

Rapportage 1000 Kansen

Hechting en de eerste 1000 dagen

Meer informatie:

Carla Maessen – Onderzoeker (c.maessen@vrln.nl)

Fabienne Coenders – Onderzoeker (f.coenders@vrln.nl)

ONDERDEEL



veiligheidsregio
limburg-noord

Inhoud

Wat is 1000 Kansen?	3
Doelstellingen 1000 Kansen	3
Projectactiviteiten binnen 1000 Kansen.....	4
Inleiding onderzoek	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Data en methodologie	5
Respondenten.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Resultaten.....	6
Samenwerkingspartners	6
Kennis en signalering.....	8
Sociale kaart	9
Type hulpvragen en doorverwijzing	9
Conclusie	10
Meting 1	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage	15
Samenwerkingspartners	15

Wat is 1000 Kansen?

Het project *1000 Kansen: Hechting en de eerste 1000 dagen* draait om het ontwikkelen van een netwerk van professionals rondom het jonge kind¹ (0-4 jaar). Dit netwerk weet hoe zij risico's tijdens de eerste 1000 dagen van een kind kan signaleren, detecteren, verwijzen en interveniëren. Er wordt hierbij gebruik gemaakt van *Infant Mental Health* (IMH).

“IMH heeft oog voor het samenspel tussen omgeving, biologische factoren en de ouder-kind relatie. [...] Het werkveld van IMH is dan ook multidisciplinair. Deze multidisciplinaire aanpak is nodig om steeds aandacht te houden voor alle verschillende domeinen die de ontwikkeling van alle gezinsleden ondersteunen” ([IMH Nederland](#)).

Wat we nu vaak in de praktijk zien is dat professionals nog onvoldoende weten hoe specifieke signalen te detecteren maar nog belangrijker ze niet weten waar ze met hun signalen naar toe kunnen. Ten eerste omdat men soms nog te weinig kennis heeft over deze doelgroep met zijn of haar risico's. Ten tweede omdat er soms een gebrek is aan specialisten waar ouders en professionals naar toe kunnen wanneer er concrete signalen zijn. Om deze redenen is het van belang dat professionals de juiste kennis en vaardigheden hebben om de risico's te kunnen signaleren en onderbehandeling te voorkomen. Door een sluitend netwerk te vormen tussen voorliggend veld en tweedelijns GGZ willen we tijdige op- en afschaling mogelijk maken.

Naast dat het netwerk rondom het jonge kind tijdig risico's signaleert tijdens de eerste 1000 dagen van een kind, zal het zich ook richten op normalisering. Het netwerk richt zich op het verstevigen van het gezond opgroeien en opvoeden en normaliseren van de gezinssituatie. Dit wordt o.a. bereikt door verbetering van ouderschap/opvoedings-kennis,-inzicht,-vaardigheden en -attitudes; zelfvertrouwen, stresshantering en sociale steun.

Doelstellingen 1000 Kansen

Het doel van dit project is om in 2022 binnen de gemeente Gennep, Venlo, Venray en Horst aan de Maas een netwerk op te stellen dat in staat is om vanuit IMH mentale gezondheidsproblemen binnen de eerste 1000 dagen van het kind eerder en beter te signaleren, op de juiste wijze door te verwijzen en hierop te kunnen interveniëren. Door dit netwerk kunnen in 2022 meer kwetsbare ouders en kinderen eerder de juiste hulp krijgen. Op lange termijn hebben minder ouders en kinderen psychische en psychosomatische klachten door de interactie tussen volwassen GGZ en IMH.

De volgende effecten worden nagestreefd:

1. Problemen (ook niet-medische) worden beter en eerder gesignaleerd bij (aanstaande) (kwetsbare) gezinnen.
2. Meer kwetsbare ouders en kinderen krijgen eerder de juiste hulp.

¹ Wanneer er in dit rapport wordt gesproken over het “jonge kind”, worden hiermee kinderen in de leeftijd van 0-4 jaar bedoeld.

3. Door de ketenzorg rondom deze doelgroep beter te organiseren en intensiever samen te werken:

- Wordt de signalering makkelijker;
- Is de doorverwijzing voor alle partners duidelijker;
- Worden alle vormen van hulp (licht naar zwaar) beschikbaar (waardoor af- en opschalen beter gaat);
- Is de expertise op dit gebied geborgd;
- Zal de kennisdeling toenemen waardoor de kwaliteit van de zorg ook toeneemt.

Projectactiviteiten binnen 1000 Kansen

Binnen het project *1000 Kansen* worden professionals geschoold in IMH. Deze scholing zal binnen lokale teams van verschillende organisaties gezamenlijk plaatsvinden. Dit om de eerste samenwerking vorm te geven en te verstevigen waar mogelijk. In de gemeente Venray zijn professionals reeds geschoold en lopen zij voorop. Gemeenten die gaan aansluiten zijn; Horst aan de Maas, Venlo en Gennep. De professionals die geschoold gaan worden zijn; gezinscoaches, voorschoolse Intern Begeleiders (IB-ers), GGD -verpleegkundigen en -artsen. Daarnaast zal er nog een 2e schil van professionals zijn die ook geschoold worden, maar minder intensief. Dit wordt gedaan door middel van de E-Learning *1000 Kansen* die in 2022 uitkomt. Dit is een online scholing van een uur over onder andere de basisprincipes van IMH.

Inleiding

Dit rapport geeft de onderzoeksresultaten weer van peilingen onder professionals die binnen het project *1000 Kansen* een IMH training hebben gevolgd. De focus van dit onderzoek ligt op de samenwerking tussen professionals van de verschillende organisaties. De centrale vraag is:

Draagt een gezamenlijke IMH training bij aan de zorg voor het jonge kind?

In dit onderzoek worden verschillende doelstellingen onderzocht die hierboven beschreven staan. Naast het bevorderen van de expertise zijn er tools ontwikkeld die professionals binnen hun eigen organisatie/gemeente kunnen gebruiken en kunnen aanpassen aan de lokale situatie. Tijdens en na de scholing gaan de professionals hiermee aan de slag en wordt er bekeken of de implementatie goed is verlopen.

Er zijn een drietal tools ontwikkeld. Voor professionals is er een IMH beslisboom ontwikkeld. Verder zijn er tools ontwikkeld voor het Zorg Adviesteam (ZAT), waar professionals casussen samen met andere professionals kunnen bespreken. Deze casuïstiekbesprekingen kunnen helpen om met een bredere blik naar de hulpvraag van het betreffende gezin te kijken. De eerste tool die voor het ZAT ontwikkeld is betreft een aanmeldformulier. Dit is een formulier waar een professional kort en krachtig een casus beschrijft. Ten tweede is er een leidraad gecreëerd om de casus te bespreken. Deze tools moeten professionals ondersteunen om het ZAT op een gestructureerde wijze in te vullen.

Data en methodologie

Door professionals vooraf, tijdens en aan het eind van de training een vragenlijst voor te leggen werd er onderzocht hoe de samenwerking op die momenten is. De vragenlijsten zijn uitgestuurd naar 34 professionals van diverse organisaties (zie Projectactiviteiten binnen *1000 Kansen* op pagina 4). Alle professionals waren net gestart of gingen nog beginnen met de IMH training toen zij voor de eerste meting werden benaderd. Deze eerste meting dient als voormeting. De tweede meting vond plaats terwijl alle professionals in het trainingstraject waren gestart. Deze tweede meting dient als tussenmeting. Tenslotte werden de 34 professionals benaderd voor de derde meting nadat zij de IMH training hadden afgerond. Deze derde meting is de nameting.

