



samen voor gezondheid

**Positieve start voor
aanstaande moeders en kinderen**

BIJLAGE 2 - Operationalisatie kwetsbaarheden

Darie Daemers | Esther Feijen- de Jong | Marianne van den Hof- Boering
Linda Quadvlieg | Marianne Nieuwenhuijze | Marijke Hendrix

In de bijlage presenteren we de operationalisatie van de kwetsbaarheden ten behoeve van het dossieronderzoek. Tabel 1 is de operationalisatie van de urgente kwetsbaarheden en tabel 2 is de operationalisatie van de kwetsbaarheden.

Tabel 1 Operationalisatie urgente kwetsbaarheden op grond van dossiergegevens.

Urgente kwetsbaarheden	Dossier
Psychologische/ Psychiatrische problematiek	Nu onder behandeling van psycholoog/ Psychiater/Pop-poli Nameting Limburg: POH-GGZ
Huiselijk geweld	Vrouw ondervindt huiselijk geweld of er is een vermoeden
Veilig Thuis melding i.a.	Veilig Thuis melding in de anamnese
Gezag beperkende maatregel i.a.	Eerder gezag beperkende maatregel kind bij vrouw of partner
Verstandelijke beperking	Vrouw heeft een verstandelijke beperking of er is een vermoeden
Verslavingsproblematiek	Alcoholmisbruik, druggebruik
Dakloos	Geen (permanente) verblijfplaats

Tabel 2 Operationalisatie kwetsbaarheden op grond van dossiergegevens.

Risicofactoren kwetsbaarheid	Dossier
Overige psychosociale problematiek vrouw	In behandeling van psychiater of psycholoog in het verleden, (vermoeden van) huiselijk geweld in het verleden, NSE bij de vrouw (nu of in het verleden), vrouw slachtoffer geweest van (vermoeden van) kindermishandeling.
Problematiek partner	Partner ervaart leefstijl en psychosociale problemen en/of ontvangt sociale zorg/praktijkondersteuning GGZ.
Ongezonde leefstijl moeder	Vrouw rookt gedurende de zwangerschap (excl vrouwen gestopt in eerste trimester) en/of vrouw drinkt wel eens een glas alcohol en/of vrouw gebruikte drugs binnen 6 maand vóór zwangerschap.
Financiële problematiek	Vrouw rapporteert financiële problemen en/of zit in schuldsanering en/of heeft geen Nederlandse of buitenlandse zorgverzekering en/of is alleenstaand en heeft geen inkomen of een werkloosheids- of bijstandsuitkering en/of beide partners hebben geen betaalde baan.
Taalbarrière	Vrouw spreekt geen Nederlands en geen Engels of Duits.
Relatieproblemen	Vrouw rapporteert relatieproblemen.
Tienerzwangerschap	Zwangere vrouw is <20 jaar of 20-23 jaar
Alleenstaande moeder	Vrouw is alleenstaande moeder (gescheiden, alleenstaand, weduwe)
Woonomgeving	Vrouw verblijft in AZC en/of beschermd wonen locatie en/of ervaart onveilige huisvesting en/of heeft onvrijwillig geen zelfstandige woning
Ongepland en ongewenst zwanger	Vrouw rapporteert dat de zwangerschap ongepland en ongewenst is.
Laag opleidingsniveau	Hoogst behaald opleidingsniveau beide partners MAVO/VMBO of lager
Suboptimaal zorggebruik	Laat in zorg, komt diverse malen niet op spreekuur
Problemen samengesteld gezin	Vrouw of partner hebben geen contact met kinderen uit eerdere relatie en/of geen/slecht contact met ex-partner





samen voor gezondheid

**Positieve start voor
aanstaande moeders en kinderen**

**BIJLAGE 3 - Tabellen met de resultaten
van het survey-onderzoek onder professionals
in Groningen en Zuid-Limburg**

Darie Daemers | Esther Feijen- de Jong | Marianne van den Hof- Boering
Linda Quadvlieg | Marianne Nieuwenhuijze | Marijke Hendrix

Tabel 1 Resultaten surveyonderzoek Groningen

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
Determinanten met betrekking tot de innovatie					
De werkafspraken zijn helder beschreven	0	3 (7,7%)	7 (18,0%)	26 (66,6%)	3 (7,7%)
De werkwijze Risicosignalering biedt alle informatie en materialen	0	4 (10,3%)	11(28,2%)	22(56,4%)	2(5,1%)
De werkwijze Risicosignalering is te ingewikkeld	4 (14,3%)	19 (67,9%)	5 (17,8%)	0	0
De werkwijze Risicosignalering is relevant	0	5 (12,8%)	9 (23,1%)	24(61,5%)	1(2,6%)
Door de werkwijze Risicosignalering worden kwetsbare zwangere vrouwen beter gesignaleerd en doorgeleid	1(2,6%)	5 (12,8%)	11(28,2%)	20(51,3%)	2(5,1%)
Determinanten met betrekking tot de gebruiker					
Het gebruik van de werkwijze Risico-signalering biedt mij persoonlijk voordelen tijdens mijn werk	0	3 (7,7%)	18 (46,1%)	17 (43,6%)	1 (2,6%)
Het gebruik van de werkwijze Risicosignalering biedt mij persoonlijk nadelen tijdens mijn werk.	5 (12,8%)	14 (35,9%)	17 (43,6%)	3 (7,7%)	0
Ik vind het belangrijk om met de werkwijze Risicosignalering bij te dragen aan het beter signaleren en doorgeleiden van kwetsbare zwangere vrouwen (n=38),	0	2 (5,3%)	6 (15,8%)	19 (50,0%)	11 (28,9%)
Ik verwacht dat met de werkwijze Risico-signalering kwetsbare zwangere vrouwen beter worden gesignaleerd en doorgeleid (n=38).	1 (2,6%)	0	9 (23,7%)	26 (68,4%)	2 (5,3%)
Zwangere vrouwen zijn over het algemeen tevreden als ik de werkwijze Risicosignalering inzet (n=38).	0	1(2,6%)	21(55,3%)	16 (42,1%)	0
Zwangere vrouwen werken over het algemeen mee als de werkwijze Risicosignalering gebruik (n=38).	0	3 (7,9%)	13 (34,2%)	22 (57,9%)	0
Ik kan op voldoende steun van collega's binnen mijn praktijk/organisatie rekenen, bij het werken met de werkwijze Risicosignalering (n=36).	0	1 (2,8%)	6 (16,7%)	23 (63,8%)	6 (16,7%)
Ik kan op voldoende steun van collega's buiten mijn praktijk/organisatie rekenen, bij het werken met de werkwijze Risicosignalering (n=36).	0	6 (16,7%)	15 (41,6%)	14(38,9%)	1 (2,8%)
Ik beschik over voldoende kennis en vaardigheden op de werkwijze Risicosignalering	6 (16,7%)	8 (22,2%)	5 (13,9%)	10 (27,8%)	7 (19,4%)

