Andersson Elffers Felix



Prenatale Huisbezoeken Jeugdgezondheidszorg

Implementatieonderzoek - Eindrapport

8-3-2024

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	3
2.	Het prenatale huisbezoek	6
3.	Voortgang van de implementatie	11
4.	Bevindingen | Per fase	19
5.	Bevindingen | Randvoorwaarden	32
6.	Conclusies	41
7.	Advies	46
8.	Vierjarige evaluatie	53
	Bijlagen	58

Datum
1-2-2024

Versie
Conceptrapport

Opdrachtgever
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Contact
Erwin de Craen (e.decraen@aef.nl)
Nina Kuipers
Marjolein Bouwmeester
Sander Geurts
Sanne van Eerden
Irene Niessen

Referentie
GV788/eindrapport

/Andersson Elffers Felix

1. Inleiding

1.1 | Aanleiding

1.2 | Over het onderzoek

1.1 | Aanleiding

Het prenataal huisbezoek is per juli 2022 een wettelijke taak voor gemeenten
Sinds juli 2022 zijn gemeenten bij wet verplicht een prenataal huisbezoek (PHB) – via de jeugdgezondheidszorg (JGZ) – aan te bieden aan aanstaande ouders in een kwetsbare situatie. Deze taak is opgenomen in de Wet Publieke Gezondheid (WPG). Het wetsartikel luidt als volgt:

> "Ter uitvoering van de in het eerste lid bedoelde taak draagt het college van burgemeester en wethouders in ieder geval zorg voor het aanbieden van een vrijwillig prenataal huisbezoek door de organisatie die voor het college van burgemeester en wethouders de jeugdgezondheidszorg verricht om hulp en ondersteuning te geven aan zwangere vrouwen en hun gezinnen die in een kwetsbare situatie verkeren, voor zover daartoe aanleiding is na toepassing van een adequaat signaleringsinstrument, alsmede het in dat kader door het college bepalen van de omvang van deze doelgroep."[1]

Het PHB is bedoeld om vroegtijdig (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie op (psycho)maatschappelijk vlak te ondersteunen in het kader van een 'goede start' van het kind en ouder.

AEF voerde een onderzoek uit naar de implementatie van de wettelijke taak
In opdracht van het ministerie van VWS voerde onderzoeks- en adviesbureau Andersson Elffers Felix (AEF) een onderzoek uit naar de implementatie van prenatale huisbezoeken als nieuwe wettelijke taak voor gemeenten per 1 juli 2022. Deze wettelijke taak is vastgelegd in een nieuw artikel in de Wet publieke gezondheid en regelt de opdracht dat gemeenten een prenataal huisbezoek moeten aanbieden aan zwangeren in een kwetsbare situatie.

Het doel van dit onderzoek is om, ongeveer 1,5 jaar na de inwerkingtreding van de wet, in beeld te brengen in hoeverre het wetartikel is geïmplementeerd bij gemeenten in Nederland en te onderzoeken hoe het prenataal huisbezoek in de praktijk verloopt. Aanleiding voor dit onderzoek is een amendement dat tijdens de wetsbehandeling is aangenomen en tevens een toezegging aan de Eerste Kamer.

[1] WPG Hoofdstuk II. Taken Publieke gezondheidszorg. Artikel 2, lid 2.i



1.2 | Over het onderzoek

In dit onderzoek is gekeken naar de implementatie en uitvoering in praktijk

Gezien het nog korte bestaan van de wettelijke taak, is de focus van dit onderzoek primair het vaststellen van hoe (en in hoeverre) het prenataal huisbezoek in de praktijk door gemeenten wordt aangeboden, wat hierin goed gaat en waar nog ruimte ligt voor verbetering.

De insteek is nadrukkelijk niet een evaluatie op de doeltreffendheid van het wetsartikel. Gezien de nog korte periode dat de wettelijke taak bestaat, die in veel gemeenten in het teken stond van de implementatie, is het op dit moment te vroeg om conclusies te trekken over de doeltreffendheid. Wel zal vier jaar na de inwerkingtreding van het wetsartikel een evaluatie met deze insteek worden uitgevoerd. Als onderdeel van de opdracht vanuit het ministerie van VWS, is in hoofdstuk 8 van dit rapport een voorstel uitgewerkt voor de inrichting van deze toekomstige evaluatie van het PHB.

Aanpak

Dit onderzoek is gestart met een **documentstudie**. Documenten die we onder andere hebben gelezen: de handreiking PHB JGZ van het NCJ, onderzoeken over (het signaleren van) kwetsbare situaties bij (aanstaande) ouders, aantekeningen van implementatie overleggen PHB, wetsteksten en adviezen over de wetswijziging. De resultaten uit de eerste verkenning in de jeugdgezondheidszorg van de implementatie van het prenatale huisbezoek door de jeugdgezondheidszorg vanuit NCJ is in dit onderzoeken op een aantal plekken meegenomen.

Onderdeel van het onderzoek was een **uitvraag onder gemeenten** over de implementatie van het PHB **via de landelijke Kansrijke Start Monitor van het RIVM.** Het resultaat was een respons van 251 gemeenten. Dat betekent dat ongeveer 73% van de gemeenten de vragenlijst heeft ingevuld. Daarnaast hebben zijn met 5 gemeenten verdiepende gesprekken gevoerd.

De onderzoekers gingen vervolgens **in gesprek met betrokken partijen bij de implementatie** over het PHB. Een overzicht van de gesproken partijen hebben we opgenomen in bijlage 1.

11 gesprekken met professionals werden gevoerd over hoe zij de implementatie (en de verschillende fasen) van het PHB in de praktijk ervaren. Zo spraken we met 6 jeugdverpleegkundigen, 4 eerstelijnsverloskundigen en 1 klinisch verloskundige.

12 professionals over de gehele keten van het prenataal huisbezoek kwamen voor dit onderzoek samen in een focusgroep. Met 2 klinisch verloskundigen, 1 eerstelijnsverloskundige, 2 kraamverzorgenden, 3 jeugdverpleegkundigen, 1 zorgconsulent en 1 wettelijk vertegenwoordiger werd gesproken over de implementatie van het PHB (en bijbehorende knelpunten) .

2. Het prenatale huisbezoek

2.1 | Omschrijving en doelstelling PHB

2.2 | De beleidstheorie van het PHB

2.3 | Voor wie is het PHB?

2.4 | Wie doet wat?

2.1 | Aanleiding en doelstelling wettelijke taak PHB

De eerste 1.000 dagen van een kind zijn cruciaal voor hun verdere ontwikkeling
De gezondheid voor, tijdens en na de geboorte van kinderen is van grote invloed op de kans dat er fysieke en/of mentale problemen op latere leeftijd ontstaan. In Nederland heeft ongeveer 1 op de 6 kinderen een 'valse start' bij de geboorte.[1] Deze groep kinderen (of ouders) ontbreekt het in de periode voor de geboorte en in de eerste levensjaren aan een goede gezondheid en stimulerende omgeving. Dit zorgt ervoor dat deze kinderen op latere leeftijd vaker fysieke en/of psychische problemen, suikerziekte, hart- en vaatziekten en overgewicht krijgen. Ook komen deze kinderen veel vaker in aanraking met jeugdhulp.

Tijdige hulp voor (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie is van belang
Iedere ouder wil het beste voor zijn of haar kind. Dit biedt kansen om tijdens de zwangerschap kwetsbaarheden aan te pakken. (Aanstaande) ouders zien in deze fase de nodige hulpverleners en zijn ontvankelijk voor ondersteuning om hun kind het beste te bieden. Toch merkten professionals dat deze ondersteuning nog niet optimaal georganiseerd was. Eerstelijnsverloskundigen konden hun signalen bijvoorbeeld niet altijd goed neerleggen bij hulpverleners die ze daadwerkelijk op konden pakken.

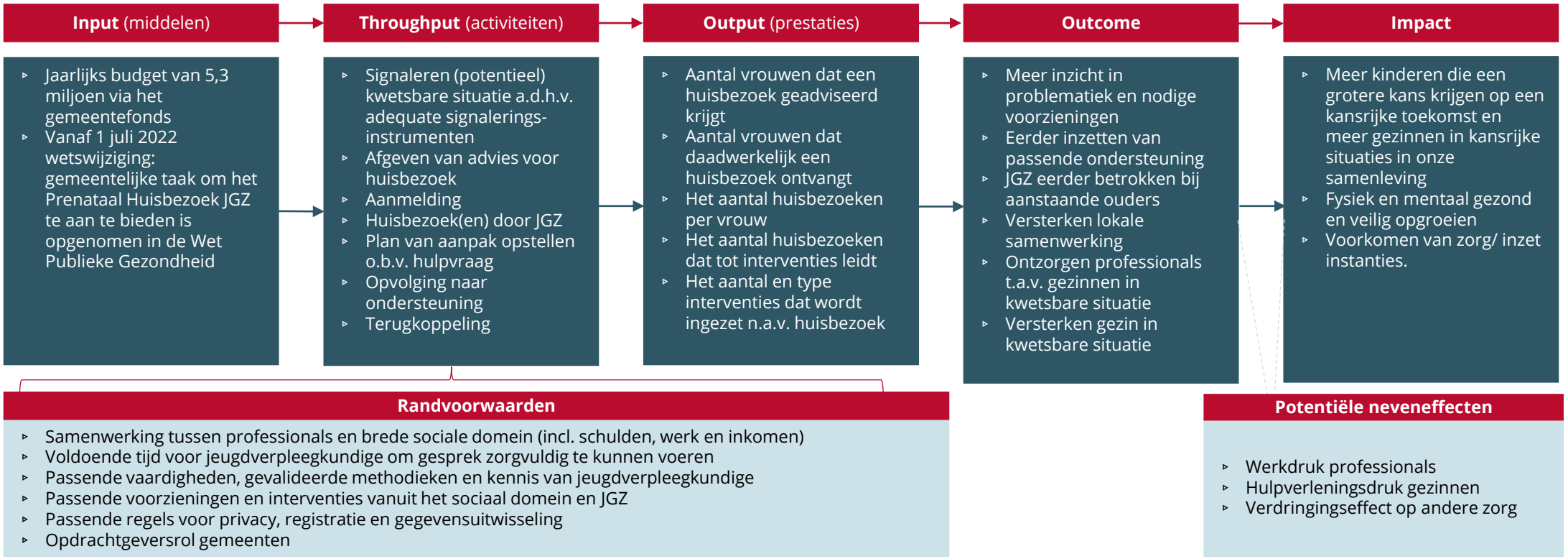
Prenataal huisbezoek dient bij te dragen aan een kansrijke start voor kinderen
Om te zorgen dat (aanstaande) ouders zo vroeg mogelijk hulp en ondersteuning krijgen, is per 1 juli 2022 het wetsartikel 'Prenataal huisbezoek door de JGZ bij ouders in een kwetsbare situatie' opgenomen in de wet Publieke Gezondheid. Met deze wetswijziging (artikel 2, tweede lid) krijgen alle gemeenten de taak om een prenataal huisbezoek door een jeugdverpleegkundige van de JGZ aan te bieden aan zwangeren en/of hun gezinnen in een kwetsbare situatie. De jeugdverpleegkundige richt zich bij het huisbezoek op het verbeteren van de situatie, door gezinnen toe te leiden naar de juiste hulp.[2] Het kan hier bijvoorbeeld gaan om het verminderen van stress rondom financiën, het verbeteren van leefomstandigheden, het vergroten van gezondheids- en opvoedingsvaardigheden en/of het bevorderen van sensitief ouderschap.

Gemeenten hebben de wettelijke taak om via de JGZ het PHB aan te bieden
Sinds juli 2022 hebben gemeenten de wettelijke taak om het prenataal huisbezoek aan te bieden. De gemeente dient deze taak op te dragen aan de organisatie die voor de gemeente de JGZ uitvoert. De gemeente is zelf onder andere verantwoordelijk voor het realiseren van inkoopafspraken met de JGZ-organisatie. Voor de uitvoering ontvangen gemeenten aanvullende financiering via het gemeentefonds.

[1] Broek van den A, Kleijnen van den E, Bot S. (Sociaal en Cultureel Planbureau).
[2] Kwetsbare gezinnen in Nederland. In: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. Ontzorgen en normaliseren. Den Haag, RMO, 2012

2.1 | De beleidstheorie van het PHB

Deze beleidstheorie van het PHB dient als basis voor het onderzoek. Het brengt in beeld hoe de keten van het PHB naar verwachting leidt tot bepaalde uitkomsten (output) en effecten (outcome en impact). Ook gaat de beleidstheorie in op de randvoorwaarden voor het uitvoeren van het PHB en de neveneffecten die kunnen opspelen.
Dit implementatieonderzoek richt zich vooral op de verschillende activiteiten van het PHB (throughput), de middelen en wettelijke basis die dat mogelijk maken (de input), de randvoorwaarden en neveneffecten.



2.2 | Voor wie is het PHB?

Met de wijziging van de Wet Publieke Gezondheid per juli 2022 worden gemeenten verplicht een prenataal huisbezoek aan **zwangeren en/of gezinnen in een kwetsbare situatie** aan te bieden.

In de handreiking PHB JGZ van het NCJ komt de volgende beschrijving van 'kwetsbare situaties' naar voren, die opgesteld is op basis van de definitie van kwetsbaarheid bij zwangere vrouwen van het Erasmus MC:

Een potentieel kwetsbaar (aanstaand) gezin

een gezin waarbij enkele maatschappelijke en/of psychosociale risicofactoren gesignaleerd worden, die de zwangerschap, het ouderschap, de opvoeding en de ontwikkelingskansen van een kind negatief kunnen beïnvloeden.

Een (aanstaand) gezin in een zeer kwetsbare situatie

een gezin waarbij een cumulatie van maatschappelijke en psychosociale risicofactoren gesignaleerd worden en bij wie de beschermende factoren in relatie tot de zelfredzaamheid ontoereikend zijn. Hierdoor worden de zwangerschap, het ouderschap, de opvoeding en de ontwikkelingskansen van een kind negatief beïnvloed. [1]

In bovenstaande definitie komt het onderscheid tussen risico- en beschermende factoren naar voren. Op basis van de definitie Kwetsbaarheid onder zwangere vrouwen van het Erasmus MC, volgen hier rechts enkele voorbeelden. [2]

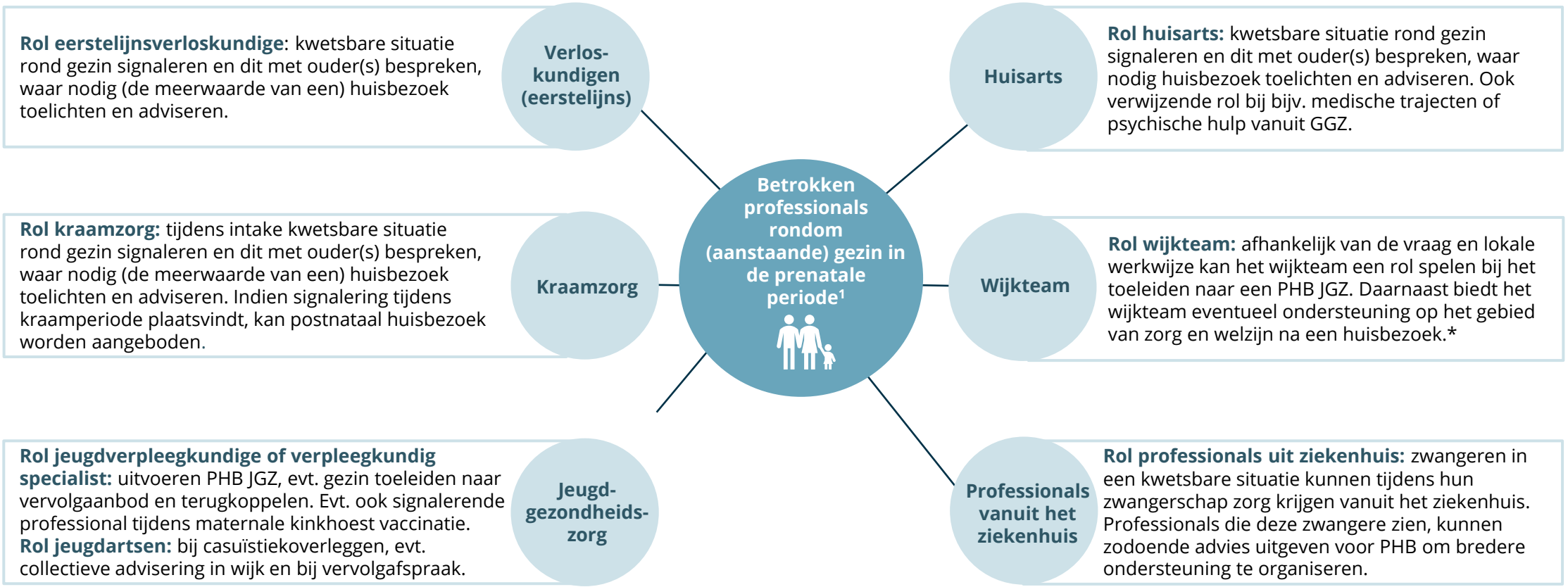
Het ouderschap brengt per definitie kwetsbaarheden met zich mee, zo stelt de handreiking PHB JGZ van het NCJ. "Het uitgangspunt van het PHB JGZ voor de zwangere en/of het gezin is dat iedere (aanstaande) ouder het beste wil voor hun kind. Onzekerheid en vragen rond ouderschap en opvoeden leven bij iedereen. Sociale ondersteuning is van belang en hiermee kunnen de meeste (aanstaande) ouders een prima basis leveren voor de kansen van hun kind. Soms is er echter (veel) meer aan de hand en is (extra) ondersteuning nodig."



[1] Op basis van de handreiking Prenataal Huisbezoek JGZ – NCJ: A. Wulffraat en L. Blanchette | Erasmus MC: L. Bertens, H. Ernst, L. van der Meer, H. de Graaf en E. Steegers (2020)

[2] Definitie kwetsbaarheid – zwangere vrouwen (Gemeente R'dam en Erasmus MC: september, 2019)

2.3 | Wie doet wat?



[1] Op basis van de handreiking Prenataal Huisbezoek JGZ – NCJ
* NB. Soms is een wijkteam bekend onder een andere naam. Omwille van de leesbaarheid spreken we in dit rapport van wijkteams.

3. Voortgang van de implementatie

3.1 | Proces van implementatie

3.2 | Dekking PHB over het land

3.3 | Eerste beeld meerwaarde in de praktijk

3.1| Proces van de implementatie (1/3)

Het PHB bestond al en werd met de wettelijke taak landelijk geborgd
Hoewel sinds 1 juli 2022 gemeenten bij wet verplicht zijn een PHB – via de JGZ – aan te bieden aan (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie, werd het PHB in sommige gemeenten al uitgevoerd voor de wettelijke taak. De wijze waarop verschilde echter, bijvoorbeeld in welke periode van de zwangerschap het huisbezoek werd uitgevoerd, voor welke doelgroep en met welk doel.

