

SamenStarten

Werkblad beschrijving interventie

Werkblad erkenningscommissie, versie mei 2015

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstituten:



Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam organisatie: Stichting Nederlands Centrum Jeugdgezondheid

Postadres: Churchillaan 11, 7^e etage, 3527 GV Utrecht

E-mail: contact@ncj.nl

Telefoon: 030 - 760 04 05

Website (van de interventie): <https://www.ncj.nl/samenstarten/>

Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam : Natascha Hensen

E-mail : nhensen@ncj.nl

Telefoon : 06-53975639

Referentie in verband met publicatie

Naam auteur interventiebeschrijving: S. Bosma, N. Hensen, in samenwerking met N. Tan

Titel interventie: SamenStarten

Databank(en): de Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEI) van het NJi, de Interventie Database Loket Gezond Leven van het RIVM/CGL, Interventiebibliotheek van het NCJ

Plaats, instituut: Stichting Nederlands Centrum Jeugdgezondheid

Datum: 24-10-2018

Inhoud

Colofon	2
Inhoud	3
Samenvatting	4
Korte samenvatting van de interventie	4
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal	4
Onderbouwing	4
Onderzoek	4
1. Uitgebreide beschrijving	5
Beschrijving interventie	5
1.1 Doelgroep	5
1.2 Doel	5
1.3 Aanpak	6
2. Uitvoering	10
3. Onderbouwing	15
4. Onderzoek	19
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	19
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	20
5. Samenvatting Werkzame elementen	22
6. Aangehaalde literatuur	23

Samenvatting

Korte samenvatting van de interventie

SamenStarten wordt door JGZ-organisaties toegepast om de psychosociale ontwikkeling van kinderen vanaf de geboorte te bevorderen. Kenmerkend is de samenwerking tussen partners in het brede jeugddomein, het gebruik van het bijbehorende protocol ontwikkeld door de Dienst Maatschappelijke Ondersteuning (het DMO-Protocol, hierna DMOP genoemd) en de deskundigheidsbevordering door middel van Video Interactie Begeleiding (VIB).

Aan de hand van de vijf domeinen (competentie van de ouders, rol van de partner, sociaal netwerk, gebeurtenissen en omstandigheden en het welbevinden van het kind), wordt de gehele opvoedingssituatie in kaart gebracht en systematisch gevolgd. De SamenStarten-organisatie stelt op basis van de vijf domeinen een sociale kaart op om eventuele lacunes in het zorgaanbod te ontdekken en verwijzingen zo snel en soepel mogelijk te laten verlopen.

Doelgroep

SamenStarten is bedoeld voor alle ouders met kinderen van nul tot vier jaar. SamenStarten richt zich daarnaast op de professionals binnen de Jeugdgezondheidszorg (JGZ-professionals) als intermediaire doelgroep.

Doel

Het doel van SamenStarten is het bevorderen van de psychosociale ontwikkeling van kinderen, door onder andere het inventariseren van de risico- en beschermende factoren, het volgen van de opvoedingssituatie, het bekrachtigen van de ouderlijke competenties en de toeleiding naar zorg op maat.

Aanpak

Vanaf de geboorte is aandacht voor de ontwikkeling van kinderen binnen de brede context. Door het vanuit empowerment bespreken van de vijf domeinen en vervolgens naar behoefte van de ouders zorg op maat te bieden. De JGZ-professional en de ouders maken samen het plan van aanpak. Voor het bieden van zorg op maat wordt samengewerkt met samenwerkingspartners.

Materiaal

Het DMOP is als stapsgewijs volgsysteem kenmerkend voor SamenStarten. Door het bespreken van de vijf domeinen (competentie van de ouders, rol van de partner, sociaal netwerk, gebeurtenissen en omstandigheden en het welbevinden van het kind) brengt de professional gezamenlijk met de ouder(s) de gehele opvoedingssituatie in kaart gebracht en wordt deze systematisch gevolgd.

Onderbouwing

De psychosociale ontwikkeling van kinderen wordt beïnvloed door wederzijdse invloeden tussen kinderen en ouders. Met name het optreden van meerdere risicofactoren tegelijk (risicocumulatie) kan leiden tot problemen in de ontwikkeling. Aanzienlijk veel psychosociale problemen in de loop van het leven zijn geworteld in de vroege jeugd. Opvoeders spelen een unieke rol in het herkennen en ondersteunen van de behoeften van de kinderen. Via opvoedingsgedrag van ouders kunnen de gewenste voorwaarden voor de ontwikkeling van het kind worden gestimuleerd. Daarom is het van belang om op jonge leeftijd de brede opvoedsituatie en ontwikkeling van het kind in kaart te brengen en zorg op maat te bieden.

Onderzoek

Ouders ervaren (door SamenStarten) een betere aansluiting van zorg bij hun wensen op verschillende zorgaspecten (de attitude van de professional, een empowerment gerichte benadering en het monitoren van de brede opvoedingscontext). Het DMOP draagt bij aan het eerder signaleren van risico's op sociaal-emotionele problematiek (Tarone-Ware test P-waarde= .008) en gezinnen waar extra ondersteuning nodig is.

1. Uitgebreide beschrijving

Beschrijving interventie

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

Wat is de uiteindelijke doelgroep van de interventie?

Ouders van kinderen van nul tot vier jaar, die gebruik maken van de Jeugdgezondheidszorg.

Intermediaire doelgroep

Zijn er intermediaire doelgroepen? Zo ja, welke?

De intermediaire doelgroep bestaat uit jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen (hierna JGZ-professionals genoemd) die op basis van het bijbehorende DMOP de ontwikkeling van het kind in kaart brengen en systematisch volgen. De JGZ-organisatie stelt gezamenlijk met de partners in het sociale domein een sociale kaart op en stemt de samenwerking rondom het gezin af.

Selectie van doelgroepen

Hoe wordt de (intermediaire)doelgroep geselecteerd? Zijn er contra-indicaties? Zo ja, welke?

Op organisatorisch niveau wordt gekozen om SamenStarten in te zetten tijdens de contacten met ouders van kinderen van 0-4 jaar. Binnen de JGZ worden ouders en hun kinderen uitgenodigd op verschillende contactmomenten, startend vanaf een eerste huisbezoek. Hierbij wordt tijdens alle contactmomenten SamenStarten toegepast. Er zijn geen selectiecriteria of contra-indicaties.

Betrokkenheid doelgroep

Was de doelgroep betrokken bij de (door)ontwikkeling van de interventie, en op welke manier?

Zowel de intermediaire als de uiteindelijke doelgroep zijn betrokken geweest bij het ontstaan en de doorontwikkeling van de methodiek SamenStarten.

De ontwikkeling van SamenStarten heeft plaatsgevonden in aansluiting bij de praktijk van de JGZ, de inzichten en werkwijzen van de medewerkers, de wetenschappelijke inzichten omtrent de psychosociale ontwikkeling en de zorgverlening. Het DMO-Protocol is in opdracht van de gemeente Amsterdam (de Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling) ontwikkeld en getoetst binnen de GGD Amsterdam en Stichting Amsterdamse Gezondheidscentra (SAG Amsterdam). Vervolgens is de bijgestelde versie van het DMOP getoetst in Breda, Maastricht en Rhenen. De ervaringen van zowel de ouders als de professionals zijn meegenomen binnen de aanpassingen van het protocol. De aanbevelingen uit het proefschrift van Hielkema e.a. (2015) zijn verwerkt in de basistraining en het kwaliteitsborgingssysteem.

Het NCJ houdt zich bezig met de landelijke uitrol, de doorontwikkeling en de ondersteuning bij de implementatie en borging van SamenStarten. Het NCJ organiseert bijeenkomsten waarbij afgevaardigden vanuit verschillende disciplines (praktijk, onderzoek en beleid¹) deelnemen en adviseren met betrekking tot de toepassing van SamenStarten.

1.2 Doel

Hoofddoel

Wat is het hoofddoel van de interventie?

Het uiteindelijke doel van SamenStarten is het bevorderen van de psychosociale ontwikkeling van kinderen.

¹ Praktijk (vertegenwoordigd door de SamenStarten-coördinatoren), onderzoek (vertegenwoordigd door onder andere de ontwikkelaar), beleid (vertegenwoordigd door de managers van de SamenStarten-organisaties). De einddoelgroep heeft hier geen directe rol in.

Subdoelen

Wat zijn de subdoelen van de interventie? Indien van toepassing: welke subdoelen horen bij welke intermediaire doelgroepen of subdoelgroep(en)?