	Hele- maal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
Ik vind het tot mijn functie behoren om de werkwijze Risicosignalering te gebruiken (n=25).	0	1 (4,0%)	5 (20,0%)	17 (68,0%)	2 (8,0%)
<i>Taken behoren bij functie verloskundige zorgverlener (n=28):</i>					
<i>de ALPHA-NL als vroegsignaleringslijst (n=23)</i>	2 (8,7%)	3 (13,1%)	11 (47,8%)	6 (26,1%)	1 (4,3%)
<i>het telefonische aanmeldpunt JGZ (n=19)</i>	0	0	0	12 (63,2%)	7 (36,8%)
<i>het MDO kwetsbare zwangeren (n=25)</i>	0	0	1 (4,0%)	16 (64,0%)	8 (32,0%)
<i>de 17 zorgpaden voor kwetsbare zwangeren (n=23)</i>	0	0	3 (13,1%)	17 (73,8%)	3 (13,1%)
Determinanten met betrekking tot organisatie					
Ik heb voldoende tijd om de werkwijze Risicosignalering te integreren in mijn dagelijks werk (n=33).	1 (3,0%)	8 (24,3%)	10 (30,3%)	13 (39,4%)	1 (3,0%)
In mijn organisatie vindt regelmatig terugkoppeling plaats over de voortgang van de invoering van de werkwijze Risicosignalering (n=33).	4 (12,1%)	9 (27,3%)	13 (39,4%)	7 (21,2%)	0
In mijn praktijk/organisatie wordt nieuw personeel of waarneming ingewerkt met betrekking tot de werkwijze Risicosignalering (n=33).	2 (6,1%)	9 (27,3%)	13 (39,4%)	8 (24,3%)	1 (3,0%)
In mijn organisatie is een coördinator aangewezen voor de implementatie van de werkwijze Risicosignalering (n=33).	14 ja (42,4%)	19 nee (57,6%)			
Zijn er, behalve de invoering van de werkwijze Risicosignalering, andere veranderingen waarmee je momenteel of binnen afzienbare tijd mee te maken hebt? (n=33).	14 ja (42,4%)	19 nee (57,6%)			
Determinanten met betrekking tot de sociale context					
De werkwijze Risicosignalering sluit goed aan bij bestaande landelijke wetten en regelgeving (n=32).	0	0	14 (43,7%)	16 (50,0%)	2 (6,3%)

Tabel 2 Resultaten surveyonderzoek Zuid-Limburg

	Hele- maal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
Determinanten met betrekking tot de innovatie					
De werkafspraken zijn helder beschreven	0	0	4 (23,5%)	11 (64,7%)	2 (11,8%)
De aanpak biedt alle informatie en materialen	0	1 (5,9%)	4 (23,5%)	11 (64,7%)	1 (5,9%)
De aanpak is te ingewikkeld	5 (29,4%)	8 (47,1%)	3 (17,6%)	1 (5,9%)	0
De aanpak is relevant	0	2 (11,8%)	1 (5,9%)	11 (64,7%)	3 (17,6%)
Door de aanpak SVG kan ik kwetsbare zwangere vrouwen in mijn praktijk beter signaleren en doorgeleiden naar de JGZ (n=14).	0	1 (5,9%)	4 (23,5%)	4 (23,5%)	5 (29,4%)
Determinanten met betrekking tot de gebruiker					
Het gebruik van de aanpak SVG biedt mij persoonlijk voordelen tijdens mijn werk	1 (5,9%)	2 (11,8%)	3 (17,6%)	10 (58,8%)	1 (5,9%)
Het gebruik van de aanpak SVG biedt mij persoonlijk nadelen tijdens mijn werk.	1 (5,9%)	6 (35,3%)	6 (35,3%)	4 (23,5%)	0
Ik vind het belangrijk om met de aanpak SVG bij te dragen aan het beter signaleren en doorgeleiden van kwetsbare zwangere vrouwen.	0	0	1 (5,9%)	9 (52,9%)	7 (41,2%)
Ik verwacht dat met de aanpak SVG kwetsbare zwangere vrouwen beter worden gesignaleerd en doorgeleid.	0	1 (5,9%)	3 (17,6%)	6 (35,3%)	7 (41,2%)
Zwangere vrouwen zijn over het algemeen tevreden als ik de aanpak SVG gebruik.	0	1 (5,9%)	6 (35,3%)	8 (47,1%)	2 (11,8%)
Zwangere vrouwen werken over het algemeen mee als ik de aanpak SVG gebruik.	1 (5,9%)	4 (23,5%)	6 (35,3%)	4 (23,5%)	2 (11,8%)
Ik kan op voldoende steun van collega's binnen mijn organisatie/praktijk rekenen, bij het werken met de aanpak SVG.	0	0	6 (35,3%)	6 (35,3%)	5 (29,4%)
Ik kan op voldoende steun van betrokken professionals buiten mijn organisatie/praktijk rekenen, bij het werken met de aanpak SVG.	0	1 (5,9%)	6 (35,3%)	6 (35,3%)	4 (23,5%)
Ik beschik over voldoende kennis en vaardigheden over de aanpak SVG om deze te kunnen gebruiken.	0	0	4 (23,5%)	7 (41,2%)	6 (35,3%)
Ik vind het tot mijn functie horen om te werken volgens de aanpak SVG.	0	3 (17,6%)	4 (23,5%)	8 (47,1%)	2 (11,8%)
Taken behorende bij functie JGZ (n=3):					
SVG	0	0	2 (66,7%)	0	1 (33,3%)
<i>Prenataal huisbezoek of telefonisch contact</i>	0	0	0	1 (33,3%)	2 (66,7%)
<i>Doorgeleiding naar sociale domein</i>	0	0	0	2 (66,7%)	1 (33,3%)
<i>Terugkoppeling naar VLK</i>	0	0	0	1 (33,3%)	2 (66,7%)
<i>Rol van centrale zorgverlener</i>	0	1 (33,3%)	0	1 (33,3%)	1 (33,3%)