Wetsartikel WPG
"het aanbieden van een vrijwillig prenataal huisbezoek door de organisatie die voor het college van burgemeester en wethouders de jeugdgezondheidszorg verricht om hulp en ondersteuning te geven aan zwangere vrouwen en hun gezinnen die in een kwetsbare situatie verkeren, voor zover daartoe aanleiding is na toepassing van een adequaat signaleringsinstrument, alsmede het in dat kader door het college bepalen van de omvang van deze doelgroep."[1]

Met de wettelijke taak is nu vastgelegd dat er een PHB moet worden aangeboden en zijn daarnaast kaders of minimale vereisten voor de wijze waarop het PHB moet worden uitgevoerd. Zo schrijft de wettelijke taak in ieder geval voor dat het PHB moet worden uitgevoerd in een vroeg stadium van de zwangerschap, voor aanstaande ouders in een kwetsbare situatie en met als doel de behoefte aan hulp en ondersteuning vast te stellen en te doen realiseren. [2]

Implementatie van de wettelijke taak kwam tot stand met betrokken partijen
Het ministerie van VWS heeft een implementatieoverleg ingericht om met relevante partijen zoals de VNG en de koepels van zorgprofessionals de nieuwe wettelijke taak in praktijk te brengen. In het implementatieoverleg werd de voortgang besproken aan de hand van het opgestelde implementatieplan met daarin de te zetten stappen richting inbedding van de wettelijke taak.

Samen met de partijen werden tools ontwikkeld voor de implementatie en uitvoering van het PHB. De belangrijkste daarvan zijn de handreiking die is opgesteld door het NCJ en e-learningmodules.[3] Verder zijn kaders ontwikkeld voor het opstellen van lokale implementatieplannen en voor communicatiematerialen om het PHB onder de aandacht te brengen.

De totstandkoming van de wettelijke taak kon rekenen op breed draagvlak
Voor de wettelijke verankering van het PHB was tijdens de totstandkoming en implementatie van de wet breed draagvlak. De potentiële meerwaarde van het PHB als preventieve interventie werd (en wordt) door alle stakeholders ingezien. Daarbij wordt duidelijk in gesprekken dat het implementatieoverleg en daarbinnen de totstandkoming van de handreiking een positieve bijdrage hebben geleverd in de stap van beleidsvoornemens naar praktijk.

Tegelijkertijd ging de totstandkoming van het wetsartikel gepaard met enkele vraagstukken en discussies. Op de volgende pagina staat ter context een korte toelichting hierop, omdat meerdere van deze vraagstukken van invloed zijn op hoe het PHB werd geïmplementeerd en wordt uitgevoerd.

[1] WPG Hoofdstuk II. Taken Publieke gezondheidszorg. Artikel 2, lid 2.i
[2] Memorie van toelichting op wetswijziging WPG PHB
[3] Prenataal huisbezoek door de JGZ – handreiking NCJ

3.1| Proces van de implementatie (2/3)

Nadere uitwerking zorgde voor enige vertraging
De wettelijke taak voor het PHB kende in de totstandkoming een aantal praktische en principiële uitwerkpunten. Het oplossen en uitwerken van deze punten zorgde in de totstandkoming van de wetswijziging voor meerdere maanden vertraging. Enkele belangrijke vraagstukken die speelden bij de implementatie:

- *Voor wie wordt het PHB beschikbaar gesteld?* Hierin moest worden gezocht naar een breed gedragen definitie voor 'kwetsbaarheid' die uiteindelijk is gevonden in een definitie van het Erasmus MC.
- *Wie voert het PHB uit?* De JGZ was vanaf het begin de aangewezen partij voor het uitvoeren van het PHB vanuit hun brede ondersteunende rol bij gezinnen. Echter is ook het gesprek gevoerd of andere professionals de uitvoering op zich zouden kunnen nemen. Eerstelijnsverloskundigen zijn daarbij genoemd als mogelijk geschikte beroepsgroep, gezien hun betrokkenheid in de zwangerschap en verloskundigen in sommige gevallen al een rol vervulden in het doorgeleiden naar vervolghulp. Ook werd gesproken over een eventuele betrokkenheid van kraamverzorgenden bij het PHB, gezien deze professionals in sommige gevallen reeds huisbezoeken uitvoerden. Uiteindelijk is de weloverwogen keuze gemaakt voor de JGZ als uitvoerende instantie, gezien de postnatale betrokkenheid bij het gezin (en de continuïteit van zorg voor een gezin die daarmee wordt gewaarborgd), een breed sociaal-medisch taakveld en de nabijheid van de JGZ richting het sociaal domein.
- *Hoe wordt het PHB bekostigd?* Over de hoogte van de financiering bestond initieel discussie. Er is uiteindelijk gekozen voor een verdeelsleutel op basis van de grootte van de potentiële doelgroep en een aantal uur voor de JGZ per huisbezoek.[1]
- *Hoe wordt de doelgroep gesignaleerd?* In een amendement bij het wetsvoorstel heeft de Tweede Kamer als voorwaarde voor de uitvoering van het PHB toegevoegd dat adequate signaleringsinstrumenten gebruikt moeten worden om risicofactoren te signaleren. Het gaat om vragenlijsten die eerstelijnsverloskundigen afnemen bij de intake die wetenschappelijk bewezen effectief zijn in het inventariseren van risicofactoren en beschermende factoren.
- *Hoe worden gegevens rondom het PHB geregistreerd?* JGZ-organisaties hebben voor de uitvoering van het PHB een apart dossier nodig om gegevens van (aanstaande) ouders in te registreren. De wens was om vóór de implementatie een digitaal ouderdossier JGZ beschikbaar te hebben[2]. Dit is echter niet gelukt en de dossiervoering is nog steeds een aandachtspunt, waarover meer in hoofdstuk 5.
- *Hoe worden aanstaande ouders aangemeld?* Zie volgende pagina.

[1] Zie ook pagina 18 van deze rapportage voor de verdeelsleutel uit de handreiking: NCJ (oktober 2021). *Handreiking 'Prenataal huisbezoek door de JGZ'*. (link)
[2] NCJ (oktober 2021). *Handreiking 'Prenataal huisbezoek door de JGZ'*. (link)

3.1| Proces van de implementatie (3/3)

De wijze van aanmelding voor een PHB was een discussiepunt
Mogelijk het grootste vraagstuk in de totstandkoming van de wettelijke taak voor het PHB was hoe aanstaande ouders aangemeld worden voor een PHB, in lijn met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Het initiële wetsvoorstel leidde tot een negatief advies van de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) omdat hierin werd gesteld dat ouders door hun zorgverlener (veelal de eerstelijns verloskundige) voor een PHB kunnen worden aangemeld bij de JGZ, wanneer ouders hier zelf toestemming voor verlenen. Hoewel expliciete toestemming in voorkomende gevallen een geldige grondslag kan zijn voor het verwerken van persoonsgegevens[1], oordeelde de AP dat gezien de kenmerken van de doelgroep waarvoor het PHB is bedoeld (kwetsbaarheden) niet kan worden aangenomen dat toestemming altijd vrijwillig (weloverwogen) wordt gegeven. Daarbij behoort het doorverwijzen van aanstaande moeder in een kwetsbare situatie naar de JGZ niet tot het huidige wettelijke takenpakket van een verloskundige.[2] Er is daarmee geen wettelijke grondslag voor gegevensverwerking in het kader van een doorverwijzing naar de JGZ.

Het advies van de AP luidde om ofwel te volstaan met een advies vanuit de signalerende professional, waarna de zwangere zichzelf kan aanmelden ofwel het scheppen van een wettelijke taak voor verloskundigen op basis waarvan zij zelf aanstaande moeders in een kwetsbare situatie kunnen aanmelden bij de JGZ. De AP merkte op dat er eerst duidelijkere criteria en een omschrijving van de noodzaak nodig zijn voordat een dergelijke wettelijke taak kan worden toegewezen aan onder andere verloskundigen.

Er werd door de wetgever gekozen om te volstaan met de optie van een advies dat professionals binnen de kaders van de behandelovereenkomst naar eigen inzicht kunnen afgeven. Aanstaande moeders in een kwetsbare situatie moeten zich vervolgens dus zelf aanmelden voor een PHB. Hieraan zit een mogelijk nadeel voor de effectiviteit, omdat van (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie verondersteld wordt dat er bovengemiddeld veel drempels bestaan in het zelf aanmelden, zo werd ook door het ministerie van VWS geconstateerd. De optie om als professional uitsluitend een advies aan de zwangere te geven had de voorkeur omdat dit geen nieuwe wettelijke basis vereist – wat extra vertraging zou opleveren – en daarbij zouden slimme praktijkoplossingen eraan moeten bijdragen dat de doelgroep toch terecht komt bij de JGZ. [3] Daarmee wordt gedoeld op het gezamenlijk aanmelden van de (aanstaande) ouder met behulp van een zorgverlener, zoals ook opgenomen in de handreiking van het NCJ.

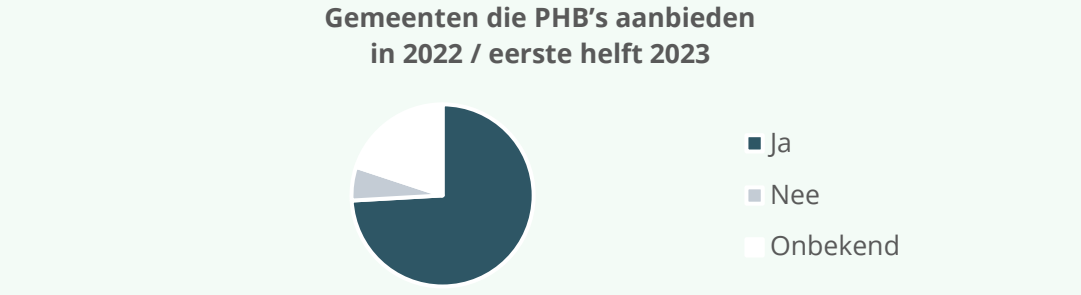
[1] Voor de aanmelding moeten persoonsgegevens zoals naam en adres worden verstrekt aan de JGZ.
[2] Op basis van de Wet geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO)
[3] Blijkens een interne nota die gedeeld is in het kader van dit onderzoek.



3.2 | Dekking PHB over het land (1/4)

Nog niet overal is het PHB geïmplementeerd

Om een beeld te schetsen van de status van de implementatie van het PHB door gemeenten, staat op deze en de volgende pagina's de huidige uitvoering van het PHB door gemeenten, op basis van de Monitor Kansrijke Start, centraal.[1] In de uitvraag onder gemeenten is gevraagd hoeveel huisbezoeken zijn uitgevoerd in 2022 en in de eerste helft van 2023. Hierdoor is bekend dat het PHB in 186 gemeenten geïmplementeerd is; dat is bijna driekwart van de 251 respondenten. Onderstaande grafiek laat dit zien. Van de gemeenten die het PHB niet uitvoeren, lichten de meeste toe aan het opstarten te zijn.



Belangrijk om op te merken is dat er een bias kan zitten in wie de monitor hebben ingevuld: het is aannemelijk dat een gemeente waarin Kansrijke Start beperkter op de agenda staat, minder geneigd is om de monitor in te vullen. Op het totaal aantal gemeenten (342 in 2023) is met zekerheid vast te stellen dat minstens 54% van de gemeenten in Nederland het PHB uitvoert.

Implementatie van het PHB volgde meestal naar aanleiding van de wetswijziging

In onderstaande grafiek is weergegeven in welk jaar gemeenten gestart zijn met de uitvoering van het PHB. Zoals te zien zijn meerdere gemeenten al gestart met het uitvoeren vóór 2022, namelijk 71 respondenten verspreid over vóór 2013 tot en met 2021. In deze gemeenten werden al PHB's uitgevoerd door de JGZ vóór dit een wettelijke taak werd.

In 2022 starten er 102 responderende gemeenten met de uitvoering van het PHB, en in 2023 nog 8. Dit is hoogstwaarschijnlijk naar aanleiding van de wetswijziging.



1. Jaarlijkse vragenlijst aan alle gemeente voor de Monitor Kansrijke Start van het RIVM, peildatum 16 november 2023.
2. Voor 70 gemeenten is het startjaar voor PHB's onbekend.

3.2 | Dekking PHB over het land (2/4)

In 2022 en eerste helft van 2023 zijn er 4.410 PHB's uitgevoerd door respondenten
In de uitvraag is aan gemeenten gevraagd hoeveel huisbezoeken er in 2022 zijn uitgevoerd in hun gemeente, en hoeveel in de eerste helft van 2023.[1]

- Voor 2022 hebben 168 gemeenten hier een aantal ingevuld. Deze gemeenten hebben gezamenlijk 2.922 huisbezoeken uitgevoerd.
- Voor de eerste helft van 2023 hebben 115 gemeenten een aantal uitgevoerde PHB's ingevuld. Deze gemeenten hebben gezamenlijk 1.488 huisbezoeken uitgevoerd.[2]

Extrapoleren en vergelijken met het begrote aantal zorgt voor duiding
Om de hoeveelheid uitgevoerde PHB's enigszins te kunnen duiden, is het aantal PHB's geëxtrapoleerd en vergeleken met het aantal waarvoor de financiering is ingericht. Extrapoleren brengt altijd onzekerheden met zich mee, waaronder in dit geval de mogelijke responsbias zoals op de vorige pagina is besproken. Op basis daarvan is de verwachting dat dit aantal eerder te hoog dan te laag is ingeschat. Het aantal PHB's waar de financiering op is ingericht: voor de financiering is gerekend met huisbezoeken voor 16,5% van de geborenen, aangezien wordt ingeschat dat deze (aanstaande) ouders zich in een kwetsbare situatie begeven[3].

Het eerste jaar na implementatie zijn er minder PHB's uitgevoerd dan voorzien
Aan de rechterkant van deze pagina staan de berekeningen voor de tweede helft van 2022 en de eerste helft van 2023, waarbij het aantal uitgevoerde PHB's dat wordt geëxtrapoleerd en wordt vergeleken met het begrote aantal. Hier zitten onzekerheden in, maar het is duidelijk dat er in beide gevallen minder PHB's zijn uitgevoerd dan in de plannen en begroting voorzien is.

Berekening: PHB's in de tweede helft van 2022

- **Extrapoleren.** Voor 2022 komt het extrapoleren neer op 5.948 PHB's per jaar voor 342 gemeenten.
- **Begrote aantal PHB's.** Om mee te nemen dat veel gemeenten het PHB hebben geïmplementeerd vanaf de wetswijziging, zijn de geboortecijfers voor enkel de tweede helft van 2022 gehanteerd.[4] Dit maakt de inschatting aan de lage kant, want sommige gemeenten hadden het PHB al geïmplementeerd. De geboortecijfers vermenigvuldigen we met de gestelde 16,5%. Dit komt neer op een ingecalculeerd aantal van 14.205 PHB's.
- **Vergelijken van de aantallen.** Het eerste half jaar na de implementatie wordt, uitgaande van een ruwe schatting (die naar waarschijnlijkheid te positief uitvalt), 42% van het maximaal beschikbare budget voor het PHB uitgeput.

Berekening: PHB's in de eerste helft van 2023

- **Extrapoleren.** Voor de eerste helft van 2023 komt het extrapoleren neer op 4.425 PHB's per jaar voor 342 gemeenten.
- **Begrote aantal PHB's.** De geboortecijfers van de eerste helft van 2023[4] zijn vervolgens vermenigvuldigd met de gestelde 16,5%. Dit komt neer op een ingecalculeerd aantal van 13.197 PHB's.
- **Vergelijken van de aantallen.** Het tweede half jaar na de implementatie wordt, uitgaande van een ruwe schatting (die naar waarschijnlijkheid te positief uitvalt), 34% van het maximaal beschikbare budget voor het PHB uitgeput.

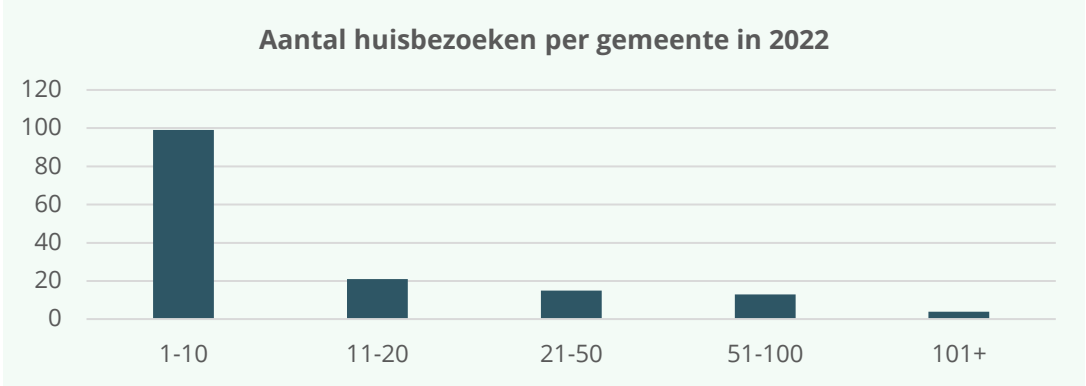
[1] In de data geven een aantal gemeenten aan voor hoeveel gezinnen ze PHB's hebben uitgevoerd, maar de meeste gemeenten geven geen toelichting. Om die reden kunnen we dit onderscheid niet maken.
[2] De cijfers voor 2023 zijn minder betrouwbaar vanwege wisselende peildata.
[3] NCJ (oktober 2021). *Handreiking 'Prenataal huisbezoek door de JGZ'*. (link)
[4] Aantal geborenen verkregen via CBS Statline (link)

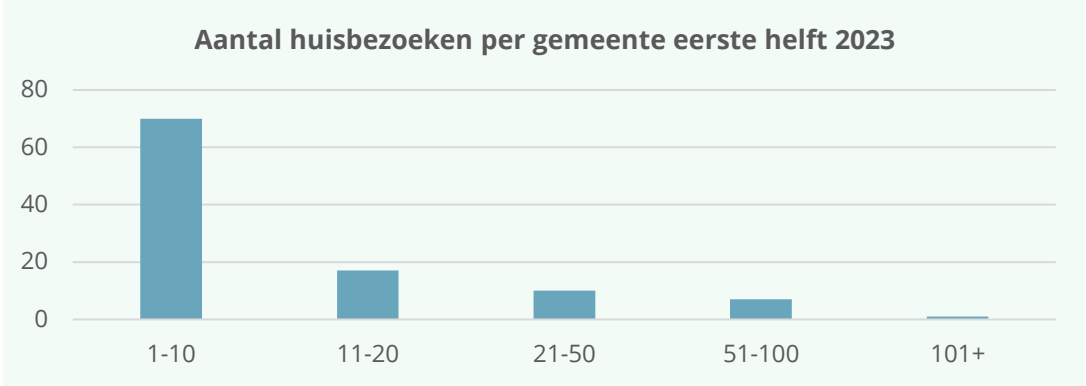
3.2 | Dekking PHB over het land (3/4)

In de meeste gemeenten worden jaarlijks 1 tot 10 huisbezoeken uitgevoerd
Van de gemeenten die in de uitvraag aangeven in 2022 PHB's uitgevoerd te hebben, geven de meeste van hen aan dat er in hun gemeente 1 tot 10 huisbezoeken zijn gedaan. Dit is te zien in de bovenste grafiek rechts.[1] Ook in de eerste helft van 2023 zijn in de meeste gemeenten 1 tot 10 PHB's uitgevoerd, zoals te zien in de onderste grafiek. Doordat het gaat om anonieme data, is het aantal PHB's niet te koppelen aan de grootte van de gemeente. In de praktijk zullen beiden samenhangen.

