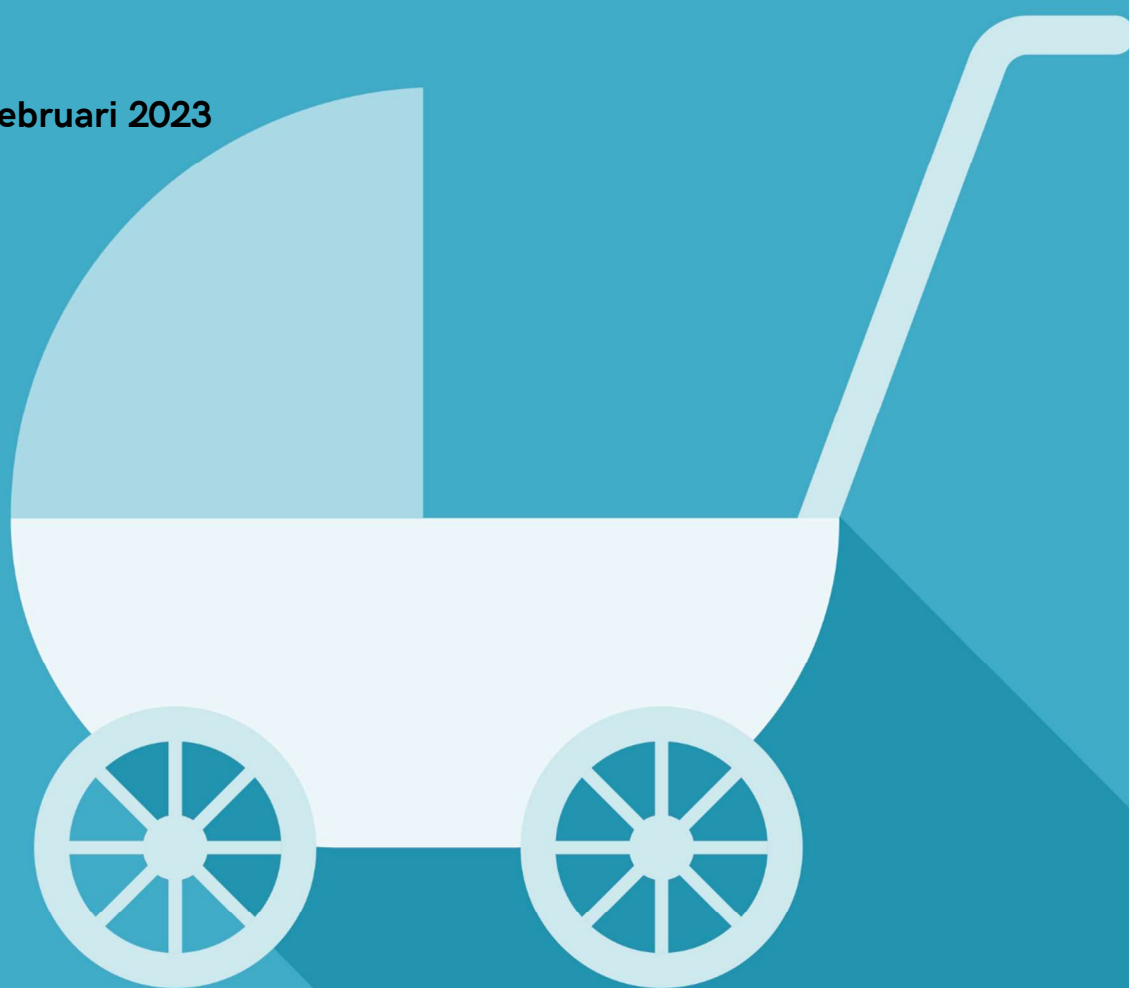


Richtlijn

# Kwetsbaarheid eerste 1000 dagen

februari 2023



**De eigenaar van deze richtlijn is:**



**Deze richtlijn is ontwikkeld door:**



**Deze richtlijn is gefinancierd door:**



De richtlijn is geautoriseerd door: V&VN, KNOV

Alle rechten voorbehouden. De tekst uit deze richtlijn mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend onder vermelding van de oorspronkelijke auteurs.

Bij vragen over de inhoud van de richtlijn kunt u een mail sturen naar: [richtlijnen@venvn.nl](mailto:richtlijnen@venvn.nl)  
De richtlijn is geautoriseerd door V&VN.

# Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>Inleiding</b>	<b>6</b>
<b>Uitgangsvraag 1</b>	<b>18</b>
<b>Hoe kunnen V&amp;V professionals kwetsbare situaties bij (aanstaande) ouders betrouwbaar signaleren?</b>	
Inleiding: Signalering	19
Aanbevelingen	20
Overwegingen	21
Conclusies	26
<b>Uitgangsvraag 2</b>	<b>29</b>
<b>Welke (effectieve) technieken kun je als verpleegkundige/verzorgende inzetten om het gesprek aan te gaan met (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie?</b>	
Inleiding: Gesprekstechniek	30
Aanbevelingen	31
Overwegingen	32
Conclusies	34
<b>Uitgangsvraag 3</b>	<b>35</b>
<b>Welke (effectieve) interventies kunnen verpleegkundigen/verzorgenden inzetten of naar verwijzen om (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie te helpen om hun situatie te verbeteren en risico's op achterstand voor het (ongeboren) kind te verminderen?</b>	
Inleiding: Interventies	36
Aanbevelingen	37
Overwegingen	38
Conclusies	44
<b>Uitgangsvraag 4</b>	<b>45</b>
<b>Wat is de minimale gegevensset voor de verpleegkundige overdracht bij (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie?</b>	
Inleiding: overdrachtgegevens	46
Aanbevelingen	47
Overwegingen	48
Conclusies	50
<b>Bijlagen</b>	<b>51</b>
Algemene achtergrondgegevens	52
Samenstelling werkgroep/project/adviesgroep	53
Begrippenlijst en afkortingen	56
Autorisatie per module	58
Cliëntenperspectief	59
Knelpuntinventarisatie en analyse	61
Verantwoording per module	63
Juridische betekenis	85

Implementatie	86
Onderwerpen voor verder onderzoek	91
Literatuurlijst	92

# Samenvatting

## Begrip

Een zwangere of ouder in een kwetsbare situatie is een persoon bij wie één of meerdere risicofactoren die de zwangerschap<sup>1</sup>, het kind en/of het ouderschap negatief kunnen beïnvloeden, aan de orde zijn en waarbij de aanwezige beschermende factoren ontoereikend zijn.

## KERNAANBEVELINGEN



1. Vraag als verpleegkundige/verzorgende de uitkomsten van de brede risico-inventarisatie (gericht op beschermende en risicofactoren in de eerste 1000 dagen) op bij de verwijzer of voer deze uit wanneer die nog niet heeft plaats gevonden.
2. Als verpleegkundige/verzorgende draag je bij de overdracht van een zwangere of ouder in een kwetsbare situatie ten minste de volgende gegevens over (registratie gebeurt conform de informatie standaard eOverdracht):
  - ✓ Is zwangere of ouder akkoord met uitwisseling gegevens in kader overdracht?
  - ✓ Reden van overdracht
  - ✓ NAW-gegevens zwangere of ouder
  - ✓ Contactgegevens coördinerend zorgverlener
  - ✓ Contactgegevens overdragende zorgverlener
  - ✓ Algemene anamnese moeder: algehele gezondheid, roken, alcohol, drugs, allergieën, medicatie, negatieve seksuele ervaring, genitale verminking, verstandelijke beperking, herpes, seksueel overdraagbare aandoeningen (Soa's), HIV, Hepatitis B, psychosociale/psychi(atri)sche problematiek, financiële problematiek, status relatie, huiselijk geweld
  - ✓ Uitkomst brede risico-inventarisatie (gericht op beschermende en risicofactoren in de eerste 1000 dagen)
  - ✓ Interventie(s) waar de zwangere of ouder gebruikt van maakt of heeft gemaakt en het resultaat van deze interventie(s)
  - ✓ Relevante gegevens vader/partner
  - ✓ Gegevens zwangerschap en/of bevalling: graviditeit en pariteit, maternale hypertensieve aandoening, IUGR, SGA, vroeggeboorte, andere complicaties.
3. Overweeg om een instrument te gebruiken bij de brede risico-inventarisatie (gericht op beschermende en risicofactoren in de eerste 1000 dagen), zoals:  
Signaleringslijsten: Mind2Care, R4U, ALPHA-NL  
Gespreksmethodieken: GIZ, SPARK methode, SamenStarten.
4. Overweeg om (naast de reguliere zorg) in overleg met de verloskundig zorgverlener of huisarts een interventie in te zetten of om ernaar te verwijzen, zoals Prenatale Huisbezoeken JGZ, Stevig Ouderschap of VoorZorg.

---

<sup>1</sup> Waar gesproken wordt over 'de zwangerschap' bedoelen we: de zwangere vrouw en de groei en ontwikkeling van het ongeboren kind.

# Inleiding

## 1 Aanleiding en doel

Zwangeren en ouders die zich door hun opleiding, inkomen, leefstijl, gezondheid, sociale- of leefomstandigheden in een verhoogd kwetsbare situatie kunnen bevinden, hebben voor een gunstige zwangerschapsuitkomst en een gezonde ontwikkeling en volledige ontplooiing van hun kind vaak extra zorg en begeleiding nodig (Bonsel 2010, De Graaf 2013, Goedhart 2008, Steegers 2013, Timmermans 2011). De richtlijn 'Kwetsbaarheid eerste 1000 dagen' bevat handelingsaanbevelingen voor verpleegkundigen en verzorgenden, gebaseerd op wetenschappelijk bewijs en goede praktijkvoorbeelden, ten behoeve van de zorg voor deze kwetsbare doelgroep. Einddoel van deze richtlijn is om de positie van zwangeren en ouders van kinderen tot 2 jaar in een kwetsbare situatie te verbeteren, en risico's voor het (ongeboren) kind te verminderen.

### 1.1 Doelgroep

Beoogde gebruikers van deze richtlijn zijn verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, zorgkundigen en verzorgenden, zoals omschreven in het beroepenhuis V&V 2020. Het gaat hierbij om verpleegkundigen en verzorgenden die werken in de nulde, eerste, tweede of derde lijn. Hieronder vallen met name: obstetrie-, neonatologie-, sociaalpsychiatrisch- en jeugdverpleegkundigen, werkzaam in ziekenhuizen, de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), een Psychiatrie, Obstetrie en Pediatrie (POP) polikliniek, jeugdverpleegkundigen in de jeugdgezondheidszorg (JGZ), sociaal verpleegkundigen in de OGGZ, de zorg voor licht verstandelijk beperkten (LVB), de verslavingszorg, begeleid wonen of in de thuissituatie van cliënten.

Deze richtlijn is tevens bruikbaar voor kraamverzorgenden en kraamzorgverpleegkundigen die, hoewel zij geen onderdeel uitmaken van V&VN, een belangrijk aandeel hebben in de zorg voor gezinnen in een verhoogd kwetsbare situatie en het signaleren van risico's.

Omdat afstemming, continuïteit en samenwerking in de zorg voor zwangeren, ouders en jeugdigen in (mogelijk) kwetsbare situaties essentieel is, verwachten wij dat deze richtlijn ook informatief is voor eerstelijns en tweedelijns verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen, huisartsen, jeugdartsen, psychiaters, voor professionals werkzaam in voorschoolse voorzieningen, de jeugdzorg en jeugdbescherming en in het maatschappelijk werk.

### 1.2 Doelpopulatie

De aanbevelingen in deze richtlijn zijn van toepassing op zwangeren en (aanstaande) ouders in een (mogelijk) verhoogd kwetsbare situatie, en hun kinderen in de kinderleeftijd van -9 maanden tot 2 jaar. De doelpopulatie wordt verderop in deze richtlijn nader gedefinieerd en geïllustreerd.

### 1.3 Afbakening

Deze richtlijn sluit aan bij:

- ✓ De 'Zorgstandaard Integrale Geboortezorg' (College Perinatale Zorg 2016)
- ✓ Het landelijk actieprogramma 'Kansrijke start'
- ✓ De 'Handreiking zorg voor kwetsbare zwangeren' voor Verloskundig Samenwerkings Verbanden (Consortium Zwangerschap en Geboorte Noord-Nederland 2017)
- ✓ V&VN-richtlijn Zorgmijding
- ✓ JGZ-richtlijnen 'Ouder-kind relatie', 'Opvoedondersteuning', 'Kindermishandeling' en 'Psychosociale problemen'

- ✓ Definitie kwetsbare zwangere zoals geformuleerd door Erasmus MC en gemeente Rotterdam (Wulfraat 2019)

#### 1.4 Cliëntversie

Om zwangeren, ouders en andere geïnteresseerden te informeren over deze richtlijn is een cliëntversie ontwikkeld.

#### 1.5 Actualisering

V&VN is als eigenaar van deze richtlijn verantwoordelijk voor de publicatie en de verdere verspreiding van de richtlijn, alsmede voor het onderhoud en de actualisatie ervan. Voor deze richtlijn is de standaard herzieningstermijn van vijf jaar van toepassing. Deze termijn is gebaseerd op verwachtingen omtrent de snelheid waarmee eventueel nieuw bewijs in de literatuur verschijnt en de mogelijke impact die dat heeft op de kernaanbevelingen. Uiterlijk in 2027 besluit het bestuur van V&VN daarom of actualisatie aangewezen is. Indien overgegaan wordt tot actualisatie, dan worden opnieuw een werk/adviesgroep en een klankbordgroep geïnstalleerd. De geldigheid van deze richtlijn komt eerder te vervallen als daar op grond van nieuw, belangrijk bewijs uit de literatuur aanleiding toe is, dit ter beoordeling aan V&VN.

## 2 Leeswijzer

In het hierna volgende hoofdstuk geven we een introductie op het thema kwetsbaarheid eerste 1000 dagen. Deze kennis is nodig om de richtlijn te interpreteren. In de daarna volgende hoofdstukken komen de antwoorden op de uitgangsvragen aan bod.