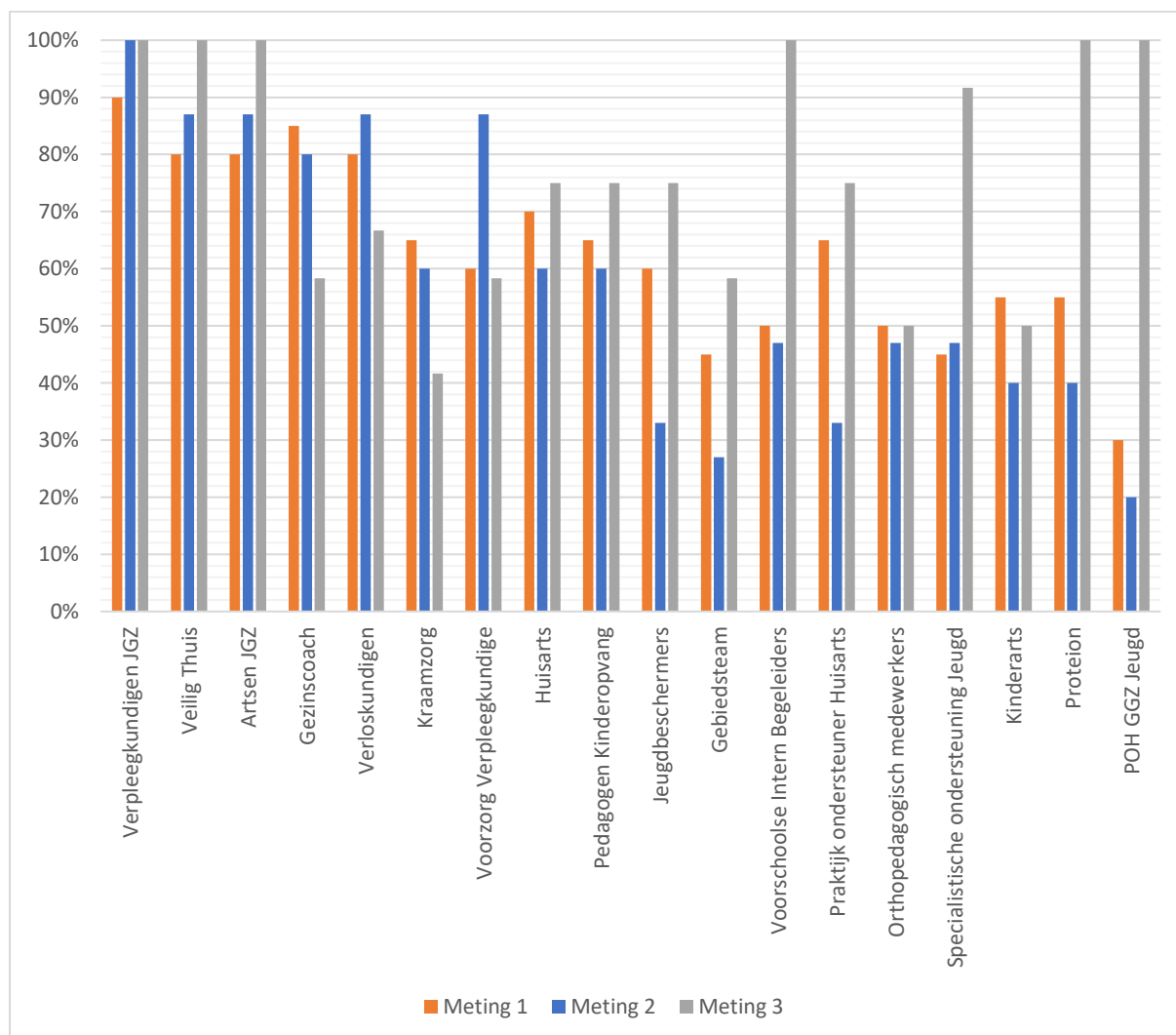
De respons was het hoogst tijdens de eerste twee metingen. De vragenlijst voor de eerste en tweede meting is respectievelijk door 21 (62%) en 22 (65%) van de 34 professionals ingevuld. De derde meting had een lagere respons: hier hebben maar 12 (35%) personen de vragenlijst ingevuld. Dit is een belangrijke kanttekening bij de interpretatie van de uitkomsten van de derde meting in vergelijking met de eerste en tweede meting.

Resultaten

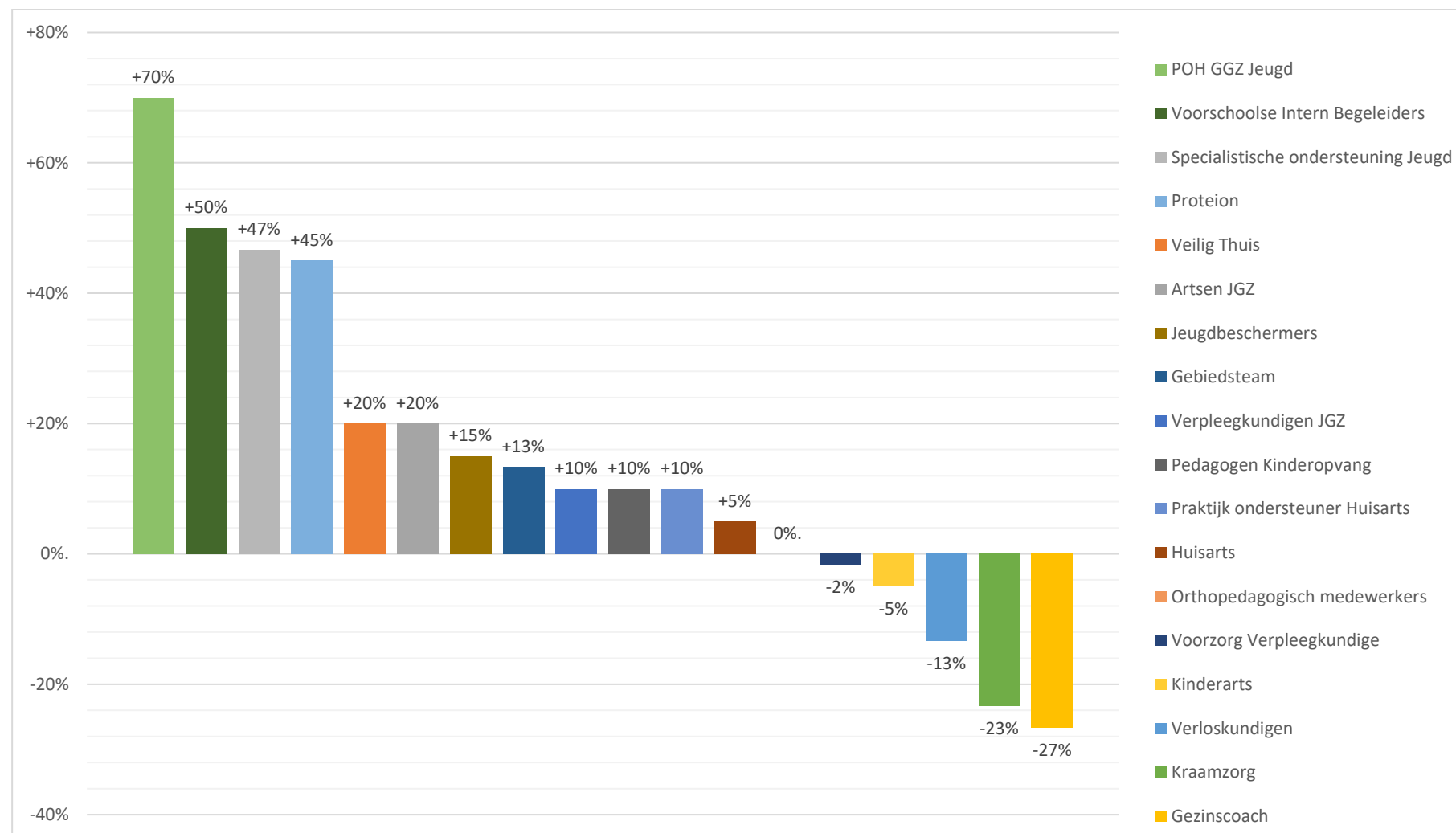
Samenwerkingspartners

De frequentie en intensiteit van de samenwerking rondom het jonge kind (0 – 4 jaar) kan per partner variëren. Zo zijn er partners die alleen incidenteel in beeld komen – afhankelijk van de zorg die deze partner biedt. Het kan dus voorkomen dat er met bepaalde partners niet of amper wordt samengewerkt, zonder dat dit een probleem is. **Figuur 1** toont aan hoeveel procent van de bevroagde professionals aangeeft wel eens samen te werken met diverse partners die actief zijn rondom de zorg voor het jonge kind. Voor de meeste partners is er een toename te zien in het percentage professionals dat aangeeft met hen samen te werken na de training (zie **Figuur 1** & **Figuur 2**). Voor de meeste partners is er ook een stijging in (zeer) frequente samenwerking met de meeste partners (zie bijlage, **Figuur 8** en **Figuur 9**). Een zelfde stijging is te zien in de kwaliteit van de samenwerking met de meeste partners (zie bijlage, **Figuur 10**).