Een hoger aantal PHB's lijkt samen te hangen met eerdere implementatie
Van de 30 responderende gemeenten die meer dan 20 huisbezoeken hebben uitgevoerd in de tweede helft van 2022, voerden slechts 3 gemeenten de huisbezoeken pas sinds 2022 uit. Voor 5 gemeenten is het startjaar onbekend, en de rest van de gemeenten was al voor de wetswijziging met het uitvoeren van het PHB gestart. Het is aannemelijk dat gemeenten die al voorafgaand de wettelijk taak een PHB uitvoerden, relatief meer PHB's per jaar uitvoeren dan gemeenten waar de implementatie pas sinds of na de wettelijke taak op gang kwam.

De verwachting is dat het aantal PHB's per gemeente en in totaal gaat toenemen
In lijn met de inschatting dat het aantal PHB's per gemeente afhankelijk is van de mate waarin de gemeente het PHB heeft ingevoerd, is de verwachting dat het aantal PHB's per gemeente zal stijgen. Het opstarten van een nieuwe interventie kost per definitie tijd. Het beperkt aantal uitgevoerde PHB's volgt logischerwijze uit deze startende fase. In gemeenten die in 2022 zijn opgestart, zullen professionals de komende jaren bekender raken met de interventie en is de verwachting dat de aantallen stijgen. Deze stijging is nog niet terug te zien in de cijfers van de eerste helft van 2023, maar deze cijfers zijn nu nog minder betrouwbaar vanwege wisselende peildata.

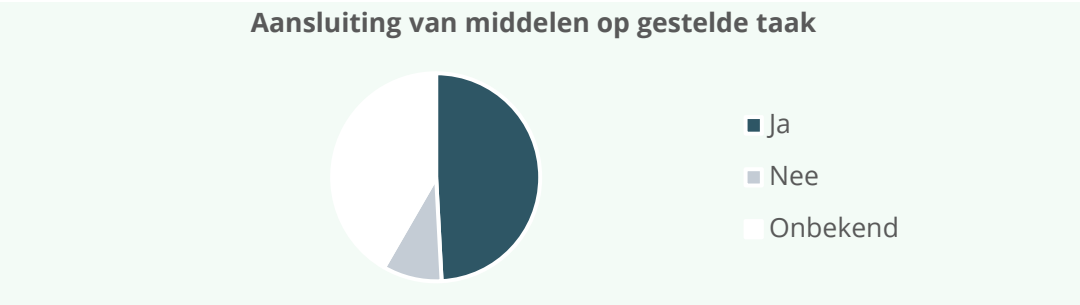




[1] In de data geven een aantal gemeenten het totaal voor hun regio, namelijk 64 voor heel Zuid- Limburg. Dit aantal is één keer opgenomen, maar komt daardoor één keer terug als hoog aantal, in plaats van meerdere keren als lager aantal. Dit geldt ook voor 2023, hier is nu één maal 134 opgenomen, in plaats van vaker lagere aantallen.

3.2 | Dekking PHB over het land (4/4)

Circa de helft van de gemeenten vindt de beschikbare middelen aansluiten
Gemeenten ontvangen geld waarmee ze het uitvoeren van PHB'en door de JGZ bekostigen. In de uitvraag is gevraagd of de middelen aansluiten bij de gestelde taak. Ongeveer de helft van de gemeenten vindt dat dit het geval is, namelijk 118 van de 240 respondenten. Onderstaande grafiek geeft dit weer.



Vanuit zowel gemeenten die deze vraag met "ja" hebben beantwoord, als gemeenten die "nee" hebben gezegd, zijn er 32 gemeenten die aangeven dat de middelen voorlopig nog toereikend zijn door de huidige aantallen, maar dat de wens/verwachting is dat die hoger gaan worden. Dit is in lijn met de uitkomsten van de vorige pagina's, waar blijkt dat het aantal PHB's waar financiering op is ingericht niet wordt behaald. Meerdere gemeenten delen de wens om de toereikendheid van middelen later opnieuw te evalueren.

Een aantal gemeenten wil de middelen breder inzetten dan de wettelijke taak

Een aantal gemeenten geeft aan een overstap naar het standaard aanbieden van het PHB aan alle (aanstaande) ouders te willen maken, maar dat de middelen niet toereikend zijn om deze bredere doelgroep te bedienen. Zij hebben om die reden "nee" ingevuld bij de aansluiting van middelen, terwijl de middelen hier niet voor bedoeld zijn. De middelen zijn namelijk gekoppeld aan de inschatting van het aantal (aanstaande) gezinnen in kwetsbare situaties, wat ingeschat wordt op 16,5% van de geboortes (zie onderstaande verdeelsleutel).

Verdeelsleutel financiering PHB JGZ[1]

- Het landelijk uitgangspunt voor de financiering is het aantal kinderen dat te vroeg of met een laag geboortegewicht (de zogenaamde Big2) in 2017 geboren werd: 16,5 %.
- In overleg met de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) is een gemiddelde duur van 2,5 uur als totale tijdsinvestering voor één PHB JGZ afgesproken, met een budget van €190,- per huisbezoek.
- In totaal is er voor het PHB JGZ een budget van €5,3 miljoen beschikbaar.
- Dit budget wordt jaarlijks toegevoegd aan het gemeentefonds, volgens een verdeling van €1.000,- per gemeente. De overige verdeling gaat via de maatstaven inwoners, jongeren en sociale structuur (maatstaven huishoudens met laag inkomen, lage inkomens met drempel, bijstandsontvangers, uitkeringsontvangers, minderheden, eenouderhuishoudens, huishoudens en meerkernigheid). In deze verdeling is aangesloten bij een rijk brede norm voor gelijksoortige uitkeringen vanuit het ministerie van BZK.

[1] NCJ (oktober 2021). *Handreiking 'Prenataal huisbezoek door de JGZ'*. (link)

4. Bevindingen I Per fase

4.1 | Eerste beeld meerwaarde in praktijk
4.2 | De verschillende fasen van het PHB
4.3 | Signaleren van kwetsbaarheden
4.4 | Advies geven voor een PHB
4.5 | Aanmelden
4.6 | Op huisbezoek gaan
4.7 | Terugkoppelen aan professional die het advies gaf

4.1 | Eerste beeld meerwaarde in de praktijk

De implementatie is nog niet 'af', maar de meerwaarde wordt breed onderkend
In hoofdstuk 3 en 4 staan de verschillende fasen van het PHB en de randvoorwaarden die nodig zijn om het PHB goed te laten werken centraal. De constatering is dat er meerdere knelpunten zijn die de werking van het PHB op dit moment beperken.

Desondanks blijkt uit dit onderzoek breed draagvlak voor het PHB en de preventieve werking die ervan uitgaat, doordat wordt ingezet in het tijdig bespreken en – waar nodig – aanpakken van kwetsbaarheden met de (aanstaande) ouders. De (potentiële) meerwaarde hiervan wordt door alle gesprekspartners[1] onderkend. Zowel voor het ongeboren kind, het gezin en de samenleving.

Het is nog vroeg om effecten van het PHB inzichtelijk te maken, maar uit gesprekken met stakeholders blijken al wel meerdere positieve ontwikkelingen. Zo ervaren JGZ-professionals over het algemeen dat het PHB bijdraagt aan het eerder zicht hebben op zwangeren in een kwetsbare situatie en zij vanuit het PHB in staat zijn om beter in ondersteuningsbehoeften te kunnen voorzien. Dit geldt ook voor professionals die al een PHB uitvoerden. Zij zien dat de wetswijziging momentum heeft gecreëerd waardoor het PHB als interventie bekender is geworden en meer wordt aangeboden en uitgevoerd. Niettemin geven professionals ook aan te ervaren dat ouders in het algemeen positief reageren op het PHB. Het PHB blijkt in sommige regio's ook een belangrijke aanjager van de samenwerking tussen met name jeugdverpleegkundigen en eerstelijns verloskundigen. Die samenwerking is zowel van belang voor het slagen van het PHB als om (aanstaande) ouders goed te kunnen helpen. Professionals roemen dit effect van het PHB.

Tegelijkertijd moeten stappen worden gezet om de meerwaarde te vergroten
In de volgende hoofdstukken wordt duidelijk dat het potentieel van het PHB nog niet volledig wordt benut, omdat er meerdere aandachtspunten zitten in de uitvoering. Deze punten zorgen ervoor dat niet alle aanstaande ouders in een kwetsbare situatie bereikt worden voor een PHB en/of hiermee goed geholpen kunnen worden.

De volgende hoofdstukken gaan in op hoe het PHB in de praktijk wordt uitgevoerd en welke aandachtspunten de meerwaarde van het PHB op dit moment beperken.

Neveneffect: een nieuw, maar op de lange termijn vertrouwd gezicht
Professionals (waaronder kraamverzorgenden, jeugdverpleegkundigen en eerste- en tweedelijnsverloskundigen) geven aan dat het voor aanstaande ouders in een kwetsbare situatie ingewikkeld kan zijn dat er verschillende hulp- of zorgverleners om hen heen staan. Hoewel een neveneffect van het PHB is dat een aanstaand gezin met het PHB te maken krijgt met een nieuw gezicht (namelijk de jeugdverpleegkundige), geven professionals ook aan dat dit "nieuwe gezicht" juist ook voor continuïteit in het hulpverleningsproces kan zorgen. Dit is het geval op het moment dat de jeugdverpleegkundige die het PHB uit heeft gevoerd, ook na de geboorte naast het gezin blijft staan en zodoende een vast aanspreekpunt vormt voor een gezin. In welke mate deze continuïteit wordt ervaren in de praktijk is nu nog niet duidelijk.

[1] Zie bijlage 1 voor een overzicht van de gesprekspartners

4.2 | De verschillende fasen van een prenataal huisbezoek



Klik op het blok om naar de bevindingen per fase te gaan

- **Professional signaleert** kwetsbaarheden bij aanstaand gezin, eventueel aan de hand van signalerings-instrumenten
- **Zwangere geeft kwetsbaarheid zelf aan** bij professional

- Signalerende professional **bespreekt gesignaleerde risicofactoren en beschermende factoren** met zwangere
- Signalerende professional geeft **advies** uit voor PHB JGZ

- De zwangere **meldt zichzelf** – zo schrijft de wet voor - **aan** voor het PHB JGZ via het aanmeld- of informatiepunt van JGZ
- De jeugdverpleegkundige neemt contact op met zwangere en plant een afspraak in

- Jeugdverpleegkundige en zwangere brengen in huisbezoek **hulpvraag en behoeften** in kaart, via gevalideerde methodiek
- Gezamenlijk wordt een **plan van aanpak** opgesteld
- Waar nodig zwangere toeleiden naar **vervolghulp**

- Jeugdverpleegkundige zorgt voor **terugkoppeling** naar geboortezorg en bij andere verwijzer of direct betrokkene, ook naar die professional
- Jeugdverpleegkundige **evalueert** het PHB JGZ met het gezin en de verwijzer

4.3 | Signaleren van kwetsbaarheden



Professionals in de zwangerschap vervullen een belangrijke signalerende rol
Wat voorafgaat aan een prenataal huisbezoek start met het signaleren van risicofactoren en beschermende factoren bij aanstaande ouders. Het signaleren van één of meerdere risico's en tegelijkertijd te weinig beschermende factoren kan leiden tot het advies voor een prenataal huisbezoek. In de praktijk zijn eerstelijnsverloskundigen de belangrijkste 'signalerende' partij. Zij zien veel (aanstaande) ouders, zien hen geregeld en vanaf vroeg in de zwangerschap, komen bij cliënten thuis en bouwen een zekere vertrouwensband op. Vanuit hun reguliere professionele rol zijn deze verloskundigen daarom goed in staat om waar te nemen of er risico's zijn die tijdens of na de zwangerschap nadelige effecten kunnen hebben op het kind en gezin als geheel.

Uit gesprekken komt naar voren dat eerstelijns verloskundigen in praktijk vaak deze rol zoals hierboven omschreven vervullen. Ook professionals uit het ziekenhuis en jeugdverpleegkundigen vervullen deze rol in praktijk en verwijzen ouders door naar een PHB. Ook de huisarts speelt mogelijk een rol, maar deze is in praktijk beperkt.

Om goed te signaleren worden regelmatig signaleringsinstrumenten ingezet
In de memorie van toelichting op de wetswijziging voor het PHB is vastgelegd dat 'adequate signaleringsinstrumenten' worden toegepast om kwetsbare situaties in beeld te brengen. Het gaat om vragenlijsten die eerstelijnsverloskundigen afnemen bij de intake die wetenschappelijk bewezen effectief zijn in het inventariseren van risicofactoren en beschermende factoren.

Er zijn meerdere effectieve vragenlijsten zoals 'Mind2Care', 'ALPHA-NL' of 'R4U' en professionals passen deze toe bij of vooraf de intake. Aanstaande ouders vullen deze vragenlijsten zelf in en de zorgverlener analyseert de uitkomsten.

Gesprekspartners zien over het algemeen de meerwaarde van het gebruik van een signaleringsinstrument. Het gebruik van effectieve instrumenten wordt - in combinatie met het professionele inzicht van professionals – gezien als een goed hulpmiddel om bias in de signalering te voorkomen en ook minder zichtbare of voor de hand liggende risicofactoren boven water te krijgen.

Effectieve instrumenten worden in de praktijk niet altijd toegepast
Dat wordt duidelijk uit gesprekken en een eerder onderzoek naar het gebruik hiervan.[1] Hiervoor is een aantal redenen aan te wijzen:

- **Meerwaarde van een instrument:** Enkele professionals geven aan dat een vragenlijst – zeker voor zwangeren in een kwetsbare situaties - niet helpt in het opbouwen van een vertrouwensband, waardoor ze hier terughoudend mee zijn. En ze geven aan dat het gebruik van signaleringsinstrumenten sociaalwenselijke antwoorden soms in de hand werkt.
- **Aansluiting bij realiteit van (aanstaande) ouders mist soms:** professionals ervaren soms dat de vragen niet goed aansluiten bij de leefwereld van de (aanstaande) ouders. 'Het voelt vanuit uitsluitend onderzoeksoogpunt opgesteld'.
- **Praktische bezwaren:** de tijd die het kost om vragenlijsten in te voeren in het ICT-systeem of dat vragenlijsten niet altijd in meerdere talen beschikbaar zijn.
- **Onvoldoende borging in afspraken:** regionale afspraken – bijvoorbeeld in verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) – over het gebruik van signaleringsinstrumenten ontbreken soms.

Een deel van de professionals vertrouwt daarom met name op een eigen anamnese of intuïtie, op basis van gesprekken met de cliënt, en gebruikt geen instrument voor de signalering. Ook worden andere instrumenten ingezet die binnen eigen praktijken zijn ontwikkeld en (nog) niet bewezen effectief zijn.

[1] In een eerder onderzoek blijkt 62% van de verloskundigen geen gevalideerd signaleringsinstrument te gebruiken. Onderzoek: Dijksterhuis & van Baaren (dec 2020). *Drijfveren, obstakels en kansrijke aanknopingspunten bij het signaleren van kwetsbare ouders* (link).

4.4| Advies geven voor een PHB

Het geven van advies begint bij het bespreekbaar maken van kwetsbaarheid
De tweede stap richting het PHB is dat professionals aan aanstaande ouders een PHB adviseren. Aanleiding voor dit advies zijn gesignaleerde risicofactoren en het geven van een advies betekent dat deze risico's of kwetsbaarheden besproken moeten worden met aanstaande ouders. Uit die bespreking kan volgen of een PHB van meerwaarde kan zijn om ondersteuningsbehoeften te inventariseren.

Bespreken is vaak lastiger dan signaleren
Verloskundigen (zowel eerstelijns als tweedelijns) voelen zich niet altijd toegerust om gevoelige onderwerpen zoals psychosociale kwetsbaarheid te bespreken met (aanstaande) ouders. De mate van ervaring (vaardigheid) en beschikbare tijd in consulten om het gesprek hierover aan te gaan spelen daarin een belangrijke rol, zo blijkt ook uit een eerder onderzoek.[1]
Meerdere gesprekspartners geven aan dat er behoefte is aan scholing om het gesprek aan te gaan over gesignaleerde kwetsbaarheden. Het NCJ biedt digitale workshops, maar geeft aan dat deze weinig worden gebruikt. Er zijn vraagtekens of digitale workshops toereikend zijn voor het oefenen van gesprekstechnieken. Verloskundigen en de KNOV geven aan dat er geen extra middelen zijn vrijgemaakt voor hun rol bij het PHB.

Het advies voor een PHB kan aanstaande ouders afschrikken
Wanneer een advies wordt gegeven, zijn aanstaande ouders hier niet altijd ontvankelijk voor. Een huisbezoek kan als ingrijpend worden ervaren, zeker als niet duidelijk is wat het doel ervan is. Hoe het advies wordt gebracht is daarom essentieel, merken veel gesprekspartners op. Een heldere uitleg over de meerwaarde van het PHB en het zo laagdrempelig mogelijk aanbieden hiervan zijn hierin volgens professionals helpend (bijvoorbeeld indien gewenst op een andere locatie, en eventueel met een andere term dan 'prenataal huisbezoek').

Onbekendheid met PHB leidt ertoe dat adviezen (nog) niet altijd gegeven worden
In gesprekken met stakeholders komt naar voren dat het advies voor een PHB niet altijd gegeven wordt terwijl daar aanleiding voor is. Hierin speelt mee dat het PHB op veel plaatsen pas kort bestaat en het doel en de meerwaarde ervan nog niet altijd goed op het netvlies staat van betrokken professionals. Als voorbeeld wordt in een gesprek genoemd dat er twijfels bestaan bij verloskundigen of problematiek van ouders wel 'zwaar' genoeg is om een PHB te adviseren, terwijl in de praktijk een PHB laagdrempelig kan worden geadviseerd, dus ook bij 'lichte' risico's.

Het PHB wordt soms gezien als niet noodzakelijke 'tussenstap'
Adviezen worden soms niet gegeven omdat professionals de meerwaarde van het PHB onvoldoende inzien. Zo wordt door sommige gesprekspartners gesteld dat de brede rol van de JGZ in het doorgeleiden naar ondersteuning of zorg niet altijd onderkend wordt. Ook noemen enkele gesprekspartners dat het PHB soms gezien wordt als onnodige tussenstap om de juiste zorg/ ondersteuning in te zetten.