Uitgangsvragen die in deze richtlijn worden beantwoord zijn:

1. Hoe kunnen V&V professionals kwetsbare situaties bij (aanstaande) ouders betrouwbaar signaleren?
2. Welke (effectieve) technieken kun je als verpleegkundige/verzorgende inzetten om het gesprek aan te gaan met (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie?
3. Welke (effectieve) interventies kunnen verpleegkundigen/verzorgenden inzetten of naar verwijzen om (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie te helpen om hun situatie te verbeteren en risico's op achterstand voor het (ongeboren) kind te verminderen?
4. Wat is de minimale gegevensset voor de verpleegkundige overdracht bij (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie?

De beantwoording van de uitgangsvragen start met de aanbevelingen, gevolgd door de overwegingen die tot de aanbevelingen hebben geleid.

Diverse hulpmiddelen bij het gebruik van deze richtlijn werden ontwikkeld, o.a.:

- ✓ Gespreksleidraad gebaseerd op Samen Beslissen (bijlage 9A)
- ✓ Overzicht van interventies (bijlage 9B)
- ✓ Cliëntversie van de richtlijn

## 3 Introductie kwetsbaarheid eerste 1000 dagen

In dit hoofdstuk definiëren we het begrip 'zwangere of ouder in een kwetsbare situatie', gaan we in op het concept kwetsbaarheid en het waarom van deze richtlijn. Deze kennis is nodig om de richtlijn te interpreteren. In de hierna volgende hoofdstukken komen de antwoorden op de uitgangsvragen aan bod.

### 3.1 Definitie

In deze richtlijn wordt onder een zwangere of ouder in een kwetsbare situatie verstaan: Een persoon bij wie één of meerdere risicofactoren aan de orde zijn die de zwangerschap<sup>2</sup>, het kind en/of het ouderschap negatief kunnen beïnvloeden, en waarbij de aanwezige beschermende factoren ontoereikend zijn.

### 3.2 Concept kwetsbaarheid

Mensen die als verhoogd kwetsbaar worden gezien, zijn bijvoorbeeld pas bevallen vrouwen, personen met een lichamelijke beperking, mensen met chronisch psychische problemen, mensen met een verstandelijke beperking of beperkte cognitieve vermogens, met psychosociale (inclusief materiële) problemen, met lichte opvoed- en opgroeioproblemen, die betrokken zijn bij huiselijk geweld, die afgewezen (dreigen te) worden wegens hun seksuele oriëntatie, met meervoudige problematiek (waaronder verslaafden) (MOVISIE 2010). Kwetsbaarheid is kortom een breed begrip.

Er kan op verschillende wijzen naar de groep kwetsbare mensen worden gekeken. Vanuit het perspectief van het medisch model wordt kwetsbaarheid gezien als een kenmerk van een persoon, direct gerelateerd aan ziekte, trauma of een ander gezondheidsprobleem. Kijken vanuit het medisch model betekent ook: mensen met een kwetsbaarheid hebben een gezondheidsprobleem dat opgelost moet worden. Als dat niet lukt, dan krijgen zij aanpassingen zoals een speciale school of speciaal vervoer. Het sociale model ziet verhoogde kwetsbaarheid als een probleem dat uitsluitend wordt veroorzaakt door sociale factoren. Een kwetsbaarheid is persoonlijk en ontstaat vooral door verminderde toegankelijkheid van de maatschappij.

De 'International Classification of Functioning, Disability, and Health', ICF, combineert beide modellen en definieert kwetsbaarheid in het licht van de drie dimensies van het menselijk functioneren. Kwetsbaarheid (Engels: disability) wordt gedefinieerd als disfunctioneren op één of meer van deze dimensies. De drie dimensies die worden onderscheiden zijn: (1) de persoonlijke dimensie, waarbij het vooral gaat om lichamelijke en psychische gezondheid, ziekte en handicap; (2) de dimensie activiteiten en (3) de dimensie participatie (WHO 2001). Onder de dimensies activiteiten en participatie vallen o.a. de mogelijkheid om te leren en kennis toe te passen, zelfverzorging, communicatie, gezinsomstandigheden, interpersoonlijke relaties en maatschappelijke en sociale participatie. Deze drie dimensies worden op hun beurt weer beïnvloed door factoren op het niveau van het individu zoals leeftijd, sociale achtergrond, opleiding, gedragsstijl, karakter, weerbaarheid, copingstijl en omgevingsfactoren zoals sociale invloeden en woonomgeving.

Kwetsbaarheid van gezinnen worden veelal veroorzaakt door een opeenstapeling van problemen. Vaak is er ook een gebrek aan (financiële) middelen om de problemen en belemmeringen op te lossen (bijvoorbeeld door een gering sociaal netwerk, lichte verstandelijke beperking (LVB) of beperkte cognitieve vermogens, zeer jonge leeftijd, beperkte gezondheidsvaardigheden, onvoldoende opvoedvaardigheden, tekortschietende hulpverlening) of zijn er destructieve coping-

---

<sup>2</sup> Waar gesproken wordt over 'de zwangerschap' bedoelen we: de zwangere vrouw en de groei en ontwikkeling van het ongeboren kind.



strategieën (zoals mijden van zorg, wantrouwen jegens hulpverlening, agressief gedrag, roken, alcohol of drugsmisbruik) (Timmermans 2011; Van der Meer 2020; Vervoort 2016; Wulfraat 2019).

Eigenschappen en situaties kunnen 'doorgegeven' worden van ouders op kinderen. Bijvoorbeeld eigenschappen die horen bij ADHD (moeite met concentratie, impulsiviteit) en autisme (beperkte sociale interactie, weinig inlevingsvermogen) zijn deels erfelijk en kunnen overgaan van ouder op kind. Verder kunnen voedingstekorten, stress en roken tijdens de zwangerschap zorgen voor een slechte start, met alle gevolgen voor het verdere leven van dien. Ook bepaalde omstandigheden (zoals een slechte gezondheid, een lage opleiding, armoede, geweld of kindermishandeling) kunnen doorgegeven worden (Visser 2019; JGZ-richtlijn Kindermishandeling 2016). Later kunnen zaken als minder gezondheidsvaardigheden, een verstoorde relatie, weinig ondersteuning om bijvoorbeeld een opleiding af te ronden en de aanwezigheid van onverwerkte trauma's een rol spelen bij het in stand houden van problematiek. Een deel van deze eigenschappen en situaties zijn te beïnvloeden door interventies. Daarom is signalering van deze eigenschappen en situaties van belang.

### 3.3 Kwetsbaarheid eerste 1000 dagen

#### 3.3.1 Belang eerste 1000 dagen

De eerste 1000 dagen van een kind zijn cruciaal voor een gezonde ontwikkeling en de ontplooiing en kansen op latere leeftijd (Detmar 2019). Achterstanden in de ontwikkeling kunnen op latere leeftijd (deels) worden ingehaald, maar dit inhaalproces verloopt doorgaans minder snel en minder optimaal dan in de vroege periode. Risicofactoren voor de zwangerschap<sup>3</sup> en het kind zijn bijvoorbeeld: de aanwezigheid van één of meerdere psychische problemen of psychische aandoeningen bij de zwangeren of de eventuele partner, psychosociale problemen, een nadelige leefstijl of vroeggeboorte (<37 weken zwangerschapsduur) (Baron 2013; De Graaf 2015; De Graaf 2013; Grote 2010; Posthumus 2016; Van der Meer 2020; Vervoort 2016; Vos 2014; WHO 2008; Wulfraat 2019).

Epigenetische veranderingen zijn omkeerbare erfelijke veranderingen in de activiteit van genen. De omgeving tijdens de vroege embryonale ontwikkeling kan een (negatief) effect hebben op de gezondheid maanden of jaren na de blootstelling. Deze veranderingen kunnen ontstaan onder invloed van bijvoorbeeld leefstijl, maar ook stress, en hebben een langdurige invloed op de gezondheid van het kind.

#### 3.3.2 Risico en beschermende factoren

Hieronder volgt een beschrijving van mogelijke risicofactoren en de gevolgen daarvan voor de zwangerschap en/of het kind, gebaseerd op bestaande overzichten van de literatuur (o.a. Detmar 2019; JGZ-richtlijn Ouder-kindrelatie) en door de werk/adviesgroep aangeleverde wetenschappelijke artikelen en cases, 'grijze' literatuur en inzichten en ervaring van de werk/adviesgroep. Risicofactoren kunnen in combinatie aanwezig zijn en elkaar beïnvloeden.

Een onderverdeling is gemaakt in:

- ✓ Risico's bij de zwangere of ouder
- ✓ Risico's bij het kind
- ✓ Risico's in de sociale omgeving
- ✓ Beschermende factoren

##### 3.3.2.1 Risico's bij de zwangere of de ouder(s)

###### 3.3.2.1.1 Overgewicht of obesitas

---

<sup>3</sup> Waar gesproken wordt over 'de zwangerschap' bedoelen we: de zwangere vrouw en de groei en ontwikkeling van het ongeboren kind.

Zwangeren met overgewicht hebben (in vergelijking met vrouwen met een normaal gewicht) een grotere kans op complicaties tijdens zwangerschap en geboorte, zoals pre-eclampsie, diabetes, keizersnede, vroeggeboorte en een te laag of juist te hoog geboortegewicht (macrosomie) (Ovesen 2011). Bij vrouwen met ernstig overgewicht (BMI hoger dan 30) is de kans op complicaties het grootst (Voerman 2019). Er is een relatie tussen het bestaan van overgewicht en de sociale omgeving, zie paragraaf 3.3.2.3.

### **3.3.2.1.2 Voedingstekorten**

Tekorten aan voedingsstoffen zoals ijzer en foliumzuur bij de (aanstaande) zwangere kunnen de ontwikkeling van het ongeboren kind negatief beïnvloeden. Vrouwen die zwanger willen worden krijgen het advies om elke dag 400 microgram foliumzuur (vitamine B11) te slikken, vanaf 4 weken voor de zwangerschap totdat ze 10 weken zwanger zijn. Zij kunnen daarmee het risico op een open ruggetje, lipspleet en gespleten verhemelte bij hun kind verkleinen. Vrouwen die langdurig vitamine D (10 microgram per dag) gebruiken, bijvoorbeeld vanwege een donkere huidskleur of omdat ze een sluier dragen, krijgen het advies dit gedurende de zwangerschap te blijven gebruiken (bron: Voedingscentrum). Vitamine D is belangrijk voor de opbouw van botten.

### **3.3.2.1.3 Middelengebruik**

Het roken van tabak door de zwangere verhoogt de kans op onder meer een laag geboortegewicht, vroeggeboorte, aangeboren afwijkingen, sterfte rond de geboorte en wiegendood. Op lange termijn is roken door de vrouw tijdens de zwangerschap geassocieerd met onder andere een verhoogde kans op astma, overgewicht en een verminderde vruchtbaarheid van het kind zelf. Er is een relatie tussen het middelengebruik en de sociale omgeving, zie paragraaf 3.3.2.3. Meer roken door de vrouw tijdens de zwangerschap verhoogt het risico op een laag geboortegewicht en wiegendood. Kinderen die meer roken met hun ouder(s) of verzorgers hebben meer kans op wiegendood, luchtwegklachten en verminderde longfunctie, astma en andere lage luchtwegziekten en oorontsteking. Consequent buiten roken voorkomt niet dat kinderen blootgesteld worden aan giftige stoffen uit tabaksrook. Stoffen uit tabaksrook slaan tijdens het roken neer op haren, huid en kleding en zijn bij rokende ouders bijvoorbeeld terug te vinden in het beddengoed van het kind. Meerokende kinderen hebben daarnaast een grotere kans om later zelf te gaan roken (Hopman 2017).

Alcohol heeft schadelijke effecten op de zwangerschap en het kind. Bij minder dan een glas per dag is het risico op een miskraam, foetale sterfte of vroeggeboorte al verhoogd. Ook kan deze hoeveelheid al schadelijk zijn voor de hersenontwikkeling van een kind. Naarmate zwangere vrouwen meer en regelmatig alcohol drinken wordt de kans op het Foetaal Alcohol Syndroom (FAS) groter. Met name overmatig drinken en binge drinken zijn gerelateerd aan een sterk verhoogde kans op FAS (Gezondheidsraad 2015). Ook (party)drugsgebruik kan de ontwikkeling van een kind vóór en na de geboorte ernstig verstoren.

Van sommige drugs is duidelijk bewezen dat ze risico's inhouden voor het verloop van de zwangerschap en de ontwikkeling van het (ongeboren) kind. Over andere drugs is hierover minder bekend. De effecten op de zwangerschap en het kind zijn afhankelijk van de soort drugs, de eventuele combinatie en de mate van gebruik.

### **3.3.2.1.4 Stress**

Zwangeren met een verhoogd stressniveau hebben een hogere kans op vroeggeboorte en/of een groeiachterstand. Er zijn bovendien aanwijzingen dat een verhoogd stressniveau tijdens de zwangerschap een direct effect heeft op het ongeboren kind (Lilliecreutz 2016; Mulder 2002). Verschillende onderzoeken laten een samenhang zien tussen prenatale stress en een verstoorde stressregulatie op volwassen leeftijd evenals gedrag- en leerproblemen zien (Grizenko 2015). Een indirect gevolg van stress is dat de zwangere of ouder zich oververmoeid en overweldigd kan voelen, wat negatieve gevolgen kan hebben voor bijvoorbeeld haar dieet, slaapgewoonten en

vermogen om sensitief te reageren op signalen en behoeften van haar kind. Er is een relatie tussen de aanwezigheid van stress en de sociale omgeving, zie paragraaf 3.3.2.3.

#### **3.3.2.1.5 Onvoldoende opvoed- en gezondheidsvaardigheden**

Alle omstandigheden die er voor zorgen dat de ouder(s) niet of minder in staat zijn om na de geboorte liefdevol en sensitief op signalen van het kind te reageren zijn potentieel schadelijk (Detmar 2019).