SamenStarten draagt bij aan de psychosociale ontwikkeling van kinderen door middel van de volgende subdoelen:

1. De psychosociale ontwikkeling van het kind is in beeld gebracht en wordt systematisch gevolgd.
2. De ouderlijke competenties (kennis, vaardigheden en zelfvertrouwen) worden versterkt door middel van empowerment.
3. Ouders en de JGZ-professional bepalen de vorm en toeleiding van ondersteuning die het beste past bij de gezinsbehoeften.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

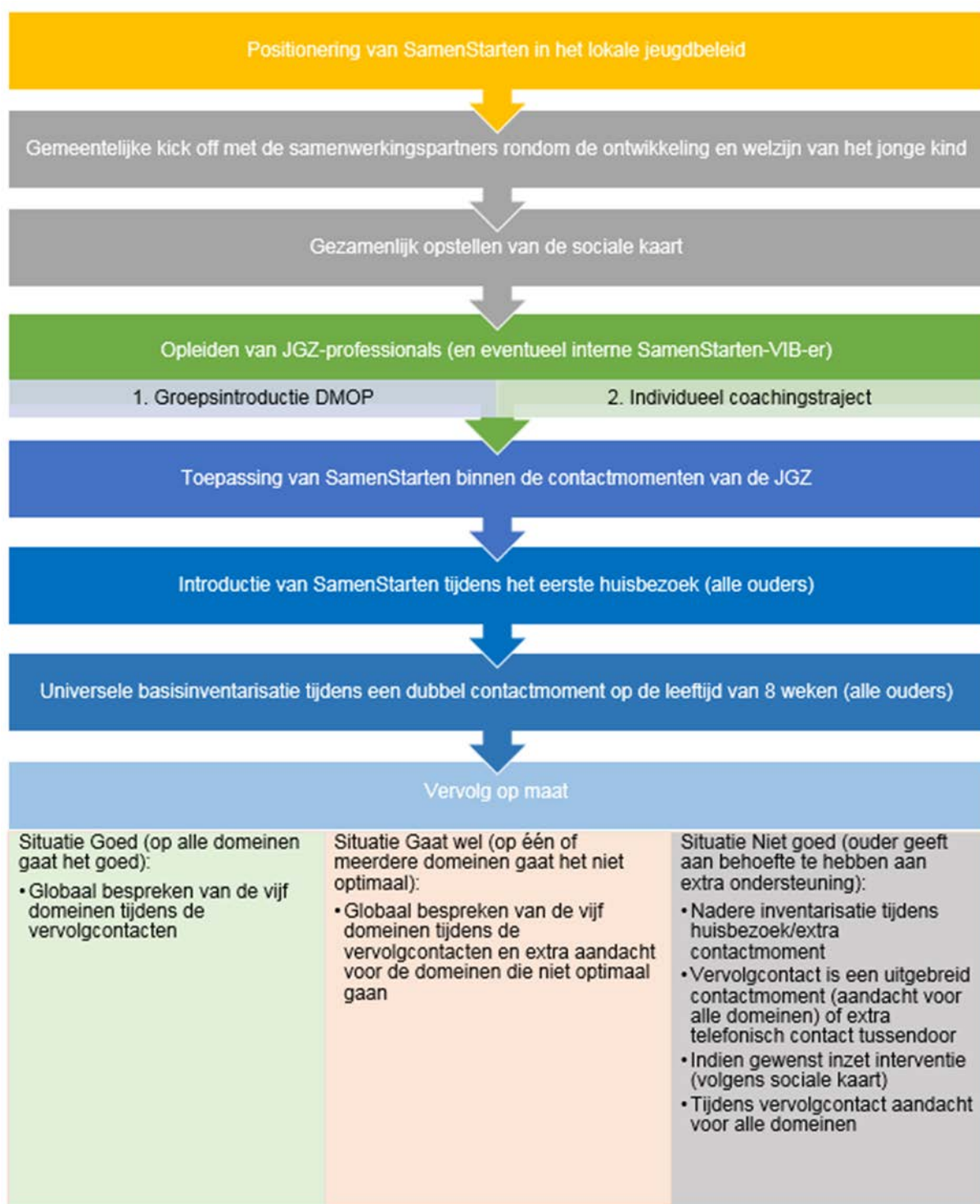
Hoe is de opzet van de interventie en wat is de omvang (duur, aantal contacten – indien van toepassing)?
Voeg eventueel een schema toe als bijlage.

SamenStarten is ontwikkeld voor toepassing door de JGZ tijdens de contacten tot vier jaar.

SamenStarten is een combinatie van 1) de samenwerking met de integrale samenwerkingspartners in de zorg en 2) het DMOP.

1. Allereerst dient de samenwerking met de samenwerkingspartners vormgegeven te worden. De JGZ-organisatie nodigt de betrokken partijen uit om samen te werken met het programma en betreft eventueel de gemeente voor het positioneren van SamenStarten in het lokale jeugdbeleid. Tijdens een gemeentelijke/regionale kick-off met alle samenwerkingspartners die zich bezig houden met het bevorderen van de gezondheid en het welzijn van het jonge kind wordt SamenStarten geïntroduceerd en gezamenlijk invulling gegeven aan de lokale sociale kaart. Voorbeelden van de ketenpartners zijn: de GGD, GGZ, maatschappelijk werk enz. Deze samenwerking zorgt dat snel en adequaat zorg geboden kan worden.
2. Nadat de sociale kaart is opgesteld en eventuele lacunes zijn aangevuld, dienen de JGZ-professionals opgeleid te worden tot SamenStarten-professionals. De JGZ-professionals volgen de basistraining bestaande uit twee delen:
 - a. De groepsintroductie DMOP (8 uur in totaal)
 - b. Het individuele coachingstraject (individueel oefenen en twee tot drie intervisies)Vervolgens wordt SamenStarten toegepast binnen de contacten, die de JGZ volgens het Landelijk Professioneel Kader (LPK) heeft, met de ouders. De uitvoering gebeurt bij de Jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar, de extra ondersteuning kan bij gezinnen thuis plaatsvinden. Het bijbehorende DMOP wordt gebruikt om op een gestructureerde wijze met ouders in gesprek te gaan over de ontwikkeling van het kind in zijn omgeving, mogelijke risicosituaties te onderzoeken, vast te stellen en bespreekbaar te maken. Het DMOP is een stapsgewijs volgsysteem, waarbij alle ouders in beginsel op dezelfde manier worden benaderd ('universele' basisinventarisatie bij dubbel consult op een leeftijd van 8 weken) en vervolgens de benadering per gezin, afhankelijk van de individuele situatie, toegespitst tot zorg op maat. De diverse aspecten van de psychosociale ontwikkeling staat hierbij centraal. De invulling van de vervolcontacten verschuift per gesprek, afhankelijk van wat in het voorgaande gesprek besproken is, en wat op basis van de leeftijd/ontwikkeling van het kind relevant is (zie schema 1).

Schema 1: Opzet SamenStarten



Inhoud van de interventie

Welke concrete activiteiten worden uitgevoerd en -eventueel- in welke volgorde?

De inhoud van de methodiek SamenStarten omvat verschillende preventieve onderdelen die onlosmakelijk aan elkaar zijn verbonden. De zorgen van de ouders betreffende de psychosociale ontwikkeling worden geïnventariseerd door het bespreken van de vijf domeinen (zie bijlage 3 van het Landelijk draaiboek DMOP), waarna ouders en de JGZ-professional samen een plan van aanpak opstellen. Gedurende elk contactmoment wordt de psychosociale ontwikkeling van kinderen gestimuleerd door het bekrachtigen van de ouders en hun opvoedvaardigheden. Naar behoefte van de ouders is het mogelijk om vanuit de samenwerkingsverbanden doorverwezen te worden naar zorg op maat.

Samenwerken

Een belangrijk element van SamenStarten is de gerichte aandacht voor het versterken van de samenwerking binnen de zorgketen. De eerste stap tot een goede samenwerking is een overleg tussen de JGZ, de gemeente en het NCJ. Hierbij worden de volgende onderwerpen besproken:

1. De positionering van SamenStarten: hoe past SamenStarten binnen het lokale jeugdbeleid?
2. Financiering: de gemeente kan door het beschikbaar stellen van financiën sturing geven aan een effectieve keten, bijvoorbeeld door de opleiding SamenStarten voor de JGZ en eventuele samenwerkingspartners te financieren. Daarnaast is de ruimte voor extra huisbezoeken voor de gezinnen waar het niet goed gaat essentieel.
3. Samenwerking met de partners: welke rol kan de gemeente pakken bij het laten aansluiten van de samenwerkingspartners bij SamenStarten?
4. Monitoring: welke partij neemt de monitoring van de gezinnen die SamenStarten ontvangen op zich?

Vervolgens wordt een gemeentelijke/regionale kick-off georganiseerd waarbij de samenwerkingspartners die zich bezig houden met het bevorderen van de ontwikkeling en het welzijn van het jonge kind aanwezig zijn. Gezamenlijk wordt vastgesteld wie wat kan betekenen voor de ondersteuning op de vijf domeinen van SamenStarten (1. competentie van de ouders; 2. sociale steun van de omgeving; 3. harmonieuze zorg verhouding tussen ouders; 4. welbevinden van het kind; 5. omstandigheden en ingrijpende gebeurtenissen). De sociale kaart wordt opgesteld en eventuele lacunes worden opgevuld.

