatief handelen en gespreksvoering. Passende tools of methodieken kunnen daarbij ondersteunen. Daarbij moeten jeugdverpleegkundigen niet alleen de gelegenheid hebben om kennis te vergaren, maar ze dienen deze ook te integreren in het dagdagelijkse handelen.

Daarbij helpt gestructureerde reflectie in het vergroten van de handelingsbekwaamheid.

Een andere optie is het gezamenlijk interdisciplinair leren tussen professionals, wat een oplossing kan zijn om knelpunten in de toeleiding naar verdere ondersteuning aan te pakken. Zeker, omdat de jeugdverpleegkundige in haar methodisch handelen sterk afhankelijk is van de context waarin ze werkt. Het knooppunt binnen de basisstructuur van Kansrijke Start Zuid-Limburg hiervoor mogelijkheden.²⁸ De lokale coalities binnen Kansrijke Start Zuid-Limburg kunnen hierin een ondersteunende rol vervullen.

Interdisciplinair leren kan bijdragen aan meer duidelijkheid over rollen en verantwoordelijkheden, om zo passende en tijdige zorg te arrangeren. Ook hierbij kunnen tools of methodieken worden gebruikt om eenduidige taal te bevorderen. Het bevordert eveneens de continuïteit van zorg, wat van invloed is op een tijdig passend zorgaanbod.

Implicaties voor verder onderzoek

Verder onderzoek naar hoe het methodisch handelen van jeugdverpleegkundigen te versterken bij de uitvoering van het PHB kan bijdragen aan meer impact van het PHB. Ook de effectiviteit van het gebruik van ondersteunende tools en/of methodieken kan

daarbij worden onderzocht. Daarnaast zou het interessant zijn om te onderzoeken hoe interdisciplinair leren bijdraagt aan het duidelijker krijgen van rollen, taken en verantwoordelijkheden.



Referenties

1. Roseboom, T. De eerste 1000 dagen: Het fundamentele belang van een goed begin vanuit biologisch, medisch en maatschappelijk perspectief. 2018. Utrecht: Uitgeverij de Tijdstroom.
2. Kansrijke Start. Beschikbaar op: <https://www.kansrijkestartnl.nl/>
<https://www.kansrijkestartnl.nl/documenten/publicaties/2023/11/13/handreiking-kansrijke-start>. Geraadpleegd op 18 juni 2024.
3. Overheid. Wettenbank. Wet Publieke Gezondheidszorg Wpg. Wijziging van de Wet publieke gezondheid vanwege het opnemen van een gemeentelijke taak om prenataal huisbezoek te verrichten. Den Haag 2022; <https://wetten.overheid.nl/BWBR0046154/2022-07-01/0#Artikell>, geraadpleegd op 14 juni 2024.
4. Wulffraat A, Blanchette L, Bertens L, Ernst H, van der Meer L, de Graaf H, et al. Zelfredzaam gezin, gezin in potentieel kwetsbare situatie, gezin in zeer kwetsbare situatie, vanuit de eerste 100 dagen en prenataal huisbezoek. 2019; Jansma A, Zwart de O. 2020.
5. Feijen- De Jong, E., Warmelink J.C, Dalmeijer M., Stouwe van der R.A. Kwetsbaarheid tijdens de zwangerschap is meer dan een disbalans tussen risicofactoren en beschermende factoren. TSG Tijdschr. Gezondheidswet. 2021; 99:132-136. <https://doi.org/10.1007/s12508-021-00308-9>
6. Reijngoudt J., Dorst van J. Het verpleegkundig proces. Op weg naar de best passende zorg. Culemborg: Uitgeverij COUTINHO; 2024.
7. Neste YTM, Struijf E, Staal IM. De implementatie van het prenatale huisbezoek door de jeugdgezondheidszorg: een eerste verkenning. Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg 2024;6 DOI: 10.61431/202416706.
8. Andersson Ellfers Felix (AEF). Prenatale Huisbezoeken Jeugdgezondheidszorg 2024. Implementatie onderzoek eindrapport. 2024. Rijksoverheid. [Eindrapport implementatieonderzoek Prenatale Huisbezoeken JGZ \[AEF feb 2024\]](#) Geraadpleegd op 17 juli 2024.
9. Dera E. Verpleegkundig proces in het prenatale huisbezoek vraagt om aandacht. In deze factsheet staan de bevindingen van een focusgroep naar het methodisch handelen van jeugdverpleegkundigen. Factsheet prenataal huisbezoek | V&VN: 2024 apr 22. https://www.venvn.nl/media/dvcdmtt0/factsheet_prenataalhuisbezoek-2024.pdf
10. van de Beek V. De jeugdverpleegkundige en postpartum depressie: een onderzoek naar het professioneel verpleegkundig handelen van jeugdverpleegkundigen bij het afleggen van huisbezoeken ter signalering van postpartum depressie. Universiteit van Twente; 2013. Beschikbaar op: <https://essay.utwente.nl/63884/>
11. NCJ. Handreiking 'Prenataal huisbezoek door de JGZ. Beschikbaar op: <https://www.ncj.nl/onderwerp/prenataal-huisbezoek/handreiking/>. Geraadpleegd op 17 juli 2024.
12. Handreiking en praktijktools <https://www.ncj.nl/onderwerp/prenataal-huisbezoek/handreiking/>. Geraadpleegd op 17-7-2024.
13. Ooijen van M. Eindrapport implementatie onderzoek Prenatale Huisbezoeken Jeugdgezondheidszorg en beleidsreactie. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport; 2024 jun. Kenmerk: 3843332-1067165-PG.
14. Bruggink JW, Erdem Ö, van de Kamp D, Schouten G, Hajema K. Statistische Trends. Gemeentelijke verschillen in ervaren gezondheid. Analyse naar de rol van bevolkingssamenstelling, chronische aandoeningen en beperkingen. CBS;2018.