	Hele- maal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
Taken behorende bij functie verloskundige (n=14):					
SVG	0	3 (21,4%)	2 (14,3%)	8 (57,1%)	1 (7,1%)
Afnemen psychosociale anamnese	0	0	0	5 (35,7%)	9 (64,3%)
Spinnenweb Positieve Gezondheid	1 (7,1%)	2 (14,3%)	3 (21,4%)	7 (50%)	1 (7,1%)
Het Andere Gesprek Positieve Gezondheid	0	1 (5,9%)	5 (35,7%)	6 (42,9%)	2 (14,3%)
Doorgeleiden JGZ	0	0	0	7 (50%)	7 (50%)
Denk je dat het je lukt om onderstaande onderdelen uit de aanpak SVG uit te voeren, indien je dat zou willen (eigen- effectiviteit)	0	4 (23,5%)	0	10 (58,8%)	3 (17,6%)
Eigen-effectiviteit JGZ (n=3):					
SVG	0	1 (33,3%)	0	2 (66,7%)	0
Spinnenweb Positieve Gezondheid	0	1 (33,3%)	0	2 (66,7%)	0
Het Andere Gesprek Positieve Gezondheid	0	1 (33,3%)	0	2 (66,7%)	0
Doorgeleiding naar sociale domein	0	0	0	2 (66,7%)	1 (33,3%)
Eigen-effectiviteit verloskundige (n=14):					
SVG	0	3 (21,4%)	0	8 (57,1%)	3 (21,4%)
Afnemen psychosociale anamnese	0	0	0	5 (35,7%)	9 (64,3%)
Spinnenweb Positieve Gezondheid	0	1 (7,1%)	2 (14,3%)	4 (28,6%)	7 (50%)
Het Andere Gesprek Positieve Gezondheid	0	0	4 (28,6%)	6 (42,9%)	4 (28,6%)
Doorgeleiden naar JGZ	1 (7,1%)	0	2 (14,3%)	4 (28,6%)	7 (50%)
Determinanten met betrekking tot de omgeving					
Ik heb voldoende tijd om de aanpak SVG te integreren in mijn dagelijks werk.	1 (5,9%)	7 (41,2%)	7 (41,2%)	2 (11,8%)	0
In mijn organisatie vindt regelmatig terugkoppeling plaats over de voortgang van de invoering van de aanpak SVG.	1 (5,9%)	5 (29,4%)	2 (11,8%)	9 (52,9%)	0
In mijn praktijk/organisatie wordt nieuw personeel of waarneming ingewerkt met betrekking tot de aanpak SVG (n=14).	0	4 (23,5%)	1 (5,9%)	9 (52,9%)	0
In mijn organisatie is een coördinator aangewezen voor de implementatie van de aanpak SVG	Ja: 4 (23,5%) Nee: 13 (76,5%)				
Zijn er, behalve de invoering van de aanpak SVG, andere veranderingen waarmee je momenteel of binnen afzienbare tijd mee te maken hebt?	Ja: 14 (82,4%) Nee: 3 (17,6%)				
Determinanten met betrekking tot de sociaal politieke omgeving					
De aanpak SVG sluit goed aan bij wetten en regelgeving	0	0	4 (23,5%)	6 (35,3%)	3 (17,6%)

samen voor gezondheid

samen voor gezondheid





samen voor gezondheid

**Positieve start voor
aanstaande moeders en kinderen**

**BIJLAGE 4 - Bevorderende en belemmerende
factoren ten aanzien van de implementatie
van de Werkinstructie risicosignalering
kwetsbare zwangere in Groningen**

Darie Daemers | Esther Feijen- de Jong | Marianne van den Hof- Boering
Linda Quadvlieg | Marianne Nieuwenhuijze | Marijke Hendrix

De Werkinstructie risicosignalering kwetsbare zwangeren is al in 2017 ontwikkeld en geïmplementeerd in twee Verloskundige Samenwerkingsverbanden in Groningen, de Jeugdgezondheidszorg en de gemeente Groningen. Het evaluatieonderzoek heeft breed plaatsgevonden onder professionals werkzaam bij betrokken zorg- en welzijnsorganisaties.

Hieronder beschrijven we resultaten van de interviews met de professionals (n=17). We analyseerden de resultaten aan de hand van de vier domeinen van het implementatiemodel van Fleuren et al (2014).

Bevorderende factoren ten aanzien van de implementatie van de Werkinstructie risicosignalering kwetsbare zwangere:

Domein: Innovatie

- Breed idee dat door Multidisciplinair overleg (MDO), Telefonische Advisering (TA) en de zorgpaden een verbeterde samenwerking en signalering is ingericht.
- Het gebruik van een signaleringslijst wordt als drempelverlagend gezien om kwetsbaarheid te bespreken.
- TA door Jeugdgezondheidszorg (JGZ) wordt als praktisch, eenvoudig en laagdrempelig ervaren. Het aanmelden van cliënten kost weinig moeite en tijd. Verloskundig zorgverleners voelen zich ontzorgd door de TA. Ten slotte geven zowel verloskundige zorgverleners als sociaal werkers aan dat de TA bijdraagt aan inzicht in werkzaamheden en taken van JGZ en dus de samenwerking bevordert.
- MDO draagt bij aan een beter en interdisciplinair beleid rondom een gezin. Sociaal werk is positief over het MDO. Kennisuitwisseling wordt positief ervaren om samen beter scherp te krijgen wat de doelen en de opties zijn.
- Zorgpaden ontzorgen in het werk van de professionals en het scheelt zoekwerk. Nieuwe collega's vinden het fijn dat ze weten wat er bij vrouwen in een kwetsbare situatie van hen wordt verwacht. De zorgpaden bieden houvast.

Domein: Gebruiker

- Door aandacht te hebben voor signalering voelen cliënten zich uitgenodigd om bepaalde problematiek te bespreken.
- Participanten willen graag betrokken worden bij de inhoud van de werkwijze. Ook willen ze meer op de hoogte worden gehouden door bv de werkgroep Kansrijke Start Groningen.

Belemmerende factoren ten aanzien van de implementatie van de Werkinstructie risicosignalering kwetsbare zwangere:

Domein: Innovatie

- Het signaleringsinstrument ALPHA-NL wordt gezien als een 'indringende' vragenlijst, die indien vroeg in de zwangerschap gebruikt, de vertrouwensband kan verstoren. ALPHA-NL wordt niet gezien als meerwaarde ten opzichte van de standaardwijze. Ook sluit de ALPHA-NL niet aan op vrouwen met een taalbarrière of laaggeletterdheid. Verschillende zorgverleners hebben een eigen signaleringsinstrument geïmplementeerd, maar vertrouwen ook op intuïtie.
- Terughoudendheid in het gebruik van de TA ligt in het feit dat verloskundig zorgverleners cliënten de regie willen geven. TA wordt vooral ingezet bij complexe en multifactoriële problematiek.
- MDO wordt gezien als het doorgeven van problematiek en verantwoording afleggen aan de partners voor het al dan niet inzetten van ondersteuning. Het MDO wordt niet door iedereen als nuttig ervaren. Sommige zorgverleners zien geen toegevoegde waarde voor cliënten, omdat het geen nieuwe zorg toevoegt.
- Terugkoppeling tussen professionals na inschakeling van TA is vastgelegd in de werkwijze, maar wordt niet altijd opgevolgd door tijdgebrek, discontinuïteit van zorgverleners.