Figuur 1. Percentage professionals dat aangeeft samen te werken met onderstaande partners.



Figuur 2. Toe- & afnames van het percentage professionals dat samenwerkt met onderstaande partners (verschil tussen meting 1 en 3).



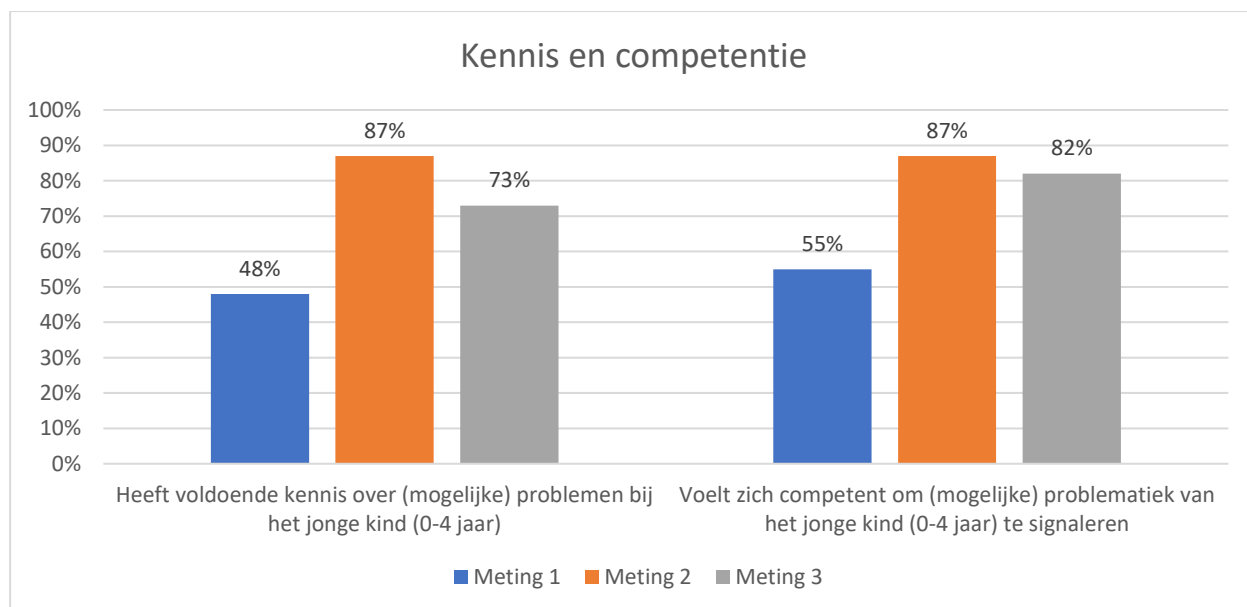
Kennis en signalering

Eén van de doelen van het project *1000 Kansen* (zie **Doelstellingen 1000 Kansen** op pagina 3) is het eerder signaleren en aanpakken van problemen bij (aanstaande) gezinnen. Dit betreft ook niet-medische problematiek. **Figuur 3** geeft inzicht in hoeverre professionals voldoende kennis en competenties hebben over de (mogelijke) problematiek rondom het jonge kind. Zowel de kennis als de competenties rondom (signalering van) problematiek maken een stijging door. Er zijn na de IMH training meer professionals die aangeven dat ze voldoende kennis bezitten (stijging van 25%) en meer professionals die zich voldoende competent voelen om problemen bij het jonge kind te signaleren (stijging van 27%). Tijdens de tussenmeting was het kennis- en competentieniveau het hoogst.

Sommige professionals die aangeven al vóór de start van de IMH trainingen voldoende kennis en kunde te hebben, verwijzen naar hun (soms jarenlange) ervaring of eerdere scholingen. Andere professionals geven aan nog onvoldoende kennis en signaleringscompetenties te hebben. “Ik heb enkel basale kennis over de ontwikkeling van het jonge kind. Ik vind het lastig inschatten wanneer iets passend is bij de leeftijd of in een ontwikkelfase, wanneer het afwijkend is en wat dan het punt is waarop hulp noodzakelijk is.” Zij hopen veel van de IMH scholing te leren. In de tweede en derde meting geven veel professionals aan dat de training een bijdrage heeft geleverd aan de kennis en competenties rondom signalering van problemen rond het jonge kind (zie quote rechts).

“Ik kijk beter naar de ouder-kind interactie en weet beter hoe ik opvallendheden met ouders kan bespreken. En vervolgens door kan verwijzen naar de juiste hulp.”

Figuur 3. Percentage professionals dat aangeeft voldoende kennis en signaleringcompetenties te hebben.



Sociale kaart

In de eerste meting (voormeting) is er geïnterviewd of er een sociale kaart met verschillende interventies voor verschillende leeftijden beschikbaar is in de werkomgeving van de bevroegde professionals. Hierop werd divers gereageerd. Eén op de tien professionals (10%) geeft aan dat er geen sociale kaart beschikbaar is. Van de professionals die aangeven dat er wel een sociale kaart is, vindt de ongeveer de helft dat er ook voldoende mogelijkheden zijn om door te verwijzen. De andere helft vindt dat er weinig interventies zijn voor het jonge kind.

“De samenwerking binnen de sociale kaart maakt dat er sneller gehandeld kan worden doordat men dezelfde taal spreekt.”

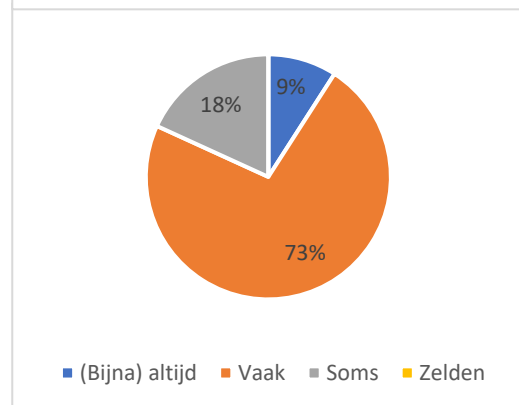
Type hulpvragen en doorverwijzing

De vragen die professionals vanuit gezinnen krijgen over het jonge kind variëren in complexiteit. Dit werd uitgevraagd in de tweede en derde meting (zie **Figuur 5**). Over het algemeen lijken professionals vragen van alle niveaus te krijgen. Professionals geven aan dat de vragen met name betrekking hebben op opvoeding, medische zaken, financiën en seksualiteit. In de derde meting is gevraagd in hoeverre zij in staat zijn zulke vragen goed te kunnen beantwoorden (zie **Figuur 4**).