'Sensitief reageren' betekent in dit kader het snel en gepast reageren op signalen van het kind (JGZ-richtlijn Ouder-kindrelatie 2021; Meij 2011).

Er zijn aanwijzingen voor een associatie tussen de gezondheidsvaardigheden en hoe moeders met hun kind omgaan: moeders met lage gezondheidsvaardigheden zijn onder andere eerder geneigd kunstvoeding in plaats van borstvoeding te geven en minder met hun kinderen te spelen. Ook worden de uitkomsten van prenatale testen en de effecten van roken tijdens de zwangerschap minder goed begrepen (Van der Heide 2015). Beperkte gezondheidsvaardigheden komen meer voor onder laagopgeleiden, maar ook hoger opgeleiden kunnen moeite hebben met medische informatie (Buisman 2013). Tevens is in de literatuur een duidelijke samenhang gevonden tussen beperkte gezondheidsvaardigheden en een minder gezonde leefstijl (meer roken, minder goede eet- en drinkgewoonten, minder fysieke activiteit), slechtere toegang tot zorg, meer gebruik van zorg en minder gunstige gezondheidsuitkomsten (waaronder depressie en chronische ziekte).

#### **3.3.2.1.6 Afwezigheid van of beperkte sociale steun**

De aanwezigheid van sociale steun is een belangrijke beschermende factor. Er zijn aanwijzingen dat ouders die sociale steun ervaren vanuit hun informele netwerk, beter kunnen omgaan met moeilijk of lastig gedrag van hun kinderen (Detmar 2019).

#### **3.3.2.1.7 Psychologische/psychiatrische problemen**

Psychologische of psychiatrische problemen bij één van de ouders kunnen negatieve gevolgen hebben voor de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind. Sociaal-emotionele problemen bij het kind kunnen ontstaan door erfelijkheid van de eigenschappen of door minder adequaat opvoedgedrag ten gevolge van de problemen bij de ouder:

- ✓ Depressie bij de moeder hangt samen met gedragsproblemen bij het kind. Moeders die veel angst ervaren en overbezorgd zijn, hebben vaker angstige kinderen. Er is aangetoond dat een depressie bij de moeder (voordat het kind geboren werd) de kans op mishandeling van het kind drie keer vergroot (Ayers 2019).
- ✓ Een postpartum depressie van de moeder heeft negatieve gevolgen voor de ontwikkeling van het kind: het kind heeft een verhoogd risico op verstoringen in de cognitieve ontwikkeling, gebrekkige zelfregulatie, een laag zelfvertrouwen en langdurige gedragsproblematiek. Ook zijn er samenhangen gevonden tussen een postpartum depressie en een onveilige gehechtheidsrelatie tussen moeder en kind (Detmar 2019).
- ✓ Depressie bij de vader hangt samen met een hogere mate van zowel gedrags- en sociale problemen bij het kind. ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) bij vaders bleek samen te hangen met externaliserend probleemgedrag bij het kind. Kinderen van ouders met psychische of verslavingsproblemen hebben in vergelijking met kinderen die opgroeien bij psychisch gezonde ouders drie tot dertien keer zo groot risico om zelf ook psychische problemen of verslavingsproblematiek te ontwikkelen (Detmar 2019).

#### **3.3.2.1.8 Negatieve jeugdervaringen (Adverse Childhood Experiences)**

Negatieve jeugdervaringen (Adverse Childhood Experiences, vaak afgekort tot ACE's) in het verleden, zoals (kinder)mishandeling, (zien van) partnergeweld, gebruik van verslavende middelen door ouders/partner, verlies van een dierbaar persoon, verhogen de kans op riskant gedrag (zoals verslaving, riskant seksueel gedrag) en psychische problemen (Bellis 2019) en gaan samen met een slechte gezondheid vele jaren later (Felitti 1998). En als bijvoorbeeld een ouder een trauma uit het

verleden heeft, kan het zo zijn dat hij/zij meer bezig is met 'overleven' dan met het kind. Dit kan de ontwikkeling van het kind in negatieve zin beïnvloeden.

#### **3.3.2.1.9 Chronische aandoening bij de ouder**

Kinderen van wie de ouders lijden aan een chronische, somatische aandoening, rapporteren meer probleemgedrag dan kinderen van gezonde ouders (Sieh 2010).

#### **3.3.2.1.10 (Lichte) verstandelijk beperkte ouders**

Ouders met een (lichte) verstandelijke beperking (LVB) hebben - naast een laag IQ en een beperkt sociaal aanpassingsvermogen - veelal te maken met beperkte sociale steun, een lage SES en armoede of psychopathologie (Douma 2018). Deze beperkingen en problemen kunnen van invloed zijn op het opvoedgedrag. Er is geen wetenschappelijk onderzoek gevonden naar de relatie tussen LVB bij de ouder(s) en sociaal-emotionele problemen bij het kind. Wel is aangetoond dat kinderen van ouders met LVB een grotere kans hebben op verwaarlozing en mishandeling (Douma 2018).

### **3.3.2.1.11 Medicatie**

Het gebruik van medicatie tijdens de zwangerschap of borstvoedingsperiode kan invloed hebben op de zwangerschap of het (ongeboren) kind. Daarnaast kan de zwangerschap ook invloed hebben op de werking van medicatie. Op [www.lareb.nl](http://www.lareb.nl) is informatie te vinden over medicatiegebruik bij zwangerschap en borstvoeding.

### **3.3.2.2 Risico's bij het kind**

#### **3.3.2.2.1 Vroeggeboorte en/of laag geboortegewicht**

Gevolgen van vroeggeboorte en een laag geboortegewicht voor het kind kunnen onder meer zijn: cognitieve achterstand, leerproblemen, spraakproblemen, achterstand in executief functioneren, motorische achterstand, cerebrale parese, problemen met de tonusregulatie, aandachtsproblemen, groeiachterstand, luchtwegproblemen (BPD), voedingsproblemen, visuele en/of gehoorbeperking (Van der Pal 2013). Kinderen die te vroeg en te licht geboren worden hebben daarnaast een hogere kans op sociaal-emotionele problemen dan kinderen die niet te vroeg of met een normaal gewicht geboren worden (Arpi 2013). De hoge mate van stress waarmee prematuur geboren kinderen te maken krijgen, leidt er bovendien vaak toe dat ze sneller geprikkeld en negatief reageren op hun omgeving en dat ze minder goed hun emoties leren te reguleren, in vergelijking met voldragen kinderen (Wu 2016).

#### **3.3.2.2.2 Chronische aandoening of ontwikkelingsproblematiek bij het kind**

In deze groep vallen kinderen met aandoeningen zoals astma, migraine of regelmatig ernstige hoofdpijn, dyslexie, ADHD, autisme of diabetes. Deze kinderen hebben een verhoogd risico op sociaal-emotionele problemen. Onderzoek laat zien dat kinderen in de leeftijd van 3 tot 12 jaar met een lichamelijke ziekte vaker internaliserende problemen hebben. Datzelfde geldt voor een cognitieve beperking: bij de groep jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking (IQ-score tussen 50 en 85) worden, naast de beperkingen in het intellectueel functioneren, informatieverwerking en sociaal-cognitieve vaardigheden, hoge prevalenties van sociaal-emotionele problemen, gedragsproblemen, lichamelijke problemen en psychische problemen vastgesteld (Douma 2018).

Bij jeugdigen met ontwikkelingsproblematiek zoals een autistische stoornis, een globale ontwikkelingsachterstand of een verstandelijke beperking komen bovendien vaker verstoringen in de ouder-kindrelatie voor. Dit komt omdat deze jeugdigen minder en moeilijk leesbare signalen afgeven, waardoor het voor ouders lastiger is om sensitief te reageren, en positieve, wederkerige interacties te hebben. Problemen met eten, slapen en huilen kunnen de ouder-kindrelatie verder ernstig belasten (JGZ-richtlijn Ouder-kind relatie 2021).

### **3.3.2.3 Risico's in de sociale omgeving**

#### **3.3.2.3.1 Wonen**

Er zijn aanwijzingen dat slechte woonomstandigheden, gebrek aan sociale cohesie en - controle, een perceptie van onveiligheid en criminaliteit en luchtvervuiling kunnen leiden tot psychische/psychiatrische problemen, waaronder angststoornissen en depressie, en psychosociale problemen (Barnett 2018; Singh 2019; Tamerus 2014).

#### **3.3.2.3.2 Armoede**

Kinderen die in financiële armoede opgroeien, hebben vaker sociaal-emotionele en gedragsproblemen (Reijneveld 2010). Amerikaans onderzoek (Luby 2013) laat zien dat kinderen die in hun eerste jaren in armoede leefden in de basisschoolperiode een mindere hersenontwikkeling hebben.

#### **3.3.2.3.3 Lage SES**

Er is in de literatuur veel bewijs voor het verband tussen sociaaleconomische status (SES) en het voorkomen van psychosociale problemen en gezondheidsverschillen. De SES van mensen wordt doorgaans gedefinieerd aan de hand van een combinatie van de factoren 'opleiding', 'inkomen', en 'positie op de arbeidsmarkt'. De term 'lage SES' refereert aan mensen met een lage opleiding, een laag inkomen of een combinatie daarvan. Een lage opleiding betekent dat het hoogst behaalde onderwijsniveau is: basisonderwijs, VMBO, eerste drie jaren van HAVO/VWO of de entreeopleiding, de voormalige assistentenopleiding (MBO 1) of minder dan 10 jaar onderwijs in het land van herkomst (Bronnen: CBS Statline 2020, Pharos). Als het inkomen op of iets boven het sociaal minimum ligt, wordt dat een laag inkomen genoemd.

Hoe het verband met psychosociale problemen en gezondheidsverschillen precies ontstaat is onduidelijk. Het 'family stress model' (Conger 2007) veronderstelt dat een lage SES het functioneren van ouders op een negatieve manier beïnvloedt: de sociaaleconomische zorgen leiden tot somberheid, meer huwelijksconflicten, meer conflicten over geld en onderlinge vijandigheid wat een negatieve impact heeft op de zwangerschap en de ontwikkeling van het kind (Loomans 2013). Kinderen die opgroeien in gezinnen met een lage SES maken vaker stressvolle levensgebeurtenissen mee. De problemen in deze gezinnen kunnen er bovendien toe leiden dat ouders een minder ondersteunende opvoedstijl hanteren (Cyr 2010). De leefsituatie is dan zo moeilijk dat deze ouders geen oog hebben voor de behoeften van hun kinderen. Een kind in een lage SES gezin kan door al deze stress in het gezin minder goede sociale vaardigheden ontwikkelen, en vertoont meer externaliserend probleemgedrag. Al die zaken bij elkaar - zo veronderstellen de onderzoekers - maken de kans dat een kind in een lage SES gezin psychosociale problemen ontwikkelt aanmerkelijk groter.

Maar een lage SES betekent niet automatisch dat ouders minder goed opvoeden. Er zijn zeker ook ouders die - ondanks relatief slechte omstandigheden - toch sensitief, positief opvoedgedrag laten zien ten opzichte van hun kind(eren). Wel is er een duidelijk verband tussen het opleidingsniveau van ouders en van hun kinderen: ouders die praktisch of minder hoog opgeleid zijn, hebben vaker lager opgeleide kinderen (Visser 2019).

#### **3.3.2.3.4 Laaggeletterdheid**

Mensen die laaggeletterd zijn hebben moeite met lezen, schrijven en/of rekenen.

Laaggeletterdheid komt meer voor onder laagopgeleiden en migranten (Buisman 2013). Overigens zijn anderstaligen niet perse laaggeletterd. Met hen kun je in hun eigen taal (of in het Engels of Frans) 'op niveau' spreken (bron: Pharos).

#### **3.3.2.3.5 Problematische schulden**

Huishoudens met een lage SES hebben een grotere kans op problematische financiële schulden (Westhof 2015). Er is een verband tussen het hebben van problematische financiële schulden en de aanwezigheid van psychische en psychiatrische problemen (depressie, angststoornissen, psychose) en suicide bij de ouder(s) (Richardson 2013). Mensen met financiële problemen piekeren bovendien meer en gaan meer roken naarmate de schulden toenemen. Ook eet deze groep vaker minder gezond en is er vaker sprake van overgewicht (Van der Veer 2018). Mensen met risicovolle schulden hebben meer gezondheidsproblemen en een slechtere leefstijl dan mensen zonder risicovolle schulden (Van Rijnsoever 2012). Daarnaast kunnen gezondheidsproblemen veel geld kosten, dit kan leiden tot het vermijden van doktersbezoek of toename van financiële problemen (Van der Veer 2018).

#### **3.3.2.3.6 Ongezonde leefstijl en gezondheidsproblematiek**

In de lage SES groep zijn de dagelijkse problemen van mensen doorgaans van andere aard dan van de mensen met een hoge(re) SES. Hierdoor neemt de aandacht voor gezond gedrag in hun leven slechts een beperkte plaats in. Daarbij komt dat de bekende ongezonde leefgewoonten vaak als belangrijke genietmomenten in het leven worden ervaren. De boodschappen over gezond leven worden gezien als iets dat van bovenaf is opgelegd en worden niet als 'eigen' ervaren (Heutink

2010). Hierdoor ontstaan verschillen in gezondheidsgedrag. Zo rookt in Nederland naar schatting 22 procent van de laagopgeleide zwangeren (meest recente cijfer uit 2015), terwijl dit onder de midden- en hoogopgeleide vrouwen naar schatting respectievelijk 6 en 1 procent is (Lanting 2015). Onderzoek laat zien dat zwangeren die roken een tweemaal zo grote kans hebben om ook alcohol te drinken tijdens de zwangerschap (Lanting 2015). Mensen met een lage SES hebben bovendien vaker overgewicht, bewegen minder en doen minder vaak aan sport (Hoogendoorn 2017). Het samengaan van meerdere riskante gedragingen, zoals roken en overmatig alcoholgebruik of seksueel risicogedrag, alcohol en drugsgebruik, komt ook vaker voor in lage SES groepen.