Door toepassing van SamenStarten is de lijn naar de zorgpartners binnen de regio kort en weet de JGZ-professional naar wie de ouders verwezen kunnen worden. Mogelijkheid tot zorg op maat zijn bijvoorbeeld maatschappelijk werk, peuterspeelruimte, opvoedingsondersteuning, Veilig Thuis, zorgaanbieders of een diëtist. Om goed aan te kunnen sluiten bij de behoeften van alle ouders van jonge kinderen is een flexibel, breed en goed beschikbaar zorgpakket nodig.

Brede opvoedingssituatie inventariseren

Het DMOP richt zich op het per contactmoment inventariseren voor de psychosociale ontwikkeling relevante domeinen: 1. competentie van de ouders; 2. sociale steun van de omgeving; 3. harmonieuze zorg; verhouding tussen ouders; 4. welbevinden van het kind en 5. omstandigheden en ingrijpende gebeurtenissen. Over elk domein zijn verschillende vragen gesteld, op basis waarvan de risico- en beschermende factoren van de opvoedsituatie naar voren komen. Zo wordt bijvoorbeeld over de harmonieuze zorg verhouding ouders gevraagd hoe het ouderschap de partner bevalt of/wat de partner bijdraagt in de verzorging van het kind, in hoeverre de primaire verzorger tevreden is over die bijdrage, of de partners het eens zijn over de manier van opvoeden, hoe met onenigheid daarover wordt omgegaan en hoe de relatie van de partners onderling over het algemeen is. Bijlage 3 van het Landelijk Draaiboek DMOP geeft een overzicht van alle vragen die aan bod kunnen komen per domein. De ouders zijn tijdens deze inventarisatie de experts over de ontwikkeling van het kind.

De uitgebreide inventarisatie tijdens het dubbelconsult (bij een leeftijd van het kind van 8 weken) brengt naar voren hoe de ouders diverse, voor de psychosociale ontwikkeling van het kind relevante, aspecten op de volgende vijf domeinen beleven. Veel ouders zijn zich niet bewust van de mate waarin de ontwikkeling van het kind wordt beïnvloed door de brede omgeving (Bronfenbrenner, 1986). Een duidelijke uitleg over de invloed van de wisselwerking tussen het kind en de omgeving is mede daarom een belangrijk onderdeel van de methodiek. De vijf domeinen worden opgenomen in het Digitaal Dossier Jeugdgezondheidszorg (DD JGZ). Ouders en JGZ-professional komen na elk contactmoment tot de conclusie over de domeinen, namelijk 'Goed', 'Gaat wel', 'Niet goed' en 'Niet besproken'. Op basis van deze conclusie wordt het vervolcontact vormgegeven. Als het 'goed' gaat: standaard vervolconsult met globale aandacht voor de opvoedingssituatie. Ouders dragen eventuele veranderingen zelf aan. Bij 'gaat wel': standaard vervolconsult met gerichte aandacht voor de eerder suboptimale aspecten en globale aandacht voor de rest van de situatie. Ouders dragen zelf eventuele veranderingen aan. Als het 'niet goed' gaat, is er een tussenstap voor het volgende standaard consult, met uitgebreide probleeminventarisatie en plan van aanpak (zoals een extra contactmoment om de situatie te bespreken of toeleiding naar een interventie). Op de punten binnen de opvoedsituatie waar het goed bij gaat worden de ouders bevestigd en bekrachtigd. Daar waar het gezin stress of zorgen ervaart, wordt de opvoedsituatie nader geïnventariseerd en komen ouders

en JGZ-professional samen tot een plan van aanpak. De ouders komen na de inzet van extra ondersteuning/interventie weer terug bij de JGZ om te bespreken hoe de situatie op dat moment (veranderd) is.

2. Uitvoering

Materialen

Welke materialen zijn beschikbaar voor de uitvoering, werving en evaluatie van de interventie?

De volgende materialen zijn beschikbaar voor de implementatie, de borging en de evaluatie van de methodiek SamenStarten:

Landelijk draaiboek DMOP

Voor de uitvoering is er het landelijk draaiboek DMOP met onder andere informatie over de theoretische achtergrond, de uitgangspunten, de opbouw van de methodiek, de verwerking van het DMOP in het DD JGZ en de sociale kaart. Het landelijk draaiboek DMOP is bedoeld voor de uitvoerders van SamenStarten. Bijhorende werkdocumenten, zoals te bespreken onderwerpen en een evaluatieformulier voor supervisies staan in de bijlagen van het landelijk draaiboek DMOP.

Implementatie- en borgingsdocument

Voor de kwaliteitsborging van SamenStarten is een implementatie- en borgingsdocument ontwikkeld. Hierin staat alle informatie over het implementatietraject en de kwaliteitsborging/(her)certificering van professionals die SamenStarten toepassen. Een belangrijk onderdeel van de kwaliteitsborging zijn de supervisies aan de hand van VIB. De richtlijnen betreffende deze kwaliteitsborging zijn in het document opgenomen. Voor de JGZ-organisaties die hebben besloten SamenStarten te gebruiken, zijn bovengenoemde materialen voor de uitvoering, borging en evaluatie te verkrijgen via het besloten gedeelte van de website van het NCJ.

Locatie en type organisatie

Waar kan de interventie uitgevoerd worden en welk(e) soort(en) organisatie(s) kan/kunnen de interventie uitvoeren?

SamenStarten wordt uitgevoerd door de professionals van JGZ-organisaties. JGZ-organisaties dragen bij aan het gezond en veilig opgroeien van kinderen in Nederland. SamenStarten sluit aan bij de kerntaken van de JGZ door vorm te geven aan:

- het systematisch volgen van de psychosociale ontwikkeling
- vroeg signalering van eventuele problemen
- de samenwerking met de ketenpartners.

De uitvoering gebeurt bij de Jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar, de extra ondersteuning kan bij gezinnen thuis plaatsvinden. Het is belangrijk dat een besloten ruimte aanwezig is om vertrouwelijke informatie te delen.

SamenStarten wordt op dit moment door ongeveer een derde van de JGZ-organisaties toegepast.

SamenStarten is sinds 2014 in beheer bij het NCJ voor het faciliteren en organiseren van deskundigheid bevorderende bijeenkomsten. De opleidingen binnen SamenStarten worden door het NCJ georganiseerd in samenwerking met:

1. de ontwikkelaar N.Tan, voor het deel DMOP
2. AIT, voor het deel individuele VIB, ook wel VIB-SamenStarten genoemd.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

Wie zijn de uitvoerders en welke opleiding en competenties hebben zij nodig?

SamenStarten wordt uitgevoerd door JGZ-professionals, namelijk door de jeugdverpleegkundige en jeugdartsen werkzaam binnen de JGZ. Deze professionals hebben de opleiding tot jeugdverpleegkundige en/of jeugdarts succesvol afgerond.

Van de professionals die willen starten met de opleiding SamenStarten wordt verwacht dat ze ervaring hebben in:

- Basiscommunicatie
- Dialooggericht handelen
- Motivational Interviewing
- Oplossingsgericht werken

Daarnaast dienen de JGZ-professional voor het starten van de VIB-opleiding te beschikken over een HBO werk- en denkniveau.

De verplichte training voor SamenStarten-professionals bestaat uit twee delen:

1. De groepsintroductie DMOP (8 uur in totaal):
 - a. Kennismaken met het theoretisch kader, de achtergronden en de praktijk van het DMOP.
 - b. Oefenen door middel van rollenspellen met de toepassing van het DMOP tijdens contactmomenten. Jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen kunnen deelnemen aan de training wanneer zij in dienst zijn bij een JGZ-organisatie die een SamenStarten-overeenkomst met het NCJ ondertekend heeft.
2. Individueel coachingstraject, met een belangrijke rol voor Video-Interactie Begeleiding (VIB):
 - a. Droog oefenen: de professional past het DMOP toe tijdens de contactmomenten met de ouders.
 - b. Video-opname van gesprekken volgens het DMOP: wanneer de professional zich voldoende gesterkt voelt in de toepassing van het DMOP, maakt deze een video-opnames van de gesprekken met de ouders. De ouders dienen hier expliciet toestemming voor te geven. De JGZ-professional selecteert zelf twee consulten voor de bespreking tijdens de supervisie en beoordeeld deze opnames aan de hand van het evaluatieformulier (zie bijlage 4 van het Landelijk Draaiboek DMOP).
 - c. Twee tot drie supervisies, volgens VIB-SamenStarten. De supervisies worden verzorgt door een speciaal daarvoor opgeleide SamenStarten-VIB-er van de JGZ-organisatie zelf of ingehuurd via Associatie voor Interactiebegeleiding en Thuisbehandeling (AIT).

De opnamen worden door de JGZ-professional en de SamenStarten-VIB-er gezamenlijk bekeken waarbij de kwaliteiten en de aandachtspunten van de JGZ-professional worden benoemd en beschreven. Deze punten neemt de JGZ-professional weer mee tijdens de volgende contactmomenten. Standaard vinden twee supervisies plaats. Indien nodig vindt een derde supervisie plaats met nieuwe video-opnamen, waarin de benoemde aandachtspunten zichtbaar verbeterd dienen te zijn. Het individueel coachingstraject dient binnen een half jaar na de groepsintroductie gestart te zijn. De JGZ-professional ontvangt na succesvol afronden een certificaat van de betreffende SamenStarten-VIB-er.