Domein: Gebruiker

- Professionals voelen geen urgentie voor het gebruik van de werkwijze. Ze voelen zich weinig betrokken bij de werkgroep Kansrijke Start Groningen. Ook denken professionals dat de werkwijze door weinig collega's wordt geraadpleegd. Participanten gebruiken in praktijk, naast de werkwijze, ook andere aanpakken en werkwijzen.
- Er lijkt geen draagvlak en motivatie voor het gebruik van de ALPHA-NL. Sommige gebruikers kenden de ALPHA-NL niet en gebruikten een andere methode voor signalering. Ook zijn niet alle professionals getraind in het gebruik van de ALPHA-NL en geeft een aantal participanten aan dat de training onvoldoende voorziet in het leren van adequate gesprekstechnieken.
- Gebruik van alle onderdelen in de werkwijze is wisselend. Dat komt omdat sommige onderdelen (bijvoorbeeld de zorgpaden) onbekend zijn of omdat zorgverleners andere werkwijzen gebruiken. Hierdoor herinneren professionals elkaar ook niet aan de werkwijze.
- Verloskundig zorgverleners ervaren handelingsverlegenheid om doorgeleiding naar TA in te zetten. Participanten hebben het idee dat vrouwen niet open staan voor ondersteuning. De verantwoordelijkheid en initiatief wordt liever bij de cliënt gelaten.
- Kennis over verantwoordelijkheid en noodzakelijke organisaties is niet altijd aanwezig bij professionals in het medische domein (met name in geval van onveiligheid van pasgeboren kind).

Domein: Organisatie

- JGZ pakt de ondersteunende rol na doorgeleiding naar TA niet altijd even actief op.
- Samenwerking tussen verloskundig zorgverlener en JZG loopt niet altijd even goed en kost moeite. Contact krijgen lukt niet altijd, mede door wisselende roosters, parttime werken en de bereidheid om tijd in de samenwerking te steken.
- Er is behoefte aan een stevigere rol van JGZ in de ketensamenwerking.
- Veilige digitale gegevensuitwisseling is niet mogelijk of uitdagend.
- Er worden verschillen ervaren in organisatie en uitvoering van het MDO in beide ziekenhuizen. Er worden wisselend aantal casussen besproken. Indieners van casuïstiek zijn soms niet aanwezig waardoor terugkoppeling achteraf telefonisch moet plaatsvinden.

samen voor gezondheid

samen voor gezondheid





samen voor gezondheid

**Positieve start voor
aanstaande moeders en kinderen**

**BIJLAGE 5 - Bevorderende en belemmerende
factoren ten aanzien van de implementatie
van de handleiding Samen voor Gezondheid
in Zuid-Limburg**

Darie Daemers | Esther Feijen- de Jong | Marianne van den Hof- Boering
Linda Quadvlieg | Marianne Nieuwenhuijze | Marijke Hendrix

De aanpak Samen voor Gezondheid is in april-mei 2021 geïmplementeerd in tien eerstelijns verloskundigenpraktijken en de Jeugdgezondheidszorg in Zuid-Limburg. Het evaluatieonderzoek heeft plaatsgevonden onder alle verloskundigen werkzaam bij de tien eerstelijns verloskundigen praktijken en de JGZ-coördinatoren en JGZ-verpleegkundigen in de wijk.

Hieronder beschrijven we resultaten van de interviews met JGZ - coördinatoren en - verpleegkundigen (n=4). We analyseerden de resultaten aan de hand van de vier domeinen van het implementatiemodel van Fleuren et al (2014).

Bevorderende factoren ten aanzien van de implementatie van handleiding Samen voor Gezondheid:

Domein: Innovatie

- Het werken met JGZ-coördinatoren Voorzorg/Stevig Ouderschap als eerste aanspreekpunt draagt bij aan goede doorgeleiding. Deze zorgverleners hebben overzicht over zorgmogelijkheden en een netwerk binnen de eigen organisatie.
- De Definitie Kwetsbaarheid wordt als duidelijk en helder ervaren door de JGZ-coördinatoren. Het gedachtegoed Positieve Gezondheid en het Balansmodel van Bakker sluiten op elkaar aan: Balansmodel van Bakker is een prima tool om balans tussen kwetsbaarheden en beschermende factoren te maken.
- Handleiding Samen voor Gezondheid wordt als helder en volledig ervaren door de JGZ-coördinatoren.

Domein: Gebruiker

- Er is draagvlak voor de handleiding. JGZ-professionals zien het belang van de aanpak: betere samenwerking in de keten geeft betere zorg; vroegtijdig investeren tijdens de zwangerschap ('band opbouwen') met beter resultaat later.
- JGZ-professionals geven een interne motivatie aan. Dit hangt samen met draagvlak, het belang van de aanpak inzien, er plezier uithalen en energie om een en ander te realiseren ('de wil is er wel').
- Deelnemers zien voordelen en ervaren het effect van de aanpak. Ze weten elkaar makkelijker te vinden en hebben vroeger contact met cliënt en dat werkt preventiever/efficiënter.
- Tips voor deskundigheidsbevordering JGZ:
 - Duidelijke informatie en goed inzicht in de eigen rol nastreven;
 - Opteren voor persoonlijke instructie en stukje scholing in plaats van een handleiding op de mail. Ook instructie over de achtergrond en het waarom van deze aanpak;
 - Suggestie: heldere instructie in kick-off meeting waarin JGZ-coördinatoren ook een rol spelen, gecombineerd met papieren instructie waarin alle projecten samenkomen en op elkaar afgestemd zijn;
 - Aandacht voor scholing JGZ-verpleegkundigen in het algemeen (met name minder ervaren verpleegkundigen) over de competenties die nodig zijn voor de begeleiding van kwetsbare zwangere vrouwen;
 - Zorgen voor coaching van betrokken professionals.

Domein: Organisatie

- Gezamenlijke scholing Positieve Gezondheid heeft positieve invloed gehad op het leren kennen van elkaar (verloskundige-JGZ) en dat bevordert de samenwerking.
- De samenwerking binnen de trias verloskundige - JGZ-coördinator - JGZ-verpleegkundige (als onderdeel van een wijkteam) zoals opgezet in de aanpak wordt positief ervaren.
- JGZ-verpleegkundigen en -artsen in de wijkteams werken in relatief kleine teams en dat leidt tot korte lijnen en mogelijkheden tot intercollegiaal overleg.
- Contact tussen JGZ en het sociaal domein:
 - Als er door wachtlijsten geen hulp is, maar de vrouw is urgent kwetsbaar (gevaar voor veiligheid moeder-kind) dan ervaart JGZ dat gemeente zijn verantwoordelijkheid neemt en/of dat de casus besproken wordt in het Overleg Vrouwen in een Kwetsbare Situatie. In deze gevallen ervaren ze dus 'voldoende dekking'.
 - In gemeenten met een goedwerkend jeugdteam/maatschappelijk werk die zich eigenaar voelt

van de casus c.q. verantwoordelijkheid nemen, vinden JGZ-verpleegkundigen ook makkelijker hun weg om een probleem aan te kaarten/door te geleiden

- Tips die bevorderend werken op de samenwerking:
 - Heb aandacht voor blijvende persoonlijke contacten tussen de JGZ en de verloskundigenpraktijk
 - Heb aandacht voor informatie die voor jezelf mogelijk minder belangrijk is maar voor de samenwerkingspartner wel.