Een lage SES wordt in onderzoek ook gelinkt aan een verhoogde kans op negatieve gezondheidsuitkomsten, zoals de aanwezigheid van diabetes type 2, een hoge bloeddruk, een hoog cholesterolgehalte en een lagere levensverwachting. Dit verschil is deels, maar niet geheel, toe te schrijven aan een ongezonde leefstijl (overgewicht) (Sacerdote 2012). Mensen met een laag opleidingsniveau hebben bovendien een grotere kans op het ontwikkelen van diverse psychische stoornissen.

### **3.3.2.3.7 Migratieachtergrond, gevlucht zijn**

Sociaal-emotionele problemen komen naar schatting 2 tot 4 keer vaker voor bij kinderen in gezinnen met een migratieachtergrond, in vergelijking met kinderen uit autochtone gezinnen (Klein Velderman 2010; Reijneveld 2010). Net als bij SES, is onderzoek naar de rol van migratie op het ontstaan en het in stand houden van psychosociale problematiek complex omdat studies uitsluitend samenhangen vaststellen tussen het gezinskenmerk (bijv. gevlucht zijn) en het voorkomen van psychosociale problemen bij de kinderen, zonder dat het achterliggende mechanisme duidelijk is. Net als bij lage SES, staat een kenmerk als 'gevlucht zijn' nooit op zichzelf, maar komt in combinatie voor met andere risicofactoren zoals slechte huisvesting, armoede en de aanwezigheid van trauma en van veel stress (Reijneveld 2010).

### **3.3.2.4 Beschermende factoren**

De mate van kwetsbaarheid hangt ook af van de aanwezigheid van beschermende factoren. Beschermende factoren zijn bijvoorbeeld:

- ✓ Het hebben van een stabiel gezinsklimaat
- ✓ Een ondersteunend sociaal netwerk
- ✓ De bereidheid om hulp te aanvaarden
- ✓ Goede opvoed- en gezondheidsvaardigheden
- ✓ Goede sociaal-emotionele vaardigheden
- ✓ Veerkrachtig
- ✓ Zelfredzaam

### 3.4 Ter illustratie

Ter illustratie van het begrip 'kwetsbaarheid' worden 3 voorbeelden uit de praktijk beschreven:

#### Situatie 1

*M. is momenteel 18 weken zwanger van haar eerste kindje. Ze woont thuis bij haar moeder en drie jongere broertjes. Haar moeder heeft zeer negatief gereageerd op de zwangerschap. Ze zegt dat ze niet thuis kan blijven wonen, ze scheldt haar uit of negeert haar. M. voelt zich erg alleen en somber. Ze weet niet wat ze moet doen. Ze is zwanger geworden na een avondje stappen en veel alcohol gebruik. Ze heeft de aanstaande vader nog niet verteld dat ze zwanger is. Er is verder geen sprake van een relatie. M. heeft VMBO kader doorlopen, en werkt voor 3 dagen per week bij het Kruidvat. Ook daar zijn ze niet op de hoogte van de zwangerschap. Ze durft het niet te vertellen. Ze is bang dat ze haar baan verliest. Ze heeft één vriendin maar deze laat zich nu niet zo zien.*

*M. heeft een belaste jeugd, haar vader is een alcoholist en verblijft waarschijnlijk in de daklozenopvang. Ze heeft sporadisch en op toevallige momenten contact met hem. Haar moeder heeft veel stress, zij voedt 4 kinderen op in haar eentje. Het jongste broertje is 4 jaar oud. Ze wonen klein behuist in een achterstandswijk. Haar moeder probeert de touwtjes aan elkaar te knopen met behulp van inkomsten die ze heeft van een klein baantje in de horeca en daarnaast een bijstandsuitkering. Ze leven van de voedselbank.*

*M. heeft weinig liefde en aandacht ervaren, zoekt het veelal alleen uit. Ze heeft de verloskundige bezocht en daar heeft ze één en ander verteld over haar situatie*

#### Situatie 2

*R. is een hoogopgeleide moeder die net bevallen is van haar eerste kindje. Voor het werk van haar man zijn ze verhuisd naar de Randstad. Haar ouders, familie en vrienden wonen nog allemaal rond haar geboorteplaats in Maastricht. Tijdens haar zwangerschap heeft ze door middel van veel lezen en cursussen volgen zich voorbereid op het ouderschap. Ze heeft de Maternale Kinkhoest vaccinatie gehaald en op deze wijze alvast kennis gemaakt met de jeugdgezondheidszorg. R. heeft voor zichzelf een goed beeld gevormd wat voor moeder ze wil zijn en wat ze daarvoor nodig heeft. Alle apps die beschikbaar zijn heeft ze al gedownload op haar telefoon. Wat kan er nog misgaan?*

*R. haar zoon is drie weken oud en ontzettend lief en makkelijk. R. gaat zich alleen iedere dag steeds somberder voelen. De kraamzorg is weg, alle familieleden zijn op kraamvisite geweest en komen binnenkort wel weer maar wonen niet dichtbij, en haar man is weer aan het werk. Het liefste wil ze de hele dag in haar bed blijven. Ze hoort haar zoontje wel huilen omdat hij honger heeft, maar eigenlijk interesseert het haar helemaal niet. Met pijn en moeite sleurt ze zichzelf uit bed om hem de fles te geven. Met de borstvoeding is ze gestopt omdat ze daar moe van werd. Als ze haar zoontje de fles geeft kijkt ze naar hem en voelt helemaal niets.*

*Op het consultatiebureau voor het contactmoment 1 maand, observeert de jeugdarts R. en haar zoontje. Tijdens het consult vraagt de jeugdarts hoe het nu echt met R. gaat, en zij begint te vertellen....*



### Situatie 3

*S. is drieëntwintig jaar en moeder van een dochter van ruim een jaar oud. Ze woont in een Moeder en Kind Huis. Met de vader van haar dochter heeft ze een goed contact, hoewel ze er niet mee wil samenwonen. De komst van haar dochter was niet gepland, maar wel gewenst.*

*In het verleden heeft S. veel ernstige ervaringen opgedaan waardoor ze nu kampt met onder andere stemmingsstoornissen. Hiervoor volgt ze intensieve therapie. "Ik heb veel meegemaakt, en mij veel zorgen gemaakt. Dat verleden wil ik niet doorgeven aan mijn kindje." Daarnaast heeft ze veel in verschillende jeugdzorginstellingen gewoond.*

*Haar directe omgeving reageerde bezorgd op haar zwangerschap. Op de geboorte had S. zich voorbereid, vooral op de praktische zaken. Maar de bevalling viel tegen, en S. had niet het gevoel dat ze de regie had. "Mijn schoonmoeder was erbij. Dat was niet de bedoeling maar ik kon er op dat moment niks meer aan veranderen". Ook de verantwoording voor haar dochter valt haar zwaar.*

*Doordat S. twee dagen in de week therapie volgt heeft ze nu geen tijd en ruimte voor een opleiding. S. wil "eerst stabiel worden". Ook wil ze graag een tweede kindje krijgen. "Ik heb heel veel liefde om te geven en wil graag de verantwoording voor een kindje".*



# **Uitgangsvraag 1**

**Hoe kunnen V&V professionals kwetsbare situaties bij (aanstaande) ouders betrouwbaar signaleren?**

Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.

# Inleiding: Signalering

## Aanleiding en doel

Verpleegkundigen en verzorgenden vinden het moeilijk om bij (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie objectief te observeren en uitkomsten te rapporteren (Lanting 2019). Het doel van deze uitgangsvraag is om verpleegkundigen/verzorgenden handvatten te geven voor het signaleren van risico's voor het (ongeboren) kind bij zwangeren en ouders.

## Doelgroep

Deze uitgangsvraag is van toepassing op (de zorg voor) zwangeren en ouders van kinderen in de kinderleeftijd van -9 maanden tot 2 jaar.

Deze uitgangsvraag bevat aanbevelingen die bedoeld zijn voor verpleegkundige en verzorgende (V&V) professionals die in aanraking komen met zwangeren, ouders en kinderen met een kinderleeftijd van -9 maanden tot 2 jaar. V&V professionals zijn verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, zorgkundigen en verzorgenden, zoals omschreven in het beroepenhuis V&V 2020.

# Aanbevelingen

## DOEN

(Kernaanbeveling 1) Vraag als verpleegkundige/verzorgende de uitkomsten van de brede risico-inventarisatie (gericht op beschermende en risicofactoren in de eerste 1000 dagen) op aan de verwijzer of voer deze uit wanneer die nog niet heeft plaats gevonden.

## OVERWEEG

(A1) Overweeg om een instrument te gebruiken bij de brede risico-inventarisatie (gericht op beschermende en risicofactoren in de eerste 1000 dagen), zoals:

- ✓ Signaleringslijsten: Mind2Care, R4U, ALPHA-NL
- ✓ Gespreksmethodieken: GIZ, SPARK-methode, SamenStarten

# Overwegingen

## Kwaliteit van bewijs

De algehele kwaliteit van bewijs voor deze uitgangsvraag is laag. Er is geen bewijs gevonden dat het vroegtijdig, preventief inventariseren van risico's bij zwangeren en ouders de ontwikkeling van kinderen verbeterd. Wel zijn aanwijzingen gevonden voor een positieve bijdrage van programma's voor opvoedondersteuning in de vroege periode, zoals VoorZorg en Stevig Ouderschap (zie bijlage 9). De in deze richtlijn aanbevolen instrumenten worden in de praktijk al op veel plekken in de zorg ingezet als methode van risico-inschatting. De bruikbaarheid van deze instrumenten is hiermee volgens de werk/adviesgroep voldoende aangetoond. Over de vraag welk instrument het meest betrouwbaar is, bestaan slechts beperkte aanwijzingen.

## Gewenste en ongewenste effecten

Lang niet alle zwangeren of ouders in een (mogelijk) kwetsbare situatie worden als zodanig aangemeld of herkend. Het gebruik van een instrument voor de signalering van kwetsbaarheid biedt zowel de verpleegkundige/verzorgende, als de zwangere of ouder voordelen. Met behulp van een gestandaardiseerd instrument kan een professional zich een objectief beeld vormen van de situatie waarin een zwangere, ouder of het (ongeboren) kind zich bevindt, en elke andere professional kan met het instrument tot dezelfde conclusie komen. Bij voorkeur wordt een betrouwbaar en gevalideerd instrument gebruikt.

Een instrument heeft ook waarde voor de bewustwording en het bespreekbaar maken van onderwerpen met de zwangere of de ouder. Door risicofactoren bij alle (aanstaande) ouders preventief te inventariseren wordt daarnaast zicht verkregen op potentieel kwetsbare zwangeren of ouders; dat wil zeggen zwangeren of ouders die problemen ervaren maar zich nog net kunnen redden.

Gezien het thema van de richtlijn heeft de werk/adviesgroep besloten dat de signalering breed moet zijn, dat wil zeggen meerdere domeinen en leefgebieden moet omvatten, en gemakkelijk hanteerbaar. Beschikbare signaleringslijsten voor een brede risico-inventarisatie bij zwangeren of ouders zijn:

- ✓ Mind2Care, ontwikkeld voor (digitale) rapportage door de zwangere zelf en geeft een behandeladvies dat zij kan delen met haar zorgverlener.
- ✓ R4U. Checklist voor de zorgverlener, bestaande uit ongeveer 60 items betreffende: sociale-economische situatie, etniciteit, zorgsituatie, leefstijl (roken, alcohol, drugs, geneesmiddelen, BMI), medische gegevens en obstetrische voorgeschiedenis.
- ✓ ALPHA-NL. Dit is een vragenlijst met 48 vragen. De ALPHA-NL wordt ingevuld door de zwangere vrouw zelf.
- ✓ Checklist Vroegsignalering in de kraamtijd. Betreft dezelfde risicofactoren als de ALPHA-NL

Met behulp van een gesprek dat geheel of gedeeltelijk uit vaste vragen bestaat, kunnen knelpunten en problemen gestructureerd en direct in samenspraak met de (aanstaande) ouders in kaart worden gebracht. Veel gebruikte gespreksmethodieken zijn:

- ✓ GIZ (Gezamenlijk Inschatten Zorgbehoefte), is een erkende gespreksmethodiek waarmee de professional samen met (aanstaande) ouders en jeugdigen en eventueel andere professionals de krachten, ontwikkel- en zorgbehoeften van een gezin snel en adequaat in kaart brengt. Zo kom je tijdig tot passende ondersteuning en wordt de eigen kracht versterkt (Bontje 2013).
- ✓ De SPARK (Structured Problem Analysis of Raising Kids)-methode is een gestructureerd vraaggesprek om opvoed- en ontwikkelingsproblemen bij jonge kinderen en (aanstaande)

ouders vroegtijdig te kunnen signaleren en de bijpassende zorgbehoefte met ouders te bespreken (Staal 2011, van Stel 2012, Staal 2013).

- ✓ SamenStarten. Dit is een programma dat effectieve samenwerking tussen zorgpartners rondom kinderen tot 2,5 jaar beoogt. Binnen dit programma wordt een gespreksprotocol gebruikt om opvoedsituaties die risico's voor de sociaal-emotionele ontwikkeling van jonge kinderen kunnen opleveren, zo vroeg mogelijk te signaleren (Hielkema 2017).

Op diverse plaatsen zijn regionale initiatieven en methoden in gebruik. De betrouwbaarheid hiervan is veelal niet onderzocht.

Vanwege de belasting van de zwangere en/of (aanstaande) ouder is er verder vanuit gegaan dat de V&V professional niet meerdere instrumenten bij een zwangere of ouder inzet. Om deze reden vallen instrumenten zoals de Edinburgh Postnatal (Postpartum) Depression Scale (voor het meten van risicofactoren voor het ontwikkelen van een postnatale depressie) en andere tools voor het signaleren van postpartum depressie (Sidebottom 2012, Chorwe-Sungani 2017, Ukatu 2018), de CAGE, Five Shot, AUDIT-C en 'gewone' AUDIT (allen gevalideerde lijsten voor het inschatten van alcoholproblematiek) en het gebruik van biomarkers in bloed, urine of haar van de moeder of meconium van het kind, buiten het kader van deze richtlijn (Pop 1992, Burns 2009, O' Connor 2016, McQuire 2016, Howlett 2017). Dit geldt ook voor de screening op partner geweld (O' Doherty 2015, Feltner 2018). Deze instrumenten kunnen op indicatie wel worden ingezet door andere zorgverleners dan de V&V-professional.