Aan het eind van de opleiding dienen de professional over de volgende competenties te beschikken:

- inzicht in de ontwikkelingsdynamiek;
- vaardig in het natuurlijk, zinvol en compleet bespreken van de ontwikkelingsdynamiek;
- inzetten van de basiscommunicatie en de empowerment technieken (verbaal en non-verbaal);
- werken met het volgsysteem (dit betekent onder andere het verbinden van de informatie uit de eerdere contactmomenten en het koppelen naar vervolg momenten vanuit actuele informatie).

Voor de samenwerking met de lokale partners zijn contact, informatie-uitwisseling en opstellen concrete afspraken belangrijke competenties voor de JGZ-professionals.

Kwaliteitsbewaking

Hoe wordt de kwaliteit van de interventie bewaakt?

De kwaliteit van SamenStarten wordt zowel door de JGZ-organisaties als landelijk door het NCJ gewaarborgd. De kwaliteitsborging vindt plaats door een getrapte begeleidingssysteem. De JGZ-professionals worden begeleid door een SamenStarten-VIB-er, de SamenStarten-VIB-er wordt begeleid door een SamenStarten-VIB-opleider en de SamenStarten-VIB-opleider heeft een kring van opleiders voor uitwisseling en werkontwikkeling (WOK). Een uitgebreide beschrijving van het gehele kwaliteitssysteem is te vinden in het *document Implementatie en Borging, hoofdstuk 6*.

JGZ-professionals

Na de certificering ontvangen de JGZ-professionals jaarlijks supervisies, die geleid worden door een gecertificeerde SamenStarten-VIB-er. De supervisies in de borgingsfase vinden plaats in groepen van 3-5 personen en duren drie uur per keer (excl. voorbereiding van één uur). Centraal staan de gespreksvaardigheden en het DMOP.

De SamenStarten-VIB-er en SamenStarten-VIB-opleider

De kwaliteitsborging van de SamenStarten-VIB-ers en SamenStarten-VIB-opleiders wordt gefaciliteerd door AIT en bestaat onder andere uit supervisies en WOK.

Landelijke kwaliteitsborging

Het NCJ houdt zich bezig met de landelijke (door)ontwikkeling van SamenStarten. Het NCJ verzorgt elk jaar bijeenkomsten met diverse betrokkenen: de klankbordgroep, de werkgroep, de SamenStarten-coördinatoren en de SamenStarten-managers. Tijdens deze bijeenkomsten staat o.a. de doorontwikkeling van SamenStarten, de gewenste ondersteuning, nieuwe kansen en het uitwisselen van ervaringen centraal.

Het NCJ is verantwoordelijk voor de online informatievoorziening, het onderhouden en ontwikkelen van diverse materialen ter ondersteuning van het gebruik van SamenStarten. Het NCJ is het aanspreekpunt voor de SamenStarten-organisaties bij vragen over de implementatie en borging van SamenStarten.

Randvoorwaarden

Wat zijn de organisatorische en contextuele randvoorwaarden voor een goede uitvoering van de interventie?

Organisatorische randvoorwaarden

- In de praktijk dient ruimte zijn voor het uitvoeren van het dubbel contactmoment tijdens het 8 weken consult.
- De organisatie dient te kunnen voldoen aan de behoeften van extra contactmomenten.
- Aanstellen van een SamenStarten-coördinator; als aanspreekpunt voor het NCJ en intern voor de professionals. De coördinator is verantwoordelijk voor de implementatie en borging van SamenStarten binnen de organisatie.
- De JGZ-professionals dienen de gehele training succesvol afgerond te hebben.
- De JGZ-organisatie heeft voldoende apparatuur zoals videocamera's beschikbaar voor de VIB.
- De JGZ-organisatie dient toe te werken naar het eenduidig registreren van SamenStarten binnen het DD-JGZ. Het NCJ biedt hiervoor een registratieprotocol.
- De JGZ-organisatie sluit een overeenkomst met het NCJ af en betaald een bijdrage voor het landelijk beheer, variërend van € 3000,- tot € 6000,- per jaar, afhankelijk van de grootte van de organisatie.

Contextuele randvoorwaarden

Vanaf het begin is de samenwerking met verschillende samenwerkingspartners binnen het jeugddomein en de gemeente een belangrijke voorwaarde. De samenwerkingspartners dienen open te staan voor de samenwerking met de JGZ-sector, met de JGZ als coördinator. Vanuit een houding en cultuur die ruimte laat om een beroep te doen op ieders expertise en inzet.

Daarnaast is het van belang dat binnen de JGZ-organisatie tegelijkertijd geen andere grote verandertrajecten lopen.

Implementatie

Is er een systeem voor implementatie? Geef een samenvatting.

De implementatie van SamenStarten verloopt via een stappenplan in ongeveer 12 maanden:

Fase 1: Voorbereiding implementatie

Het initiatief tot de invoering van de methodiek. Hierin vindt het eerste oriënterende gesprek met het NCJ plaats, waarin de doelstelling, de werkwijze, het trainingstraject en de kosten worden uitgelegd.

Fase 2: Voorbereidende bijeenkomsten

De positionering van SamenStarten in het lokale jeugdbeleid. De JGZ bespreekt samen met de gemeenten en de ketenpartners de volgende onderwerpen: plaats van SamenStarten binnen het gehele kader, de financiering door de gemeente, de samenwerking tussen de ketenpartners en de manier waarop SamenStarten gemonitord gaat worden.

Fase 3: Gemeentelijke/regionale kick-off:

Nadat de partners hebben besloten om SamenStarten in te voeren, wordt een kick-off georganiseerd. Bij deze bijeenkomst zijn alle uitvoerende professionals, de JGZ-managers, de managers van de ketenpartners en beleidsmedewerkers Jeugd uitgenodigd. Het doel is niet alleen het creëren van enthousiasme en voorlichting over wat iedereen te wachten staat betreffende SamenStarten, maar ook een start van de samenwerking in het kader van SamenStarten.

Fase 4: Inventariseren en oplossen lacunes zorgnetwerk; de sociale kaart

Na een gezamenlijke start en kennismaking gaan de samenwerkingspartners aan de slag met het opstellen van de top 10 van problemen in de regio met betrekking tot de jeugd. Op grond van deze inventarisatie wordt achterhaald welke ondersteuning in de regio aanwezig dient te zijn, welke mogelijkheden al door samenwerkingspartners geboden worden en waar de hiaten liggen. De vijf domeinen van het DMOP zijn hierbij het uitgangspunt.

Fase 5: Trainingen SamenStarten

De JGZ-professionals volgen de groepsintroductie DMOP en het individueel coachingstraject. De SamenStarten-VIB-ers worden aangesteld en (indien voor interne SamenStarten-VIB-ers wordt gekozen) opgeleid. De JGZ-professionals ontvangen tijdens de training informatie over de contactmomenten waarbinnen SamenStarten wordt toegepast.

Fase 6: Toepassing van SamenStarten bij de ouders van kinderen van 0-4 jaar

Na de opstartfasen 1 t/m 5 gaan de professionals aan de slag met het implementeren van SamenStarten binnen de contactmomenten met de ouders van kinderen van 0-4 jaar. In alle contacten die de JGZ-professionals hebben, in het kader van het Basispakket JGZ, worden de principes van SamenStarten toegepast.

Fase 7: Evaluatie en borging

Op basis van de (jaarlijkse) implementatie-evaluatie kunnen aanvullende stappen worden gezet om het samenwerkingsverband verder te versterken en/of de JGZ-professionals te ondersteunen bij het gebruik van DMOP. De JGZ-professionals worden jaarlijks opnieuw gecertificeerd volgens het traject beschreven onder het kopje 'kwaliteitsbewaking'.

Kosten

Wat zijn de kosten van de interventie? Benoem daarbij de personele (in aantallen uren) en de materiële kosten.