15. Koks S, Gruisen W, Bovens F. Regiobeeld Zuid-Limburg Samenvatting. Regiobeeld Zuid-Limburg 2023.
16. Trendbreuk Zuid-Limburg. Kansrijke Start. Beschikbaar op: <https://trendbreukzuidlimburg.nl/volop-in-actie/kansrijke-start/>.
17. SMOOTH study: Social Maternity Care: a combined medical and psychosocial approach for a healthy start of life. Projectnummer: 05430052110001. 2022-2026.
18. SMOOTH. Beschikbaar op: <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/preventie/onbedoelde-zwangerschap-en-kwetsbaar-jong-ouderschap/programmas/project-detail/zwangerschap-en-geboorte-2/smooth-study-social-maternity-care-a-combined-medical-and-psychosocial-approach-for-a-healthy-star/>.
19. ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH. ATLAS. tiMac (version 2023). Qualitative data analysis software. Beschikbaar op: <https://atlasti.com>.
20. Verhoeven N. Thematische analyse. Patronen vinden bij kwalitatief onderzoek. 1^e druk. Boom Hoger Onderwijs; 2020. ISBN 9789024427550.
21. Nooteboom L., Mulde, E. Kuiper C., Vermeiren, R. Integraal samenwerken? Focus op de uitvoerende hulpverleners. Complexiteit van uitvoering te vaak over het hoofd gezien. Kind Adol Prakt. 2021; 20 (2):24-30. DOI: 10.1007/s12454-021-0650-z.
22. Fleuren MAH, Paulussen TGWM, van Dommelen P, van Buuren. Towards a measurement instrument for determinants for innovations. International Journal for Quality in Health Care, 26 (5), 2014: 501-510; doi: 10.1093/intqhc/mzu060.
23. Van Meijeren Lunteren AW, et al. Monitor Kansrijke Start 2024. Bilthoven (NL): Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM); 2025 Jul.
24. Hulst van der M, Rutz S, Abaaziz I, Joosse ED. Een kwestie van normaal- een actieonderzoek naar prenatale huisbezoeken voor 'kwetsbare zwangeren'. Tijdschr Jeugdgezondheidsz 2024. [https://doi: 10.61431/fk7s520](https://doi.org/10.61431/fk7s520)
25. NCJ. Over Gezamenlijk Inschatten Zorgbehoeften (GIZ). Beschikbaar op: www.ncj.nl/onderwerp/giz/
26. Essenburgh. Zorgnetwerken die werken De sleutel tot betere uitkomsten. E- Boek. Betere zorg; 2022.
27. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Leidraad continuïteit van zorgen jeugdhulp: 2022 jun.
28. Smeets-Curvers N, Hendrix M, Daemers D, Driettij R, Levelink B, Stijnen M. Integrale domeinoverstijgende samenwerking voor zwangere vrouwen en (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie; Basisstructuur Kansrijke Start Zuid-Limburg. TSG, 4 maart 2025. DOI: 10.1007/s12508-025-00458-0.
29. Tartwijk van R, Staal I, Vanneste Y. Evaluation of the implementation of Prenatal Home Visits in Youth Healthcare in the Netherlands: A Mixed Method Study. JAN Leading Global Nursing Research. 2025. DOI 10.1111.jan 16912.
30. Schutjens V, Nuijen J, Magneé T. In de wachtstand. Een literatuurinventarisatie naar de impact van wachttijden in de ggz op patiënten, naasten, huisartsen en POH's GGZ. Utrecht (NL): Trimbos Instituut; 2024.