Gebruik van een instrument is niet vrijblijvend. Voorafgaand moet toestemming van de zwangere of ouder voor het gebruik van een lijst of methodiek worden verkregen. Ook moet met de zwangere of ouder worden besproken over wat er met de uitkomst wordt gedaan. Verder geldt altijd dat de privacy van de zwangere of ouder gewaarborgd moet zijn. Daarom moet met ingevulde signaleringslijsten en verzamelde digitale gegevens zorgvuldig worden omgegaan, en moeten lijsten en gegevens veilig worden bewaard.

### Cliëntenperspectief

Een goede relatie met de professional vormt de basis van de hulpverlening. Cliënten in een kwetsbare situatie geven aan dat de volgende aspecten hen helpen in contacten met professionals (AEF 2020; Wijers 2020):

- ✓ (Een gevoel van) autonomie om zelf keuzes te kunnen maken over de inzet van hulp, zorg of ondersteuning.
- ✓ Gehoord en serieus genomen worden en niet gestigmatiseerd of 'in een hokje gestopt'.
- ✓ Aangesproken worden op krachten in plaats van op kwetsbaarheden.

Een groep vrouwen die zowel de R4U als de Mind2Care heeft getest is gevraagd naar de voordelen van een of beide instrumenten: voor psychosociale risico's gaven zij de voorkeur aan de Mind2Care, voor psychiatrische risicofactoren, middelengebruik en een overall screening aan de R4U (Quispel 2014).

### Professioneel perspectief

#### 1. Risico's inventariseren

Als onderdeel van de intake en in alle overige contacten, maak je als verpleegkundige/verzorgende, aan de hand van de risico-inventarisatie en je eigen professionaliteit, een inschatting over de zorgbehoefte. Niet-medische risicofactoren waarnaar je zou kunnen vragen zijn: inkomen, werk, huisvesting, geld, relatie, (on)gewenste zwangerschap, psychische situatie, drugsgebruik, stress, roken en/of alcoholgebruik. Urgente situaties kunnen zijn: (vermoedens van) huiselijk geweld en kindermishandeling, dak- of thuisloosheid, middelenmisbruik/verslaving of acute psychiatrische/psychische problematiek of een combinatie van risicosignalen. Een signaleringslijst kan hierbij een hulpmiddel zijn. Om te

bepalen of er mogelijk sprake is van een kwetsbare situatie zijn ook de beschermende factoren van belang, zie punt 3.

Voorkomen moet worden dat een zwangere of een ouder dezelfde of een vergelijkbare vragenlijst meerdere keren in moet vullen. Als je als verpleegkundige/verzorgende een zwangere, ouder of pasgeborene krijgt verwezen (bijvoorbeeld door de verloskundig zorgverlener), vergewis je je er dan van dat op gestandaardiseerde wijze (met welke methodiek?) is nagegaan of er sprake is van risico's voor de zwangerschap<sup>4</sup> of de pasgeborene. Als blijkt dat een dergelijke brede risico-inventarisatie niet heeft plaatsgevonden, dan is de aanbeveling om dat alsnog te doen. Het herhaaldelijk niet invullen van een risico-inventarisatie instrument door een zwangere of ouder terwijl daar wel om wordt gevraagd, kan overigens opgevat worden als een signaal van verhoogde kwetsbaarheid (geen openheid van zaken kunnen of willen geven, laaggeletterdheid etc.) (van Stel 2012).

## 2. Signalen bespreken

Risico's die worden gesignaleerd, moeten met de zwangere of de ouder en haar eventuele partner worden besproken. Een aandachtspunt in de gespreksvoering is dat ouders en professionals andere dingen belangrijk kunnen vinden, te verklaren door verschillen in achtergrond, opleiding, perspectief op het leven (Andersson Elffers Felix 2020). De grens tussen wat normaal is, waar aandacht of steun gewenst is en wat zorgwekkend is, is mede afhankelijk van de eigen normen en waarden, de cultuur en de beleving. Start een gesprek met een zwangere of ouder in een (mogelijk) kwetsbare situatie bijvoorbeeld met: "Mij zijn dingen opgevallen. Kan ik dit met jou delen?". Andere voorbeeldzinnen zijn:

- ✓ "Hoe gaat het met je/jullie?"
- ✓ "Veel mensen vinden het rare vragen, maar deze onderwerpen kunnen best invloed hebben op je zwangerschap/ komst van een kindje. Daarom stel ik ze altijd. Dus bij jullie ook, net als bij iedere ander".
- ✓ "Ik zie dat je niet zo lekker in je vel zit. Klopt dat? Waar zit je mee?"
- ✓ "Als mensen veel mee hebben gemaakt in eigen jeugd, komt dat soms bij een zwangerschap en geboorte weer boven. Dat hoeft bij jou niet zo te zijn, maar als je dit merkt kun je dit delen met de verloskundige, kraamverzorgende, of kan je me bellen".

Benoem vervolgens concreet de feiten, zonder oordeel en zonder aannames of interpretatie van die feiten. Stel vooral open vragen die niet alleen met 'ja' of 'nee' beantwoord kunnen worden. Doe dit vanuit een oprecht geïnteresseerde, open en positieve houding (Van den Muijsenbergh 2019). In hoofdstuk 5 wordt verder ingegaan op gesprekstechnieken.

Uit onderzoek blijkt dat kwetsbare (aanstaande) ouders zowel mentale als praktische drempels ervaren in contacten met zorgprofessionals en hulpverleners (Andersson Elffers Felix 2020). Mentale drempels die cliënten ervaren, maken het soms lastig voor hen om open te zijn over wat hen kwetsbaar maakt. Gebrek aan vertrouwen in de hulpverlener/verlening, verhalen uit de sociale omgeving, tijdgebrek, angst voor melding Veilig Thuis, dwang vanuit de omgeving, schaamte, niet anders gewend zijn, kunnen allemaal redenen zijn om dingen niet te bespreken. Ook vinden cliënten vinden het vaak lastig om een vraag te stellen als ze niet weten waar ze moeten zijn of als ze dingen niet begrijpen. Het benoemen van het gemeenschappelijk belang, namelijk je wil beide het beste voor het kind, kan helpen om weerstanden bij de zwangere of de ouder en haar eventuele partner te overwinnen.

## 3. Mate van kwetsbaarheid bepalen

Alleen door van elkaar goed te begrijpen of, en in welke mate, een zwangere of ouder kwetsbaar is of in een kwetsbare situatie verkeert, en wat de onderliggende verpleegkundige en

<sup>4</sup> Waar gesproken wordt over 'de zwangerschap' bedoelen we: de zwangere vrouw en de groei en ontwikkeling van het ongeboren kind.

andere zorgbehoeften zijn, kunnen alle bij de cliënt betrokken professionals afgestemde zorg en hulpverlening op maat bieden. Het stellen van een verpleegkundige diagnose kan hierbij

Situatie	Definitie	Vervolg
- Een zelfredzame zwangere of moeder	Een persoon bij wie risicofactoren momenteel geen rol spelen en bij wie de beschermende factoren in relatie tot zijn/haar zelfredzaamheid toereikend zijn om eventuele toekomstige risicofactoren op te vangen.	Er is op dit moment geen extra ondersteuning nodig.
- Een zwangere of moeder in een mogelijk kwetsbare situatie	Een persoon bij wie de professional uit het sociale of medische domein één of meerdere risicofactoren gesignaleerd heeft, die de zwangerschap en/of het ouderschap negatief kunnen beïnvloeden. Vastgesteld is dat de beschermende factoren in relatie tot zijn/haar zelfredzaamheid in principe toereikend zijn.	Om de zelfredzaamheid te versterken en het ontstaan van problemen te voorkomen, bespreken en beslissen de (aanstaande) moeder en de professional of extra ondersteuning nodig is of gewenst.
- Een zwangere of moeder in een kwetsbare situatie	Een persoon bij wie de professional uit het sociale of medische domein één of meerdere risicofactoren gesignaleerd heeft, die de zwangerschap en/of het ouderschap negatief kunnen beïnvloeden. Vastgesteld is dat de beschermende factoren in relatie tot de zelfredzaamheid van de persoon ontoereikend zijn.	De professional en de (aanstaande) moeder bespreken en beslissen welke zorg en ondersteuning vanuit één of meerdere disciplines nodig en/of gewenst is.
- Een zwangere of moeder in een zeer kwetsbare situatie	Een persoon bij wie de professional uit het sociale of medische domein één of meerdere urgente risicofactoren gesignaleerd heeft, die de zwangerschap en/of het ouderschap direct negatief zullen beïnvloeden.	De professional zorgt in samenspraak met de (aanstaande) moeder voor directe toeleiding naar juiste zorg- of hulpverlening.

helpen. Voordelen van het stellen van een verpleegkundige diagnose zijn: het eenduidig benoemen van problemen, het kunnen bepalen tot wiens domein of welke domeinen het probleem behoort en wie welk deel van het probleem oplost, het kunnen bepalen van een passende verpleegkundige interventie en gerichte observatie en rapportage.

Een volgens de werk/adviesgroep goed bruikbare indeling die tevens aanwijzingen geeft voor het vervolg is opgesteld door de gemeente Rotterdam en de afdeling Verloskunde & Gynaecologie van het Erasmus MC (Van der Meer 2020; Wulffraat 2019):

Als je voor een juiste inschatting van de situatie behoefte hebt aan meer informatie dan die de zwangere of ouder je kan geven, probeer deze dan te motiveren om toestemming te geven voor het verder inwinnen van informatie, en vraag haar hierin te participeren. Zoek na toestemming bijvoorbeeld samenwerking met de coördinerend zorgverlener (casusregisseur) van het gezin, of bespreek de casus tijdens een multidisciplinair overleg (MDO) in aanwezigheid van de zwangere of ouder en een eventuele partner.

Andere bronnen van informatie kunnen zijn:

- ✓ Het eigen dossier.
- ✓ Direct betrokkenen (bijvoorbeeld de partner, ouders). Vraag de zwangere of ouder wie de belangrijkste personen (direct betrokkenen, professionals) zijn die betrokken zijn bij de zwangerschap en het (ongeboren) kind.



- ✓ Observaties, via bijvoorbeeld een (prenataal) huisbezoek door de verloskundige of door de jeugdgezondheidszorg, de verpleegkundige in het ziekenhuis, de kraamzorg.

#### 4. Kindcheck

De Kindcheck kan gebruikt worden als opstapje om problemen en knelpunten in de opvoeding bespreekbaar te maken. Bij het signaleren en aanpakken van kindermishandeling en (huiselijk) geweld wordt gewerkt met de stappen van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. De Kindcheck is een onderdeel van stap 1 van de meldcode, en daarom verplicht voor iedereen die onder de Wet Verplichte meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling valt. De Kindcheck is aan de orde in alle gevallen waarin een professional meent dat vanwege de situatie waarin zijn/haar volwassen cliënt verkeert er een risico bestaat op ernstige schade voor kinderen waar de volwassene zorg voor draagt. Bij de Kindcheck ga je na of de zwangere of ouder kinderen heeft, of daarvoor adequate tijdelijke opvang is en of de zwangere of ouder de kinderen structureel voldoende kan beschermen, verzorgen en opvoeden. Als je twijfelt over de veiligheid van het kind: blijf niet piekeren maar deel je zorgen, bijvoorbeeld met een deskundige collega, een leidinggevende of met de aandachtsfunctionaris kindermishandeling van je organisatie. Raadpleeg zo nodig Veilig Thuis of een andere deskundige (zoals de jeugdarts, huisarts, kinderarts of een forensisch geneeskundige) voor advies, melden en/of doorverwijzen naar opvang en/of andere hulp. Voer elke stap in dialoog met de (aanstaande) ouders uit, ook als het nodig is om andere deskundigen of Veilig Thuis in te schakelen. Zie ook: V&VN Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

#### Kosten

Het ter beschikking stellen van een signaleringsinstrument kan gepaard gaan met kosten. Bijvoorbeeld de Mind2Care moet ingekocht en ingericht worden door de organisatie die er mee wil werken.

Afname van een signaleringslijst kost tijd. Afname van de ALPHA-NL kost bijvoorbeeld ongeveer 10 minuten. Afname van de R4U kost ongeveer 5 minuten (van Veen 2015). Mind2Care wordt online ingevuld door de zwangere.

Training gericht op het bespreken van uitkomsten en het gebruik van gespreksmethodieken wordt sterk aangeraden.

#### Organisatie van zorg

Elke organisatie kan er voor zorgen dat (aanstaande) ouders een signaleringsinstrument kunnen invullen, dat de 'uitkomst' daarvan met hen wordt besproken en op grond waarvan er zorg kan worden ingezet. Daarvoor moet allereerst de keuze worden gemaakt dat dit een standaard onderdeel is van de zorg aan zwangeren en ouders. Welk instrument vervolgens gekozen wordt, hangt af van de betrokken organisatie en de voorkeuren van de professionals die er mee (gaan) werken. Daarnaast is het van belang dat geïnvesteerd wordt in lokale en regionale samenwerking en een samenhangend geheel van beschikbare interventies, variërend van laagdrempelige tot intensieve hulp.

#### Maatschappelijk perspectief

Er is in Nederland een grote groep mensen die als verhoogd kwetsbaar wordt beschouwd. Exacte cijfers hierover ontbreken.