Belemmerende factoren ten aanzien van de implementatie van handleiding Samen voor Gezondheid:

Domein: Innovatie

- Dit onderzoek voorzag in een aanpak tussen eerstelijns verloskundigen en JGZ. Daardoor is de routing niet bekend wanneer er betrokkenheid was van tweede- en/of derdelijnszorg, het Overleg Vrouwen in een Kwetsbare Situatie (in beide ziekenhuizen), kraamzorg en liep de zorg soms vast.
- In de loop van het onderzoek kwamen er nieuwe projecten en die zijn onderling niet (goed) afgestemd (bijvoorbeeld GeboortezorgFlex, Knooppunten Kansrijke Start). JGZ-verpleegkundigen hebben hier last van in hun werk. Het zorgt voor verwarring over wederzijdse verwachtingen tussen professionals, spraakverwarring en praktische problemen.
- Gedachtegoed Positieve Gezondheid:
 - JGZ werkt niet met Positieve Gezondheid (PG) en zien geen structurele plaats voor PG in hun eigen werk, maar mogelijk wel op indicatie. Huidige JGZ-werkwijze Samen Starten heeft overeenkomsten met PG, maar de implementatie PG zou aanpassingen in de werkwijze vragen.
 - PG wordt door verloskundigen niet ingezet in het derde trimester (context: transitie naar ouderschap). JGZ-verpleegkundigen ervaren dat veel ouders niet goed zijn voorbereid op het ouderschap en er geen goed beeld bij hebben. Vraag is wie de taak heeft om ouders hierover te informeren en dit bespreekbaar te maken. Transitie naar ouderschap is wel een onderdeel van Centering Pregnancy.
- Contacten tussen JGZ en de kraamzorg algemeen worden wisselend ervaren en vraagt daarom aandacht.

Domein: Gebruiker

- Aandacht voor kennis en vaardigheden is nodig:
 - JGZ-verpleegkundigen in de wijk kennen Overleg Vrouwen in een Kwetsbare Situatie (ziekenhuizen) niet (allemaal) of hebben er hooguit van gehoord.
 - Ondanks schriftelijke informatie per mail hebben JGZ-verpleegkundigen in de wijk geen kennis van de Handleiding Samen voor Gezondheid, de Definitie kwetsbaarheid en het gedachtegoed Positieve Gezondheid. Nieuwsbrieven in de mail worden wisselend gelezen. Maar zelfs indien gelezen, beklijft het niet omdat het niet leeft. Het onvoldoende op de hoogte zijn, zorgt wel voor verwarring als een en ander toch actueel wordt.

Domein: Organisatie

- Taakopvatting: de (toekomstige) rol van JGZ is niet helder, inclusief de daarmee samenhangende taken. JGZ-verpleegkundigen hebben verschillende visies, voelen zich verschillende verantwoordelijk en hebben verschillende beelden bij de invulling van de rol. Dit speelt met name als het gaat om het coördinerend zorgverlenerschap/casusregie door de JGZ-verpleegkundige. JGZ-verpleegkundigen geven aan casusregie vaak op te pakken, maar er niet voor erkend te worden. Er is duidelijkheid nodig, scholing en passende randvoorwaarden die aansluiten bij de afgesproken rol.
- Daarmee samenhangend is de rol van de gemeente m.b.t. casusregie ook niet helder. Een antwoord als 'dat is afhankelijk van de casus' houdt onduidelijkheid in stand. Om de afweging van casusregie goed te maken is een betere kaderstelling nodig. Indien JGZ als casusregisseur optreedt vraagt dit erkenning van JGZ in het sociaal domein.
- Samenwerking tussen verloskundigen en JGZ-verpleegkundigen kan naar de cliënten meer geprofileerd worden als team, waarin ieder een eigen expertise heeft. Deze samenwerking kan meer 'genormaliseerd' worden met als doel de acceptatiegraad bij ouders en de transparantie van samenwerking richting ouders te verhogen.

- JGZ-verpleegkundigen ervaren steeds minder tijd voor contacten met cliënten en hierdoor is het geloof in voldoende tijd krijgen om de verbindende rol te spelen, niet hoog.
- Dossiervorming prenataal huisbezoek (kind is nog niet geboren) en dossiervorming/zorg bij dakloosheid (niet mogelijk zonder domicilie) is niet (goed) geregeld
- Contact tussen JGZ en sociaal domein:
 - Probleem zijn de wachtlijsten, met name voor die vrouwen die niet urgent kwetsbaar zijn.
 - Kwaliteit van contacten hangt samen met persoonlijke contacten. Dit staat onder druk vanwege het aanbesteden van zorg door gemeenten. Hierdoor is veel wisseling van zorgaanbieders. Dit leidt tot minder continuïteit in zorg en geen eigenaarschap om zorg goed over te dragen.
 - Kwaliteit van samenwerking met sociaal domein lijkt samen te hangen met focus van betreffende gemeente op zorg voor kwetsbare zwangere vrouwen en jeugd. In gemeenten die deze focus minder hebben, kunnen JGZ-verpleegkundigen 'slechter hun weg' vinden.
 - JGZ-verpleegkundigen hebben in hun regio niet altijd zicht op mogelijke zorg voor kwetsbare gezinnen met name als het een doorgeleiding naar voorliggend veld betreft: bij wie moeten we zijn, en aan welke condities en voorwaarden moet de vraag voldoen?
 - Gebrek aan eigenaarschap en discontinuïteit van sociale zorg zijn ervaren problemen.
 - Er is geen structurele terugkoppeling vanuit voorliggend veld naar JGZ-verpleegkundigen waardoor geen overzicht is wat er speelt in gezinnen.
- Externe ontwikkelingen: de Covid-19 pandemie en een veelheid aan projecten heeft gezorgd voor zware belasting en hoge werkdruk bij JGZ. Dat zorgt voor wisselende motivatie bij verpleegkundigen en voor praktische problemen zoals geen tijd voor een goede terugkoppeling naar de verloskundige. Verpleegkundigen ervaren niet dat er transparant en concreet over tijd overlegd wordt binnen de organisatie. Een noodscenario betekende ook dat er geen overleggen meer waren. De kans om belangrijke zaken en ervaringen uit te wisselen was dus beperkt.
- Aandacht voor het inwerken van vervangers en nieuwe collega's op de aanpak is nodig.

Domein: Sociaal-politieke omgeving

- Landelijke informatie over het actieprogramma Kansrijke Start leeft niet en is niet doorgekomen bij JGZ-verpleegkundigen.

Hieronder beschrijven we resultaten van de interviews met eerstelijns verloskundigen (n=9). We analyseerden de resultaten aan de hand van de vier domeinen van het implementatiemodel van Fleuren et al (2014).