Incidentele kosten

Training van de JGZ-professionals:

- Groepsintroductie DMOP (twee dagdelen): € 1600,- per groep van 8-10 professionals (excl. reiskosten)
- Individueel coachingstraject (twee of drie keer 1,5 uur). Indien geen interne SamenStarten-VIB-er voor de begeleiding aanwezig is, kan deze ingehuurd worden voor € 110,- per uur (excl. reiskosten).
- Materiële kosten; trainingsmap, opnamemateriaal: € 35,- per professional

Opleiding interne SamenStarten-VIB-er (optioneel):

- Introductietraining DMOP (zes dagdelen): € 3900 per groep van maximaal 6 personen, aldus € 650,- per persoon.
- Opleiding VIB-SamenStarten (twintig keer supervisie van 1 uur): € 2200,-
- Werkontwikkelingskringen (WOK)/groepsgewijze supervisie: tijdsinvestering van twee keer 1,5 uur.
- Landelijke studiedag AIT: tijdsinvestering van 8 uur
- Certificering door SamenStarten-VIB-opleider: € 220,-

Structurele kosten

- Uitbreiding van het contactmoment rondom leeftijd van 8 weken: 15 minuten extra

- Financiële bijdrage voor het landelijk beheer van het NCJ. Bedrag is afhankelijk van de grootte van de JGZ-organisatie: € 3000,- tot € 6000,- per jaar (excl. BTW)
- Jaarlijkse supervisie:
 - o JGZ-professionals (gemiddeld één keer per jaar): supervisie van 3 uur in groepen van 3-5 professionals, begeleid door de SamenStarten-VIB-er. Voorbereiding: 1 uur.
 - o SamenStarten-VIB-er (gemiddeld twee keer per jaar): individuele supervisie van 2 uur per keer, begeleid door de SamenStarten-VIB-opleider. Voorbereiding: 1 uur. Daarnaast één WOK per jaar van 3 uur.

3. Onderbouwing

Probleem

Voor welk probleem of (mogelijk) risico is de interventie ontwikkeld? Omschrijf aard, ernst, spreiding en gevolgen.

SamenStarten richt zich op de preventie en het signaleren van de psychosociale problemen. Onder psychosociale problemen vallen:

- Emotionele problemen (internaliserende problemen) zoals angst, teruggetrokkenheid, depressieve gevoelens en psychosomatische klachten.
- Gedragsproblemen (externaliserende problemen) zoals agressief, onrustig en delinquent gedrag.
- Sociale problemen, zoals moeilijkheden in het maken en het onderhouden van het contact met anderen (NCJ, 2016).

In Nederland hebben 9,4% van de kinderen tussen de 21 en 48 maanden psychosociale problemen (Reijneveld, Brugman, Verhulst, & Verloove-Vanhorick, 2004). Dit is vergelijkbaar met de prevalentie van 7,6% bij kinderen rond de 14 maanden (Velderman, Crone, Wiefferink, & Reijneveld, 2010). De prevalentie van de psychosociale problemen verschilt tussen jongens en meisjes per type psychosociaal probleem. Onderzoek laat zien dat jongens vaker psychosociale problemen hebben dan meisjes; hetzelfde geldt voor de kinderen van ouders met een laag opleidingsniveau en voor de kinderen van moeders die jonger waren dan 17 jaar bij de geboorte van het kind (Zeijl et al., 2005).

Bij een kind van 14 maanden is sprake van een psychosociaal probleem wanneer een aantal aan elkaar gerelateerde symptomen zich voordoen. Voorbeelden zijn (Zeijl et al., 2005):

- Excessief huilen (lange periodes aaneen huilen of schreeuwen)
- Problemen met eten (weigert te eten, spuugt eten uit, verslikken, overgeven, eten van niet eetbare voorwerpen)
- Problemen met slapen (moeilijkheden om in slaap te vallen of 's nachts wakker worden en dan hulp nodig hebben om in slaap te vallen).

Het op een jonge leeftijd ervaren van psychosociale problemen blijkt voorspellend voor de problemen tijdens de preadolescentie (Busch, Laninga-Wijnen, Schrijvers, & De Leeuw, 2017). De mate waarin psychosociale problemen invloed hebben op de verschillende ontwikkelingsdomeinen (fysiek, motoriek, taal etc.) is afhankelijk van de duur, aard en frequentie van de problemen (Brunner & Marmot, 2006).

Longitudinale studies tonen aan dat gedrag en emotionele problemen tijdens de kindertijd (4-16 jaar) gerelateerd zijn aan DSM-diagnoses 14 jaar later (Hofstra et al., 2002). Daarnaast hebben kinderen met angst- en depressieklachten, agressief of delinquent gedrag, 1,5 tot 2 keer meer kans op psychosociale problemen 24 jaar later (Reef et al., 2009). Het vroegtijdig ingrijpen middels het ondersteunen van het kind in de brede context is van groot belang om de negatieve spiraal te doorbreken (Hermanns, Öry, & Schrijvers, 2005).

De eerste 1001 dagen zijn een cruciale fase voor de bredere, gezonde ontwikkeling van het kind (TNO, 2018). In deze periode richt de ontwikkeling zich op het ontwikkelen van de zintuiglijke functie, de motoriek, de autonomie, het basaal vertrouwen, de veilige gehechtheid en de fundamenten van de taalontwikkeling (Zeijl et al., 2005). De hersenen van het kind hebben tijdens de eerste jaren veel capaciteit om te groeien, maar zijn tegelijkertijd ook erg kwetsbaar (Hielkema, 2015). Voor de psychosociale ontwikkeling geldt dat zowel erfelijke aanleg als omgeving van belang zijn (TNO, 2018).

Oorzaken

Welke factoren veroorzaken het probleem of (mogelijk) risico?

De psychosociale ontwikkeling van kinderen wordt vanaf de geboorte gevormd via de transactionele processen tussen de kinderen en de omgeving (Rispen, Goudena, & Groenendaal, 1994). Het bio-ecologisch model van psycholoog Bronfenbrenner (1986) benadrukt het belang van de sociale omgeving voor de ontwikkeling van kinderen. Volgens Bronfenbrenner (1986) bestaat de omgeving uit vier holistische systemen: het micro-, meso-, exo- en macrosysteem, waarin de gelaagdheid van de, voor de kinderlijke ontwikkeling relevante, sociale omgeving tot uitdrukking wordt gebracht.

Het microsysteem behelst de directe omgeving van de jeugdigen. Dit begint met de primaire opvoeders en andere gezinsleden, breidt zich na verloop van tijd uit tot de omgang met de leerkrachten en de leeftijdsgenoten en gaat later ook interacties binnen grotere gemeenschappen, zoals de buurt omvatten. Het mesosysteem omvat de verbinding tussen twee of meer microsystemen, zoals de interactie tussen de ouders en de school. Deze interactie kan van invloed zijn op de ontwikkeling van het kind. Vervolgens heeft het exosysteem indirect effect op de ontwikkeling van de jeugdigen, zoals het sociaal netwerk en de werkomgeving van de ouders. Dit kan zorgen voor spanningen van ouders, wat invloed kan hebben op de opvoedvaardigheden. Het laatste systeem is het overkoepelende macrosysteem. Dit systeem omvat de culturele overtuigingen en de ideologieën van de maatschappij waarin het individu leeft (Van Oers, 2010; Bronfenbrenner, 1986).

Op microniveau komen de domeinen competentie ouder en rol partner naar voren. Ouders die zich minder tevreden en effectief voelen, blijken de behoeften van hun kind minder optimaal aan te voelen (Ohan, Leung & Johnston, 2000). Competentiegevoelens van de primaire verzorger blijken verder verband te houden met de mate van stress, ouderlijke niet-responsiviteit, gezondheidsproblemen, echtelijke stress, sociale isolatie en problemen bij het kind (Anthony et al., 2005). De manier waarop de partner ondersteunt, kan in positieve zin beschermend uitwerken maar in negatieve zin dienst doen als risicofactor (Cummings & Davies, 2005). Op exoniveau kan het ontvangen sociale steun dienst doen als protectieve factor, terwijl gebrek aan dergelijke steun en sociale isolatie juist als risicofactor voor de ontwikkeling van het kind werken (Mertesacker, Bade, Haverkock & Pauli-Pott, 2004). Op macroniveau kan stress ten gevolge van ingrijpende gebeurtenissen, financiële zorgen of huisvestingsproblemen negatief invloed hebben op de opvoedingskwaliteiten van de ouder (Bakker, Bakker, Dijke & Terpstra, 2000).

De psychosociale ontwikkeling van het kind wordt beïnvloed door de risicoconstellatie waarin het kind over de tijd opgroeit (Asscher & Paulussen-Hoogeboom, 2005). Gebleken is dat vooral het optreden van meerdere risicofactoren tegelijk (risicocumulatie) leidt tot problemen in de ontwikkeling (Aalbers-van Leeuwen, Van Hees & Hermanns, 2002). Bij het optreden van meerdere risicofactoren is de kans groter dat ouders meer draaglast ervaren dan draagkracht.

Aan te pakken factoren

Welke factoren pakt de interventie aan en welke onder 1.2 benoemde (sub)doelen horen daarbij?

Om de psychosociale ontwikkeling van kinderen te bevorderen, richt SamenStarten zich op:

1. het versterken van de sterke kanten van de ouders en daarmee het verhogen van het gevoel van eigen effectiviteit
2. het zelf oplossend vermogen van ouders bevorderen op basis van positieve benadering
3. het op maat aanbieden van hulptrajecten vanuit beleving van ouders.

Opvoeders spelen een unieke rol in het herkennen en ondersteunen van de behoeften van de kinderen. Via opvoedingsgedrag van ouders kunnen de gewenste voorwaarden voor de ontwikkeling van het kind worden gestimuleerd (Asscher & Paulussen-Hoogeboom, 2005).