# Conclusies

## Conclusie uit de kennis

Bewijsniveau	Conclusie
	<p>Mogelijk behulpzame instrumenten voor het signaleren van kwetsbare situaties bij zwangeren en ouders zijn: de R4U, Mind2Care, ALPHA-NL, Checklist Vroegsignalering in de Kraamtijd, GIZ, SPARK-methode en SamenStarten in aanmerking komen als signaleringsinstrument. Over de vraag welk instrument het meest betrouwbaar is, bestaan slechts beperkte aanwijzingen.</p> <p><i>(Hendrikson 2019, Van Veen 2014, Lagendijk 2020, Quispel 2014, De Jonge 2007, Blackmore 2006, Bontje 2013, Staal 2011 en 2013, Van Stel 2012, Hielkema 2017)</i></p>

## Samenvatting van de kennis

Eén internationaal systematisch review naar de psychometrische en pragmatische eigenschappen van instrumenten voor het signaleren van sociale risico's is gevonden (Hendrikson 2019). Het review is uitgevoerd in 2018 en betrof literatuur die werd gepubliceerd tussen 2000 en mei 2018. 21 unieke screeningsinstrumenten werden door de auteurs geïdentificeerd. De geïdentificeerde instrumenten zijn in de Engelse taal gesteld en bedoeld voor kinderen, volwassenen en gezinnen. Zowel gezondheids- als sociale aspecten (opleiding, armoede etc.) kwamen in de instrumenten aan bod. De instrumenten waren geschreven in eenvoudige taal en van bijna alle instrumenten waren gegevens over de bruikbaarheid bekend. Onderzoeken naar de psychometrische eigenschappen van de instrumenten zijn echter schaars, en veelal van lage kwaliteit.

Potentieel behulpzame instrumenten in de Nederlandse taal zijn:

- ✓ R4U (van Veen 2015, Lagendijk 2020)
- ✓ Mind2Care (Quispel 2014)

De JGZ-richtlijn Kindermishandeling beveelt daarnaast als signaleringslijsten aan:

- ✓ ALPHA-NL
- ✓ Checklist Vroegsignalering in de Kraamtijd.

Bruikbare gespreksmethodieken volgens JGZ-richtlijnen zijn:

- ✓ GIZ (Gezamenlijk Inschatten van Zorgbehoeften)
- ✓ SPARK (Structured Problem Analysis of Raising Kids)-methode
- ✓ SamenStarten

### 1. R4U

Van Veen en collega's (2014) onderzochten de hanteerbaarheid en de betrouwbaarheid van de R4U. De hanteerbaarheid werd onderzocht in 6 verloskundige praktijken. De betrouwbaarheid werd onderzocht in 1 verloskundige praktijk. In totaal namen er 1096 zwangere vrouwen deel aan de haalbaarheidsstudie en 133 aan de studie naar de betrouwbaarheid van het instrument.

De hanteerbaarheid werd uitgedrukt als de tijd die nodig was voor het invullen van de R4U en de eventueel gemiste problemen. Voor het meten van de betrouwbaarheid werd de R4U door een tweede onderzoeker tijdens een tweede bezoek opnieuw afgenomen. Het invullen van de R4U kostte de meerderheid (63%) van de deelnemers 5 minuten of minder. 0,2% van de vrouwen had >20% missende items. De "interrater reliability" was 100% voor 20% van de items en minder dan 80% voor 13% (n=9) van de items. De somscore verschilde voor alle items minder dan 15%.

Lagendijk en collega's (2020) valideerden de R4U. Hiervoor werd prospectieve data van 32 verloskundige praktijken en 15 ziekenhuizen gebruikt. 1752 vrouwen deden mee aan deze studie. Een hogere score op de R4U (meer dan 16 punten) was geassocieerd met een beduidend hoger risico op vroeggeboorte, een te laag geboortegewicht en/of lage Apgarscore (OR 3,2; 95% betrouwbaarheidsinterval (BI) 2,1-4,8). De voorspellende waarde van het instrument bleek echter laag (area under the curve 0,61; 95% BI 0,56-0,66).

## 2. Mind2care

De Mind2Care omvat de Edinburgh Depression Scale en vragen gericht op psychische klachten, psychosociale problemen en middelengebruik bij de zwangere. Quispel en collega's (2014) vergeleken de werkzaamheid van de Mind2Care (zelfrapportage) en de R4U (checklist voor professionals). 164 zwangere vrouwen in 2 verloskundige praktijken in Rotterdam deden mee. De vrouwen werden eerst gescreend met de Mind2Care, vervolgens met de R4U. Voor de identificatie van een verhoogde kans op nadelige zwangerschapsuitkomsten bleek gebruik van R4U en Mind2Care uitwisselbaar, evenals voor de signalering van psychopathologie, psychosociale problemen en middelengebruik. De meerderheid van de vrouwen (>75%) was tevreden met beide instrumenten.

## 3. ALPHA-NL

Het instrument heeft een sterke face-validity. De Canadese ALPHA heeft goede voorspellende waarde voor depressie (Blackmore 2006). Onderzoek naar de Nederlandse versie heeft aangetoond aan dat de ALPHA-NL een valide instrument is voor gebruik in de verloskundige praktijk. De interne consistentie is 0.84. Tevens is gekeken naar de concurrente validiteit door de uitkomsten op de ALPHA-NL in verband te brengen met uitkomsten op referentie instrumenten. De totaalscores op de ALPHA-NL vertonen gemiddeld sterke associatie, in verwachte richting, met de SCL-90 (-0.38), PSS-10 (-0.37), ZIL (-0.43), AVL-AV(-0.44) en PDHS (-0.34) maar niet met de CISS-NL (m.n. subschaal 'vermijden') (Vink, in press 2021).

## 4. Checklist Vroegsignalering in de kraamtijd

De Checklist Vroegsignalering in de kraamtijd betreft dezelfde gevalideerde risicofactoren als die van de ALPHA-NL en biedt de kraamverzorgende steun bij het duiden van een niet-pluisgevoel bij hun werk in het kraamgezin (De Jonge 2007). De Checklist Vroegsignalering in de kraamtijd bestaat uit 35 items die betrekking hebben op psychosociale zorgbehoefte en op risicofactoren voor of signalen van kindermishandeling, psychosociale problematiek en depressie bij het kraamgezin. De checklist wordt meestal niet door de kraamverzorgende bij de ouders uitgevraagd, maar geeft kraamverzorgenden handvatten om observaties in het gezin te duiden. Dit resulteert in handelingsopties voor de kraamverzorgende. De checklist wordt breed gebruikt in de kraamzorg.

## 5. GIZ

GIZ is gebaseerd op de Engelse CAF-driehoek (Common Assessment Framework; Department of Health 2000). GIZ wordt goed gewaardeerd door ouders en er zijn aanwijzingen dat de methodiek helpt bij het versterken van de zelfsturing en het zelfinzicht van ouders en bij het verbeteren van de analyse en inschatting van hun zorgbehoeften (Bontje 2013). De GIZ is

toepasbaar gemaakt voor de kraamzorg en implementatie in de verloskunde wordt onderzocht.

#### 6. **SPARK-Methode**

De werking van de SPARK is onderzocht (Staal 2011 en 2013; Van Stel 2012). De betrouwbaarheid bepaald met de interrater overeenkomst is goed tot uitstekend, op de SPARK domeinen (intraclasscorrelatie (ICC) tussen 0,7 en 1,0, met uitzondering van ‘aanpak opvoeding’ (0,62)) en zeker voor de overall risico-inschatting (ICC 0,93). De risico-inschatting van de SPARK door de jeugdverpleegkundige bleek een sterke voorspeller voor een toekomstige melding bij het Advies en Meldpunt Kindermishandeling (nu Veilig Thuis) en/of Bureau Jeugdzorg in de 1,5 jaar na het afnemen van de SPARK (Staal 2013). De preSPARK is ontwikkeld voor toepassing tijdens het prenataal huisbezoek JGZ, en is in onderzoek goed bruikbaar gebleken (van Driessche 2021).

#### 7. **SamenStarten**

De werking van het gespreksprotocol is geëvalueerd (Hielkema 2017). Het gespreksprotocol draagt bij aan het eerder signaleren van risico's op sociaal-emotionele problematiek. Beschermende factoren worden redelijk tot goed gesignaleerd. Voor risicofactoren is dat deels wel en deels niet het geval. Ouders ervaren door SamenStarten een betere aansluiting van zorg bij hun wensen.



## **Uitgangsvraag 2**

**Welke (effectieve) technieken kun je als verpleegkundige/verzorgende inzetten om het gesprek aan te gaan met (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie?**

Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.

# Inleiding: Gesprekstechniek

## Aanleiding en doel

Als verpleegkundigen/verzorgende kan je te maken krijgen met weerstanden bij het bespreken van knelpunten en problemen. Het doel van deze uitgangsvraag is om (effectieve) gespreksmethodieken te identificeren die je als verpleegkundigen/verzorgenden kan inzetten om knelpunten en problemen bij zwangeren en ouders bespreekbaar te maken en hen te motiveren om te werken aan oplossingen.

## Doelgroep

Deze uitgangsvraag is van toepassing op (de zorg voor) zwangeren en ouders in een (mogelijk) kwetsbare situatie, met kinderen in de kinderleeftijd van -9 maanden tot 2 jaar.

Deze uitgangsvraag bevat aanbevelingen die bedoeld zijn voor verpleegkundige en verzorgende (V&V) professionals die in aanraking komen met zwangeren en ouders in een (mogelijk) kwetsbare situatie, en hun kinderen in de kinderleeftijd van -9 maanden tot 2 jaar. V&V professionals zijn verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, zorgkundigen en verzorgenden, zoals omschreven in het beroepenhuis V&V 2020.

# Aanbevelingen

## DOEN

(Kernaanbeveling 3) Overweeg om tijdens het gesprek met zwangeren of ouders in een (mogelijk) kwetsbare situatie een gespreksmethodiek toe te passen (zoals Motiverende Gespreksvoering, GIZ, SPARK-methode, SamenStarten of de in bijlage 9 weergegeven gespreksleidraad gebaseerd op Samen Beslissen).

# Overwegingen

## Kwaliteit van het bewijs

De algehele kwaliteit van bewijs voor deze uitgangsvraag is zeer laag. Er is voor deze uitgangsvraag geen bewijs van hoge kwaliteit gevonden. Er is geen onderzoek gevonden waarin de effectiviteit en/of bruikbaarheid van de gespreksmethodieken zijn vergeleken.

## Gewenste en ongewenste effecten

Veel toegepaste methoden bij het voeren van professionele gesprekken zijn: 'Motiverende Gespreksvoering', 'Oplossingsgericht Werken' en 'Samen Beslissen' ("shared decision making"). Deze methodieken zijn in veel verschillende varianten in gebruik, als zelfstandige methode en als onderdeel van bestaande interventies en strategieën (Bartelink 2013).

## Clïëntenperspectief

Bekend is dat cliënten beter geïnformeerd en tevredener zijn als zij actief worden geïnformeerd voorafgaand aan het nemen van een beslissing en als ze weten wat ze van de hulpverlening kunnen verwachten (Stacey 2017, van den Muijsenbergh 2019). Er is geen onderzoek bekend waarbij verschillende gespreksmethodieken door cliënten onderling zijn vergeleken.

## Professioneel perspectief

Het uitgangspunt van Motiverende Gespreksvoering is dat mensen pas gemotiveerd raken om een probleem aan te pakken, als er begrip is voor hun ambivalentie (ik wil wel en ik wil niet), en als ze het idee hebben dat ze dit echt kunnen. Uit buitenlandse studies is bovendien gebleken dat Motiverende Gespreksvoering een effectief hulpmiddel kan zijn, bijvoorbeeld om alcohol- en drugsgebruik te verminderen (Bartelink 2013). De techniek van Motiverende Gespreksvoering wordt al breed gebruikt en is in de praktijk waardevol gebleken. De in de jeugdgezondheidszorg veel gebruikte methodieken GIZ, SPARK-methode en SamenStarten maken bijvoorbeeld gebruik van oplossingsgerichte en motiverende gespreksvoering om gezinnen actief te betrekken bij het inschatten van hun zorgbehoeften.

Oplossingsgericht Werken is een gesprekstechniek die is gericht op het versterken van de autonomie van de gesprekspartners waarbij de aandacht uitgaat naar de oplossing in plaats van het probleem (De Shazer 1993, Berg 1994). Uitgangspunt hierbij is dat de professional de zwangere of ouder niet rechtstreeks beïnvloedt, maar dat deze zichzelf verandert. Naar de effectiviteit van Oplossingsgericht Werken door verpleegkundigen/verzorgenden is (nog) geen wetenschappelijk onderzoek verricht. Wel zijn er vanuit andere velden (o.a. gezinstherapie) aanwijzingen dat een oplossingsgerichte benadering effectief kan zijn (Bartelink 2013).

Samen Beslissen heeft voor mensen met laag sociaaleconomische achtergrond de potentie om achterstanden terug te dringen (De Been 2018). Belangrijke kenmerken van Samen Beslissen zijn dat de uitwisseling van informatie tussen de professional en de cliënt wederkerig is en dat het zowel (para)medische als persoonlijke informatie betreft. De professional en de cliënt overleggen vervolgens samen over alle aspecten die belangrijk zijn voor de besluitvorming. Het proces wordt samen doorlopen maar de cliënt neemt de uiteindelijke beslissing. In bijlage 9 wordt een gespreksleidraad weergegeven gebaseerd op de gesprekstechniek van Samen Beslissen. Deze leidraad kan enig houvast te geven tijdens het gesprek met de zwangere of ouder.

## Kosten

Het is niet bekend hoeveel training professionals nodig hebben om bijvoorbeeld motiverende



gespreksvoering effectief uit te kunnen voeren (Bartelink 2014).

#### **Organisatie van zorg**

Elke organisatie kan training in gespreksvoering aan haar medewerkers aanbieden. Welke methode gekozen wordt, is afhankelijk van de voorkeuren van de organisatie en de betrokken professionals.

#### **Maatschappelijk perspectief**

Gespreksmethodieken kunnen helpen om daadwerkelijk met cliënten in contact te komen en samen te werken aan oplossingen. Zo kan bijgedragen worden aan het verkleinen van gezondheidsverschillen en het verminderen van kosten van de gezondheidszorg.