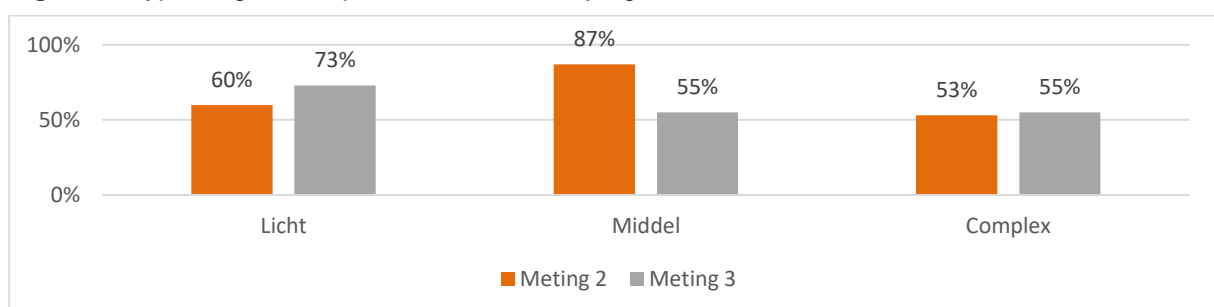
Over het algemeen weten professionals bij wie ze terecht kunnen, zowel wanneer ze lichte als wanneer ze ernstige problematiek signaleren bij jonge kinderen. Tijdens de voormeting weet al 95% (gedeeltelijk) bij wie ze terecht kunnen als ze lichte of ernstige problematiek signaleren. Bij de tussenmeting stijgen deze percentages zelfs naar 100%. Ook bij de derde meting weten vrijwel alle professionals waar ze terecht kunnen; maar één professional geeft aan niet te weten waar men terecht kan als er *ernstige* problemen gesignaleerd worden.

Tenslotte is er in de eerste meting gevraagd of professionals drempels ervaren om jonge kinderen door te verwijzen naar partners waar (nog) niet mee wordt samengewerkt. Hier geeft 15% van de professionals aan dat zij inderdaad een drempel ervaren in zulke gevallen. Een kwart van de professionals staat hier neutraal in.

Figuur 4. Percentage professionals dat in staat is hulpvragen goed te beantwoorden.



Figuur 5. Type vragen die opkomen rondom het jonge kind



Verandering ketenzorg en juiste hulp bieden

In de tweede en derde meting zijn professionals gevraagd of zij veranderingen zien in de ketenzorg rondom het jonge kind. Tijdens de tweede meting nemen nog niet alle professionals een verandering waar. Zij missen bijvoorbeeld laagdrempelige zorg zoals een pedagogisch spreekuur of groepsbijeenkomsten. Ook zijn er professionals die opmerken dat er nog veel zaken afgeschaald zijn door corona en er door corona ook weinig contact

is tussen bepaalde partnerorganisaties wat de ketenzorg niet ten goede komt. Toch ziet het merendeel ook tijdens de tweede meting al positieve verbeteringen. Zo geven zij aan dat er meer duidelijkheid is door *1000 Kansen*, de ketenzorg rondom het jonge kind beter in beeld is en er kortere lijnen zijn tussen professionals waardoor de samenwerking is verbeterd.

In de derde meting geven bijna alle professionals aan dat de ketenzorg rondom het jonge kind is verbeterd. Ook hier wordt benoemd dat partnerorganisaties elkaar vaker opzoeken, de samenwerking is verbeterd en er meer bewustzijn is dat deze samenwerking essentieel is. Ook geven professionals aan dat er meer overleg is binnen het ZAT voor 0-4 jarigen (ZAT). Hierin kunnen professionals casussen bespreken en met een brede blik kijken naar gesignaleerde problematiek. Verder geeft een professional aan dat de sociale kaart een fijn hulpmiddel is om inzicht te krijgen waar men terecht kan met hulpvragen of doorverwijzingen.

“Ik heb collega's beter leren kennen binnen de ketenzorg en dat maakt dat je elkaar weet te vinden.”

Zorg bieden en zware zorg voorkomen

Het is voor professionals vaak lastig om in te schatten of gezinnen met jonge kinderen de juiste hulp en zorg hebben gekregen nadat ze met de betreffende professional in contact zijn geweest. Dat heeft verschillende redenen, zo willen ouders de hulp soms niet accepteren of moet er worden doorverwezen omdat de hulpbehoefte buiten het zorggebied van de professional ligt. Ook geeft een professional aan dat het jammer is dat er binnen de JGZ minder tijd en ruimte is gekomen om gezinnen kortdurend goed te kunnen ondersteunen. “Door de afname van de contactmomenten is het goed in beeld kunnen houden van kinderen/gezinnen en tijdig in kunnen spelen op mogelijke problematiek m.i. onder druk komen te staan. Binnen de consulten van 20, soms 30, minuten is het hard werken om alles aan bod te laten komen.”

Bijna alle professionals geven aan dat zij denken dat er minder zware hulp hoeft ingezet te worden door vroeger in te steken. In sommige gevallen zou dit zelfs uit-huis-plaatsing kunnen voorkomen. Wel is het wederom belangrijk om voldoende tijd te krijgen om preventieve hulp goed aan te kunnen bieden (zie quote rechts).

“Preventie loont! [...] Helaas merk ik ook dat we steeds minder tijd krijgen om ons werk naar behoren uit te voeren [en dus ook] steeds minder tijd krijgen voor onze preventieve opdracht. Waardoor uiteindelijk dan toch zwaardere inzet nodig wordt.”

Casuïstiekbespreking

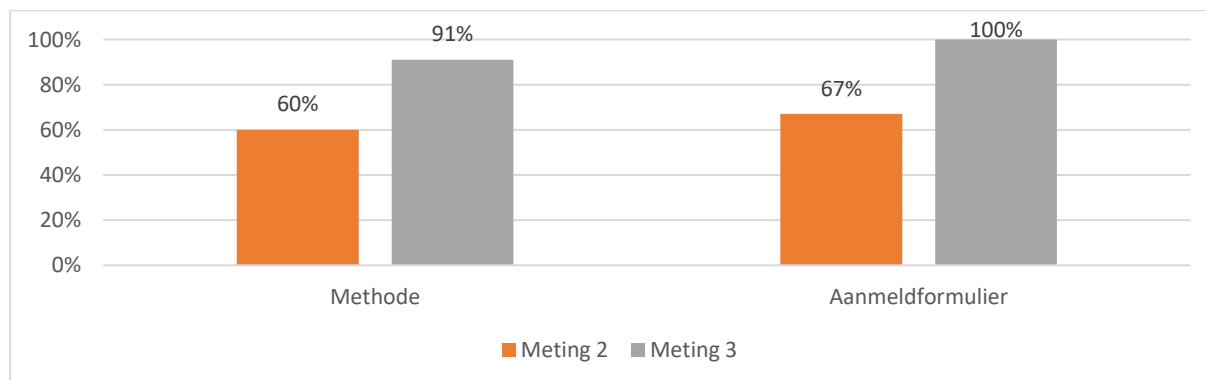
Bij behoefte kunnen professionals casussen samen met andere professionals bespreken. Dit is bekend als het Zorg Advies Team (ZAT). Deze casuïstiekbesprekingen kunnen helpen om met een bredere blik naar de hulpvraag van het betreffende gezin te kijken. Bij de tussenmeting gaf iets meer dan de helft aan dat er voor de casuïstiekbespreking met een vaste methode wordt gewerkt. Daarom konden professionals ook nog niet goed inschatten wat er eventueel aan verbeterd zou kunnen worden.

Tijdens de nameting geven bijna alle professionals aan dat er inderdaad volgens een methode wordt gewerkt bij de casuïstiekbesprekingen. Als er met een vaste methode wordt gewerkt, zijn professionals hierover tevreden. Zij geven aan dat de vaste methode (erg) helpend en ondersteunend is. De meeste professionals vinden de methode goed zoals deze nu is. Sommigen noemen verbeterpunten, zoals het verbreden van de kennis over elkaars expertise, het inzetten van het voorliggend veld en het inzichtelijk maken van de keten. Ook lijkt problematiek soms erger dan in realiteit door een te sterke focus op bepaalde aspecten (zie quote rechts).

“De methode is helpend om de problematiek in kaart te brengen. Ik vind het wel soms teveel uitgaan van het 'medische' en het 'problematische'. Daardoor lijkt de problematiek soms heftiger en erger dan ze in realiteit is.”