Verantwoording

Maak aannemelijk dat met deze aanpak ook daadwerkelijk de doelen bij deze doelgroep bereikt kunnen worden.

Brede opvoedcontext

De theorie van Bronfenbrenner (1986) en het recent uitgebrachte artikel 'Versterken van de ontwikkeling in de eerste twee levensjaren: de eerste 1001 dagen' (TNO, 2018) sluiten aan bij de aanpak van SamenStarten. Het bio-ecologisch model van psycholoog Bronfenbrenner (1986) benadrukt het belang van de sociale omgeving voor de ontwikkeling van kinderen. De risico- en beschermende factoren zijn onderdeel van het bio-ecologisch model. In de ondersteuning van SamenStarten wordt het ecologisch model gebruikt wanneer naar mogelijkheden wordt gezocht om doelen van gezinnen te realiseren (Verzaal, 2002).

SamenStarten richt zich heel nadrukkelijk op het systematisch in kaart brengen van het geheel aan belemmerende en beschermende processen binnen de brede opvoedingssituatie gedurende de eerste twee levensjaren. Het DMOP richt zich op het per contactmoment inventariseren voor de psychosociale ontwikkeling relevante domeinen:

- 1) competentie van de ouders
- 2) sociale steun van de omgeving,
- 3) harmonieuze zorg verhouding tussen ouders
- 4) welbevinden van het kind
- 5) omstandigheden en ingrijpende gebeurtenissen.

De uitgebreide inventarisatie tijdens het dubbelconsult (bij een leeftijd van het kind van 8 weken) brengt naar voren hoe de ouders diverse, voor de psychosociale ontwikkeling van het kind relevante, aspecten op de volgende vijf domeinen beleven. Veel ouders zijn zich niet bewust van de mate waarin de ontwikkeling van het kind wordt beïnvloed door de brede omgeving (Bronfenbrenner, 1986). Een duidelijke uitleg over de invloed van de wisselwerking tussen het kind en de omgeving is mede daarom een belangrijk onderdeel van SamenStarten.

Empowerment

De opvoedsituatie wordt bewust geïnventariseerd door middel van gesprekken. Empowermenttechnieken worden ingezet om relevante informatie te verkrijgen en een effectieve samenwerking met de ouders te creëren. Empowerment in relatie tot gezinnen wordt vaak gedefinieerd als het proces waarin gezinnen toegang krijgen tot kennis, vaardigheden en bronnen op basis waarvan zij positieve controle over hun leven kunnen krijgen en de kwaliteit van leven kunnen verhogen. De manier waarop hulpverleners met hun cliënt omgaan, houdt sterk verband met de mate waarin cliënten zich naar aanleiding van het contact 'empowered' voelen. Luisteren, respect en vertrouwen tonen, en het benaderen van cliënten als unieke individuen vormen de basis bouwstenen voor een vertrouwensrelatie. Activerende technieken bevorderen de mate waarin cliënten hun wensen en ideeën in het contact uiten, positieve stappen ondernemen (bijvoorbeeld competentie verhogen, netwerk versterken) en de mate waarin een gunstig klimaat ontstaat om tot werkbare beslissingen te komen. Een vertrouwelijke samenwerkingsrelatie en activering van ouders werken positief voor het zinvol inventariseren van opvoedingssituaties (Wissow, Roter & Wilson, 1994). Empowerment blijkt bovendien samen te hangen met o.a. het ervaren van minder stress, beter functioneren van het gezin, grotere betrokkenheid van ouders, en psychische gezondheid. Onderzoek laat zien dat hoe meer 'empowered' ouders zich voelen in termen van kennis, zelfredzaamheid en samenwerking, hoe tevredener zij zijn met de ontvangen ondersteuning en hoe beter hun kinderen functioneren (Battaglia, Finley & Liebschutz, 2003).

Centraal in de aanpak van SamenStarten staat geloof in de mogelijkheden van de ouders om eigen talenten te ontplooiën en zo zelf de ervaren problemen of moeilijkheden op te lossen. Tijdens elk contactmoment is het startpunt dat ouders hun zorgen kunnen uiten. Als blijkt dat er inderdaad bepaalde knelpunten ervaren wordt, is het zaak te bespreken of de ouders denken voorlopig zelf eruit te komen of meer hulp/steun/advies wensen. Hierbij wordt Motivational Interviewing (MI) gebruikt. MI erkent dat mensen verschillende mate van bereidheid hebben om te veranderen en vaak ambivalente gevoelens en emoties hebben over potentiële

verandering gerelateerde beslissingen. MI werkt samen met cliënten door hen te helpen bij het ontwikkelen van een intrinsieke motivatie, te denken over hoe verandering kan gebeuren, om mogelijke problemen te bespreken en specifieke gedrag af te stemmen op persoonlijke waarden van de ander (Miller & Rose, 2009). Door het versterken van de ouderlijke competenties en welzijn wordt het zelfvertrouwen en de opvoedvaardigheden bevorderd, wat van invloed zou kunnen zijn op de ontwikkeling van het kind (Dunst & Trivette, 2009).

Samenwerken

Een ander belangrijk element van SamenStarten is de gerichte aandacht voor het versterken van de samenwerking binnen de zorgketen. Door toepassing van de methodiek SamenStarten is de lijn naar de zorgpartners binnen de regio kort en weet de JGZ-professional naar wie de ouders verwezen kunnen worden. In het kader van samenwerken gaat het om het weten wie wat kan betekenen voor de ondersteuning op de vijf domeinen. Binnen de sociale kaart zijn de vijf DMOP-domeinen gerepresenteerd. Om goed aan te kunnen sluiten bij de behoeften van alle ouders van jonge kinderen is een flexibel, breed en goed beschikbaar zorgpakket nodig.

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de uitvoering van de interventie?

- A. Hielkema, M. (2015). The value of a family-centered approach in preventive child healthcare: Monitoring the social-emotional development of infants (Proefschrift, pp. 45-80). Rijksuniversiteit Groningen: Groningen.
- B. Vanuit het perspectief van ouders werd onderzocht of de zorg binnen de JGZ met het DMOP bijdraagt aan een goede aansluiting van zorg bij wensen van ouders en de vrijheid die zij voelen om allerlei soorten zorgen te bespreken. Om dit te onderzoeken werden 4970 vragenlijsten van ouders gebruikt (ingevuld toen hun kind ongeveer drie maanden oud was) waarin ouders werd gevraagd om aan te geven hoe belangrijk zij verschillende zorgaspecten vonden (de attitude van de professional, een empowerment gerichte benadering en het monitoren van de brede opvoedingscontext) en tevens werd naar hun ervaring gevraagd voor elk van deze aspecten. Daarnaast gaven ouders aan in hoeverre zij zich vrij voelden om op het consultatiebureau verschillende soorten zorgen te bespreken.

Door middel van focusgroepen is de waardering van professionals besproken. In totaal namen 6 jeugdverpleegkundigen en 5 jeugdartsen deel aan de focusgroepen.

- C. Ouders gaven aan dat ze de attitude van de professional het belangrijkste en het monitoren van de brede opvoedingscontext het minst belangrijk vinden in de zorg van het consultatiebureau. Scores waren hoog in beide regio's. In de regio waar met het DMOP werd gewerkt, scoorden ouders significant hoger op de aansluiting van zorg alle drie de gemeten aspecten ($p < 0.001$, effect groottes.10-.27). De effecten golden ongeacht de socio-emotionele status van het gezin of de beoordeling van de sociaal-economische status van het gezin of de beoordeling van de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind. Conclusie: Het DMOP draagt bij aan een betere aansluiting van zorg bij wensen van ouders op verschillende zorgaspecten (de attitude van de professional, een empowerment gerichte benadering en het monitoren van de brede opvoedingscontext). In dezelfde vragenlijst als hierboven beschreven, werd aan ouders gevraagd in hoeverre zij zich vrij voelden allerlei soorten zorgen te bespreken op het consultatiebureau. De vrijheid die ouders voelden om zorgen te bespreken was in beide regio's vergelijkbaar; in de DMO-regio scoorde 86.7% hoog op de vraag in hoeverre ouders zich vrij voelden zorgen te bespreken en in de controleregio scoorde 84.9% van de ouders hoog op dezelfde vraag. Er was geen sprake van een significant verschil; OR: 6.06, p-waarde .08. Conclusie: Op de (kind)leeftijd van 3 maanden lijken ouders in de DMO-regio zich enigszins vrijer te voelen om zorgen te bespreken om het consultatiebureau, maar dit verschil is niet significant.

Uit de focusgroepen bleek dat de professionals het DMOP waarderen vanwege het empowerment- en oplossingsgerichte werken. Alle professionals hadden het idee dat deze aspecten leiden tot betere zorg. De professionals benoemde daarnaast een aantal praktische belemmeringen om goed te kunnen werken met het DMOP: het gebruik van een checklist zou zonder de juiste gespreksvaardigheden kunnen leiden tot een gevoel van ondervraging en afname van vertrouwen bij ouders. Daarnaast zagen de professionals het gebrek aan integratie binnen het digitale dossier als een belemmering.