Bevorderende factoren ten aanzien van de implementatie van handleiding Samen voor Gezondheid:

Domein: Innovatie

- De definitie Kwetsbaarheid geeft een goede structuur en biedt kaders. Afweging potentieel kwetsbaar en kwetsbaar is soms lastig, maar krijgt nu aandacht. Goede basis voor doorgeleiding en inzet van bredere zorg. De definitie expliciteert iets waarvan je gevoelsmatig een indruk hebt gevormd en geeft een gemeenschappelijke taal tussen hulpverleners
- De digitale vragenlijst werkt goed. De antwoorden leveren meer informatie op dan verwacht en bieden belangrijke aanknopingspunten van zorg. Het leidt tot meer opbrengst dan Positieve Gezondheid. Mensen vullen de vragenlijst eerlijk in, ook als het ergens wringt. Bijna alle mensen vullen de lijst in en dat biedt een goede voorbereiding van de intake. Het levert ook tijdsbesparing op.
- De vragen in de anamnese dragen bij aan het normaliseren van psychosociale zorg. Er worden meer mensen als (potentieel) kwetsbaar geïdentificeerd. Vrouwen in zeer kwetsbare situaties werden vroeger ook al gesignaleerd. De anamnese draagt wel bij aan meer gestructureerde informatie in complexe situaties.
- Contact tussen verloskundige en JGZ (1 aanspreekpunt) wordt ervaren als nauwer, makkelijker, structureler en veel efficiënter. Daarnaast ervaren ze de samenwerking als teamwerk, minder eenzaam, gezamenlijke verantwoordelijkheid en continuïteit van zorg voor het gezin. Het persoonlijk contact wordt gewaardeerd en werkt beter.

- Handvatten in de handleiding worden als goed ervaren: anamnese, handleiding, scholing Positieve Gezondheid (PG).
- Tips voor bevordering implementatie:
 - Streven naar normaliseren van zorg in plaats van zorg 'als de alarmbellen gaan rinkelen'. Daarbij hoort het benadrukken van zelfregie van de vrouw, enkel doorgeleiding bij toestemming en het doel van de aangeboden zorg duidelijk maken aan de vrouw, zoals preventieve hulp/ondersteuning.
 - Als Positieve Gezondheid breder in gezondheidszorg ingezet wordt, is het herkenbaar voor cliënten en dat bevordert de implementatie.
 - Naast de informatieblokken van Positieve Gezondheid kan een flyer met uitleg of een filmpje voor op het beeldscherm in de wachtkamer bevorderend werken.

Domein: Gebruiker

- Positieve reacties van cliënten die dankbaar zijn dat problemen bespreekbaar gemaakt worden en er meegedacht wordt in het oplossen van problemen. Cliënten reageren positief op een breder ingezette zorg en dat sterkt verloskundigen in de nieuwe werkwijze.
- De voordelen en de effecten van de aanpak worden ervaren:
 - Verloskundigen geven aan dat de aanpak naarmate die meer eigen wordt, ook makkelijker gaat. Het normaliseren van de manier van werken (iedereen doet het) gaat positief werken.
 - Goede feedback van vrouwen op een prenataal huisbezoek door JGZ: cliënten voelen zich gehoord en ze zijn vertrouwd met de ondersteunende rol van JGZ.
 - De aanpak levert tijd en structuur op.
 - Ketenzorg zorgt voor continuïteit van zorg.
 - Het gedachtegoed Positieve Gezondheid (PG):
 - ◊ Het Spinnenweb kan een mooi begin zijn van een verdiepend gesprek over alle levensdomeinen. Het haalt zaken naar boven bij cliënten die verloskundigen anders niet hadden geweten en het leidt tot bewustwording bij cliënten.
 - ◊ PG kost minder tijd dan van tevoren verwacht: bij veel vrouwen speelt er weinig en bij die vrouwen waar wat speelt wordt extra tijd voor een gesprek ingepland. Bij een andere werkwijze vragen deze vrouwen vaak ook meer tijd, maar het toepassen van PG levert wellicht minder onverwachte extra consulten op. Sommige zaken worden ook 'spelenderwijs' besproken tijdens bijvoorbeeld tijdens lichamelijk onderzoek of een echo.
 - ◊ Het Andere gesprek: verloskundigen geven aan het leuk te vinden om op deze manier te praten en te ervaren dat als ze vrouwen de ruimte geven ze inderdaad zelf met oplossingen komen. Verloskundigen geven aan dat dit aansluit bij hun sociale competenties.
 - ◊ Scholing PG was ondersteunend voor het aangaan van gesprek, de verdieping van de gespreksvoering.
 - ◊ Men ziet meerwaarde van een tool om zelfregie van de vrouwen te stimuleren. Spiegelt verloskundigen ook om niet zelf in de probleemoplossende rol te gaan zitten.
 - Verloskundigen geven aan met de aanpak betere zorg te leveren en ook echt iets te (kunnen) doen met een niet-pluis gevoel. Verloskundigen ervaren meer psychosociale problematiek bij cliënten en waarderen de inzet van de hele keten om de zorg te verbeteren en hen te ontlasten.
- Geloof in aanpak: het zien van de meerwaarde en het beland van goede zorg draagt bij aan geloof in aanpak. Dat sterkt verloskundigen en geeft zekerheid in het uitvoeren van de aanpak.
- Interne motivatie: als verloskundigen geloven in wat ze doen, intern gemotiveerd zijn en overtuigd zijn van de rol die ze hebben, dan sterkt dit de manier waarop ze de aanpak in praktijk brengen en het gesprek aangaan met cliënten. Dit stimuleert op zijn beurt ook de bereidheid van cliënten om zich open te stellen.
- Taakopvatting: Verloskundigen voelen zich verantwoordelijk voor de bijdrage aan goede start van moeder en kind. Ook krijgen verloskundigen de feedback van cliënten dat er in de eerste lijn meer ruimte is voor welzijn van de vrouw dan in de tweede lijn. Laagdrempelige toegang en een vertrouwensband tussen vrouw en verloskundige zijn bevorderende factoren voor het in gesprek gaan over psychosociale problematiek.

- Verloskundigen worstelen met de invulling en vooral met de afbakening van verantwoordelijkheden. Duidelijkheid over de taken waarvoor ze wel/niet verantwoordelijk zijn geeft rust. Ook de scholing PG heeft bijgedragen aan bewustwording van de taak van de verloskundige, maar ook van de grenzen van de eigen verantwoordelijkheid.
- Deskundigheidsbevordering: de (begeleide) intervisiesessies met uitwisseling van verhalen en oplossingen werken motiverend en stimulerend.

Domein: Organisatie

- Een stabiele praktijk met collega's die dezelfde opvattingen hebben is een bevorderende factor voor de implementatie.
- Het los koppelen van gespreksvoering en voorlichting en het maken van echo's kan bevorderend werken om ruimte te creëren voor het voeren van een goed gesprek. Mensen kijken uit naar de echo en zijn dan niet gefocust op het gesprek.
- Verloskundigen ervaren het onderzoeksproject als faciliterend en verhoogt betrokkenheid.
- Facilitering van de regionale scholing PG werd gewaardeerd.
- Het zou bevorderend zijn voor de continuïteit van zorg als er in zowel geboortezorg als in het sociaal domein gewerkt wordt met een coördinerend zorgverlener.
- Het proces voor het ontwikkelen van de aanpak Samen voor Gezondheid, namelijk met een kleine groep verloskundigenpraktijken en JGZ-verpleegkundigen en het vervolgens implementeren en evalueren in een grotere groep verloskundigenpraktijken wordt als goed ervaren. Met minder praktijken ontwikkelen zorgt voor korte lijntjes, snelle beslissingen en acties. Nadeel is wel dat andere praktijken van niets of weinig weten.