De meerderheid van de gesprekspartner pleiten voor normalisering van het PHB
De knelpunten in de adviesfase relateren aan het feit dat het PHB in principe alleen geboden wordt aan mensen in ' een kwetsbare situatie', zo menen gesprekspartners. Mensen voelen zich in een hokje geplaatst en zullen niet altijd ontvankelijk, of zelfs argwanend zijn, voor de hulp die hen wordt geboden.

Veel partijen pleiten daarom voor het beschikbaar stellen van het PHB aan alle aanstaande ouders om zo het PHB te 'normaliseren'. Er zijn gemeenten die met deze opzet experimenteren of al langer op deze manier werken.

[1] Dijksterhuis & van Baaren (dec 2020). *Drijfveren, obstakels en kansrijke aanknopingspunten bij het signaleren van kwetsbare ouders* (link).

Intermezzo | Een PHB voor iedereen?

Casusbeschrijving actieonderzoek Delft

In het actieonderzoek 'Integrale Samenwerking rondom Prenatale huisbezoeken in Delft' hebben onderzoekers van het Kennisnetwerk Jeugd Haaglanden met zowel (aanstaande) ouders als professionals uitvoerig gesproken over de term kwetsbaarheid. Zo hebben ze acht (aanstaande) ouders geïnterviewd die, vanwege risicofactoren, door professionals als kwetsbaar worden beschouwd. Opvallend is dat geen van de geïnterviewden over zichzelf sprak als kwetsbaar; verschillende geïnterviewden vertelden zichzelf juist extra sterk te voelen in de zwangerschap. Als ze het over 'kwetsbaren' hadden, dan ging het vaak over de ander. Wel vertelden ze dat je onzeker kunt zijn over jezelf of jouw situatie, of dat het lastig is te moeten vertrouwen op anderen als je zelf de taal niet spreekt of de weg naar organisaties nog niet kent.

Ook professionals vinden het lastig om de mogelijkheid van een PHB met aanstaande ouders te bespreken vanuit de invalshoek van kwetsbaarheid. Ze geven aan dat aanstaande ouders die als kwetsbaar worden gezien niet anders willen worden behandeld dan anderen en minder open staan voor hulp als ze het idee hebben dat zij 'eruit worden gepikt'.

Mede daarom hebben de onderzoekers in het actieonderzoek met de deelnemers gekeken hoe het PHB - in Delft het Goede Start gesprek (GSG) [1] genoemd - onder de aandacht kan worden gebracht, zonder aanstaande ouders het gevoel te geven te worden gestigmatiseerd. De deelnemers kwamen op het idee van 'normaliseren'. Daarmee wordt bedoeld dat het GSG op termijn voor iedereen net zo normaal is als een bezoek aan het consultatiebureau na de geboorte. Het idee hierachter is de drempel te verlagen; zowel voor aanstaande ouders om naar een GSG te komen als voor professionals om deze optie met ouders te bespreken. Iedereen kan immers in een kwetsbare situatie komen tijdens de zwangerschap. In dit onderzoek betekent dit dat de verloskundige het GSG bij elke cliënt onder de aandacht brengt. Het PHB is verder ook opgenomen in het basiszorgpad voor zwangeren[2]. Omdat aanstaande ouders social media, en vooral Instagram, veel gebruiken heeft een van de betrokken ervaringsdeskundigen een sociale media carrousel opgezet. Tot slot wordt bezien of het bespreken van GSG kan worden gecombineerd met het geven van de maternale kinkhoest vaccinatie. De komende tijd kijken de onderzoekers hoe deze manieren uitpakken; wat ouders ervan vinden en hoe het werkt voor professionals.

Over het onderzoek

Verschillende partijen voeren samen een actieonderzoek uit naar het PHB in Delft (2022-2024), specifiek over aansluiting op het cliëntperspectief en de samenwerking tussen medisch en sociaal domein die daarvoor nodig is. Betrokken partijen zijn het Verloskundig samenwerkingsverband Reinier, Reinier de Graaf ziekenhuis, Kraamzorg de Eilanden, DelVi verloskundig centrum, Jeugdgezondheidszorg Zuid-Holland West, Gemeente Delft en de Haagse Hogeschool. Meer informatie via deze link.

[1] JGZ Zuid-Holland West, het Goede Start Gesprek: https://www.jgzzhw.nl/goedestart
[2] VSV Reinier – Basis zorgpad zwangeren: https://vsvreinier.nl/wp-content/uploads/2023/11/Zorgpad-V_2023_11.pdf

4.5| Aanmelden

Bij wet is geregeld dat aanstaande ouders zich zelf aanmelden voor een PHB
Zoals toegelicht in H3.1 was een van de discussiepunten tijdens de totstandkoming van de wet of aanstaande ouders door een zorgprofessional (verloskundige) doorverwezen mochten worden naar de JGZ voor een PHB als zij hier expliciete toestemming voor geven. Na negatief advies van de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) werd gekozen voor de optie waarbij aanstaande ouders zich zelf moeten aanmelden, al dan niet op advies van betrokken zorgprofessionals. Dit gezien het risico dat toestemming niet altijd geacht kan worden in vrijheid te zijn gegeven, wanneer iemand zich in een kwetsbare situatie bevindt.

JGZ-organisaties hebben op hun websites aanmeldportals ingericht waar mensen zichzelf kunnen aanmelden voor een PHB. Bij de aanmelding moeten contactgegevens worden ingevuld en wordt soms ook een korte toelichting op de aanmelding gevraagd.

Gesprekspartners zien het zelf aanmelden als grote drempel voor ouders
In gesprekken merken gesprekspartners veelal op dat het zelf moeten aanmelden een grote drempel is voor aanstaande ouders. Er wordt gesteld dat juist de kwetsbaarste doelgroep, waarvoor een PHB potentieel van grote meerwaarde is, hiermee niet goed bereikt wordt. Immers, taalbarrières en een gebrek aan digitale vaardigheden komen in de doelgroep vaak voor. Ook stellen gesprekspartners dat in de doelgroep relatief veel mensen zitten die zorgmijdend zijn en wantrouwend richting instanties. Zij zullen minder snel geneigd zijn zichzelf aan te melden na een advies wanneer iemand hen hier niet bij helpt.

Onder meerdere gesprekspartners bestaat onbegrip voor het niet mogen doorverwijzen[1] van (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie. Zij ervaren dit als willekeurig, bijvoorbeeld omdat een huisarts in veelal wel mag doorverwijzen naar zorg of ondersteuning buiten het eigen werkterrein.

Aan de andere kant benadrukken enkele gesprekspartners ook het belang van vrijwilligheid van het PHB en de zorgen van de AP op dit punt. Dit vraagt volgens hen om een zorgvuldig proces met voldoende waarborgen met het oog op ‘informed consent’.

In de praktijk wordt door de zorgverlener doorverwezen naar de JGZ
Vanuit gesprekspartners komt het beeld naar voren dat dat in de praktijk ouders zichzelf vaak niet aanmelden voor een PHB en dat de aanmelding vaak wordt gedaan door of samen met de eerstelijns verloskundige. Dit komt ook terug in de aanmeldportalen van JGZ-organisaties, die niet zelden (ook) zijn gericht op de zorgverlener als doorverwijzer. Bijvoorbeeld doordat op het digitale formulier moet worden aangevinkt dat de cliënt toestemming heeft gegeven voor de aanmelding. In gesprekken wordt duidelijk dat het uitgangspunt van ‘zelf aanmelden’ niet altijd bekend is bij professionals. De ontstane praktijk leidt tot een discussiepunt. Dit staat centraal op de volgende pagina.

De wens tot een eenvoudiger en meer uniform aanmeldproces
Over het aanmeldproces merken gesprekspartners op dat er soms meer informatie wordt uitgevraagd dan nodig (namelijk: NAW-gegevens). Uit de interviews blijkt dat per JGZ-organisatie veel variatie zit in de hoeveelheid informatie die wordt uitgevraagd bij de aanmelding. Met name voor (boven)regionaal werkende professionals, die te maken hebben met vele JGZ-organisaties, kan dit lastig werken. Volgens professionals kan de hoeveelheid uitgevraagde informatie voor ouders een drempel zijn in de aanmelding (bijvoorbeeld wanneer wordt gevraagd een beschrijving te geven van de persoonlijke situatie). professionals die assisteren in de aanmelding of deze zelf doen kost het aanmelden – afhankelijk van het aantal verplichte invulvelden in het aanvraagformulier – soms meer tijd dan zij hiervoor noodzakelijk achten.

[1] Met doorverwijzen bedoelen we hier de praktijk waarbij de zorgprofessional persoonsgegevens deelt met de JGZ om de cliënt aan te melden.

Intermezzo | Zelf aanmelden als discussiepunt

Het uitgangspunt dat (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie zich zelf moeten aanmelden blijkt in de praktijk niet overal te zijn geland. Bovendien blijkt dat ouders – al is de mogelijkheid er – zichzelf nauwelijks aanmelden. Professionals bepleiten dat ouders hierin ondersteund moeten worden en uiten onbegrip over het wettelijke uitgangspunt. Tegelijkertijd moeten er goede waarborgen gelden voor de vrijwilligheid van het prenatale huisbezoek, zoals ook gesignaleerd door de AP. De praktijk lijkt niet in lijn te zijn met de wet en dit leidt tot discussie over wat wenselijk is. In die discussie moet een afweging worden gemaakt tussen het bereik en het doel van het PHB enerzijds en het waarborgen van vrijwillig gebruik van het PHB anderzijds, zoals hieronder weergegeven.

Het zelf aanmelden vormt een belemmering in het bereik de doelgroep en daarmee de meerwaarde van het PHB

Het zelf aanmelden voor het PHB vormt in de praktijk een belemmering voor een deel van de aanstaande ouders in een kwetsbare situatie. Bepaalde kenmerken van deze doelgroep (o.a. taalbarrières, laaggeletterdheid, beperkte digitale vaardigheden) maken dat het lastig kan zijn om via de website het aanmeldformulier van de JGZ voor het PHB in te vullen. Aanstaande ouders die thuis geen laptop hebben of de Nederlandse taal niet goed beheersen, zijn in beperkte mate in staat om zichzelf bij de JGZ aan te melden voor het PHB. Het risico is zodoende dat je de kwetsbaarste doelgroep verliest in het proces van het zelf aanmelden. Om deze reden kiezen veel professionals ervoor om de aanmelding zelf of gezamenlijk met de zwangere te doen.



Bij het aanmelden door professionals kan niet altijd worden aangenomen dat toestemming vrijwillig is

Het risico van de aanmelding door professionals laten uitvoeren met toestemming van ouders, is dat van een deel van de doelgroep niet verwacht kan worden dat toestemming vrijwillig wordt gegeven. Aanstaande ouders in een kwetsbare situatie zouden bijvoorbeeld niet altijd kunnen komen tot een goed geïnformeerde en weloverwogen wilsuiting voor het PHB, zo stelt de Autoriteit Persoonsgegevens in haar advies.[1] Doorverwijzen naar de JGZ zoals dat in de huidige situatie kan plaatsvinden (waarbij bijzondere persoonsgegevens met toestemming worden gedeeld) is daarom in strijd met de AVG. Een wettelijke basis voor de zorgverlener om de aanmelding te verrichten lost dit juridische knelpunt op, al is het daarnaast van belang om voldoende waarborgen voor vrijwilligheid in te bouwen.

[1] Autoriteit Persoonsgegevens (2020), advies wijziging wet publieke gezondheid

4.6 | Op huisbezoek gaan (1/3)

Het prenataal huisbezoek bestaat over het algemeen uit drie onderdelen

1. Het in kaart brengen van de ondersteuningsbehoefte
2. Het opstellen van een plan van aanpak
3. Het al dan niet toeleiden van aanstaande ouders naar vervolgaanbod

JGZ-verpleegkundigen voelen zich voldoende vaardig voor het PHB

Het invoeren van het prenataal huisbezoek als wettelijke taak brengt voor JGZ-professionals een nieuwe rol met zich mee. De nieuwheid van deze rol komt vooral terug in de grotere betrokkenheid tijdens de zwangerschap en het vaker schakelen met geboortezorgpartijen. Jeugdverpleegkundigen gaven aan dat deze nieuwe taak in de beginfase soms nog even wennen was. Desondanks voelen jeugdverpleegkundigen zich overwegend goed in staat om het PHB uit te voeren. Zo merken zij gelijkenissen op met de type gespreksvoering die ze met ouders in kwetsbare situaties voeren vanuit het consultatiebureau en tijdens programma's zoals Stevig Ouderschap en VoorZorg. Gespreksmethodieken die nu voor het PHB worden ingezet (zoals de GIZ-methodiek en Samen Starten) gebruikten jeugdverpleegkundigen veelal ook al vòòr het uitvoeren van het PHB.

De eerste verkenning van de NCJ naar de implementatie van het PHB door de JGZ[1] bevestigt dit beeld: 90% van de 156 jeugdverpleegkundigen gaven aan zich voldoende vaardig te voelen voor het PHB.

Over het algemeen betreft het PHB meer dan één gesprek

Afhankelijk van de problematiek van aanstaande ouders, blijkt één huisbezoek doorgaans niet voldoende te zijn. Hoewel het uitgangspunt van de financiering één huisbezoek is, komt uit de gesprekken met jeugdverpleegkundigen naar voren dat er in de praktijk veelal nog 1 tot 3 opvolgmomenten nodig zijn na het eerste huisbezoek. Vervolggesprekken zijn vaak nodig om problematiek beter in beeld te krijgen, een vertrouwensband te creëren of om in gesprek te gaan over de transitie van partner naar ouderschap. Jeugdverpleegkundigen geven daarbij aan dat ouders het krijgen van meerdere huisbezoeken als zeer waardevol ervaren. Een van de doelgroepen die werd genoemd waarbij meerdere huisbezoeken van waarde kunnen zijn is bij statushouders. Zo kunnen jeugdverpleegkundigen deze doelgroep in meerdere huisbezoeken begeleiden bij het vinden van de juiste zorgpaden in Nederland. Vervolgbezoeken vallen in principe binnen de reguliere inzet van de JGZ.

In de eerste verkenning van het NCJ naar de implementatie van het PHB[1] door de JGZ geeft 47% van de 156 jeugdverpleegkundigen aan dat één huisbezoek meestal niet voldoende is.

De benaming en vorm van het PHB varieert per gemeente

Het "prenataal huisbezoek" wordt niet door elke JGZ organisatie zo genoemd. Zo kiezen sommige JGZ-organisaties ervoor om het een zwangerschapsgesprek of kennismakingshuisbezoek te noemen om de drempel hiervoor te verlagen. Ook kiezen sommige JGZ-organisaties bewust voor een andere vorm voor het PHB. Waar het prenataal huisbezoek over het algemeen vaak thuis plaatsvindt, gaan jeugdverpleegkundigen in sommige gevallen rondje wandelen met aanstaande ouders of voeren ze het gesprek bij de verloskundige praktijk. Zo zijn er verschillende manieren om de drempel voor het prenataal huisbezoek in de praktijk te verlagen.

[1] Eerste verkenning in de jeugdgezondheidszorg van de implementatie van het prenatale huisbezoek door de jeugdgezondheidszorg (PHB JGZ).
- vanuit NCJ aangeboden aan tijdschrift JGZ (Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg)

4.6| Op huisbezoek gaan (2/3)

1 Het in kaart brengen van de ondersteuningsbehoefte

Tijdens het eerste huisbezoek maken jeugdverpleegkundigen kennis met de aanstaande ouders, om vervolgens hun ondersteuningsbehoeften breed in kaart te brengen. Hiervoor werken jeugdverpleegkundigen in de praktijk veelal met de “Gezamenlijk Inschatten Zorgbehoeften” (GIZ) methodiek. Aan de hand van een praatplaat bespreken ze met ouders waar hun ontwikkel- en zorgbehoeften liggen. De toegevoegde waarde hiervan zou volgens jeugdverpleegkundigen liggen in het feit dat ouders zelf kunnen aangeven welke onderwerpen ze willen bespreken en wat de impact is van bepaalde problemen op hun dagelijks leven. Andere methodieken die in de praktijk gebruikt worden tijdens het huisbezoek zijn Samen Starten (het DMO protocol) en SPARK. Deze methodieken sluiten volgens jeugdverpleegkundigen goed aan bij het in kaart brengen van de hulpvraag in een kwetsbare situatie.

Als het gaat om het gebruik van de methodieken signaleren jeugdverpleegkundigen nog een aantal belemmeringen:

- Uit gesprekken met jeugdverpleegkundigen komt naar voren dat methodieken in de praktijk op verschillende manieren worden ingezet. Zo gaf een jeugdverpleegkundige het voorbeeld dat de GIZ-methodiek bij haar JGZ-organisatie op verschillende manieren toegepast wordt of zelfs niet gebruikt wordt. Het verschillend toepassen van een methodiek zou er mogelijk toe kunnen leiden dat de ondersteuningsbehoefte van een aanstaand gezin in een kwetsbare situatie minder effectief in kaart gebracht kan worden.
- Een ander knelpunt is dat jeugdverpleegkundigen aangeven al ver voor het invoeren van het PHB te zijn geschoold in de GIZ-methodiek. Dit maakt dat zij zich in mindere mate geëquipeerd voelen om deze methodiek in te zetten voor het PHB. Er is behoefte bij de geïnterviewde jeugdverpleegkundigen aan het gezamenlijk bespreken van casussen en behandelen van verschillende voorbeelden van gespreksmethodieken, om zich beter toegerust te voelen in het gesprek.

2 Het opstellen van een plan van aanpak

Na het in kaart brengen van de ondersteuningsbehoefte van aanstaande ouders, stellen jeugdverpleegkundigen samen met ouders een plan van aanpak op. Dit is in de praktijk niet in alle gevallen nodig: het huisbezoek zelf voorziet voor een deel van de aanstaande ouders al in hun ondersteuningsvraag. Zo geven jeugdverpleegkundigen aan dat aanstaande ouders zich door de gesprekken tijdens een prenataal huisbezoek soms al voldoende ondersteund voelen. Dit maakt dat de inzet van vervolghulp naar aanleiding van een prenataal huisbezoek niet altijd nodig is.

In de gevallen waar extra ondersteuning naast het PHB nodig blijkt te zijn, stelt de jeugdverpleegkundige samen met ouders en eventueel in overleg met andere professionals een plan van aanpak op.

Bij complexe, meervoudige problematiek ervaren jeugdverpleegkundigen dat het soms lastig kan zijn om zelfstandig de juiste inschatting te maken over de inzet van passend vervolgaanbod. In dit soort gevallen overleggen ze met collega jeugdverpleegkundigen, jeugdartsen of gemeentelijke teams/wijkteams over een passend plan van aanpak (met toestemming van ouders). Zo spelen jeugdartsen vaak een actieve rol in het meedenken hierover, al dan niet in casuïstiekoverleggen. De mogelijkheid om af te stemmen is van groot belang bij het komen tot een passend plan van aanpak.