Bijlage 1. Topiclijst voor de semigestructureerde interviews

Voor de start van het interview is er vooraf aan de deelnemers gevraagd of zij één casus voorhanden hebben waar het handelen bij de uitvoering van het PHB goed is verlopen en één casus waar het handelen bij de uitvoering minder goed is verlopen. De casussen zijn anoniem besproken. Wel is gevraagd of het om een eerste kind gaat of dat er al meerdere kinderen in het gezin zijn.

De topiclijst is opgebouwd uit drie delen:

1. Voorbereiding voor PHB
2. Uitvoering PHB en “het handelen”
3. Afronding PHB

In deze onderverdeling zijn de stappen 3 tot en met 6 van het Prenataal Huisbezoek en het verpleegkundig proces geïntegreerd.

1. De voorbereiding

- Op welke wijze komt de vraag binnen voor een PHB (vrijwillig, via ouder of professional)?
- Is er een vraagstelling (probleem vanuit de cliënt)?
- Hoe verloopt de voorbereiding voor de uitvoering van het PHB?
- Welke gegevens heb je al en welke ga je nog verzamelen?

2. De uitvoering van PHB

- Hoe draag je zorg voor de relationele aspecten (vertrouwen, contact)?
- Op welke wijze verzamel je gegevens bij de uitvoering van het PHB (in gesprek met de ouder/anamnese/inzet meetinstrumenten/tools/individu/systeem)?
- Hoe redeneer je als jeugdverpleegkundige: hoe kom je tot het vaststellen van de ondersteuningsvraag diagnose/ SDM (option talk, decision talk, team talk)?
- Hoe stel je doelen op naar aanleiding van het PHB stellen van doelen (gezamenlijke besluitvorming*?)
- Hoe bepaal je het beoogde resultaat en hoe geef je er vervolg aan? (Welke ondersteuning/interventie/acties en wie? / wat bespreek je met de zwangere?)
- Is er nog een vervolgesprek nodig uitgaande van het doel van het PHB?
- Hoe wordt er omgegaan met keuzemomenten?
- Afronding van het gesprek in de uitvoering en welke worden er gemaakt?

3. De afronding van PHB

- Op welke wijze draag je zorg voor het arrangeren en uitvoeren van de ondersteuning/ interventie (en wie?)
- Hoe bespreek je de resultaten van het PHB met je team?
- Hoe monitor en evalueer je de uitvoering van het PHB (zijn de doelen behaald/ zo nodig bijstellen)?
- Op welke wijze registreer je/ draag je zorg voor opvolging/ overdracht/sluit je de ondersteuning af?

Algemeen

- Wat is je rol als jeugdverpleegkundige bij de uitvoering van het PHB?
- Wat helpt bij de uitvoering van het PHB? Waar maak je gebruik van?
- Vind je uitvoering geven aan het PHB leuk?
- Vind je uitvoering geven aan het PHB zinvol?

*Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med.* 2012;27(10):1361-7.

Over het onderzoek en de auteurs

Dit onderzoek is uitgevoerd door het lectoraat Wijkgerichte Zorg, het lectoraat Midwifery Science en het lectoraat Sociale Integratie van Zuyd Hogeschool. Deze lectoraten maken deel uit van het Kenniscentrum Gezonde Rechtvaardige Samenleving. De lectoraten werkten in dit onderzoek nauw samen met GGD Zuid-Limburg.

Auteurs

1. Eveliene Dera-de Bie
2. Marijke Hendrix
3. Marieke Werry
4. Rianne Reijs
5. Kim van der Zander
6. Erik van Rossum

Affiliaties auteurs

1, 2, 3 en 6

Kenniscentrum Gezonde Rechtvaardige Samenleving, Zuyd Hogeschool,
Postbus 550, 6400 AN Heerlen.

4.

1. Afdeling Jeugdgezondheidszorg, Academische Werkplaats Publieke Gezondheid MOSA, Public GGD Zuid-Limburg, Postbus 33, 6400 AA, Heerlen
2. Vakgroep Sociale Geneeskunde, Care and Public Health Research Institute (CAPHRI), Maastricht University, Postbus 616, 6200 MD, Maastricht

5.

Afdeling Jeugdgezondheidszorg, Public GGD Zuid-Limburg, Postbus 33, 6400 AA, Heerlen

Heeft u vragen over dit rapport?

Neem contact op met Eveliene Dera-de Bie via: eveliene.debie@zuyd.nl

Oktober 2025

Dit rapport wordt gepubliceerd onder de licentie Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0)