# Conclusies

## Conclusie uit de kennis

Bewijsniveau	conclusie
	Gespreksmethodieken kunnen helpen om zwangeren en ouders te motiveren om samen te werken aan oplossingen. Er zijn geen aanwijzingen over welke gespreksmethodiek het meest effectief is.

## Samenvatting van de kennis

Er is in diverse populaties onderzoek gedaan naar het effect van gesprekstechnieken op specifieke gedragingen, zoals anticonceptiegebruik, bewegen, voeding en roken. Gespreksmethodieken kunnen een effectief hulpmiddel zijn om te werken aan gedragsverandering, maar resultaten zijn niet eenduidig (zie bijvoorbeeld Lundahl 2009, Shay 2015 en Lindson 2019). Er is geen onderzoek gevonden dat specifiek gericht is op (aanstaande) ouders in een verhoogd kwetsbare situatie, de doelpopulatie van deze richtlijn. Er is ook geen onderzoek bekend waarin de effectiviteit van verschillende gespreksmethodieken is vergeleken.



# **Uitgangsvraag 3**

**Welke (effectieve) interventies kunnen verpleegkundigen/verzorgenden inzetten of naar verwijzen om (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie te helpen om hun situatie te verbeteren en risico's op achterstand voor het (ongeboren) kind te verminderen?**

Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.

# Inleiding: Interventies

## Aanleiding en doel

Er is bij verpleegkundigen/verzorgenden onduidelijkheid over de eigen rol en mogelijkheden in de zorg voor (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie, maar ook bij andere V&V professionals, andere disciplines en (aanstaande) ouders zelf (Lanting 2019).

Het doel van deze module is een overzicht te geven van (effectieve) preventieve interventies gericht op zwangeren en ouders in een kwetsbare situatie, zodat jij als verpleegkundige/verzorgende, in samenspraak met de zwangere of ouder en in overleg met de verloskundig zorgverlener of huisarts, de juiste interventie uit het brede scala van beschikbare interventies kan inzetten of om naar te verwijzen. Onder het begrip 'interventie' wordt hier verstaan: een combinatie van programma-elementen of strategieën die zijn ontworpen om gedragsveranderingen teweeg te brengen of de gezondheidstoestand van zwangeren en ouders in een kwetsbare situatie te verbeteren, om zo de risico's voor het kind te verminderen.

## Doelgroep

Deze uitgangsvraag is van toepassing op (de zorg voor) zwangeren en ouders in een kwetsbare situatie, en hun kinderen in de kinderleeftijd van -9 maanden tot 2 jaar.

Deze uitgangsvraag bevat aanbevelingen die bedoeld zijn voor verpleegkundige en verzorgende (V&V) professionals die in aanraking komen met zwangeren en ouders in een kwetsbare situatie, en hun kinderen in de kinderleeftijd van -9 maanden tot 2 jaar. V&V professionals zijn verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, zorgkundigen en verzorgenden, zoals omschreven in het beroepenhuis V&V 2020.

# Aanbevelingen

## DOEN

(Kernaanbeveling 4) Overweeg om (naast de reguliere zorg) een interventie in te zetten of om naar te verwijzen, zoals Prenatale Huisbezoeken JGZ, Stevig Ouderschap of VoorZorg.

# Overwegingen

## Kwaliteit van het bewijs

Wereldwijd is het aanbod van interventies die zich richten op sociale factoren groot. Onderzoek van goede kwaliteit naar de effectiviteit van deze interventies is schaars (Eder 2021). Voor deze module is geen systematisch literatuuronderzoek verricht. Om professionals te ondersteunen zijn diverse databanken ingesteld waarin voor de Nederlandse situatie goed onderbouwde en effectieve interventies worden opgenomen. Deze interventies beslaan een breed spectrum. Voor deze richtlijn hebben we interventies geselecteerd die gericht zijn op zwangeren en/of ouders (van kinderen in de kinderleeftijd tot 2 jaar) in een kwetsbare situatie, en die tot doel hebben om risicofactoren voor achterstand voor het (ongeboren) kind te verminderen en/of de situatie van het gezin te verbeteren. Daarnaast is aan de leden van de werk/adviesgroep gevraagd of zij nog andere veelbelovende interventies kennen.

De algehele kwaliteit van het bewijs voor deze uitgangsvraag is laag. Voor opname in de databases worden interventies beoordeeld door een wetenschappelijke erkenningscommissie. Van de geschikte interventies zijn er voor één interventie (VIPP-SD) "sterke aanwijzingen voor effectiviteit" gevonden. Voor een drietal interventies zijn er "goede aanwijzingen voor effectiviteit" (Home-Start, VoorZorg en Negen Maanden Niet) gevonden, voor een tweetal "eerste aanwijzingen voor effectiviteit" (Stevig Ouderschap en Ouder-baby Interventie). Twee interventies zijn beoordeeld als "goed onderbouwd" (SamenStarten en Nu Niet Zwanger).

Om het predicaat "sterke aanwijzingen voor effectiviteit" te verkrijgen moet de effectiviteit aangetoond zijn met twee Nederlandse onderzoeken met sterke bewijskracht (gerandomiseerd onderzoek met een controlegroep en zes maanden follow-up) of één Nederlands onderzoek met sterke bewijskracht in combinatie met dergelijk onderzoek uit het buitenland. Voor een erkenning als 'goed onderbouwd' hoeft geen effectonderzoek beschikbaar te zijn, er moet theoretisch aannemelijk zijn gemaakt waarom de interventie effectief zou zijn. De erkenningscommissies letten ook op de uitvoerbaarheid. Het onderzoek naar de effectiviteit van al die interventies loopt achter. Op verzoek van de werk/adviesgroep zijn ook veelbelovende, in de praktijk veel gebruikte interventies in het overzicht opgenomen.

## Gewenste en ongewenste effecten

In de praktijk is er niet één beste, kant-en-klare oplossing voor een probleem. De situatie van de cliënt bepaalt de "beste" beslissing.

## Cliëntenperspectief

Uit enkele interviews met kwetsbare ouders die in het kader van de ontwikkeling van deze richtlijn zijn uitgevoerd, kwam naar voren dat het belangrijk is dat de interventies zich richten op of dat er in de hulpverlening aandacht is voor:

- ✓ Het verbeteren van het zelfbeeld van (aanstaande) ouder (bespreken wat goed gaat en waar eventueel hulp bij nodig is).
- ✓ Het zorgen voor een vertrouwenspersoon die voor de belangen van ouder opkomt, die "naast" de (aanstaande) ouder gaat staan. Het is zinvol om overzicht te bewaren en waar mogelijk om, in samenspraak met de cliënt, één hulpverlener als casemanager aan te wijzen die het overzicht bewaakt en de belangrijkste contactpersoon voor de (aanstaande) ouder is.
- ✓ Een goede, professionele samenwerkingsrelatie waarin sprake is van een positieve emotionele band of "klik" en overeenstemming over samenwerkingsdoelen en de werkwijze die nodig is om die doelen te bereiken (De Greef 2017).
- ✓ Goede bereikbaarheid van de professional voor vragen.

- ✓ Lotgenoten contact

### Professioneel perspectief

De zorg voor (aanstaande) ouders in een (mogelijk) kwetsbare situatie door verpleegkundigen/verzorgenden omvat de volgende aspecten:

- ✓ Het detecteren van knelpunten en problemen en de behoefte aan extra zorg en het verwijzen hiernaar op grond van gesignaleerde problemen
- ✓ Communicatie (zoals het professioneel voeren van een gesprek)
- ✓ Ondersteunen van de (aanstaande) ouder en stimuleren van de ouderrol (zoals geven van advies en voorlichting)
- ✓ Bespreekbaar maken van de vraag of de cliënt een kinderwens heeft en wat dat nu zou betekenen.
- ✓ Beslissingsondersteuning (i.v.m. gezamenlijke besluitvorming over mogelijke hulpverlening)
- ✓ Samenwerken (met de (aanstaande) ouder(s), steunfiguren van de (aanstaande) ouder(s) en professionals)
- ✓ Monitoren hoe het met de (aanstaande) ouder gaat en, in overleg met de (aanstaande) ouder, zo nodig aanpassen, stoppen of beginnen met hulpverlening
- ✓ Evaluatie van het zorgresultaat

Tijdig de juiste zorg en ondersteuning aanbieden aan personen in kwetsbare situaties begint met het tijdig signaleren van knelpunten en problemen. Nadat bij de zwangere en/of ouder één of meerdere risicofactoren voor de zwangerschap, de pasgeborene of het kind zijn gesignaleerd, wordt de dialoog aangegaan over het vervolg. Hierbij worden ook de beschermende factoren meegenomen in de afwegingen. Binnen het hele continuüm van lichte tot zwaardere en meer intensieve zorg maak je als verpleegkundige/verzorgende, samen met de zwangere of ouder, een keuze. De zwangere of ouder moet tijdens dit proces goed geïnformeerd worden, zodat duidelijk is wat van de hulp kan worden verwacht. Als verpleegkundige/verzorgende bespreek je de mogelijkheden en leg je de gemaakte keuze vast in het dossier, evenals de overwegingen die tot die keuze hebben geleid. Bijlage 9 geeft een gespreksleidraad gebaseerd op Samen Beslissen.

Monitoren hoe het met de zwangere of de ouder gaat kan op diverse manieren, zoals in een multidisciplinair overleg (MDO) met alle betrokkenen of in een individueel contact met de zwangere of de ouder en haar eventuele partner. De volgende vragen kunnen hierbij behulpzaam zijn:

- ✓ Hoe ervaren de verpleegkundige/verzorgende en de zwangere of de ouder en haar eventuele partner de situatie op dit moment?
- ✓ Wat gaat er goed? Waarop is misschien aanpassing of extra ondersteuning wenselijk?
- ✓ Komen de ervaringen en de bevindingen van de verpleegkundige/verzorgende en de zwangere of de ouder overeen?
- ✓ Staan de verpleegkundige/verzorgende en de zwangere of de ouder en haar eventuele partner nog achter de gekozen aanpak of interventie?

Als verpleegkundige/verzorgende bepaal je vooraf, samen met de zwangere of de ouder en haar eventuele partner, wat het resultaat van de ondersteuning of interventie moet zijn. Een evaluatie vindt plaats na afronding van de interventie of bij overdracht van de zorg naar een andere zorgverlener. Het zorgresultaat is hierbij 'de toestand van de zwangere of de ouder die volgt op een aanpak of interventie en waarschijnlijk onder invloed daarvan tot stand is gekomen'.

#### 1. Interventies ter ondersteuning van (aanstaande) ouders

Geschikte interventies houden in voldoende mate rekening met de specifieke kenmerken van de cliënt (bijvoorbeeld laag opleidingsniveau, laag geletterd) en bieden de ondersteuning die nodig is of gewenst. Interventies die gericht zijn op meerdere factoren en leefgebieden

(bijvoorbeeld thuis en in de wijk), zijn bovendien effectiever dan interventies die gericht zijn op één factor of op één leefgebied. Het tijdens de interventie stap voor stap toe kunnen werken naar een duidelijk doel (bijvoorbeeld het bijbrengen van opvoedingsvaardigheden en het gebruiken van praktische opvoedingstips) en het kunnen oefenen met de gewenste vaardigheden, zijn ook aspecten die bijdragen aan de effectiviteit van een programma of interventie (Detmar 2019).

In bijlage 9B wordt voor diverse soorten problematiek weergegeven welke interventies (naast de reguliere zorg) door verpleegkundigen/verzorgenden ingezet kunnen worden of waar naar verwezen kan worden, en wat bekend is over de effectiviteit van deze interventies. In het overzicht is waar mogelijk ook een link opgenomen naar een beschrijving van de interventie, met meer informatie over o.a. de inhoud, de beschikbaarheid en de aanbieders.

Als verpleegkundige/verzorgende kan je overwegen om (naast de reguliere zorg) in overleg met de verloskundig zorgverlener of huisarts één of meer programma's of interventies in te zetten of om naar te verwijzen, zoals Prenatale Huisbezoeken JGZ, Stevig Ouderschap of VoorZorg. Tijdens prenatale huisbezoeken JGZ (PHB-JGZ) brengen de jeugdverpleegkundige en de zwangere en eventuele partner samen in kaart wat nodig is om een optimale start voor het kind te realiseren, en kan direct gestart worden met de begeleiding van ouders. Indien nodig biedt de jeugdverpleegkundige zelf extra ondersteuning of schakelt zij hulp in. PHB-JGZ richten zich niet op de zwaarste problemen. Waar mogelijk en nodig kunnen interventies zoals Stevig Ouderschap (begeleiding vanaf de 16e week in de zwangerschap) of VoorZorg (begeleiding vanaf de 28e week). Vanaf juli 2022 bieden alle gemeenten in Nederland, aanvullend en ter ondersteuning van de verloskundige zorg, de mogelijkheid tot prenatale huisbezoeken JGZ door de jeugdverpleegkundige.

*Stevig Ouderschap* is gericht op kinderen in de leeftijd van -5 maanden tot 2,5 jaar en hun kwetsbare (aanstaande) ouders (vanaf 16 weken zwangerschap) met (een of meerdere van) de volgende kenmerken: belastende voorgeschiedenis, persoonlijke problemen, onvoldoende steunende context en/of verzwaarde opvoeding. (Aanstaande) ouders worden gevonden via een selectievragenlijst (zie Uitgangsvraag 1) of via een professional die met de zwangere of ouder te maken hebben. De interventie bestaat uit circa 4 prenatale en/of 6-10 postnatale huisbezoeken door een specifiek getrainde jeugdverpleegkundige.