4.6| Op huisbezoek gaan (3/3)

3 Het al dan niet toeleiden van aanstaande ouders naar vervolgaanbod

Op het moment dat het nodig blijkt om vervolghulp in te zetten, kan een jeugdverpleegkundige aanstaande ouders toeleiden naar passende hulp. In het toeleiden doen jeugdverpleegkundigen een beroep op de eigen kracht van ouders, al blijkt geregeld ondersteuning nodig om de hulpvraag goed te formuleren. Er zijn verder signalen dat jeugdverpleegkundigen zwangeren in een kwetsbare situatie vooral naar JGZ-interventies zoals Stevig Ouderschap en VoorZorg toeleiden en in mindere mate richting het sociaal domein. Een verklaring hiervoor is dat deze interventies vaak goed aansluiten op de doelgroep. Een andere verklaring kan zijn dat jeugdverpleegkundigen beter bekend zijn met hun “eigen” interventies en in mindere mate met de mogelijkheden vanuit het sociaal domein. Onderstaand een overzicht van de belangrijkste knelpunten per type vervolgaanbod.

Belangrijkste knelpunten per type vervolgaanbod:

Sociaal domein (Wmo, Jeugdwet, Participatiewet, Wgs)

Lichte ondersteuning/maatschappelijk werk vanuit Wmo, schuldhulpverlening, ondersteuning bij vinden werk of bij huisvestingproblematiek.

↳ *Voor (startende) jeugdverpleegkundigen kan het nog lastig zijn om zicht te hebben op de verschillende mogelijkheden die het sociaal domein te bieden heeft. Dit is omvangrijk, en het aanbod en de organisatie kunnen per gemeente (en soms per wijk) verschillen*

JGZ (Wpg)

VoorZorg, Stevig Ouderschap en jeugdverpleegkundigen die vaker langs komen tijdens een zwangerschap al dan niet in de vorm van een huisbezoek

↳ *Niet in alle gemeenten is VoorZorg en Stevig Ouderschap ingekocht. Partijen spreken de wens uit om dit in elke gemeente aan te bieden, door het te borgen via de Wet Publieke Gezondheid (Wpg).*

Psychische of fysieke zorg (Zvw)

POH-ggz/ huisartsen/ vervolgens evt. GGZ

↳ *Op het moment dat een ouder psychische hulp nodig heeft, vormen de lange wachtlijsten vanuit de GGZ een grote belemmering.*

4.7 | Terugkoppelen aan professional die het advies gaf (1/2)

Na het uitvoeren van het PHB dient terugkoppeling plaats te vinden
De handreiking over het PHB JGZ stelt dat na het uitvoeren van het huisbezoek, de jeugdverpleegkundige het vervolgtraject en de gemaakte afspraken aan de signalerende professional en de coördinerend verloskundig zorgverlener (indien dit niet de signaleerder was) terugkoppelt. Dit zou in afstemming met en met instemming van de zwangere en/of het gezin moeten plaatsvinden.

De meerwaarde van terugkoppeling wordt breed onderkend
Vrijwel alle professionals die deelnamen aan dit onderzoek onderstrepen de meerwaarde van terugkoppeling. Zo werkt het op de hoogte zijn van wat het resultaat is geweest van een prenataal huisbezoek als stimulans voor geboortezorgprofessionals om vaker het advies hiervoor uit te geven. Een eerstelijnsverloskundige illustreerde dit door aan te geven niet helemaal overtuigd te zijn van de meerwaarde het prenataal huisbezoek, omdat ze niet teruggekoppeld krijgt wat de nut is geweest van de inzet van een PHB. Terugkoppeling werkt zo als een katalysator voor het uitbrengen van meer adviezen voor het PHB vanuit de geboortezorg – en dus het bereiken van een bredere doelgroep.

De terugkoppeling over het PHB komt in de praktijk echter nog te beperkt voor
Hoewel het de bedoeling is dat terugkoppeling structureel plaatsvindt na een PHB, merken eerste- en tweedelijnsverloskundigen op dat dit te weinig gebeurt. Bij meerdere jeugdverpleegkundigen wordt dit beeld onderkend. In gesprekken worden diverse oorzaken genoemd:

- Een deel van de professionals koppelt om meer bewuste redenen niet terug aan de signalerende professional. Doordat ouders zichzelf eigenlijk moeten aanmelden, geven een aantal JGZ-organisaties aan dat terugkoppeling niet aan een geboortezorgprofessional maar aan de ouder moet plaatsvinden. Zo moedigen sommige jeugdverpleegkundigen ouders bewust aan om deze terugkoppeling vervolgens wel met de verloskundige te bespreken. Hoewel dit in de praktijk in enige mate gebeurt, is het gevolg hier ook wel van dat informatie verloren gaat.
- Jeugdverpleegkundigen geven aan in de waan van de dag of simpelweg door de al grote werkdruk, niet meer aan terugkoppeling toe te komen/ te denken.
- Ook is het een belemmering dat geboortezorgprofessionals en jeugdverpleegkundigen in sommige gevallen in verschillende systemen werken. Dit belemmert eenvoudige terugkoppeling via één uniform systeem. Het integrale gegevensuitwisselingssysteem Babyconnect kan dit in de toekomst gemakkelijker maken.
- Soms spelen meer praktische redenen een rol bij de beperkte terugkoppeling. Doordat een aanstaande ouder zichzelf aanmeldt is het vaak niet bekend bij de JGZ aan welke professional teruggekoppeld moet worden. Dit kan ondervangen worden door in het aanmeldformulier uit te vragen welke professional het advies voor het PHB uit heeft gegeven.



4.7 | Terugkoppelen aan professional die het advies gaf (2/2)

Als terugkoppeling plaatsvindt gebeurt dat op verschillende manieren
Een deel van de gesproken jeugdverpleegkundigen geeft aan consequent terug te koppelen. Op het moment dat jeugdverpleegkundigen deze terugkoppeling doen, zijn er verschillende manieren waarop dit in de praktijk plaatsvindt. Voorbeelden zijn het sturen van een informele mail, het direct bellen, het bij elkaar langslopen (in de gevallen dat de JGZ nabij een verloskundig praktijk is gehuisvest) of de applicatie Silo waar veel zorgprofessionals meewerken.

Niet de inhoud, maar procesinformatie staat centraal in de terugkoppeling
Over het algemeen is het beeld dat wanneer jeugdverpleegkundigen terugkoppelen, zij procesinformatie terugkoppelen. Een voorbeeld van procesinformatie is: “het PHB is uitgevoerd en vervolghulp voor de aanstaande ouders is ingezet”. Jeugdverpleegkundigen beschrijven dit ook wel als het onderscheid tussen *dat* en *wat* informatie. Zo koppelen ze terug *dat* vervolghulp is ingezet, maar niet *wat* voor type vervolghulp. Op deze manier proberen jeugdverpleegkundigen de privacy van aanstaande ouders te borgen. Het verkrijgen van toestemming van ouders voor terugkoppeling is daarbij vereist.

Een deel van de JGZ-organisaties heeft het proces van terugkoppeling geborgd, een deel (nog) niet
Over het maken van afspraken over terugkoppeling komt een divers beeld naar voren uit de praktijk. Zo zijn er in gesprekken voorbeelden genoemd van JGZ-organisaties over uitgebreide werkinstructies of afspraken met verloskundigepraktijken voor de terugkoppeling. Hierin staat bijvoorbeeld beschreven dat terugkoppeling altijd met medeweten en instemming van de cliënt moet plaatsvinden met zogeheten ‘need-to-know’ informatie. Andere jeugdverpleegkundigen geven aan wel te weten dat terugkoppeling moet plaatsvinden, maar zijn niet op de hoogte van eventuele afspraken die hierover zijn gemaakt.



5. Bevindingen I Randvoorwaarden

5.1 | Ketensamenwerking

5.2 | Regierol gemeenten

5.3 | Gegevensverwerking en -deling

5.1 | Ketensamenwerking (1/4)

Een nauwe ketensamenwerking is van belang voor het slagen van het PHB
Het PHB valt of staat met een ketensamenwerking tussen de JGZ en de beroepsgroepen in de geboortezorg, het sociaal domein en de huisartsen. Het gezamenlijk optrekken in de ondersteuning en zorg voor (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie is essentieel om het gezin passende ondersteuning te bieden.

- **De JGZ** is de uitvoerende instantie voor het PHB. Het is van belang dat andere partijen JGZ goed moeten kunnen vinden en vice versa om het PHB te laten slagen.
- **Eerstelijnsverloskundigen** spelen een belangrijke rol als het gaat om het signaleren van een kwetsbare situatie en het vervolgens adviseren van een PHB. Verloskundigen en de JGZ weten elkaar in de praktijk relatief goed te vinden. Het is van belang om in de toekomst te blijven investeren in deze samenwerking.
- **Kraamverzorgenden** kunnen een rol spelen bij het adviseren van een PHB tijdens de intake voor kraamzorg en het schakelen met de JGZ over de meest passende ondersteuning voor een aanstaand gezin. Op dit moment laat de praktijk zien dat de verbinding tussen de JGZ en kraamzorg rondom het PHB nog te beperkt is.
- **Wijkteams** kunnen een rol spelen als het gaat om het adviseren van een PHB en het aanbieden van vervolghulp na het PHB. De samenwerking tussen de wijkteams en jeugdverpleegkundigen komt steeds meer op gang, maar behoeft blijvende aandacht in de toekomst.
- **Ziekenhuis professionals** kunnen een belangrijke signalerende en adviserende rol spelen bij het PHB. De samenwerking tussen ziekenhuisprofessionals en de JGZ kan over het algemeen structureler geborgd worden rond het PHB.
- **Huisartsen** hebben in potentie een signalerende en adviserende rol, maar ook een verwijzende rol bij medische en/of psychische trajecten na het PHB. Op dit moment zijn huisartsen nog beperkt betrokken bij de samenwerking rondom het PHB.

Zie de volgende twee pagina's voor meer toelichting over hoe deze samenwerking in de praktijk tot stand komt



5.1 | Ketensamenwerking (2/4)

1. Het PHB geeft een impuls voor samenwerking tussen de JGZ en verloskundigen

Eerstelijns- en tweedelijnsverloskundigen en jeugdverpleegkundigen weten elkaar sinds de invoering van PHB steeds beter te vinden. **Deze professionals geven aan deze versterkte samenwerking als belangrijke winst van het PHB te zien**.
Hoewel deze twee beroepsgroepen elkaar steeds beter weten te vinden, is dit niet overal in het land het geval. Zo lopen jeugdverpleegkundigen en verloskundigen tegen een aantal belemmeringen aan bij het samenwerken:

- Een van de genoemde knelpunten is dat de verloskundigen en jeugdverpleegkundigen in de praktijk nog **te weinig gezamenlijk optrekken in het creëren van een groter doelgroepbereik voor het PHB**. Zo zouden jeugdverpleegkundigen volgens sommige verloskundigen onvoldoende zicht hebben op de drempels die ouders tijdens de gesprekken met verloskundigen ervaren om zich voor het PHB aan te melden. Tegelijkertijd geven jeugdverpleegkundigen aan te merken dat verloskundigen terughoudend zijn in het uitgeven van het advies voor een PHB. Dit zou komen omdat deze verloskundigen niet altijd zicht hebben op de potentiële meerwaarde van een PHB, onder andere door beperkte terugkoppeling in de praktijk (zie hoofdstuk 4.5). De wens van professionals is, zowel in het verminderen van de drempels voor het aanmelden voor het PHB als in het vergroten van het inzicht over de meerwaarde van het PHB, meer in gezamenlijkheid op te trekken.
- Een genoemde belemmering bij de totstandkoming van de samenwerking is **de grootte van werkgebied van deze twee beroepsgroepen**. Doordat jeugdverpleegkundigen in de praktijk vaak met veel verschillende verloskundigen moeten schakelen en vice versa, is het lastig om korte lijntjes te creëren.
- VSV's zijn volgens professionals een vehikel om de samenwerking tussen de JGZ en verloskundigen structureel te maken, onder andere door het maken van uniforme werk- en samenwerkingsafspraken. **Gesprekspartners geven aan dat deze afspraken in de praktijk nog vaak ontbreken en de JGZ nog niet structureel bij VSV's is aangehaakt**. Wat meespeelt is dat VSV's in wisselende mate geprofessionaliseerd zijn, het basiskader kan hier een bijdrage aan gaan leveren. Een breed gedragen wens vanuit partijen en professionals is om de betrokkenheid van de JGZ bij VSV's structureler te borgen – en dan niet alleen op uitvoeringsniveau, maar ook op beleidsniveau.

Gesprekspartners delen de wens om de komende jaren te blijven investeren in het opbouwen van het onderlinge vertrouwen en de korte lijntjes, met het oog op een effectieve ketensamenwerking rond (onder andere) het PHB.

5.1 | Ketensamenwerking (3/4)

2. In de praktijk is de samenwerking tussen de JGZ en kraamzorg rond het PHB (nog) vrij beperkt

Hoewel de meerwaarde van de samenwerking tussen de JGZ en kraamzorg breed wordt onderkend, is deze samenwerking in de praktijk nog gering. Zo geven jeugdverpleegkundigen en kraamverzorgenden aan **beperkt gezamenlijk op te trekken rondom de ondersteuning voor (kwetsbare) zwangeren**. Het zou volgens professionals van meerwaarde zijn om tijdens een PHB vaker te bespreken of kraamzorg al is ingezet. Ook is de overdracht na het PHB richting de kraamzorg in de praktijk nog vaak beperkt. Dit maakt dat een kraamverzorgende tijdens de kraamtijd nog niet altijd op de hoogte is van wat er al speelt rondom een gezin. Daarnaast zouden kraamverzorgenden maar beperkt een advies uitgeven voor het PHB. Hoewel dit past bij de beperkte rol van kraamverzorgenden tijdens de zwangerschap, zou deze mogelijkheid tijdens de intake van kraamhulp nog beter benut kunnen worden – zo geven professionals aan.

3. De samenwerking tussen de wijkteams en jeugdverpleegkundigen komt steeds meer op gang, maar behoeft blijvende aandacht in de toekomst.

Wijkteams kunnen een signalerende- en adviserende rol spelen voor het PHB, maar vooral ook een rol in het aanbieden van vervolghulp na het PHB. Dit maakt **het van belang om te blijven investeren in de verbinding tussen de JGZ en de wijkteams.** Over het algemeen wordt van JGZ verwacht dat ze de sociale kaart goed kent, gezien zij op het grensvlak van het medische en sociale domein opereert. Meerdere gesprekspartners geven aan dat de JGZ-professionals goed in staat zijn hierop te acteren. Zo illustreert een jeugdverpleegkundige dit door aan te geven dat JGZ-organisaties steeds vaker wijkgericht te werk te gaan. Dit is echter nog niet altijd het geval. Zo geven twee JGZ professionals aan dat het voor startende jeugdverpleegkundigen lastig kan zijn om zicht te krijgen op de vaak uitgebreide sociale kaart. Ook zou verloop van personeel bij wijkteams het creëren van korte, vaste lijntjes tussen jeugdverpleegkundigen en wijkteammedewerkers in de weg staan. Dit maakt dat deze twee jeugdverpleegkundigen aangeven dat de mogelijkheden die het sociaal domein te bieden heeft, nog meer benut kan worden.

74% van de 156 jeugdverpleegkundigen gaf in de NCJ vragenlijst over de implementatie van het PHB JGZ[1] aan de samenwerking met lokale partners in het sociale domein als goed te beoordelen.

[1] Eerste verkenning in de jeugdgezondheidszorg van de implementatie van het prenatale huisbezoek door de jeugdgezondheidszorg (PHB JGZ).
- vanuit NCJ aangeboden aan tijdschrift JGZ (Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg)

5.1 | Ketensamenwerking (4/4)

4. Over het algemeen kan de samenwerking rond de ziekenhuispopulatie beter

Op de poli's in het ziekenhuis voor zwangere met psychische en overige kwetsbaarheden werken professionals met elkaar samen. Regelmatig is de JGZ daar ook bij betrokken. De ziekenhuisprofessionals en jeugdverpleegkundigen ervaren dat zij elkaar beter kunnen vinden dankzij het PHB. Dat is belangrijk, aangezien dit in potentie een doelgroep is die baat heeft bij een PHB. Tegelijkertijd laat dit onderzoek zien dat **het PHB voor de ziekenhuispopulatie nog niet overal goed wordt benut (waar relevant)**. De signalerende en adviserende rol vanuit de poli's kan volgens professionals beter, de potentie en werkwijze van het PHB is beperkt bekend en de samenwerking met de JGZ is niet overal structureel verankerd.

5. Huisartsen zijn op dit moment beperkt betrokken bij de samenwerking rond PHB

Huisartsen spelen een belangrijke rol als het gaat om het signaleren van een kwetsbare situatie en het doorverwijzen van aanstaande ouders na een PHB in het geval van psychische problematiek. Hoewel het PHB in de NHG standaard zwangerschap is opgenomen, is het beeld van de gesprekspartners (waaronder ook een huisarts) dat **huisartsen in de praktijk nog beperkt advies uitbrengen voor het PHB.** Dit is te verklaren vanuit het feit dat huisartsen na het signaleren van kwetsbaarheden de verloskundige als het eerste aanspreekpunt zien om deze kwetsbaarheden te bespreken (waarna de verloskundige eventueel een PHB advies geeft). In de praktijk zal de rol van de huisartsen rondom het PHB beperkt blijven, omdat ze niet alle zwangere vrouwen in hun praktijk voorbij zien komen (in tegenstelling tot geboortezorgprofessionals).

Tevens blijken de korte lijntjes tussen jeugdverpleegkundigen en huisartsen vaak te ontbreken. Als reden wordt met name de beperkte tijd genoemd die huisartsen hebben om te investeren in deze samenwerking.

5.2 | Registratie en gegevensuitwisseling (1/2)

Het inregelen van registratie en gegevensdeling is van belang voor het PHB
Het registreren van relevante gegevens voor het PHB is belangrijk om de juiste zorg te kunnen leveren. Goede inregeling van de registratie wordt daarom beschouwd als een randvoorwaarde voor de uitvoering van het PHB. JGZ-organisaties zijn verantwoordelijk voor een goed registratiesysteem voor prenatale huisbezoeken, onder de regie van gemeenten.

Een ouderdossier is nodig om het PHB te registreren, maar ontbreekt soms
JGZ-organisaties werken hoofdzakelijk met kinddossiers om gegevens aangaande het kind en rondom eventuele zorgverlening te registreren. Het PHB kan niet in een kinddossier geregistreerd worden, want het PHB wordt uitgevoerd voor de ouder(s) van een nog ongeboren kind. Het kinddossier is daarmee een oneigenlijke plaats om gegevens rondom het PHB te registreren. Een geschikte plaats hiervoor is een dossier voor ouders van een (ongeboren) kind (het ouderdossier). Een ouderdossier is niet alleen noodzakelijk voor de registratie van het PHB, maar is ook de aangewezen plaats voor het registreren van de maternale kinkhoestvaccinatie.