Domein: Sociaal-politieke omgeving

- Rol van de netwerkorganisatie Trendbreuk Zuid-Limburg wordt als faciliterend, aanjagend ervaren.
- Projecten Voorzorg, Stevig Ouderschap en Nu Niet Zwanger worden gewaardeerd.
- Rol van Academie Verloskunde Maastricht als trekker, aanjager, facilitator in de regio wordt op prijs gesteld.

Belemmerende factoren ten aanzien van de implementatie van handleiding Samen voor Gezondheid:

Domein: Innovatie

- Het gebruik van Positieve Gezondheid (PG) roept diverse discussiepunten op:
 - Timing van de eerste keer inzetten PG: de wens was om vroeg in de zwangerschap het Spinnenweb en Het Andere Gesprek in te zetten om op tijd een doorgeleiding naar JGZ te realiseren indien relevant. Echter in het begin van de zwangerschap is er heel veel informatieoverdracht en dat zorgt voor gebrek aan tijd en ruimte. De timing moet worden herzien.
 - Verloskundigen betwijfelen de relevantie van PG voor de cliënt. Het beeld is dat mensen die zich al bewust zijn van kwaliteit van leven en gezondheid, het Spinnenweb invullen, maar dat juist mensen die het mogelijk nodig hebben, verstek laten gaan. Ook al staan verloskundigen open voor PG, ze ervaren de meerwaarde niet. Veel vrouwen geven immers aan dat ze niets te bespreken hebben.
 - Bij vrouwen zonder veranderwens in het eerste trimester wordt het opnieuw aanbieden van PG in het derde trimester niet als zinvol ervaren. Bij mensen met kwetsbaarheden zijn er gesprekken en acties, waardoor het opnieuw aanbieden ook niet als zinvol ervaren wordt.
 - PG wordt vergeleken met de psychosociale anamnese die veel meer informatie oplevert. Er lijkt meer draagvlak voor PG op indicatie, wat betekent dat de verloskundige PG kan inzetten indien ze signalen ontvangt en/of kwetsbaarheid vermoedt.
 - Vorm van Het Spinnenweb: een verloskundige vond dat de spinnenweb-versie met vragen gerichtere antwoorden gaf dan versie met cijfers.
- Afspraken zoals in de handleiding, worden niet altijd strikt gevolgd en dat is blijkbaar ook niet nodig. Uitbreidbaarheid van overdrachtsformulier naar en terugkoppeling van JGZ wordt als voorbeeld

genoemd. Blijkbaar is niet in alle situaties zoveel informatie nodig ter overdracht, maar kan terugkoppeling ook korter en schriftelijk.

- Zorg is nog niet altijd in lijn georganiseerd met definitie Kwetsbaarheid. Die consequentie is wel nodig.
- Afspraken met betrekking tot de samenwerking met de huisarts ontbreken in de handleiding.

Domein: Gebruiker

- Taakopvatting:
 - Het uitgangspunt 'signaleren en doorgeleiden door de verloskundige' wordt gedragen, maar het is niet duidelijk wat de taak van de verloskundige precies is. Er is onzekerheid over de nieuwe rol, over het sociale domein en over de grenzen van de verantwoordelijkheid. Verloskundige zorg moet ook 'leuk en vrijblijvend' zijn. Verloskundigen voelen zich verantwoordelijk voor het ongeboren kind, maar worstelen met de consequenties voor hun professionele verantwoordelijkheid (inhoud, grenzen van die verantwoordelijkheid).
 - Transitie naar ouderschap: de afspraak om PG een tweede keer aan te bieden in de zwangerschap was gekoppeld aan het bespreken van de transitie naar ouderschap met de vrouw. Niet alle verloskundigen hebben hierover eenduidige beelden. Een aantal verloskundigen vinden dat er meer zou moeten gebeuren op dit vlak. Sommige werken hiervoor samen met andere (private) partijen. Verloskundigen geven aan ondersteuning te willen om een goed gesprek over transitie naar ouderschap vorm te geven. Transitie naar ouderschap is ook een onderdeel van Centering Pregnancy.
- Kennis, kunde en vaardigheden:
 - Verloskundigen willen niet zelf sociale zorg regelen, maar willen wel weten welke zorgmogelijkheden er zijn en hoe instanties werken om kennis te hebben als het hun cliënten betreft.
 - Een aantal verloskundigen gaven aan dat ze het lastig vinden het gesprek aan te gaan over 'lastige onderwerpen'. Redenen hiervoor zijn leeftijd/levenservaring, (opbouwen van) vertrouwensband niet schaden, niet de juiste gespreksvaardigheden hebben om een gesprek aan te gaan en het niet overzien van de gevolgen van gesprek voor de verloskundige zorg.
 - We observeerden dat verloskundigen de neiging hebben om in te vullen voor zowel cliënten ('ze hebben al zoveel aan hun hoofd') als voor collega's ('ze hebben het al zo druk', 'er is net een nieuwe coördinator, moet ik die daarmee belasten').
 - Niet alle verloskundigen zijn qua kennis en vaardigheden klaar voor deze nieuwe rol.
- Medewerking cliënten:
 - Verloskundigen geven aan dat vrouwen niet altijd open staan voor hulp. Vrouwen zijn zich niet altijd bewust van bepaalde problematiek of ervaren die niet als zodanig.
 - Er is bij de zwangere vrouwen in kwetsbare situaties weerstand om zich open te stellen, omdat ze bang zijn voor stigmatisering, voor extra zorg of om hun kind kwijt te raken. Dit geldt voor zowel het gesprek in de verloskundigenpraktijk, maar zeker in geval van doorgeleiding naar Overleg voor Vrouwen in Kwetsbare Situaties.
 - PG: Als cliënten niet enthousiast reageren, vinden verloskundigen het lastig om er mee door te gaan.
- Uitkomstverwachting:
 - PG: verloskundigen ervaren de afspraak om PG in te zetten in het derde trimester (spinnenweb 28-30 weken, andere gesprek 32-34 weken) niet just-in-time voor de vrouwen. Vrouwen hebben dan nog geen zwangerschapsverlof en zijn dus nog druk met werk. Ook is er in die zwangerschapsperiode veel te bespreken, zoals de aanstaande bevalling, borstvoeding. Vrouwen zijn op dat moment bezig met de bevalling en niet met een transitie naar het ouderschap.
 - Definitie Kwetsbaarheid: Het standaard betrekken van JGZ bij vier indicaties van potentieel kwetsbaar, zoals afgesproken in de handleiding, roept discussie op. Deze vrouwen zullen dan allemaal een prenataal huisbezoek krijgen en de vraag is of dat dat nodig is.
 - Eén verloskundige gaf aan bang te zijn het overzicht te verliezen wanneer al diverse hulpverleners bij het gezin betrokken zijn en dat mee te nemen bij de afweging om nog extra zorg in te schakelen.