Soms wordt er bij de casuïstiekbesprekingen gewerkt met een aanmeldformulier om de casussen ter bespreking in te delen. Bij de tweede meting waren veel ZAT's nog niet begonnen en werd er nog niet overal een aanmeldformulier gebruikt. Bij de derde meting gaven alle professionals aan dat er met een aanmeldformulier werd gewerkt. Professionals die hiermee werken geven allemaal aan dat ze het aanmeldformulier helpend en ondersteunend vinden. Veel professionals vinden het aanmeldformulier al duidelijk zoals het nu is. Een professional stelt voor de tekening van de Trias van Papousek met de drie gebieden waarop zicht moet komen (kind-, ouder- en gezinsfactoren en omgevingsfactoren) toe te voegen aan het aanmeldformulier. Een ander stelt voor dat ouders eventueel ook zouden kunnen sluiten bij de casuïstiekbesprekingen.

Figuur 6. Percentage professionals dat aangeeft dat de casuïstiekbespreking (ZAT) volgens een methode plaatsvindt en percentage dat aangeeft dat er een aanmeldformulier wordt gebruikt.



Inbreng van casussen

De casuïstiekbespreking binnen het ZAT is een mooie manier om een bredere blik op de zorg rondom het jonge kind te creëren en partners samen te brengen. In de derde meting is aan professionals gevraagd of zij al eens een casus hebben ingebracht in het ZAT. Ongeveer driekwart van de bevroegde professionals geeft aan al eens een casus ingebracht te hebben. Deze professionals geven aan casussen ingebracht te hebben als zij hulp nodig hadden bij de hulpverlening en anderen mee wilden laten denken. Of wanneer ze met ketenpartners wilden sparren om een bredere blik te verkrijgen. Professionals die nog geen casus hebben ingebracht geven aan dat zij nog geen geschikte casussen zijn tegengekomen of dat zij nog niet (zo lang) met het ZAT werken.

Professionals zijn ook gevraagd hoe ervoor gezorgd kan worden dat er meer gebruik van het ZAT wordt gemaakt. Professionals gaven o.a. aan dat er meer casussen ingebracht kunnen worden als partners elkaar beter leren kennen (zie quote boven). Ook is het belangrijk dat het

duidelijk is wanneer een casus ingebracht mag worden. Dit blijkt soms nog onduidelijk te zijn. Daarnaast zouden ook positieve casussen bespreekbaar gemaakt kunnen worden en is het van belang dat er laagdrempelige indicaties zijn. Verder moet er genoeg tijd en geld beschikbaar gemaakt worden voor deze casuïstiekbesprekingen. Tenslotte geven professionals aan dat het nog “tijd nodig heeft en dat mensen bewuster moeten worden van de casussen die ze zouden kunnen inbrengen.”

Tenslotte hebben professionals aangegeven of de casuïstiekbespreking binnen het ZAT ook als intervisie gebruikt zou kunnen worden. Hierover waren de meningen sterk verdeeld: iets minder dan de helft was het hier mee eens. Zij geven aan dat men op deze manier kan leren over het eigen handelen en je op deze manier een bredere blik creëert. Tegenstanders van dit voorstel vinden het ZAT als intervisie te ver gaan: “Intervisie zie ik meer als iets voor mijn eigen organisatie en eigen team. M.i. moet er voor intervisie een veilige omgeving zijn. Daarvoor heb ik het nodig dat ik de mensen ken en vertrouw. Voor nu ken ik de mensen in het ZAT nog te weinig. Ook zijn er niet elk overleg dezelfde personen aanwezig.”

“Door elkaar [te] durven aanspreken [...] hoe je aan de slag gaat met ouders/kinderen zullen er m.i. steeds meer casussen passend bevonden worden voor het ZAT overleg.”

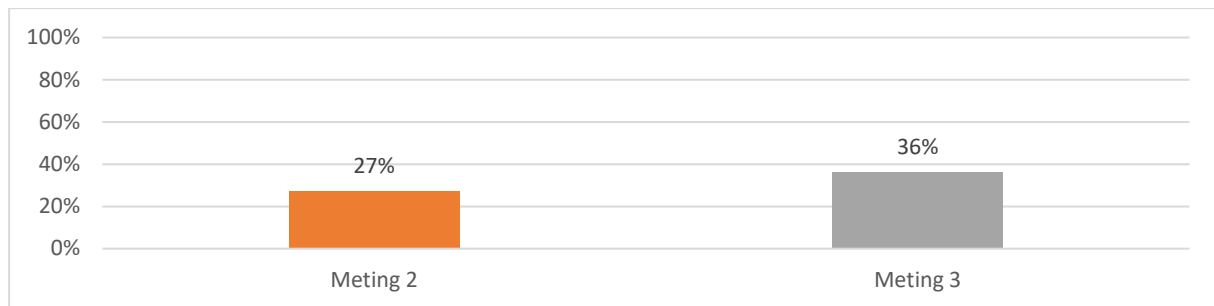
Beslisboom IMH

Om professionals te ondersteunen in hun hulpverlening aan het jonge kind is er binnen IMH een beslisboom beschikbaar. In de tweede en

derde meting is er gevraagd of professionals van deze IMH beslisboom gebruik maken. Bij beide metingen is er maar een klein gedeelte dat aangeeft gebruik te maken van de beslisboom (zie **Figuur 7**). Sommige professionals geven aan hier nog niet mee aan de slag te zijn gegaan. Wel zijn meer professionals de beslisboom gaan gebruiken in de derde meting. Een professional geeft aan dat er soms meerdere hulplijnen gevolgd kunnen worden en dat dit nog in de (context van de) beslisboom verwerkt kan worden (zie quote bij dit tekstblok).

“Maak gebruik van overbruggingen, ook als dat je niet gelijk naar de finish brengt”.

Figuur 7. Percentage professionals dat de IMH beslisboom gebruikt.



Aanbevelingen van professionals

In de tweede meting zijn professionals gevraagd of zij nog een aanbod missen in de zorg rondom het jonge kind. Hierop gaven zij verschillende aanbevelingen. Zo gaven meerdere professionals aan laagdrempelige pedagogische ondersteuning te missen; i.e. de mogelijkheid om in 3 a 4 gesprekken hulp te kunnen bieden. Een andere professionals mist ook de Basis GGZ in hun gemeente in de hulp voor wat lichtere vragen. Kortom veel professionals missen een manier om laagdrempelige hulp te kunnen bieden voor bijvoorbeeld wat lichtere vragen. “Een soort light-aanpak van IMH,” noemt een professional het. “Een plek waar je enkelvoudige vragen kunt oppakken, door middel van een aantal gesprekken. Korte, lichte ondersteuning”.

Professionals gaven dan ook allen aan dat een eventuele uitbreiding van het aanbod middels het product ‘kort durende IMH-interventie’ (erg) belangrijk is. Deze korte IMH-interventie bestaat uit 5 gesprekken gevoerd door een IMH-deskundige. Hiervoor werden verschillende geschikte partijen genoemd: GGD, JGZ, orthopedagogen, consultatiebureau, Specialistisch Ondersteuner Jeugd (SOJ), gezinscoaches (mits IMH geschoold), Mutsaersstichting, Vincent van Gogh voor GGZ. De focus moet bij zulke interventies volgens professionals liggen op laagdrempelige ondersteuning om de ouder-kind relatie te versterken (hechting), vroege signalering, normalisatie en preventie. Als het maar “laagdrempelig [is], bij een voor ouders bekende, vertrouwde partij”.

Professionals over de IMH training

Bijna alle professionals (82%) geven in de nameting aan dat de IMH training hen voldoende handvatten gegeven heeft om beter te signaleren binnen casuïstiek. De elementen uit de IMH training die veel worden gebruikt zijn o.a. de Trias van Papousek (i.e. drie gebieden waarop informatie moet worden verzameld: kind-factoren, ouder- en gezinsfactoren en omgevingsfactoren), de Piramide van Maslow, *Port of Entry* en *Window of Tolerance*.