Het gebruik van een ouderdossier is echter nog niet wijd verspreid en landelijke richtlijnen hiervoor ontbreken. Ondanks voornemens, is het niet gelukt dit voor de invoering van het PHB als wettelijke taak in te regelen. Dit was tijdens de totstandkoming van de wet een discussiepunt, zoals genoemd in 3.1.

79% van de 156 jeugdverpleegkundigen gaf in de NCJ vragenlijst over de implementatie van het PHB[2] aan een eigen digitaal volwassendossier te gebruiken.

Een gebrek aan richtlijnen leidt tot verschillen in de registratie
JGZ-organisaties dienen de bevindingen en afspraken van PHB's te registreren. Er is een blauwdruk[3] opgesteld door het NCJ die een handvat biedt in wat er geregistreerd moet worden. Deze blauwdruk is echter niet aangepast naar aanleiding van het PHB en geeft geen handvatten in hoe er geregistreerd moet worden. Dit heeft ertoe geleid dat organisaties zelf aan de slag zijn gegaan met het uitzetten van eisen voor dossiers die voor ouderinformatie gebruikt kunnen worden bij hun leverancier. Daardoor bestaan er nu allerlei vormen van registratie. Het beeld uit gesprekken is dat meer dan de helft van de JGZ-organisaties werkt met een ouderdossier, een deel werkt in tijdelijke dossiers, en een deel werkt in de kinddossiers.

Het gebruik van landelijke richtlijnen leidt tot een aantal knelpunten en risico's, die op de volgende pagina's worden beschreven.

[1] NCJ (oktober 2021). *Handreiking 'Prenataal huisbezoek door de JGZ'*. (link)
[2] Eerste verkenning in de jeugdgezondheidszorg van de implementatie van het prenatale huisbezoek door de jeugdgezondheidszorg (PHB JGZ).
- vanuit NCJ aangeboden aan tijdschrift JGZ (Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg)
[3] NCJ (2019). Blauwdruk Prenatale registratie JGZ (link).

5.2 | Gegevensverwerking en –deling (2/2)

De verscheidenheid aan registratievormen leidt tot knelpunten en risico's
In gesprekken wordt meermaals benoemd dat het gebrek aan richtlijnen, en daardoor het ontstaan van diverse oplossingen van JGZ-aanbieders, leidt tot knelpunten. Een aantal knelpunten die zijn benoemd zijn:

- Belangrijke informatie die wordt opgevraagd door bijvoorbeeld gemeenten is **niet altijd beschikbaar**, doordat er geen/beperkt afspraken zijn over wat en hoe te registreren.
- Een gebrek aan eenduidigheid van informatie leidt tot **beperkte mogelijkheden voor landelijke monitoring**; lokale cijfers kunnen moeilijk worden vergeleken.
- In sommige gevallen kiezen JGZ-organisaties er nu voor om te werken met tijdelijke dossiers en informatie vervolgens te **kopiëren naar het kinddossier**. Dit is onwenselijk en in strijd met de wet.
- In sommige gevallen registreren JGZ-organisaties als **tussenoplossing op papier**, dit is geen veilige vorm van databeheer.
- Door investeringen in de werkwijze rondom registratie en software-aanpassingen, is het moeilijk om **later nieuwe registratie-eisen** ingeregeld te krijgen.

Er wordt momenteel vanuit het NCJ gewerkt aan richtlijnen voor eenduidige registratie van gegevens uit het PHB over de (aanstaande) ouders in het ouderdossier. In de technische aspecten hiervan blijkt de totstandkoming van de richtlijnen een bewerkelijk proces, waarbij zorgvuldig wordt gewerkt om te zorgen dat de uiteindelijke richtlijnen toekomstbestendig zijn en in lijn met andere ontwikkelingen. Het is nog niet duidelijk wanneer deze richtlijnen af zijn.

Er bestaan wettelijke richtlijnen voor gegevensdeling rond het PHB
De twee belangrijkste vormen van gegevensdeling rondom het PHB vinden plaats bij de aanmelding van een (aanstaand) gezin en de terugkoppeling van het PHB. Voor de aanmelding zijn er wettelijke richtlijnen, voor de terugkoppeling zijn die er in mindere mate. Voor de terugkoppeling is het in strijd met de AVG om een gedetailleerde inhoudelijke terugkoppeling te geven, maar mag er wel procesinformatie gedeeld worden.

Er zijn risico's doordat de richtlijnen voor gegevensdeling niet altijd bekend zijn
Zoals besproken in paragraaf 4.3 is de wettelijke richtlijn voor aanmelding dat een (aanstaand) gezin zichzelf aanmeldt. Er is een wezenlijk risico dat zorgverleners die ouders aanmelden (onbewust) in strijd handelen met de AVG. Ditzelfde risico geldt voor de terugkoppeling: het kan voorkomen dat professionals (onbewust) privacygevoelige informatie delen zonder expliciete toestemming van het (aanstaande) gezin.

5.3 | Opdrachtgeversrol gemeenten (1/2)

De gemeente is voor het PHB opdrachtgever aan de JGZ
De gemeente heeft de wettelijke taak om in PHB's door de JGZ te voorzien. Als opdrachtgever en financier voor het PHB hebben gemeenten een sturende rol. Daarnaast hebben zij ook een monitorende en faciliterende rol. De taken betreffen[1]:

- De gemeente verschaft de middelen voor de huisbezoeken aan de JGZ
- De gemeente is er verantwoordelijk voor dat er in de JGZ gebruik wordt gemaakt van software die digitale overdracht en uniforme registratie mogelijk maakt en voert monitoring en evaluatie uit
- De gemeente heeft de coördinerende en regisserende taak ten aanzien van verbetering van de samenwerking tussen de geboortezorg en de JGZ en stimuleert het gebruik van instrumenten
- De gemeente voorziet, op basis van inhoudelijke afstemming met zorgpartners, in voldoende en passend vervolgaanbod, en stimuleert de inzet hiervan.

Gemeenten hebben wisselend zicht op de besteding van middelen voor het PHB
Gemeenten verschaffen middelen aan de JGZ-organisatie voor de uitvoering van het PHB, maar sturen in de praktijk niet op de doelmatigheid van de besteding hiervan. Er lijkt onder gesproken gemeenten ook geen noodzaak om hier strak op te sturen.

In paragraaf 3.2 kwam al aan de orde dat ongeveer de helft van de gemeenten die aan de uitvraag[2] hebben deelgenomen op dit moment van mening is dat de middelen aansluiten bij de taak, en dat een kleine 10% van de gemeenten vindt dat de middelen niet aansluiten. Daarbij gaven 32 gemeenten expliciet aan dat het budget niet volledig benut wordt doordat het aantal huisbezoeken lager is dan verwacht/gehoopt en dat de wens is dat de toereikendheid van de middelen later opnieuw wordt geëvalueerd. De overige gemeenten, ruim **40%** van de respondenten, is onbekend met in hoeverre de middelen aansluiten op de gestelde taak. Zij geven hier geen toelichting bij, dus de reden van deze onbekendheid is niet te achterhalen. Wel geeft aantal gemeenten aan dat ze het beeld hebben dat de middelen wel aansluiten, doordat hun JGZ-aanbieder hier geen contact over hebben opgenomen. De geïnterviewde gemeenten gaven ook aan dat de verwachting is dat de JGZ het aan zal geven, zodra er te weinig middelen zijn. Deze gemeenten geven aan (reactief) een meer sturende rol in te nemen wanneer krapte in middelen daarom vraagt.

Gegevensbehoeften zijn (nog) beperkt, en daardoor de registratie-eisen ook
De gemeente heeft een stimulerende rol met betrekking tot dossiervoering van de JGZ, en voert monitoring en evaluatie uit. In het kader van deze monitoring en eventuele bijsturing kan de gemeente geregistreerde gegevens uitvragen bij de JGZ. Op basis van de gesprekken is het beeld dat dit momenteel weinig gebeurt, maar dat de verwachting is dat de vraag naar gegevens sterker wordt zodra de implementatie verder op gang is, er meer PHB's uitgevoerd worden en er tekorten in de middelen (dreigen te) ontstaan.

Een gemeente kan aan de voorkant zorgen dat de gegevens die zij nodig heeft op de juiste manier worden geregistreerd. En heeft die regie-voerende taak ook volgens de NCJ-handreiking. Het is volgens gesprekspartners van belang dat deze vereisten uniform zijn, gezien het belang van een eenduidig landelijk beeld en het feit dat JGZ-organisaties werken voor meerdere gemeenten (administratieve last). Uit de gesprekken ontstaat het beeld dat deze rol tot nu toe beperkt wordt ingevuld, wat logisch volgt uit de huidige beperkte vraag naar gegevens door gemeenten.

[1] NCJ (oktober 2021). *Handreiking 'Prenataal huisbezoek door de JGZ'*. (link)
[2] Jaarlijkse vragenlijst aan alle gemeente voor de Monitor Kansrijke Start van het RIVM, peildatum 16 november 2023.

5.3 | Opdrachtgeversrol gemeenten (2/2)

De gemeentelijke rol in het verbeteren van de samenwerking rond PHB's wisselt
Als opdrachtgever voor het PHB heeft de gemeente een coördinerende en regisserende taak ten aanzien van verbetering van de samenwerking tussen de geboortezorg en de JGZ, en stimuleert zij het gebruik van instrumenten. In de meeste gemeenten zijn er samenwerkingsafspraken, en in sommige gemeenten wordt het gebruik van instrumenten gestimuleerd.



170 van de 251 gemeenten geeft in de uitvraag[1] aan dat er samenwerkingsafspraken met professionals uit de geboortezorg zijn gemaakt. De afspraken die gespecificeerd zijn, gaan met name over de aanmelding, wijze van signalering, vervolg ondersteuning en de afweging om het PHB aan alle (aanstaande) ouders die hun eerste kind verwachten aan te bieden.



Met betrekking tot de wijze van signalering, is in paragraaf 4.1 genoemd dat in de memorie van toelichting staat dat er 'adequate signaleringsinstrumenten' worden toegepast. In **67 van de 251** gemeenten zijn er afspraken over het gebruik van deze instrumenten. Dit is in lijn met de bevindingen over het gebruik in paragraaf 4.1.

Gemeenten vullen hun rol met betrekking tot het maken van samenwerkingsafspraken dus wisselend in. In gesprekken kwam naar voren dat verschillen veroorzaakt kunnen worden doordat in een deel van de gemeenten de JGZ de aansturing op de implementatie van het PHB oppakt. Gemeenten staan in die gevallen dan dus nog meer op afstand van de uitvoering en de regie daarop.

In de NCJ monitor over de implementatie van het PHB door de JGZ[2] geven managers van JGZ-organisaties aan te wensen dat gemeenten bewuster zijn van hun regierol.

Het PHB is niet altijd aangesloten op de lokale coalitie Kansrijke Start
De lokale coalitie Kansrijke Start is een belangrijke samenwerking tussen geboortezorg professionals en de jeugdgezondheidszorg rondom (aanstaande) ouders in kwetsbare situaties. Uit de uitvraag blijkt dat er in 170 van de 239 responderende gemeenten samenwerkingsafspraken zijn gemaakt in de lokale coalitie Kansrijke Start. Bij **145 van de 239** respondenten betreffen deze afspraken onder meer de (invoering van) Prenatale Huisbezoeken. Dit is dus het geval voor ongeveer 60% van het totale aantal respondenten.



Niet alle gemeenten stemmen in lokale coalities de (beschikbare) interventies af
Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het voorzien in voldoende en passend vervolgaanbod als opvolging van het PHB. Hierbij wordt in de handreiking genoemd dat inhoudelijke afstemming met zorgpartners nodig is. Dit lijkt echter niet in alle gemeenten te gebeuren.

De geïnterviewde gemeenten geven aan dat de coalitie Kansrijke Start een goede samenstelling van betrokkenen is om te achterhalen wat er speelt in de regio. Hierdoor zou deelname aan deze coalitie een goede manier kunnen zijn om inhoudelijke afstemming rond het vervolgaanbod te bereiken. Zoals beschreven in paragraaf 4.4 kan mogelijk vervolgaanbod een JGZ-interventie zoals VoorZorg betreffen, en ook een voorziening in het sociaal domein zoals laagdrempelige schuldsanering, of fysieke of geestelijke zorg. Nog niet alle gemeenten maken samenwerkingsafspraken rondom (beschikbare) interventies in hun lokale coalitie Kansrijke Start; **115 van de 239** gemeenten hebben hier afspraken over. Het is onbekend of de overige gemeenten op andere manieren zorgen voor inhoudelijke afstemming voor passend vervolgaanbod.



[1] Jaarlijkse vragenlijst aan alle gemeente voor de Monitor Kansrijke Start van het RIVM, peildatum 16 november 2023.
[2] Eerste verkenning in de jeugdgezondheidszorg van de implementatie van het prenatale huisbezoek door de jeugdgezondheidszorg (PHB JGZ).
- vanuit NCJ aangeboden aan tijdschrift JGZ (Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg).

6. Conclusies

6.1 | De implementatie van het PHB

6.2 | De uitvoering van het PHB

6.3 | De randvoorwaarden van het PHB

6.1 | De implementatie van het PHB

De implementatie van het PHB is 1,5 jaar na de inwerkingtreding van het wetsartikel nog niet overal voltooid, maar de uitvoering verloopt op veel plekken goed. De meerwaarde van het PHB wordt breed onderkend.

Het PHB is anderhalf jaar na wetswijziging grotendeels ingevoerd

- Het merendeel van de gemeenten heeft het PHB inmiddels ingevoerd (186 gemeenten in eerste helft 2023). Een deel van de gemeenten is nog aan het opstarten. De inbedding van de wettelijke taak is daarmee nog in volle gang.
- In een deel van de gemeenten werd het PHB al uitgevoerd voor de wetswijziging (vaak in een andere vorm dan het huidige PHB: meer als kennismaking voor het consultatiebureau). In de meeste gevallen volgde het PHB naar aanleiding van de wetswijziging.
- Het aantal PHB's dat wordt uitgevoerd is veel lager dan het verwachte aantal op basis waarvan de financiering is gebaseerd (op basis van schattingen in 2022 ca. 6.000 uitgevoerd t.o.v. ca. 14.000 begroot). Hierin speelt mee dat dat het PHB nog niet overal is ingevoerd of nog in een opstartende fase zit.
- In de uitvoering was (en is) het veelal wennen aan de nieuwe taak van het uitvoeren van het PHB (en de signaleringsfunctie die daaraan vooraf gaat): het moet in het begin nog 'landen' bij professionals, in organisaties en in de onderlinge samenwerking(safspraken). Ondertussen geven professionals aan steeds bekender te worden met het PHB en zich overwegend comfortabel te voelen in hun rol.

De meerwaarde van het PHB wordt breed onderkend

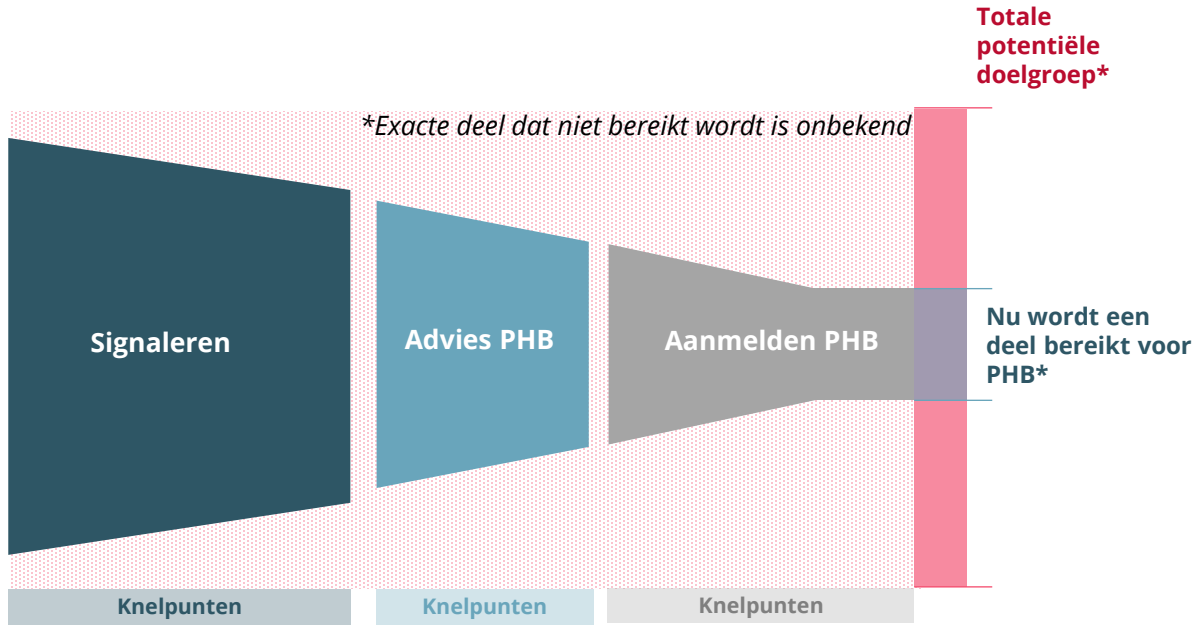
- Er is breed draagvlaak voor het PHB en de preventieve werking die ervan uitgaat: de ervaring is dat (aanstaande) ouders eerder en beter geholpen kunnen worden door de inzet van een PHB.
- Professionals zien ook meerwaarde in het aanjagen van de samenwerking tussen professionals. Met name vanuit jeugdverpleegkundigen met eerstelijnsverloskundigen en professionals uit het ziekenhuis.

6.2 | De uitvoering van het PHB (1/2)

Via de fasen signaleren, advies en aanmelden komen ouders die hier baat bij hebben uit bij het PHB. Het bereik van de doelgroep is echter nog beperkt, en daarmee ook de maatschappelijke meerwaarde van het PHB in praktijk.

De potentiële groep (aanstaande) ouders wordt nog onvoldoende bereikt

- Op dit moment bereikt het PHB een nog een relatief klein deel van de potentiële doelgroep die naar verwachting baat heeft bij een PHB, getuige ook het nog relatief lage aantal uitgevoerde huisbezoeken. De illustratie rechts laat zien hoe in fasen in aanloop naar het PHB de groep die daadwerkelijk bereikt wordt steeds kleiner wordt met iedere stap doordat:
  - Risico's niet altijd goed worden **gesignaleerd**
  - Er niet altijd een (gedegen) **advies** wordt afgegeven voor een PHB
  - Er drempels zijn in de **aanmelding** (praktisch en meer principieel van aard)
- Daarbij dient vermeld te worden dat de omvang van de potentiële doelgroep voor een PHB niet precies in kaart is te brengen en ook nooit geheel bereikt zal worden. Het is immers geen verplichting, maar een ondersteuningsaanbod op vrijwillige basis. Echter, er zijn ook vermijdbare factoren van invloed op het feit dat een deel van de (aanstaande) ouders in kwetsbare situaties wordt bereikt (zie de toelichting bij het figuur rechts).
- Een deel van deze knelpunten hangt mogelijk samen met het nog korte bestaan van het PHB. Tegelijkertijd kan voor de meeste knelpunten niet worden aangenomen dat ze met verloop van tijd verholpen zijn, maar dat hiervoor structurele verbeteringen nodig zijn.