Deze laatste punten zijn door het NCJ opgepakt door onder andere het ontwikkelen van een BDS-protocol, die ondersteunend is bij het inbouwen van het DMOP binnen het DD-JGZ. Daarnaast is binnen de basistraining en het kwaliteitsborgingstraject aandacht voor de gespreksvaardigheden die nodig zijn om alle onderwerpen van de checklist te bespreken in een natuurlijk gesprek (in plaats van het afnemen van een checklist).

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de behaalde effecten met de interventie?

Studie 1

- A. Reijneveld, S.A., Hielkema, M., Stewart, R.E., de Winter, A.F. (2017). The added value of a family-centered approach to optimize infants' social-emotional development: A quasi-experimental study. *PLoS ONE* 12(12): e0187750. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187750>
- B. Quasi-experimentele studie uitgevoerd binnen de JGZ. Er is een vergelijking gemaakt tussen de regio waar het DMOP/SamenStarten is geïmplementeerd en de regio waar 'care-as-usual' geboden werd, inclusief alle kinderen. In beide regio's namen de JGZ-professionals huisbezoeken af (bij de leeftijd van 2-18 maanden). In totaal namen 5658 ouders deel aan het onderzoek; hiervan ontvangen 2978 (ouders van) kinderen DMOP/SamenStarten en 2680 (ouders van) kinderen 'care-as-usual' in de controleregio.
- C. *Onderzoeksvraag 1: Draagt het DMOP bij aan de signalering van (risicofactoren voor) sociaal-emotionele problematiek?*
Om te onderzoeken of er in de DMO-regio meer (risico's voor) sociaal-emotionele problematiek werd gesignaleerd, hebben we de DMO-regio met de controleregio vergeleken voor wat betreft de percentages van nieuwe signaleringen. In de DMO-regio bleken significant meer risico's of problemen te zijn gesignaleerd dan in de controleregio, hoewel het verschil klein was (24.7% versus 22.0%, $p=.02$, Cohen's $W=.03$). Daarnaast hebben we, voor de gezinnen waarvoor professionals een extra actie/ extra zorg hadden ingezet met betrekking tot de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind (zogenaamde 'cases'), de zwaarte van de problematiek in kaart gebracht met behulp van vragenlijsten betreffende het kind en zijn of haar context. We vonden dat de cases in de interventieregio significant hoger scoorden op een aantal vragenlijsten dan de cases in de controleregio. Conclusie: met behulp van het DMOP werden meer (risico's voor) sociaal-emotionele problemen gesignaleerd, hoewel het effect klein was. Daarnaast lijkt het DMOP bij te dragen aan een betere identificatie van gezinnen die extra zorg nodig hebben.

Onderzoeksvraag 2: Draagt het DMOP bij aan eerdere signalering van (risicofactoren voor) sociaal-emotionele problematiek?

Om te onderzoeken of het DMOP bijdraagt aan een eerdere signalering van (risico's voor) problemen, hebben we beide regio's vergeleken voor wat betreft de kans die kinderen hebben om gesignaleerd te worden in de loop van de tijd (2 tot 18 maanden). In de DMO-regio werden risico's eerder gesignaleerd dan in de controleregio (Tarone-Ware test P-waarde= .008). Conclusie: het DMOP draagt bij aan een eerdere signalering van (risico's voor) sociaal-emotionele problematiek.

Onderzoeksvraag 3: Draagt het DMOP bij aan een beter psychosociaal welbevinden van kinderen op de leeftijd van 18 maanden?

Om te onderzoeken of het DMOP bijdraagt aan het psychosociaal welbevinden van kinderen van 18 maanden oud, hebben we de scores op de Child Behaviour Checklist 1.5-5 (CBCL) vergeleken die ouders in beide regio's hadden ingevuld wanneer hun kind ongeveer 18 maanden oud was. De totaalscores en subschaalscores verschilden niet significant van elkaar tussen de beide regio's voor de totale groep kinderen. Conclusie: het DMOP lijkt niet bij te dragen aan het psychosociaal welbevinden van kinderen van 18 maanden oud. Eventuele lange termijn effecten behoeven verder onderzoek.

Studie 2

- A. Hielkema, M., De Winter, A. F., Reijneveld, S. A. (2017). Validity of a family-centered approach for assessing infants' social-emotional wellbeing and their developmental context: a prospective cohort study. *BMC Pediatrics*, 17, 148-159. doi: 10.1186/s12887-017-0898-5.
- B. Prospectieve cohortstudie. In het onderzoek werden in de DMO-regio 94 aangemelde 'cases' (i.e. gezinnen waarbij de professional een extra actie had ingezet ten behoeve van de sociaalemotionele

- ontwikkeling van het kind) gezien voor aanvullend onderzoek. Deze gezinnen hebben verschillende vragenlijsten ingevuld die corresponderen met de vijf domeinen van het DMOP. Voor elk van deze 'cases' werden ook twee controlegezinnen gevraagd om dezelfde vragenlijsten in te vullen (184 gezinnen met bruikbare data). Gezinnen werden gematcht voor leeftijd en geslacht van het kind.
- C. De correlaties (Pearson's r) tussen de inschatting van de professional op basis van het DMOP en de scores van ouders op vragenlijsten waren over het algemeen redelijk (0.17 – 0.51). De scores op de vragenlijsten waren over het algemeen significant hoger voor cases (momenten van extra ondersteuning) dan voor controles. Bij het vergelijken van de inschatting van de professional per domein en de score op de bijbehorende vragenlijst(en), vonden we een goede overeenstemming met betrekking tot beschermende factoren, met name voor controlegezinnen (overeenstemming variërend van 0.38 tot 0.99), maar een lagere overeenstemming met betrekking tot risicofactoren, met name voor controlegezinnen (overeenstemming variërend van 0.00 tot 0.68). Wanneer het domein 'Partner' als risico werd gescoord, droeg dit van alle domeinen het meest bij aan de conclusie van professionals om een situatie als risico te benoemen, odds ratio 87.0, 95%-betrouwbaarheidsinterval: 20.2-375.0. Conclusie: Met het DMOP kunnen beschermende- en risicofactoren van het kind en diens omgeving redelijk valide in kaart worden gebracht. De overeenstemming tussen professionals en ouders is met name hoog voor beschermende factoren en lager voor risicofactoren.

Aangezien verschillende praktische aanbevelingen vanuit de focusgroep (zie onderzoek onder kopje 4.1) door de deelnemende organisaties zijn opgepakt, is het wenselijk om de aanpassingen te evalueren en vervolgonderzoek naar de validiteit te doen. Hierbij dient aandacht besteed te worden aan de volgende punten:

- 1. Het verzamelen van een baseline*
- 2. Meer inzicht in wat er zich precies afspeelt tijdens de verschillende contactmomenten.*
- 3. Meer inzicht de overeenstemming tussen professionals en ouders met betrekking tot risicofactoren*
- 4. Onderzoek naar de meerwaarde van het DMOP bij verschillende groepen.*

5. Samenvatting Werkzame elementen

Wat zijn de werkzame elementen van deze interventie waardoor de gestelde doelen bij de doelgroep gerealiseerd worden? Geef een puntsgewijs overzicht van de belangrijkste werkzame elementen van de interventie. Denk daarbij aan inhoudelijke en praktische elementen.

Inhoudelijke elementen

- Brede inventarisatie van de opvoedingssituatie met behulp van de domeinen uit het DMOP
- Uitgebreide inventarisatie door dubbelcontactmoment.
- Het bekrachtigen en versterken van de opvoedingssituatie.
- Uitgaan van het perspectief van de ouder.
- Het stapsgewijs volgsysteem van nul tot vier jaar.
- Mogelijkheid tot snelle doorverwijzingen vanuit de samenwerkingsverbanden.

Praktische elementen

- Het trainen van de JGZ-professionals via video-interactiebegeleiding.
- De getrapte kwaliteitsbewaking van de methodiek SamenStarten.
- De methodiek SamenStarten sluit aan bij de flexibele uitvoering van de JGZ.