Domein: Organisatie

- In de huidige aanpak ontbreekt de routing naar de tweede lijn (bij verwijzing tijdens zwangerschap van eerste naar tweede lijn of bij losse kraambedden). Vaak komt de eerste lijn er in het kraambed achter dat een aantal zaken nog niet geregeld zijn. Signalering, maar ook doorgeleiding moeten in het geval van zorg in de tweede lijn ook goed geregeld worden.
- Overleg Zwangere in een Kwetsbare Situatie lijkt nu alleen urgent kwetsbare zwangere vrouwen te bespreken, maar er is ook behoefte om complex kwetsbare zwangere vrouwen te bespreken. Dat zijn vrouwen met een diversiteit aan problematiek, ook in voorliggend veld van het sociale domein.
- Vroegere ervaringen met doorgeleiding naar sociaal domein is niet positief, waardoor men bang is om met cliënten met urgente/complexe problematiek te blijven zitten.
- Nieuwe collega's en waarnemers worden niet ingewerkt met de aanpak en hebben de scholing PG (vaak) niet gevolgd.
- Een warme overdracht op einde van de kraamzorg blijkt lastig te organiseren door diensten en beschikbaarheid van de verloskundige en JGZ-verpleegkundige. Het contacteren van een JGZ-verpleegkundige in de wijk verloopt moeizamer en is complexer dan het succesvolle JGZ-coördinator per subregio.
- Terugkoppeling vanuit JGZ naar verloskundige verloopt niet altijd goed en dat zorgt voor extra werk van de verloskundige. Via de cliënt bavragen wat er besproken is vindt men niet professioneel.
- Er is behoefte aan een coördinerend zorgverlener in het sociale domein.
 - Situatie waarbij JGZ-coördinator de zorg coördineert in deze zwangerschap is nu misschien geregeld of is iets waar we naar streven. Maar in geval van multiparae zijn er ook eerdere kinderen waar soms al een diversiteit aan zorg aan verbonden is. Daarop zit geen of een onbekende coördinerend zorgverlener. Dit zijn complexe situaties waarover afspraken gemaakt moeten worden en vraagt om 1 (bekende) coördinerend zorgverlener per gezin.
 - In complexe situaties worden verloskundigen soms heel acuut met lastige situaties geconfronteerd die ze niet meteen kwijt kunnen bij allerlei betrokken organisaties terwijl de situatie wel actie vraagt.
 - Er wordt tijdens Overleg Vrouwen in een Kwetsbare Situatie nog vaak geprobeerd om verloskundigen als coördinerend zorgverlener in te zetten op het psychosociale terrein. Verloskundigen zijn geneigd om snel te ondersteunen, te helpen en in de actie te schieten en dat is een valkuil in deze situatie.
- Verloskundig Samenwerkingsverband Samenzuyd heeft met de introductie van het coördinerend zorgverlenerschap door de eerste lijn al stappen gezet ten aanzien van zorg voor zwangere vrouwen in een kwetsbare situatie
- Verloskundigen worden overvraagd in het aanwezig zijn op vergaderingen/overleggen in het kader van projecten op gebied van psychosociale zorg. Afstemming van projecten, een coördinerend zorgverlener in het sociale domein en een meer efficiënte ketenzorg zijn noodzakelijk.
- Men ziet de meerwaarde van de aanpak in, maar ervaart te weinig tijd om het echt goed te doen. Er is tijd nodig voor de afgesproken aanpak, voor gesprekken met cliënten, voor goed multidisciplinair overleg en goede terugkoppeling.
- Dossiervorming:
 - Huidige digitale verloskundig dossier is niet ingericht op goede verslaglegging van deze nieuwe zorg. Alle informatie staat nu in open velden, waardoor 'diagnose' onduidelijk of niet eenduidig is. Goede afspraken over dossiervorming binnen en tussen praktijken en een duidelijke 'diagnose' dragen bij aan implementatie.
 - Verloskundigen registreren psychosociale aspecten/zorg onvolledig.
 - Niet elke praktijk definieert de mate van kwetsbaarheid in dossier, zoals afgesproken in de aanpak.
 - Beschermende factoren van zwangere vrouwen worden niet genoteerd en dat maakt het lastig om de afweging tussen kwetsbaar en potentieel kwetsbaar te maken.
- Sommige praktijken heb ICT-problemen om de gedigitaliseerde vragenlijst te implementeren en te gebruiken.
- De implementatie (uitvoering van de taken in de handleiding) was te snel na de scholing PG. Praktijken hadden meer tijd nodig om de zorg in te richten.

- Invloed van externe ontwikkelingen:
 - Verloskundigen geven aan dat gebrek aan persoonlijk contact (vanwege Covid-19 pandemie) wellicht ook het signaleren van kwetsbaarheid heeft beïnvloed (in het algemeen).
 - De Covid-19 pandemie en de bijhorende telefonische consulten heeft de implementatie van PG wellicht negatief beïnvloed.
 - Capaciteitsproblematiek en werkdruk in de praktijk belemmert implementatie.

Domein: Sociaal-politieke omgeving

- Verloskundigen signaleren dat er geld geïnvesteerd wordt in andere partijen, zoals gemeenten en JGZ, maar niet in de geboortezorg. Toch wordt er wat van de verloskundigen verwacht binnen het actieprogramma Kansrijke Start. Men verwachtte eigenlijk van de KNOV om eerder op de bres te springen voor de verloskundigen.
- Verloskundigen (die zelf niet in VSV-bestuur zitten) hebben nauwelijks kennis van wat er landelijk gebeurt. Landelijke partijen zijn niet zichtbaar (KNOV, CPZ). Verloskundigen hebben deels zicht op wat er regionaal gebeurt. Ze vinden deze regionale veranderingen belastend, maar soms ook wel interessant. Het merendeel van de verloskundigen overziet de veelheid aan regionale projecten Kansrijke Start niet.
- De netwerkorganisatie Trendbreuk heeft Centering Pregnancy in de regio aangejaagd, maar financiële problemen worden niet structureel opgelost in alle gemeenten. De rol van Trendbreuk wordt op dit punt niet als ondersteunend ervaren. Verloskundigen moeten veel zelf regelen, zoals financiële ondersteuning. Daarnaast ervaart met veel wisseling van mensen, waardoor geen adequate ondersteuning tijdens de begeleiding van de Centering-groepen.
- Verschillend beleid van verschillende gemeentes wordt als belemmerend gezien.

samen voor gezondheid

samen voor gezondheid