Niet alle professionals geven aan hun signalerende rol goed te kunnen pakken (o.a. tijdsgebrek, gesprektechnieken en gebruik van effectieve signaleringsinstrumenten zijn hierop van invloed)

Bespreekbaar maken risicofactoren door professionals kan lastig zijn; Doel/ meerwaarde PHB niet altijd bekend (o.a. door beperkte terugkoppeling)

Zelf aanmelden PHB als drempel, vanwege taalbarrières, gebrekkige digitale vaardigheid en het stigma hulpbehoevend te zijn

6.2 | De uitvoering van het PHB (2/2)

In de uitvoering van het PHB is vanuit meerdere partijen stevige kritiek op het uitgangspunt dat ouders zich zelf moeten aanmelden. Hierin, maar ook in de fasen ná het PHB liggen kansen om de meerwaarde te versterken.

Op de manier van aanmelden is stevige kritiek uit onder meer de praktijk

- Op het wettelijke uitgangspunt dat ouders zich zelf moeten aanmelden is veel kritiek, omdat juist gezien de kenmerken van een deel van de doelgroep (bijv. beperkte taalvaardigheden) de drempel voor het aanmelden in de praktijk te hoog is en een advies alleen onvoldoende is.
- De praktijk is tegelijkertijd op veel plekken anders: ouders worden door signalerende zorgverleners zoals een verloskundige direct, met toestemming, aangemeld voor een PHB.
- Hoewel ouders zich vaak ook zelf kunnen aanmelden, gebeurt dit in de praktijk zelden. Een variant die in de praktijk ook voorkomt is dat de aanmelding samen met de zwangere en zorgverlener wordt gedaan.
- Het uitgangspunt van zelf aanmelden lijkt niet overal te zijn geland. Daarmee is niet duidelijk in hoeverre bewust wordt afgeweken van het wettelijke uitgangspunt, of dat hier geen kennis van is genomen en voor de meest praktische werkwijze is gekozen. Daarmee is ook sprake van verwarring over wat wel en niet mag in het doorverwijzen en aanmelden voor het PHB.
- Naast kritiek op het uitgangspunt van zelf aanmelden, is er ook discussie over de mate waarin vrijwilligheid voor het PHB wordt gewaarborgd als ouders worden doorverwezen. Dit dilemma wordt toegelicht in hoofdstuk 4.

In fasen *na het PHB* liggen kansen om de meerwaarde te versterken

- **Terugkoppeling**: vanuit de JGZ wordt momenteel nog beperkt en op verschillende manieren teruggekoppeld naar de signalerende professional. Hierdoor hebben signalerende professionals wisselend zicht op wat er met hun advies/ de verwijzing voor het PHB is gedaan. Er is ook onduidelijkheid over de rol die ouders zelf moeten spelen in het terugkoppelen en de benodigde toestemming van ouders als professionals dit doen.
- **Beschikbaarheid vervolginzet JGZ verschilt per gemeente**. Interventies als Stevig Ouderschap en VoorZorg bieden de mogelijkheid voor een jeugdverpleegkundige om – waar nodig - als vast gezicht in het gezin te blijven in de eerste 1.000 dagen. Niet elke gemeente heeft dit echter ingekocht en gemeenten hebben hier binnen hun beleidsvrijheid de ruimte om eigen keuzes te maken.
- **Mogelijkheden na PHB in sociaal domein (nog) onvoldoende benut**. Volgens professionals is dit deels omdat vervolginzet niet nodig is of het JGZ-aanbod beter geschikt is. Ook van invloed is dat de jeugdverpleegkundige niet altijd goed het aanbod uit het sociaal domein weet te benutten. Met name bij relatief nieuwe jeugdverpleegkundigen wordt aangegeven dat het lastig is om het grote aanbod binnen sociale kaarten in de diverse gemeenten te overzien en gericht in te zetten.

6.3 | De randvoorwaarden van het PHB

Het PHB valt of staat met ketensamenwerking, goede gegevensuitwisseling- en dossiervorming en een duidelijke opdrachtgeversrol van de gemeente. Deze randvoorwaarden zijn in wisselende mate stevig georganiseerd, hier ligt ruimte voor verbetering.

Ketensamenwerking

- De samenwerking tussen de JGZ en eerstelijns verloskundigen is cruciaal om de volledige (doelgroep)potentie van het PHB te benutten. De praktijk laat zien dat het PHB werkt als katalysator in de onderlinge verbinding tussen beide. Tegelijkertijd zijn er ook signalen dat deze beroepsgroepen nog niet voldoende gezamenlijk optrekken in het bereiken van de juiste doelgroep voor het PHB.
- In de praktijk komt de samenwerking rond de ziekenhuispopulatie met kwetsbaarheden steeds meer op gang, maar vraagt blijvende aandacht.
- De VSV's zijn een goed vehikel om deze samenwerking meer te borgen (o.a. ook met de kraamzorg), maar de aansluiting van de JGZ op de VSV's is nog lang niet in elke regio ingeregeld.
- Verbinding van de JGZ met de kraamzorg, wijkteams en huisartsen rondom het PHB is in enige mate aanwezig, maar vraagt om versterking om het PHB goed te laten functioneren, bijvoorbeeld in het maken van samenwerkingsafspraken.

Registratie en gegevensuitwisseling

- Er zijn twee elementen bij gegevensuitwisseling die knelpunten met zich meebrengen: in de aanmelding en terugkoppeling van het PHB en in de dossiervorming het PHB.
- In de aanmelding voor het PHB wordt het wettelijke uitgangspunt van zelf aanmelden niet altijd gevolgd. Er is een wezenlijk risico dat zorgverleners die ouders aanmelden (onbewust) in strijd handelen met de AVG.
- Over het PHB wordt vanuit de JGZ beperkt teruggekoppeld, daarin speelt mee dat niet altijd duidelijk is wat hierin wel en niet mag worden gedeeld met de signalerende partij.
- Dossiervorming is een aandachtspunt, omdat ouderdossiers nog niet overal worden gebruikt voor de registratie van het PHB en landelijke richtlijnen voor het ouderdossier nog ontbreken. Dit levert het risico op dat gevoelige persoonsgegevens op ongewenste locaties worden opgeslagen.

Opdrachtgeversrol gemeenten

- Over het algemeen is de conclusie dat gemeenten niet nauw betrokken zijn bij de uitvoering van het PHB en de invulling van de taak toevertrouwen aan de JGZ-organisaties. Op hoofdlijnen is die terughoudende rol geen grote beperking voor de uitvoering van het PHB.
- Op punten zou een grotere regierol van gemeenten echter wel helpen. Bijvoorbeeld in het aanjagen van de lokale coalities kansrijke start om de samenwerking tussen ketenpartners rondom het PHB te bevorderen.
- Gemeenten kunnen veelal meer zicht houden en sturen op de toereikendheid van de middelen voor het PHB, meer kaders geven voor de monitoring van de uitvoering en (lokale) beschikbare interventies op het PHB vaker afstemmen met in elk geval de JGZ.

7. Aanbevelingen

7.1 | Aanbevelingen – Implementatie

7.2 | Aanbevelingen – Fasen van het PHB

7.3 | Aanbevelingen – Randvoorwaarden voor de uitvoering

7.1 | Aanbevelingen - Implementatie

Aanbevelingen op een rij

Vanuit dit onderzoek formuleren we negen aanbevelingen om de uitvoering van het PHB de komende jaren te versterken. De aanbevelingen zijn verdeeld over de thema's implementatie (1), de fasen van het PHB (2 t/m 5) en de randvoorwaarden voor de uitvoering (6 t/m10).

1. Zet in op landelijke dekking van het PHB
2. Zorg voor duidelijkheid met betrekking tot een juridisch goed geborgde aanmeldprocedure voor zorgprofessionals
3. Versterk professionals bij hun signalerende functie
4. Zet in op beschikbaarheid van vervolgaanbod
5. Organiseer een leerstructuur met best practices over de uitvoering van het PHB
6. Werk aan een stevige ketensamenwerking tussen zorgprofessionals
7. Creëer een basiskader voor de aanmelding en terugkoppeling
8. Maak vaart met de invoering van het ouderdossier
9. Geef de gemeentelijke regierol nader invulling
10. Zet in op landelijke monitoring van de uitvoering van het PHB

We lichten deze aanbevelingen hierna toe met korte achtergrond en benodigde acties om de aanbeveling in gang te zetten.

De aanbevelingen dienen als handvatten om de uitvoering van het PHB de komende periode te verstevigen en zo (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie vaker en beter te kunnen ondersteunen (waar nodig en gewenst).

1. Zet in op landelijke dekking van het PHB



Het PHB is in een aanzienlijk aantal gemeenten geïmplementeerd, maar nog niet overal. Het is van belang dat in de resterende gemeenten zonder PHB zo snel mogelijk uitvoering wordt gegeven aan hun wettelijke taak. Zo krijgen ouders die dit nodig hebben overal hetzelfde aanbod. NB. In dit onderzoek is niet in beeld gebracht in welke mate knelpunten (zoals capaciteit, middelen, bekendheid of bestuurlijke prioriteit) een rol spelen in het vertragen van de implementatie.

Benodigde actie

- We adviseren het ministerie van VWS en de VNG om – met inbreng van de JGZ-organisaties - te inventariseren wat nodig is om het PHB in te voeren en om hier vervolgens op aan te sturen. GGD-GHOR, Actiz en de NCJ kunnen hier richting de JGZ-organisaties een rol pakken.
- Ook kan Pharos in het kader van hun ondersteuning van lokale coalities kansrijke start het belang benadrukken om tot (samenwerkings)afspraken over het PHB te komen.

7.2 | Aanbevelingen – Fasen van het PHB

2. Zorg voor duidelijkheid met betrekking tot een juridisch goed geborgde aanmeldprocedure voor zorgprofessionals

Het is van belang dat het proces van aanmelden voor een PHB:

1. (aanstaande) ouders zo goed mogelijk in staat stelt om hier gebruik van te maken. Het huidige uitgangspunt van 'zelf aanmelden' wordt vanuit de praktijk niet altijd als wenselijk gezien. Hierbij wordt gewezen op het risico van het uitsluiten van ouders die het meeste baat kunnen hebben bij een PHB. Samen met een zorgverlener aanmelden, wordt soms als oplossing voorgesteld, maar tegelijkertijd wordt gewezen op risico's met het oog op vrijwilligheid en de benodigde tijdsinzet voor professionals.
2. juridisch goed is geborgd. Voor het doorverwijzen van (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie, waarbij zij door de zorgverlener worden aangemeld bij de JGZ, is volgens de AP momenteel geen wettelijke grondslag op basis van geneeskundig behandelovereenkomst (WGBO) en de AVG. In de praktijk wordt er echter wel op deze manier aangemeld. Daarmee lopen zorgverleners mogelijk een risico op het overtreden van de AVG. Dit gebeurt vaak onbewust: er is vaak onduidelijkheid over wat juridisch gezien bij het aanmelden voor het PHB wel en niet mag.

Benodigde actie

- We adviseren het ministerie van VWS om duidelijkheid te scheppen over de juridische mogelijkheden voor de aanmelding door zorgprofessionals. Over het oordeel van de AP en de ruimte die de WGBO op dit punt zou bieden, zijn verschillende zienswijzen. We raden aan een gesprek te organiseren met VWS, de AP en eventueel enkele veldpartijen om te komen tot een heldere lijn over de juridische ruimte die de WGBO biedt voor de aanmelding.
- Indien uit het gesprek met de AP volgt dat binnen de WGBO wél ruimte is voor zorgverleners om de aanmelding te doen, is het van belang deze uitkomst breed te delen om handelingsverlegenheid onder professionals in de aanmelding weg te nemen.
- Indien de uitkomst blijft dat er momenteel geen juridische basis is, raden we een aan wettelijke grondslag te creëren voor betrokken zorgverleners om het delen van gegevens met de JGZ in het kader van het PHB mogelijk te maken. Het ligt voor de hand deze wettelijke grondslag in ieder geval voor eerstelijns verloskundigen te regelen, maar het is van belang om te inventariseren voor welke andere zorgverleners dit ook gewenst is (onder andere uit de tweede lijn).
- In de onderbouwing van een wettelijke grondslag is een aantal zaken van belang:
  - Een toets op artikel 9 van de AVG om verwerking van bijzondere persoonsgegevens te legitimeren.
  - Het scheppen van duidelijke kaders over onder welke voorwaarde een zorgverlener doorverwijst naar de JGZ voor een PHB. In dit kader is het aan te raden om het signaleren van risico- en beschermende factoren verder te professionaliseren (zie aanbeveling 3).
  - Het zo veel mogelijk uniformeren van gegevensdeling waarbij niet meer gegevens dan strikt noodzakelijk worden gedeeld (zie aanbeveling 7).
  - Aandacht voor de context dat een vrijwillige doorverwijzing naar de JGZ minimale impact heeft op de levenssfeer van de cliënt. En aandacht voor de context dat deze doorverwijzing een taak is die in het logisch verlengde ligt van de kerntaken van eerstelijns verloskundigen, die deze rol in de praktijk vaak al vervullen. Daarmee is de wettelijke taak een kleine stap waarbij huidige praktijken juridisch geborgd worden.
  - In het kader van vrijwilligheid van de gegevensverstrekking achten we het van groot belang om wettelijk in te regelen dat (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie expliciet instemming moeten verlenen alvorens zij worden doorverwezen (zoals in de huidige praktijk vaak al gebeurt).

7.2 | Aanbevelingen – Fasen van het PHB

3. Versterk professionals bij hun signalerende functie

Het bereiken van (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie start bij professionals die kwetsbaarheden goed kunnen signaleren. Professionals geven aan dat dit niet eenvoudig is en het verschilt in hoeverre zij zich goed toegerust voelen. Over het algemeen zien zij ruimte om signalerende vaardigheden te versterken.

Het gebruik van adequate signaleringsinstrumenten en methodieken / gesprekstechnieken speelt hierin een belangrijke rol, zoals ook benadrukt in de toelichting op het wetsartikel van het PHB.

Benodigde actie

- *Vooraf*: het gesprek over 'beter signaleren' in de eerste 1.000 dagen wordt breder gevoerd. Sluit aan bij de landelijke inzet hierop.
- Betrokken beroepsgroepen (zoals de KNOV en NVOG) met een signalerende functie, gestimuleerd door VWS, dienen afspraken te maken over hoe wordt ingezet op:
  - Gespreksvaardigheden bij signalerende professionals om kwetsbaarheden te achterhalen (via beroepsopleidingen en bijscholingen)
  - Het gebruik van adequate signaleringsinstrumenten en gespreksmethodieken. *NB. Wij geven hier geen advies over in hoeverre één instrument gehanteerd dient te worden. Dat valt buiten de scope van dit onderzoek.*
- De VSV's vormen een belangrijke schakel waarbinnen afspraken over signalering gemaakt kunnen worden.

4. Zet in op beschikbaarheid van vervolgaanbod

Middels een specifieke uitkering voor preventie kunnen gemeenten financiering aanvragen voor passende interventies, onder andere voor het vervolgaanbod na een PHB. De kwaliteit van ondersteuning die (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie geboden wordt, is momenteel van de woonplaats afhankelijk, omdat het aanbod van interventies zoals Stevig Ouderschap en VoorZorg per gemeente kan verschillen en niet in elke gemeente wordt ingekocht. Ook opvolging buiten het JGZ-domein, bijvoorbeeld in het sociaal domein of psychische hulpverlening, is niet altijd goed geregeld. Er worden nog niet altijd afspraken gemaakt in lokale coalities over het vervolgaanbod.

Benodigde actie

- We raden aan om op landelijk niveau, vanuit VWS en VNG, gemeenten te wijzen op het belang om afspraken te maken over het vervolgaanbod, zowel waar het gaat om effectieve, aansluitende interventies op het PHB vanuit de JGZ als om vervolgaanbod. Dit gaat over het wijzen op het belang *dat* afspraken over het vervolgaanbod worden gemaakt, de invulling is aan gemeenten.
- Bij voorkeur worden deze afspraken in de lokale coalitie gemaakt en worden ook afspraken gemaakt over de evaluatie ervan. Pharos speelt reeds een rol in de stimulering hiervan.
- Handvatten zoals deze nu in de PHB-handreiking, opgesteld vanuit het NCJ, zijn opgenomen, bieden een kader voor passend vervolgaanbod.

7.2 | Aanbevelingen – Fasen van het PHB

5. Organiseer een leerstructuur met best practices over de uitvoering van het PHB
Het PHB kent een diversiteit in hoe het is ingericht en wordt uitgevoerd in gemeenten. Onder andere hoe de aanmelding is ingericht, in de breedte van de potentiële doelgroep waarvoor het PHB wordt aangeboden (alleen kwetsbaren of breder) en in de gehanteerde terminologie (soms wordt het geen prenataal huisbezoek genoemd).

Om de potentie van het PHB te kunnen realiseren, is het relevant om best practices te delen en hier van te leren. Aangezien het PHB een relatief nieuwe taak is, is dit zowel relevant voor gemeenten als voor professionals en hun organisaties.

Benodigde actie

- Als eerste stap voorzien we dat de relevante landelijke partijen afspreken hoe een dergelijke leerstructuur vorm krijgt. Hieraan nemen in elk geval GGD-GHOR, Actiz, het NCJ, het CPZ[1], Pharos en de VNG deel.
- Richting de VNG doen we specifiek de aanbeveling om inzichtelijk te maken welke lessen geleerd worden in gemeenten waar het PHB breed wordt aangeboden (niet alleen voor de kwetsbare doelgroep). Zowel kwantitatief (aandeel ouders dat een PHB krijgt en kosten) als kwalitatief (ervaringen van ouders en professionals) is dit relevant voor gemeenten om te weten, aangezien dit consequenties kan hebben op de uitgaven. Als stelselverantwoordelijke is het van belang dat het ministerie van VWS hierop is aangehaakt. Mogelijk kan het RIVM ook een rol spelen door onderdelen mee te nemen in hun uitvraag richting gemeenten.

[1] Vanuit het CPZ worden bijvoorbeeld Kansrijke Ontmoetingen geïnitieerd. Het doel hiervan is “verbindingen leggen en versterken tussen de geboortezorg, jeugdgezondheidszorg en het sociaal domein, zowel op landelijk, regionaal als lokaal niveau” (link).