6. Aangehaalde literatuur

- Aalbers-van Leeuwen, M., Van Hees, L., & Hermanns, J. (2002). Risico-en protectieve factoren in moderne gezinnen: Reden tot optimisme of reden tot pessimisme? *Pedagogiek*, 22, 41-54. Verkregen via <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/187718>
- Allen, J. P., Moore, C., Kuperminc, G., & Bell, K. (1998). Attachment and adolescent psychosocial functioning. *Child development*, 69(5), 1406-1419. doi:10.2307/1132274
- Anthony, L. G., Anthony, B. J., Glanville, D. N., Naiman, D. Q., Waanders, C., Shaffer, S. (2005). The relationships between parenting stress, parenting behaviour and preschoolers' social competence and behaviour problems in the classroom. *Infant and Child Development*, 14, 2, 133-154.
- Asscher, J. J., & Paulussen-Hoogbeem, M. C. (2005). De invloed van protectieve en risicofactoren op de ontwikkeling en opvoeding van jonge kinderen. *Kind en Adolescent*, 26, 16-24. doi: 10.1007/BF03060934
- Bakker, I., Bakker, K., Dijke, A. Van & Terpstra, L. (2000). *O + O = O². Naar een samenhangend beleid en aanbod van opvoedingsondersteuning en ontwikkelingsstimulering voor kinderen en ouders in risicosituaties*. Utrecht: NIZW Uitgeverij.
- Battaglia, T.A., Finley, E. & Liebschutz, J.M. (2003). Survivors of intimate partner violence speak out: Trust in the patient-provider relationship. *Journal of General Intern Medicine*, 18, 8, 617-623.
- De Bree, E. H., Hornstra, L., Jellesma, F. C., & De Jong, P. F. (2014). *Onderwijsleerproblemen 5^e editie*. Essex: Pearson.
- Bronfenbrenner, U. (1986). The ecology of the family as a context for human development. *Developmental Psychology*, 22, 723-742. Verkregen via <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&uid=1987-06791-001>
- Brunner E & Marmot MG (2006). 'Social organization, stress, and Health.' In M.G. Marmot & R.G. Wilkinson (Eds.), *Social Determinants of Health*. Oxford; Oxford University
- Busch, V., Laninga-Wijnen, L., Schrijvers, A. J. P., & De Leeuw, J. R. J. (2017). Associations of health behaviors, school performance and psychosocial problems in adolescents in The Netherlands. *Health Promotion International*, 32, 280-291. doi: 10.1093/heapro/dav058
- Cummings, E. M. & Cummings, J. S. (2002). Parenting and attachment. In: M.H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting*, Vol. 5, 35-58. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Cummings, E. M. & Davies, P. T. (2002). Effects of marital conflict on children: Recent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 1, 31-63.
- Dawson, G., Asham, S. B., Carver, L.J. (2000). The role of early experience in shaping behavioral and brain development and its implications for social policy. *Dev Psychopathol*, 12, 695-712.
- Dorsselaer, M. van, M. de Looze, E. Vermeulen-Smit S. de Roos, J. Verdurmen, T. ter Bogt en W. Vollebergh (2010). *Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland. HBSC 2009*. Utrecht, Trimbos-instituut.
- Dunkel, C. S., & Harbke, C. A. (2016). Review of measures of Erikson's stages of psychosocial development: Evidence for a general factor. *Journal of Adult Development*, 1-19. doi: 10.1007/s10804-016-9247-4

- Dunst, C. J., & Dempsey, I. (2007). Family–professional partnerships and parenting competence, confidence, and enjoyment. *International Journal of Disability, Development and Education*, 54, 305-318. doi:10.1080/10349120701488772
- Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (2009). Meta-analytic structural equation modelling of the influences of family-centered care on parent and child psychological health. *Int J Pediatr*, 2009, 576840.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Deal, A. G. (1988). *Enabling and empowering families: Principles and guidelines for practice*. Cambridge (MA): Brookline Books.
- Erikson, E. H. (1959). Identity and the life cycle: Selected papers. *Psychological Issues*, 1, 1-171. Verkregen via <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1960-02756-001>.
- Glascoe, F. P. (2000). Early detection of developmental and behavioral problems. *Pediatrics in Review*, 21, 272-280.
- Green, C., Kalvaitis, D., & Worster, A. (2016). Recontextualizing psychosocial development in young children: a model of environmental identity development. *Environmental Education Research*, 22, 1025-1048. doi: 10.1080/13504622.2015.1072136
- Hermanns, J., F. Öry, G. Schrijvers, G., Junger M. & Blom M. (2005). *Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei-problemen*. Utrecht: Inventgroep.
- Herrod, H. G. (2007). Do first years really last a lifetime? *Clin. Pediatr.* 46, 199-205.
- Hielkema, M. (2015). *The value of a family-centered approach in preventive child healthcare: Monitoring the social-emotional development of infants* (Proefschrift). Rijksuniversiteit Groningen: Groningen.
- Hielkema, M., De Winter, A. F., Reijneveld, S. A. (2017). Validity of a family-centered approach for assessing infants' social-emotional wellbeing and their developmental context: a prospective cohort study. *BMC Pediatrics*, 17, 148-159. doi: 10.1186/s12887-017-0898-5.
- Lamb-Parker, F., LeBuffe, P., Powell, G., Halpern, E. (2008). A strength-based, systematic mental health approach to support children's social and emotional development. *Infants & Young Children*, 21, 45-55.
- Mertesacker, B., Bade, U., Haverkock, A., & Pauli-Pott, U. (2004). Predicting maternal reactivity/sensitivity: The role of infant emotionality, maternal depressiveness/anxiety, and social support. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 25,1, 47-61.
- Miller, W. R., & Rose, G.S. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *American Psychologist*, 64, 527-537.
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., Robinson, L. R. (2007). The role of family context in the development of emotion regulation. *Soc. Dev.*, 16, 361-388.
- Munley, P. H. (1975). Erik Erikson's theory of psychosocial development and vocational behavior. *Journal of Counseling Psychology*, 22, 314. Verkregen via <http://psycnet.apa.org/journals/cou/22/4/314/>
- NCJ (2016). *JGZ-richtlijn Psychosociale problemen*. TNO. Verkregen via <https://assets.ncj.nl/docs/ac13b984-924f-4007-92ea-f6b2af97092a.pdf>
- Oers, van, B. (2010). Het perspectief van Bronfenbrenner: Tussen leef- en belevingswereld. HJK. [online publicatie]. Verkregen op 8 maart 2018 via http://www.hjk-online.nl/assets/documentenservice_zen/hjk/archief/2010/10_juni_2010/jrg37_nr10_juni2010_B.van_Oers_Tussen_leef_en_beleavingswereld_pag_7_10.pdf.

- Ohan, J. L., Leung, D. W., & Johnston, C. (2000). The Parenting Sense of Competence scale: Evidence of a stable factor structure and validity. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 32, 4, 251.
- Perkins, D. D., & Zimmerman, M. A. (1995). Empowerment theory, research, and application. *American Journal of Community Psychology*, 23, 569-579. Verkregen van <http://link.springer.com/content/pdf/10.1007/BF02506982.pdf>
- Reef J, Diamantopoulou S, van Meurs I, Verhulst F, van der Ende J. *Child to adult continuities of psychopathology: a 24-year follow-up*. *Acta Psychiatr Scand*, 2009;120(3):230-8.
- Reijneveld, S. A., Brugman, E., Verhulst, F. C., & Verloove-Vanhorick, S. P. (2004). Identification and management of psychosocial problems among toddlers in Dutch preventive child health care. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158, 811- 817. doi: 10.1001/archpedi.158.8.811
- Reijneveld, S.A., Hielkema, M., Stewart, R.E., de Winter, A.F. (2017). The added value of a family-centered approach to optimize infants' social-emotional development: A quasi-experimental study. *PLoS ONE* 12(12): e0187750. Verkregen via <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187750>
- Reijneveld S.A., A.G.C. Vogels, F. Hoekstra, M.R.Crone (2006). Use of the Pediatric Symptom Checklist for the detection of psychosocial problems in preventive child healthcare. *BMC Public Health*, 6, 1471-2458.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316.
- Thiel, M. (2017). Person-centeredness in integrative health care and integrative medical education. *Complementary, Medicine Research*, 24, 10-21. doi: 10.1159/000460277
- TNO (2018). *Versterken van de ontwikkeling in de eerste twee levensjaren: de eerste 1001 dagen*. Verkregen via <https://www.tno.nl/nl/aandachtsgebieden/gezond-leven/roadmaps/youth/de-eerste-duizend-dagen-van-het-kind/>
- Van Steijn L, de Winter AF, Reijneveld SA (2014). *Stabiliteit en verandering van psychosociale gezondheid en leefstijl bij adolescenten en mogelijkheden voor interventies. Bouwstenen voor het Extra Contactmoment Adolescenten*. Groningen: UMCG, Rijksuniversiteit Groningen.
- Verzaal, H. (2002). Empowerment in de jeugdzorg. Onderzoek naar empowerment-bevorderend gedrag voor hulpverleners. Proefschrift Universiteit van Amsterdam.
- Velderman, M. K., Crone, M. R., Wiefferink, C. H., & Reijneveld, S. A. (2010). Identification and management of psychosocial problems among toddlers by preventive child health care professionals. *The European Journal of Public Health*, 20, 332-338. doi: 10.1093/eurpub/ckp169
- Zeijl, E., Crone, M., Wiefferink, K., Keuzenkamp, S., & Reijneveld, M. (2005). *Kinderen in Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Weisz, J. R., Sandler, I. N., Durlak, J. A., & Anton, B. S. (2005). Promoting and protecting youth mental health through evidence-based prevention and treatment. *Am Psychol*, 60, 628-648.
- Wissow, L.S., Roter, D.L., & Wilson, M.E. (1994). Pediatrician interview style and mothers' disclosure of psychosocial issues. *Pediatrics*, 93, 2, 289-295.