Een professional gaf aan wat meer praktische training te hebben gemist in de IMH training, waarin zij zelf kunnen oefenen bijvoorbeeld tijdens de casuïstiekbespreking in het ZAT. Een ander gaf aan dat het bij de IMH training nu vooral over de taal en het signaleren gaat: “Ik zou graag een bepaalde basis hebben waardoor je korte interventies zelf kunt doen.” Dit is in lijn met de positieve reacties op de mogelijke uitbreiding naar een ‘kort durende IMH-interventie’.

Conclusie

De IMH training lijkt op verschillende manieren positief bij te dragen aan de zorg rondom het jonge kind. Zo is zowel de frequentie als de kwaliteit van de samenwerking met de meeste ketenpartners toegenomen. De grootste toename is gevonden in samenwerking met de POH GGZ Jeugd, Voorschoolse Intern Begeleiders en Specialistische Ondersteuning Jeugd.

Professionals geven in de nameting gemiddeld vaker aan dat ze voldoende kennis hebben van mogelijke problematiek rond het jonge kind dan in de metingen daarvoor. Ook zijn er in de meting na afloop van de IMH training meer professionals die aangeven dat zij zich voldoende competent voelen om problematiek bij jonge kinderen te kunnen signaleren. Deze waarden zijn bij de tussentijdse meting het hoogst, waar professionals dus nog in het trainingstraject zitten. Professionals weten goed waar ze bij vragen terecht kunnen als ze problematiek bij het jonge kind signaleren en de ketenzorg rondom het jonge kind is verbeterd in de nameting ten opzichte van de metingen ervoor.

Professionals geven aan met verschillende tools te werken als het gaat om casuïstiekbesprekingen binnen het ZAT. Zo is er een stijging te zien in het percentage professionals dat aangeeft binnen het ZAT volgens een vaste methode te werken, een aanmeldformulier te gebruiken en de IMH beslisboom te gebruiken. Deze laatste wordt voornamelijk nog het minst gebruikt (tijdens de nameting ongeveer 1 op de 3 professionals). Veel professionals hebben zelf al casussen ingebracht bij het ZAT, ook al zijn deze casuïstiekbesprekingen voor sommige professionals nog nieuw. Om er voor te zorgen dat er meer casussen ingebracht worden stellen professionals voor ook positieve casussen in te brengen en duidelijker te maken wanneer een casus ingebracht kan worden (bijvoorbeeld d.m.v. een passend aanmeldformulier).

Over het algemeen wordt de IMH training positief ervaren. De meeste professionals vonden bijvoorbeeld dat de training voldoende handvatten heeft gegeven om beter te kunnen signaleren. Professionals geven wel aan dat er nog een mogelijkheid mist om laagdrempelige hulp te kunnen bieden. Een soort IMH-light noemt een professional het: "Een plek waar je enkelvoudige vragen kunt oppakken, door middel van een aantal gesprekken". Hier kan de mogelijke uitbreiding voor een kort durende IMH-interventie een goede oplossing voor zijn.

Kanttekeningen onderzoek

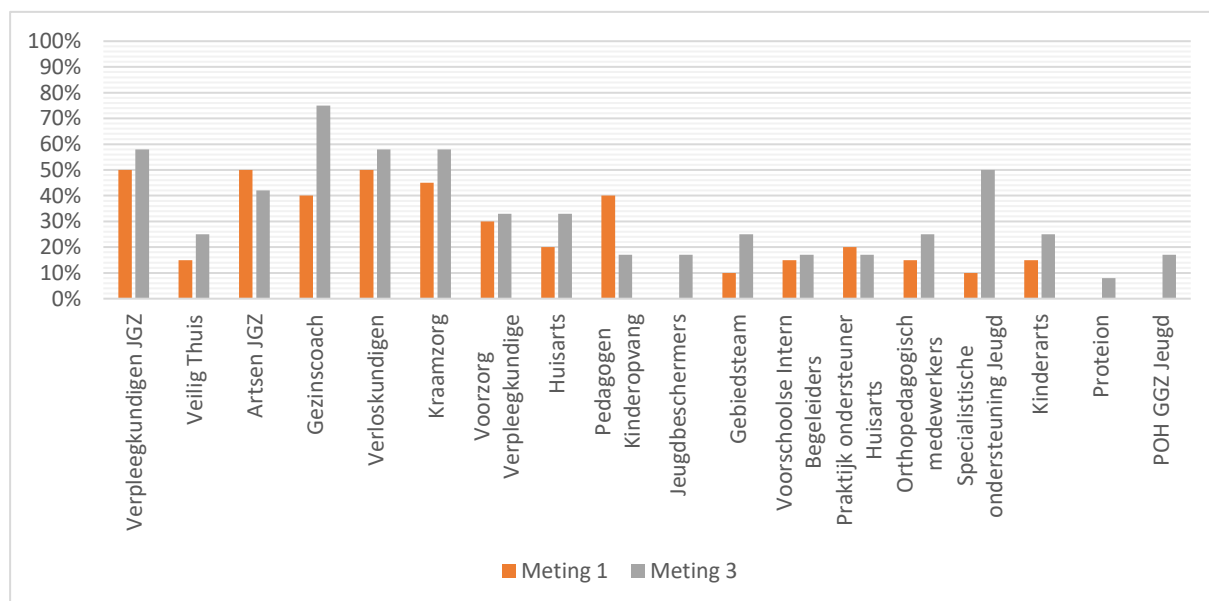
Het aantal respondenten in de derde meting was beduidend lager dan in de eerste twee metingen en betreft maar 12 respondenten. Hierdoor kunnen percentages snel variëren op basis van een enkele respondent (i.e. één respondent staat voor een verandering van 8,3%). Het responspercentage is hier 35,2%. Het is dus van belang dit mee te nemen als er gekeken wordt naar de resultaten van de derde meting. De meeste trends zijn echter ook al te zien in de tweede meting, waar de respons nog hoger was (65%).

Verder is de vraagstelling rondom de frequentie en kwaliteit van samenwerking met diverse partners veranderd tussen de metingen. Hierdoor is het niet zeker dat de trends die gepresenteerd worden niet te wijten zijn aan deze verandering in vraagstelling. Deze moeten dus worden gezien als indicatie.