7.3 | Aanbevelingen – Randvoorwaarden voor de uitvoering

6. Werk aan een stevige ketensamenwerking tussen zorgprofessionals
Het PHB wordt als welkome katalysator gezien in de domeinoverstijgende (preventieve) geboortezorg. Tegelijkertijd wordt nog niet overal of altijd genoeg in gezamenlijkheid opgetrokken tussen disciplines en ontbreekt het geregeld nog aan samenwerkingsafspraken. Korte lijnen vanuit het medisch domein (1e en 2e lijn), de JGZ en partijen uit het sociaal domein zijn noodzakelijk om in te zetten op goede signalering, gebruik van het PHB en eventuele inzet van vervolghulp voor (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie.

Benodigde actie

- Het kan lokaal verschillen of de afspraken over de samenwerking rond het PHB vanuit een lokale coalitie en/of het VSV gemaakt worden. Het advies is om richting lokale coalities en VSV's te benadrukken dat het van belang is om afspraken te maken over de samenwerking rond inzet van het PHB (het 'hoe' is aan hen). De Federatie VSV's, Actiz, GGD GHOR Nederland en de VNG dienen dit belang richting hun achterban te benadrukken. Het CPZ en Pharos kunnen wellicht ook een rol spelen om respectievelijk de geboortezorg en lokale coalities hierop te wijzen.
- De afspraken dienen in elk geval te gaan over:
  - Samenwerking rond het aanmelden en terugkoppelen: welke informatie wordt gedeeld en op welke manier vindt dit plaats (welk systeem, formulier). Ook wie wanneer betrokken wordt is van belang om vast te leggen. NB: Zodra sprake is van landelijke kaders voor wat uitgevraagd wordt voor de aanmelding, geldt dit uiteraard als standaard.
  - Hoe wordt geëvalueerd of 1) het PHB optimaal wordt ingezet voor ouders in een kwetsbare situatie, 2) de samenwerkingsafspraken goed uitwerken in de praktijk en 3) of de signalerende/ adviesfunctie naar wens verloopt. Dit biedt kansen om het PHB steeds beter in te zetten voor ouders die hier baat bij hebben.

7. Creëer een basiskader voor de aanmelding en terugkoppeling
In de uitvoering van het PHB worden gegevens gedeeld en verwerkt in het kader van de aanmelding en terugkoppeling van het PHB. Het verschilt hoe dit nu wordt gedaan (via welk platform, welke informatie gedeeld wordt, door wie). Daarmee wordt in de aanmelding soms meer informatie van een ouder wordt uitgevraagd dan strikt noodzakelijk, wat onnodig drempels opwerpt. Ook creëert het extra administratieve lasten voor professionals wanneer zij in de ene gemeente rekening dienen te houden met andere vereisten dan in andere gemeenten. Voor terugkoppeling geldt dat dit nu (te) beperkt plaatsvindt, mede veroorzaakt door onduidelijkheid over welke informatie wel en niet mag worden teruggekoppeld en het ontbreken van afspraken hierover. Het creëren van meer uniformiteit en eenduidige kaders is van belang om het proces rond het PHB beter en zorgvuldiger te laten verlopen.

Benodigde actie

- Het advies is om vanuit het NCJ, GGD-GHOR NL, Actiz, in samenwerking met de VNG tot eenduidige richtlijnen voor gegevensdeling bij aanmelding en terugkoppeling te komen, met daarin de standaard uit te vragen informatie (een basiskader), zodoende meer uniformiteit hierin te brengen. Ook de benodigde toestemming van ouders voor gegevensdeling dient hierin meegenomen te worden. De (herijkte) blauwdruk Prenatale registratie JGZ biedt hiervoor een handvat.

[1] NCJ (2019). Blauwdruk Prenatale registratie JGZ (link).

7.3 | Aanbevelingen – Randvoorwaarden voor de uitvoering

8. Maak vaart met de invoering van het ouderdossier

Het veilig en zorgvuldig registreren van gegevens over het PHB(-gezin) is nog niet goed geregeld. Ouderdossiers worden nog niet overal gebruikt voor de registratie van het PHB en landelijke richtlijnen voor het ouderdossier ontbreken. Dit is een onwenselijke situatie en levert het risico op dat gevoelige persoonsgegevens van (aanstaande) ouders op ongewenste locaties worden opgeslagen.

Benodigde actie

- Onder regie van VWS en NCJ (als inhoudelijk beheerder van de informatiestandaard JGZ) – met voldoende afstemming met het veld - dient tempo gemaakt te worden met het uitwerken van de landelijke richtlijnen voor JGZ-organisaties over het gebruik van ouderdossier. Zo wordt voorkomen dat gevoelige persoonsgegevens op ongewenste locaties worden opgeslagen (onder andere in een kinddossier).
- Indien dit onverhoopt op zich laat wachten zijn richtlijnen op korte termijn mogelijk helpend om de nodige waarborgen te creëren binnen de wildgroei van gebruikte registratiesystemen.

9. Geef de gemeentelijke regierol nader invulling

Dit onderzoek laat zien dat gemeenten veelal *niet* nauw betrokken zijn bij de uitvoering van het PHB. Gemeenten laten dit grotendeels aan JGZ-organisaties en er is (nog) beperkt zicht op hoe groot de potentiële populatie is/ gaat zijn en hoeveel inzet het PHB vraagt. Dit kan risico's opleveren wanneer het PHB na de fase van implementatie meer 'op stoom' komt en er bijvoorbeeld strakker op capaciteit en/of middelen gestuurd moet worden.

Benodigde actie

- Aan de VNG, in samenwerking met het ministerie van VWS, de opdracht om gemeenten te wijzen op het belang van een actieve rol in de sturing op de inzet van (financiële) middelen voor het PHB.
- Om hun rol als gemeente goed te kunnen pakken is een aantal aspecten van belang: zicht op de (potentiële en bereikte) populatie, de inzet van middelen (gemiddeld per gezin en totaal) en evaluaties met de JGZ-organisatie om de data te duiden en ervaringen uit te wisselen die relevant kunnen zijn voor de doorontwikkeling van het PHB. Voor een goede regierol is monitoring cruciaal. In het volgende hoofdstuk en de bijlage gaan we hier nader op in, wanneer het gaat over de vierjarige monitoring.

10. Zet in op landelijke monitoring van de uitvoering van het PHB

De inzichten die gemeenten nodig hebben om hun regierol in te vullen, zijn ook op landelijk niveau nodig om zicht te hebben op de uitvoering van het PHB en hier waar nodig op bij te sturen.

Benodigde actie

- In dit kader is het van belang om vanuit VWS, i.s.m. VNG afspraken te maken over monitoring en hoe lokale gegevens op landelijk niveau geaggregeerd worden. Het is belangrijk om hierbij aandacht te blijven houden voor het beperken van administratieve lasten voor uitvoeringsorganisatie. Zie hiervoor ook de aandachtspunten in het kader van de vierjarige evaluatie bij 8.3.

8. Vierjarige evaluatie

8.1 | Uitgangspunten uitvoering evaluatie

8.2 | Voorstel onderzoeksmethoden

8.3 I Aanbevelingen data evaluatiekader

8.1 | Uitgangspunten uitvoering evaluatie

Vormgeven vierjarige evaluatie
Vier jaar na de invoering van het wetsartikel wordt een evaluatie uitgevoerd naar de effecten van het wetsartikel. Dit volgens afspraak van het ministerie van VWS met de VNG.[1]

In dit onderzoek naar de implementatie van het PHB in Nederland zijn de effecten van het PHB nog niet uitvoerig onderzocht, met als voornaamste reden dat deze effecten in het nog korte bestaan van het PHB niet of zeer beperkt zichtbaar zullen zijn. De mate waarin het PHB gewenste effecten teweegbrengt zoals vroegtijdig inzicht in problematiek, het eerder inzetten van passende ondersteuning en het versterken van (aanstaande) gezinnen in een kwetsbare situatie, is na verloop van tijd beter te inventariseren.

Als onderdeel van dit onderzoek doen we – aanvullend op onze aanbevelingen over de praktijk van het PHB (zie vorige pagina's) – een voorstel hoe de vierjarige evaluatie kan worden vormgegeven en welke randvoorwaarden daarbij van belang zijn.

Uitgangspunten evaluatie
Om het PHB, en de mogelijke effecten ervan, goed te onderzoeken is een aantal uitgangspunten van belang:

1. **Betrekken van (aanstaande) ouders**. Als doelgroep of 'eindgebruikers' van het PHB zijn de ervaringen van (aanstaande) ouders met het PHB een belangrijke bron van informatie. Ervaren zij zelf dat het PHB van toegevoegde waarde is in hun ondersteuningsbehoefte? In het voorstel voor onderzoeksmethoden is meer toegelicht over hoe hun perspectief goed meegenomen kan worden (zie paragraaf 8.2).

2. **Betrekken van professionals**. In de nulmeting zijn ervaringen van professionals betrokken. Gezien hun centrale rol in de verschillende fasen van het PHB, is hun inbreng essentieel bij de monitoring. Niet alleen over hoe de uitvoering functioneert, maar ook hun percepties op de meerwaarde van het PHB voor de doelgroep is relevant om mee te nemen. In paragraaf 8.2 over het voorstel voor onderzoeksmethoden, volgt een nadere toelichting.

3. **Evalueren vanuit beleidstheorie**. Om de doeltreffend- en doelmatigheid van de wet te onderzoeken, is het van meerwaarde om te werken vanuit een beleidstheorie. De beleidstheorie laat zien hoe de doelstellingen in theorie bereikt worden in de keten van 'input' tot en met 'impact' en hoe deze op elkaar ingrijpen. De beleidstheorie is een raamwerk waarin alle elementen terugkomen die in de evaluatie meegenomen moeten worden. Op pagina 8 van dit rapport is de concept beleidstheorie geïntroduceerd. We raden aan deze bij de start van de evaluatie met stakeholders vast te stellen en waar nodig aan te scherpen. De elementen in de beleidstheorie kunnen vertaald worden naar meetbare indicatoren in een evaluatiekader (een concept hiervoor is opgenomen in een aparte bijlage).

[1] Memorie van Toelichting Wijziging van de Wet publieke gezondheid vanwege het opnemen daarin van een gemeentelijke taak om prenataal huisbezoek te verrichten.

8.2 | Voorstel onderzoeksmethoden

Voor een evaluatie naar de uitvoering en effecten van het PHB moet over de hele keten van de beleidstheorie data worden verzameld. Een onderzoeksopzet waarin verschillende methoden gecombineerd worden, ligt voor de hand. Hieronder staat een toelichting op de manieren waarop relevante inzichten over de uitvoering en effecten van het PHB in de vierjarige evaluatie verzameld kunnen worden.

Data-analyse

Doel: Kwantitatieve informatie verzamelen, met name op outputniveau

Bronnen:
- Landelijke registratie
- Uitvraag onder JGZ aanbieders of gemeenten
- Kansrijke Start monitor

Aandachtspunten:
- Landelijke registratie is nog in ontwikkeling.
- Beschikbare data gemeenten hangt af van hun monitoringsrol
- Aangehaakt blijven bij Kansrijke Start monitor

Enquête

Doel: Houding van stakeholders ten aanzien van de uitvoering van het PHB kwantitatief ophalen

Uitzetten onder:
Betrokken professionals

Aandachtspunten:
Voor het uitzetten van een uitvraag is vaak medewerking van landelijke koepels nodig om voldoende bereik onder de doelgroep te creëren.

Interviews

Doel: Verkennen van een onderwerp of kwalitatief verdiepen

Gesprekspartners:
- Ouders die een PHB geadviseerd hebben gekregen en eventueel hebben ontvangen.
- Zorgprofessionals betrokken bij de verschillende fasen van de uitvoering: zie p. 10
- Betrokken partijen bij de implementatie, zoals ministerie VWS, VNG, IGJ, Patiënten Federatie en koepelorganisaties van de verschillende zorgprofessionals

Groepsgesprekken

Doel: Kwalitatief verdiepen op onderwerpen, elkaar te bevragen, en zo te onderzoeken of inzichten breed gedeeld worden of juist in een bepaalde context spelen

Gesprekspartners:
Homogene of heterogene groep stakeholders, bijvoorbeeld professionals uit de keten en/of partijen/personen die ouderperspectief kunnen representeren. De volgende pagina geeft toelichting hierop.

Aandachtspunten:
Groepsgesprekken bieden ook de mogelijkheid om een platform voor betrokkenen te creëren om gezamenlijk te reflecteren en te leren.

Bureaustudie

Doel: Bestaande kennis benutten

Bronnen:
Reeds uitgevoerde onderzoeken, documenten met beschrijvende informatie, etc.

8.2 | Voorstel onderzoeksmethoden

Er zijn meerdere partijen die ouderperspectief kunnen bieden
Zoals gesteld is het belangrijk om het ouderperspectief te betrekken in de vierjarige evaluatie: zij zijn immers de 'eindgebruikers' van dit beleid. Er zijn naast de (aanstaande) ouders meer partijen die aan het onderzoek kunnen bijdragen vanuit ouderperspectief. In grote lijnen zijn er vier typen personen/partijen die dit perspectief kunnen inbrengen in de evaluatie:

- **Landelijke cliënten- en belangenorganisaties**. Dit zijn bijvoorbeeld Patiëntenfederatie Nederland, MIND, Geboortebeweging, Buikencollectief en LFB;
- **Gemeentelijke cliënten- en belangenorganisaties.** Welke dit zijn verschilt per gemeente en kan achterhaald worden via landelijke organisaties en bijvoorbeeld de website MIND Atlas[1];
- **Ervaringsdeskundigen**. Individuele ervaringsdeskundigen die inhoudelijk mee kunnen denken kunnen geworven worden via de landelijke of gemeentelijke organisaties;
- **Cliëntervaring vanuit (aanstaande) ouders**. Een mogelijkheid is dat NCJ een rol kan spelen bij het betrekken van (aanstaande) ouders. Met het ouderpanel van het NCJ en in samenwerking met de GroeiGids worden op dit moment al veel (aanstaande) ouders bereikt. Een andere mogelijkheid is dat VWS samenwerkt met de Patiëntenfederatie, zij hebben sinds 2022 een cliëntenpanel geboortezorg. Mogelijk kan deze cliëntenpanel voor de vierjarige evaluatie benut worden. Indien er de wens is om vanaf heden veranderingen in de tijd op te merken), is een jaarlijkse uitvraag mogelijk – zo geeft de Patiëntenfederatie aan. Een ander alternatief voor het betrekken van (aanstaande) ouders is om in samenwerking met de KNOV en ActiZ/GGD-GHOR via verloskundigepraktijken en JGZ-organisaties professionals te laten vragen aan ouders of ze in de toekomst benaderd mogen worden voor een onderzoek.

Het is belangrijk te kiezen wie op welk moment te betrekken
Bij meerdere onderdelen van de beleidstheorie is het aanbevolen het perspectief van de doelgroep te betrekken, maar welk type partij hierbij passend is kan verschillen per onderdeel. Bij het maken van een afweging hierin is het onder andere belangrijk welk type informatie gezocht wordt: wordt er bijvoorbeeld gevraagd naar een individuele ervaring of een collectief beeld? Daarnaast is het goed om in de afweging mee te nemen wat gesprekspartners nodig hebben om deel te nemen aan een (groeps)gesprek, daarbij kan gedacht worden aan veiligheid om open te spreken, tijd en eventuele vergoeding.

Er zijn partijen die procesmatig kunnen meedenken op het juist betrekken van het ouderperspectief
In dit implementatieonderzoek zijn de Patiëntenfederatie en de Spiegelgroep Kansrijke Start betrokken geweest. Nauwe betrokkenheid van deze partijen is in de vierjarige evaluatie waardevol voor ondersteuning in de afwegingen rond het betrekken van ouderperspectief, en de invulling van daarvan.

Daarnaast is het een mogelijkheid om ervaringsdeskundigheid in het proces van de evaluatie te betrekken. Dit kan in verschillende vormen van intensiviteit: van een of meerdere ervaringsdeskundige(n) in de klankbordgroep tot een ervaringsdeskundige co-onderzoeker. Deze keuze kan vooraf door VWS gemaakt worden, of open gelaten worden voor de toekomstige onderzoekers.

[1]MIND Atlas (link)

8.3 | Aanbevelingen data evaluatiekader

Belangrijk aandachtspunten om relevante data te kunnen ontsluiten

Het is aan de toekomstige onderzoekers van de vierjarige evaluatie om een keuze te maken voor de uiteindelijke indicatoren en onderzoeksmethoden. Daarbij is van belang dat benodigde data in de praktijk goed is op te halen. Hiervoor is het volgende van belang:

- In dit implementatieonderzoek is meermaals geconstateerd dat de infrastructuur voor centrale en uniforme registratie van het PHB ontbreekt (zie de aanbevelingen uit het vorige hoofdstuk). Een landelijke basis dataset is noodzakelijk om met de evaluatie meerjarig te kunnen kijken naar ontwikkelingen in de uitvoering en zo effecten van het PHB in kaart te kunnen brengen. Zie hiervoor ook aanbeveling 10 in het voorgaande hoofdstuk.

- Op een minimaal niveau is nodig dat gemeenten jaarlijks inzicht hebben in het aantal aanmeldingen bij de JGZ voor een PHB; het aantal uitgevoerde PHB's (totaal en per gezin) en de ingezette middelen hiervoor. In meer kwalitatieve zin is het ook relevant om data uit terugkoppeling en evaluaties van het PHB te betrekken om zicht te hebben op de ervaren meerwaarde van het PHB.

- In het uniformeren van de gegevensdeling in de aanmelding en terugkoppeling (aanbeveling 7) wordt hiervoor een belangrijke basis gelegd. Het is van belang dat gemeenten zicht hebben op deze data en dat deze vervolgens ook (eenvoudig) op landelijke niveau geaggregeerd kunnen worden.

Bijlagen

Bijlage 1 | Overzicht gesprekspartners

Bijlage 2 | Concept evaluatiekader

Bijlage 1 | Gesprekspartners

Gesproken partijen	
Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport	Leden Spiegelgroep Kansrijke Start
Het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ)	De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)
De Patiëntenfederatie Nederland	De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)
GGD-GHOR	Autoriteit persoonsgegevens
Actiz Jeugd	Jeugdverpleegkundigen (9)
Jeugdverpleegkundige V&VN	Verloskundigen (5 eerstelijns, 3 tweedelijns)
College Perinatale Zorg (CPZ)	Kraamverzorgenden (2)
De Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV)	Overige professionals: zorgconsulent (1), wettelijk vertegenwoordiger (1)
AJN jeugdartsen	Gemeenten (5): 2 G4, 2 middelgroot, 1 klein
BO geboortezorg	

Bijlage 2 |Concept evaluatiekader vierjarige evaluatie

Het concept evaluatiekader (bijlage 2) is opgeleverd als afzonderlijke bijlage bij dit rapport.


Andersson
Elffers
Felix