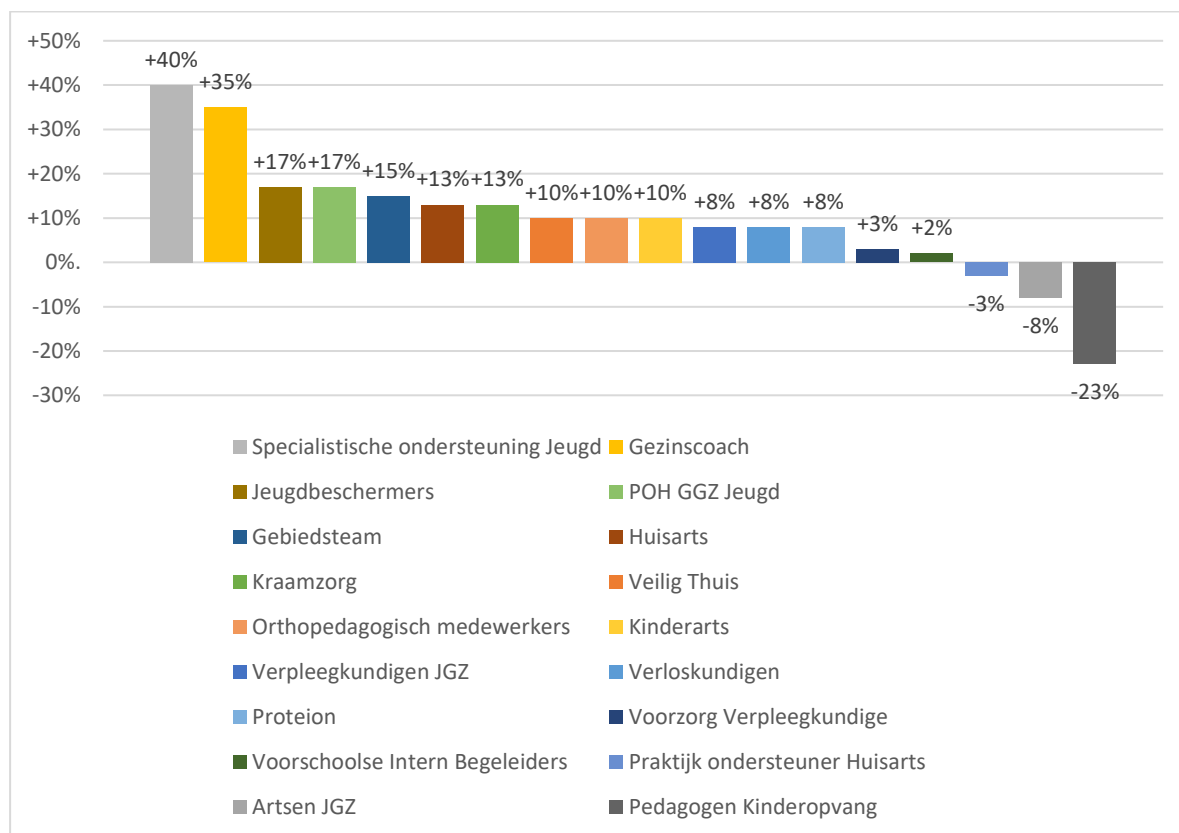
Bijlage

Samenwerkingspartners

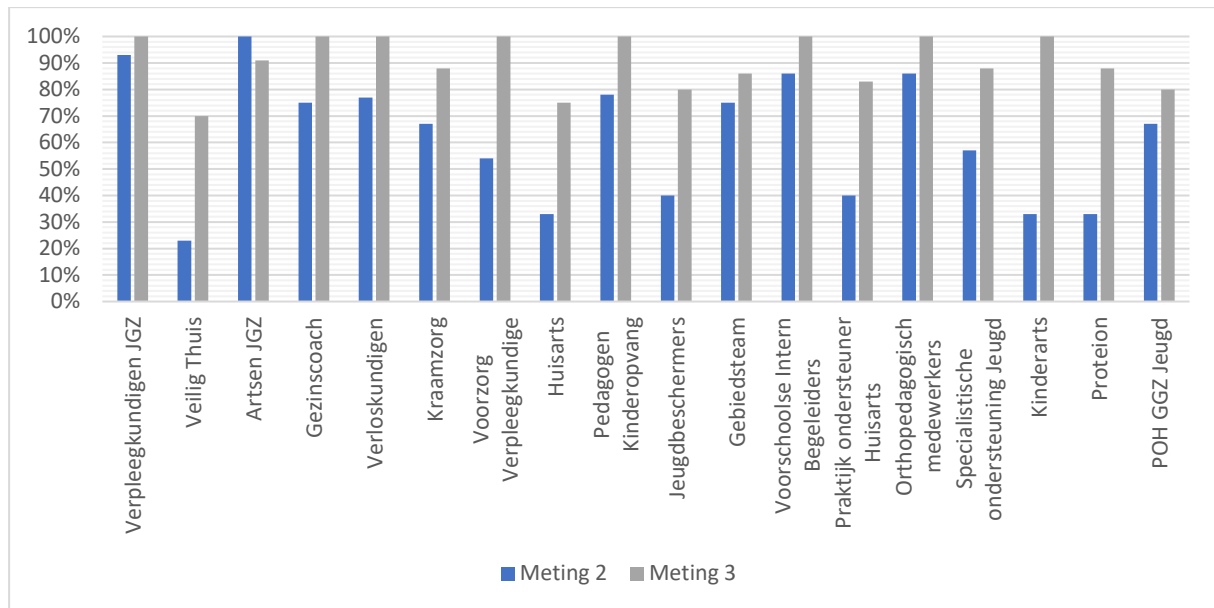
Figuur 8. Percentage professionals dat aangeeft (zeer) frequent samen te werken met diverse partners.



Figuur 9. Toe- & afnames van het percentage professionals dat (zeer) frequent samenwerkt met onderstaande partners (verschil tussen meting 1 en 3).



Figuur 10. Percentage professionals dat aangeeft goed samen te werken met onderstaande partners.



Vragenlijst Meting 1

Ik ben me bewust van de (mogelijke) problematiek rondom het jonge kind
(helemaal eens, eens, neutraal, oneens, helemaal oneens)

Ik heb voldoende kennis over (mogelijke) problemen bij het jonge kind
(helemaal eens, eens, neutraal, oneens, helemaal oneens)

Ik voel me competent om (mogelijke) problematiek van het jonge kind te signaleren
(helemaal eens, eens, neutraal, oneens, helemaal oneens)

Toelichting:

Er is een sociale kaart (verschillende interventies voor verschillende leeftijden) beschikbaar voor het jonge kind.

Nee, geen sociale kaart beschikbaar

Ja, er is een sociale kaart maar er zijn weinig interventies beschikbaar voor het jonge kind

Ja, er is een sociale kaart met voldoende mogelijkheden tot doorverwijzen

Toelichting:

Ik weet bij wie ik moet zijn als ik lichte problemen signaleer bij jonge kinderen.

Antwoord: nee, ja, gedeeltelijk.... (wanneer wel en wanneer niet?)

Ik weet bij wie ik moet zijn als ik ernstige problemen signaleer bij jonge kinderen.

Antwoord: nee, ja, gedeeltelijk.... (wanneer wel en wanneer niet?)

Ik ervaar een drempel om jonge kinderen door te verwijzen naar partners waar ik geen samenwerking mee heb. (helemaal eens, eens, neutraal, oneens, helemaal oneens)

Met welke partners werkt u samen binnen de zorg voor kinderen van 0-4 jaar? (potentiele partners benoemen, waarbij er meerdere antwoordmogelijkheden zijn)

- Verpleegkundigen Jeugdgezondheidszorg
- Artsen Jeugdgezondheidszorg
- Gezinscoach
- Voorschoolse Intern Begeleiders
- Orthopedagogisch medewerkers
- POH GGZ jeugd
- Specialistische Ondersteuner Jeugd
- Huisarts
- Praktijkondersteuner huisarts
- Pedagogen kinderopvang
- Kinderarts
- Verloskundigen
- Kraamzorg
- Gebiedsteam
- Jeugdbeschermers
- Proteion thuisbegeleiding/anacare
- Voorzorgverpleegkundige
- Veilig Thuis

Hoe intensief is de samenwerking met deze partners? (per partner benoemen)

Zeer intensief / intensief / incidentele samenwerking(projectbasis) / geen samenwerking / NVT

Met deze partners werken we integraal samen, dat wil zeggen dat we processen, werkwijze en expertise op elkaar af stemmen om tot een gezamenlijk plan/hulp voor de doelgroep te komen. (helemaal eens, eens, neutraal, oneens, helemaal oneens)

De samenwerking rondom het jonge kind (-9 mnd - +/6) met deze partners ervaar ik als (zeer goed, goed, voldoende, matig, slecht)

De samenwerking met bepaalde partners rondom het jonge kind wil ik intensiveren (of opstarten?) (helemaal eens, eens, neutraal, oneens, helemaal oneens)

Toelichting

Samenwerken met partners om het jonge kind te helpen wil ik alleen binnen specifieke projecten. (helemaal eens, eens, neutraal, oneens, helemaal oneens)

Vragenlijst Meting 2

Met welke partners werkt u samen binnen de zorg voor kinderen van 0-4 jaar? (potentiele partners benoemen, waarbij er meerdere antwoordmogelijkheden zijn)

- Verpleegkundigen Jeugdgezondheidszorg
- Artsen Jeugdgezondheidszorg
- Gezinscoach
- Voorschoolse Intern Begeleiders
- Orthopedagogisch medewerkers
- POH GGZ jeugd
- Specialistische Ondersteuner Jeugd
- Huisarts
- Praktijkondersteuner huisarts
- Pedagogen kinderopvang
- Kinderarts
- Verloskundigen
- Kraamzorg
- Gebiedsteam
- Jeugdbeschermers
- Proteion thuisbegeleiding/anacare
- Voorzorgverpleegkundige
- Veilig Thuis

Hoe intensief is de samenwerking met deze partners? (per partner benoemen)

Zeer intensief / intensief / incidentele samenwerking(projectbasis) / geen samenwerking / NVT

Met deze partners werken we integraal samen, dat wil zeggen dat we processen, werkwijze en expertise op elkaar af stemmen om tot een gezamenlijk plan/hulp voor de doelgroep te komen. (helemaal eens, eens, neutraal, oneens, helemaal oneens)

De samenwerking rondom het jonge kind (-9 mnd - +/6) met deze partners ervaar ik als (zeer goed, goed, voldoende, matig, slecht)

Welk type vragen krijg je over het jonge kind (0-4) vanuit gezinnen?

En waar gaan de vragen over?

Ik heb voldoende kennis over (mogelijke) problemen bij het jonge kind? Heeft de training IMH daar een bijdrage aan geleverd?

Waarom wel/niet?

Ik voel me competent/bekwaam om (mogelijke) problematiek van het jonge kind te signaleren. Waarom wel/niet? Door training IMH? Hoe uit zich dit?

Ik weet bij wie ik moet zijn als ik lichte problemen signaleer bij jonge kinderen. Wanneer wel/niet?

Ik weet bij wie ik moet zijn als ik ernstige problemen signaleer bij jonge kinderen. Wanneer wel/niet?

Zie je een verandering in de ketenzorg rondom het jonge kind? Verandering nu t.o.v. vorig jaar? Is er een verandering in de duur van een traject? Wat typeert deze verandering?

Heb je het idee dat gezinnen met jonge kinderen (0-4) de juiste zorg/hulp hebben gekregen nadat ze bij jou zijn geweest? Waarom wel/niet?

Heb je het idee dat door vroeger in te steken we ook minder zware hulp hoeven in te zetten? Mogelijk zelfs UHP kunnen voorkomen? +Toelichting

Vindt de casustiekbespreking 'jonge kind' (voor sommige het ZAT genoemd) volgens een methode plaats? 1. Ja, 2. nee, 3. (nog) niet

- Indien ja: (er volgens een methode wordt gewerkt) is deze naar jou inziens helpend/ondersteunend? Antwoord: 1. Heel helpend 2. Helpend 3. Niet helpend 4 helemaal niet helpend

- Wat zou er nog verbeterd kunnen worden aan de methode?

Werken jullie bij de casustiekbespreking aan de hand van een 'aanmeldformulier'? antwoord: ja, nee, nog niet

- Indien ja: is dit aanmeldformulier helpend/ondersteunend. Antwoord: 1. Heel helpend 2. Helpend 3. Niet helpend 4 helemaal niet helpend

- Wat zou er nog verbeterd kunnen worden aan het aanmeldformulier?

Maak jij gebruik van de beslisboom IMH? Antwoord: ja, nee, (nog) niet

- Indien ja: (je gebruik maakt van de beslisboom) is deze voor jou ondersteunend/helpend? Antwoord: 1. Heel helpend 2. Helpend 3. Niet helpend 4 helemaal niet helpend

- Wat zou er nog verbeterd kunnen worden aan de beslisboom?

Als we kijken naar het aanbod voor het 'jonge kind', mis je dan nog bepaald aanbod voor het jonge kind? Ja / Nee

- Indien ja: (je aanbod mist) welk aanbod mis je voor het jonge kind?

Binnen het project 1000 kansen wordt onderzocht of het aanbod 'jonge kind' uitgebreid moet worden middels het product 'kort durende IMH-interventie', bestaande uit 5 gesprekken gevoerd door een IMH-deskundige. Denk jij dat het van belang is dat dit aanbod aangeboden kan worden aan ouders en kinderen? Antwoord: 1. Heel belangrijk 2. Belangrijk 3. Niet belangrijk 4. helemaal niet belangrijk

- Indien ja (heel belangrijk en belangrijk), welke partij zou hiervoor geschikt zijn?

Waar zou de focus op moeten liggen in dit aanbod?

Vragenlijst Meting 3

Hoeveel werk je met de volgende partners samen binnen de zorg voor het jonge kind (0-4 jaar)?

Hoe ervaar je de kwaliteit van de samenwerking met deze partners?

"Welk type vragen krijg je over het jonge kind (0-4 jaar) vanuit gezinnen? Meerdere antwoorden mogelijk"

Licht

Middel

Complex

"Waar gaan de vragen rond het jonge kind (0-4 jaar) over? Meerdere antwoorden mogelijk"

Opvoeding

Medische zaken

Financiën

Seksualiteit

Anders

Hoe vaak ben je in staat vragen rondom het jonge kind (0-4 jaar) goed te beantwoorden?

Ik heb voldoende kennis over (mogelijke) problemen bij het jonge kind (0-4 jaar)?

Ik voel me competent om (mogelijke) problematiek van het jonge kind (0-4 jaar) te signaleren?

Waarom voel je je wel/niet competent om (mogelijke) problematiek van het jonge kind (0-4 jaar) te signaleren?

Ik weet bij wie ik moet zijn als ik lichte problemen signaleer bij jonge kinderen (0-4 jaar)?

Ik weet bij wie ik moet zijn als ik ernstige problemen signaleer bij jonge kinderen (0-4 jaar)?

Is de ketenzorg rondom het jonge kind (0-4 jaar) veranderd?

Waarom is de ketenzorg rondom het jonge kind (0-4 jaar) verbeterd/verslechterd?

Heb je het idee dat gezinnen met jonge kinderen (0-4 jaar) de juiste hulp/zorg hebben gekregen nadat ze bij jou zijn geweest? Waarom wel/niet?

Heb je het idee dat door vroeger in te steken we ook minder zware hulp hoeven in te zetten (zoals uit-huis-plaatsingen)?

Vindt de casustiekbespreking 'jonge kind (0-4 jaar)' (voor sommige het ZAT genoemd) volgens een methode plaats?

Is deze methode naar jou inziens helpend/ondersteunend?

Wat zou er nog verbeterd kunnen worden aan de methode?

Indien nee (nog niet), waarom niet?

Werken jullie bij de casustiekbespreking aan de hand van een 'aanmeldformulier'?

Is dit aanmeldformulier helpend/ondersteunend?

Wat zou er nog verbeterd kunnen worden aan het aanmeldformulier?

Indien nee (nog niet), waarom niet?

Maak jij gebruik van de beslisboom IMH?

Is deze beslisboom voor jou ondersteunend/helpend?

Wat zou er nog verbeterd kunnen worden aan de beslisboom?

Indien nee (nog niet), waarom niet?

Heb je al eens een casus ingebracht in het ZAT?

Wat is de reden waarom je een casus ingebracht hebt bij het ZAT?

Wat is de reden waarom je (nog) geen casus ingebracht hebt in het ZAT?

Hoe kunnen we er voor zorgen dat er meer gebruik wordt gemaakt van de casuïstiekbespreking binnen het ZAT?

De casuïstiekbespreking binnen het ZAT zou ook gebruikt kunnen worden als intervisie.

Waarom wel/niet?

De IMH training heeft mij voldoende handvatten gegeven om beter te signaleren binnen casuïstieken.

Welke elementen uit de IMH training gebruik je veel en welke elementen gebruik je in mindere mate?

Heb je nog iets gemist in de IMH training waar je nu in de dagelijkse praktijk tegen aan loopt?

Heb je nog opmerkingen/suggesties?