Het programma VoorZorg heeft tot doel om (het risico op) kindermishandeling bij kinderen van een specifieke, zeer kwetsbare doelgroep van jonge hoog-risico zwangeren (uiterlijk 28 weken zwanger) terug te dringen, om daarmee de ontwikkelings- en gezondheidskansen van de kinderen te vergroten. VoorZorg bestaat uit 40-60 huisbezoeken door de Voorzorg verpleegkundige tijdens de zwangerschap en de eerste twee levensjaren. Een eerste selectie vindt plaats door professionals die met een zwangere te maken hebben, waarna een Voorzorg verpleegkundige oordeelt of ondersteuning door VoorZorg wenselijk is. Het is bewezen effectief bij eerste zwangerschappen en bij een zwangerschapsduur van maximaal 28 weken. Ontwikkeling en onderzoek naar de effectiviteit vindt plaats bij doelgroep gezinnen (risicocumulatie) waar al een of meerdere kinderen en ernstige opvoedproblemen zijn en bij gezinnen die pas na 28 weken zwangerschap met VoorZorg starten (tot 6 weken na de geboorte).

## 2. Aanbieders van hulp

Problemen van (aanstaande) ouders kunnen zich uitstrekken over meerdere onderwerpen en leefgebieden (psychische en lichamelijk gezondheid, financiën, sociale relaties, wonen etc.). Naast een diversiteit aan interventies is er ook een grote diversiteit aan aanbieders van hulp. Deze hulpverleners zijn vaak elkaar opvolgend, maar vaak ook gelijktijdig, betrokken bij dezelfde zwangere of ouder. Mogelijke betrokkenen bij het gezin zijn:



**Verpleegkundigen en verzorgenden**

- ✓ **Verzorgende:** ondersteunt cliënten tijdens de verzorging op de vlakken waarop deze dat zelf niet kan, signaleert hierbij (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie;
- ✓ **Verpleegkundige**
  - Jeugdverpleegkundige: biedt preventieve en sociaal verpleegkundige zorg aan jeugdigen tot achttien jaar en hun ouders, signaleert en begeleidt hierbij (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie, o.a. met lichte opvoedadvisering, praktische adviezen, voorlichting of ondersteuning naar hulpverleners;
  - Verpleegkundige Voortplanting, Obstetrie & Gynaecologie: biedt verpleegkundige zorg aan (aanstaande) zwangeren, barenden en pasgeborenen, signaleert en begeleidt hierbij (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie;
  - Neonatologieverpleegkundige: biedt verpleegkundige zorg aan premature, dysmature, en zieke pasgeborenen en pasgeborenen met een aangeboren aandoening, signaleert en begeleidt hierbij ouders in een kwetsbare situatie;
  - Kinderverpleegkundige: biedt verpleegkundige zorg aan kinderen (inclusief premature, dysmature, en zieke pasgeborenen en pasgeborenen met een aangeboren aandoening), signaleert en begeleidt hierbij ouders in een kwetsbare situatie;
  - (Sociaal) psychiatrisch verpleegkundige: biedt hulp, begeleiding of behandeling aan mensen met psychi(atri)sche problematiek, signaleert en begeleidt hierbij (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie;
  - Sociaal verpleegkundige: biedt preventieve en sociaal verpleegkundige zorg, signaleert en begeleidt hierbij (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie.
- ✓ **Verpleegkundig specialist**
  - Verpleegkundig Specialist Neonatologie: Biedt zowel medische als verpleegkundige zorg aan premature, dysmature en zieke pasgeborenen en pasgeborenen met een aangeboren aandoening, en kan hierbij (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie signaleren en begeleiden, en kan regiebehandelaar zijn;
  - Verpleegkundig Specialist Jeugdgezondheidszorg (JGZ): biedt preventieve en sociaal medische en verpleegkundige zorg aan jeugdigen tot achttien jaar en hun ouders, en kan hierbij (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie signaleren en begeleiden;
  - Verpleegkundig specialist GGZ: biedt zowel medische als verpleegkundige hulp, begeleiding of behandeling aan mensen met psychi(atri)sche problematiek, en kan hierbij (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie signaleren en begeleiden.

**Overige (para)medische zorg**

- ✓ De **(klinisch) verloskundige:** biedt begeleiding en medische zorg vóór, tijdens en na de zwangerschap;
- ✓ De **gynaecoloog:** biedt begeleiding en medische zorg vóór, tijdens en na de zwangerschap;
- ✓ De **kraamverzorgende:** biedt begeleiding, verzorging en advisering aan moeder, pasgeborene en eventueel aan gezinsleden, bevordert en beschermt vanaf de bevalling en/of de kraamtijd het fysieke, psychisch en sociale welzijn van moeder en pasgeborene;
- ✓ De **huisarts:** biedt laagdrempelige, generalistische zorg en fungeert als een eerste aanspreekpunt voor mensen met vragen of problemen over gezondheid en ziekte. In de praktijk van de huisarts kan ook een **POH (Praktijk Ondersteuner Huisarts)** werkzaam zijn;
- ✓ De **kinderarts:** biedt medische zorg aan jeugdigen van 0-18 jaar;
- ✓ Overige medisch specialisten: bieden medische zorg aan (ook ongeboren) kinderen die specialistische zorg behoeven en personen met (chronische) aandoeningen.
- ✓ Het **JGZ team** volgt, beschermt en bevordert de gezondheid en de lichamelijke, cognitieve en psychosociale ontwikkeling van jeugdigen van 0 tot 18 jaar. Een JGZ team bestaat uit: de jeugdarts, de verpleegkundig specialist, de jeugdverpleegkundige, de consultatiebureau assistente, de screener en de doktersassistent. In sommige JGZ-organisaties zijn ook andere professionals zoals logopedisten en pedagogen lid van het JGZ team.

**Hulpverlening**

- ✓ **GGZ:** biedt onderzoek en behandeling bij psychiatrische problematiek volwassenen;
- ✓ **Kinder- en jeugdpsychiatrie:** biedt onderzoek en behandeling bij psychiatrische problematiek kinderen en jongeren;
- ✓ **POP (Psychiatrie, Obstetrie en Pediatrie)/ MDO:** biedt hulp of advies aan zwangeren en ouders met psychische klachten voor, tijdens en/of na de zwangerschap. Op een POP-poli is een multidisciplinair team werkzaam, met daarin (onder andere) een gynaecoloog, psychiater, kinderarts, medisch maatschappelijk werker en een gespecialiseerd verpleegkundige;
- ✓ **MEE:** biedt informatie, advies, onderzoek en begeleiding aan volwassenen en kinderen met een licht verstandelijke beperking (LVB);
- ✓ **Sociale team:** De lokale invulling door gemeente en organisaties verschilt, daardoor kan de doelstelling en functie van de teams ook variëren. Het idee is dat vanuit een integrale aanpak wordt gekeken wat er nodig is voor zorg en ondersteuning. Daarbij wordt altijd gekeken naar wat gezinnen zelf kunnen en waar hulp nodig is;
- ✓ **Veilig Thuis:** biedt professionals en omstanders advies en ondersteuning bij en is meldpunt voor huiselijk geweld en kindermishandeling, doet onderzoek of er daadwerkelijk sprake is van huiselijk geweld of kindermishandeling en neemt zo nodig vervolgstappen in de vorm van overdragen naar vrijwillige hulp, een MDA++, Raad voor de Kinderbescherming informeren en/of aangifte doen bij politie. Veilig Thuis geeft een terugkoppeling aan de melder;
- ✓ **Jeugdbescherming:** voert kinderschermingsmaatregelen (gericht op het opheffen van een bedreiging voor de veilige ontwikkeling van een kind) en jeugdreclassering (begeleiding van jongeren bij hun terugkeer in de maatschappij na een straf) uit;
- ✓ **Zelfstandig psycholoog:** biedt onderzoek en behandeling bij (vermoedens van) psychische problemen;
- ✓ **Infant Mental Health specialisten:** bieden psychosociale zorg voor (aanstaande) ouders en jonge kinderen, met oog voor het samenspel tussen omgeving, biologische factoren en de ouder-kind relatie;
- ✓ **Algemeen en medisch maatschappelijk werk:** biedt begeleiding bij schuldhulpverlening, relatieproblemen, huisvestingsproblemen, werk en inkomen;
- ✓ **Home-start/Humanitas:** biedt opvoed- en gezinsondersteuning door ervaren vrijwilligers bij alledaagse, lichte opvoedvragen. Home-start is in te zetten vanaf de 28ste zwangerschapsweek;
- ✓ **Moeders Informeren Moeders:** Getrainde vrijwilligers (ervaren moeders) bieden opvoedondersteuning, gezondheidsvoorlichting en een steuntje in de rug aan andere moeders. In maandelijks huisbezoeken, groepsbijeenkomsten en online wisselen moeders ervaringen en informatie uit.
- ✓ **Welzijnswerk:** stimuleert mensen om (weer) actief deel te nemen aan de samenleving en in staat zijn hun problemen zelf aan te pakken, en helpt mee aan het verbeteren van de leefbaarheid in een buurt;
- ✓ **Verslavingszorg:** biedt begeleiding en behandeling bij verslavingsproblematiek/problematisch middelengebruik.

Voor een overzicht, zie ook: [Klantroutes Kansrijke Start | Lokale coalities | Kansrijke Start \(kansrijkestartnl.nl\)](#)

**Informele steun**

Partners, ouders, familie, vrienden, burens etc. kunnen een steuntje in de rug bieden.

Naast bovengenoemde soorten hulpverlening zijn er veelal ook nog lokale partijen en organisaties en vrijwilligers actief die niet in dit overzicht zijn opgenomen.

**6.3.5 Kosten**

De invoering en het gebruik van methodieken en interventies gaat gepaard met kosten. Systematische aandacht is nodig om te zorgen dat een (nieuwe) methodiek of interventie een

structurele plaats krijgt en blijft houden in het beroepsmatig handelen van professionals en het functioneren van organisaties. Om effect te kunnen hebben, moeten interventies op de juiste manier worden uitgevoerd. Uitvoering van interventies door goed getraind personeel vergroot de effectiviteit.

De kosten/het middelenbeslag van de uitvoering bij zwangeren en ouders en in gezinnen varieert per interventie. Bijvoorbeeld: Eén traject van de intensieve interventie VoorZorg (2,5 jaar) kost bijvoorbeeld ongeveer € 15.568,- (prijspeil 2021). Eén postnataal traject van StevigOuderschap (ongeveer 6 huisbezoeken) kost circa € 2000,-. De interventies VoorZorg en Stevig Ouderschap zijn voor de zwangere of ouder zelf gratis, de gemeente betaalt. (Bronnen: [Nederlands Centrum Jeugdgezondheid | Wat is VoorZorg? \(ncj.nl\); Infographic - Stevig Ouderschap Stevig Ouderschap](#)). Het programma Nu Niet Zwanger kost de eerste 4 jaar waarin het actief is in een regio circa €322 per deelnemer. De maatschappelijke baten variëren van minimaal €6.820 tot €52.070 (VNG 2020).

### 6.3. Organisatie van zorg

Direct bij de zorg voor zwangeren, ouders en kinderen betrokken professionals zijn: 1elijns verloskundigen, kraamzorg, bij de geboortezorg betrokken professionals in het ziekenhuis (zoals gynaecologen, klinisch verloskundigen, kinderartsen, verpleegkundigen van de kraam en kinderafdeling, medisch maatschappelijk werk), jeugdgezondheidszorg en huisartsen/praktijkondersteuners huisartsen. Medisch specialisten en de GGZ kunnen betrokken zijn bij zwangeren, ouders en kinderen met een chronische aandoening of psychiatrische problematiek.

Kwetsbare gezinnen hebben relatief vaak te maken met psychische problematiek, financiële problemen, huisvestingsproblemen, huiselijk geweld, een weinig ondersteunend sociaal netwerk etc. Medisch maatschappelijk werk vormt de verbinding tussen de medisch hulpverleners in het ziekenhuis en de psychosociale hulpverlening buiten het ziekenhuis. De medisch maatschappelijk werker kan cliënten zelfstandig begeleiden, behandelen en/of problematiek in kaart brengen en zal waar nodig doorverwijzen naar een geschikte hulpverlener.

Gemeenten hebben een sleutelrol in de zorg en ondersteuning van gezinnen. Gemeenten dragen sinds 2015 verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de Jeugdwet, Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en Participatiewet. Daarnaast hebben gemeenten (deels) verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ), Regionale Meld- en Coördinatiefunctie voortijdig schoolverlaten (RMC), schuldhulpverlening, maatschappelijke opvang, vrouwenopvang, huisvesting en kinderopvang. Preventieprogramma's zoals VoorZorg, Stevig Ouderschap, SamenStarten, Home-Start en videohometraining moeten ingekocht worden door de gemeente. Het inkoopbeleid van de gemeente is bepalend of een bepaalde interventie in een bepaalde gemeente aangeboden kan worden of niet.

#### 6.3.7 Maatschappelijk perspectief

Kosten kunnen voorkomen worden en risico's verminderd als problemen tijdig en effectief worden opgepakt. Daarnaast kunnen ontwikkelingsproblemen en (chronische) ziekten bij een toekomstige generatie worden voorkomen

# Conclusies

## Conclusie uit de kennis

Voor deze module is geen systematisch literatuuronderzoek verricht.

## Samenvatting van de kennis

Voor deze module is geen systematisch literatuuronderzoek verricht.



## **Uitgangsvraag 4**

**Wat is de minimale gegevensset voor de verpleegkundige overdracht bij (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie?**

Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.

# Inleiding: overdrachtgegevens

## Aanleiding en doel

Verpleegkundigen/verzorgenden ontvangen en geven bij (aanstaande) ouders in een (mogelijk) kwetsbare situatie regelmatig onvolledige overdrachten (Lanting 2019). Doel van deze module is een minimale gegevensset voor de verpleegkundige/verzorgende, om te gebruiken bij de overdracht van een (mogelijk) kwetsbare zwangere of (mogelijk) kwetsbare ouder naar een andere hulpverlener.

## Doelgroep

Deze uitgangsvraag is van toepassing op (de zorg voor) zwangeren en ouders in een (mogelijk) kwetsbare situatie, en hun kinderen in de kinderleeftijd van -9 maanden tot 2 jaar.

De uitgangsvraag bevat aanbevelingen die bedoeld zijn voor verpleegkundige en verzorgende (V&V) professionals die in aanraking komen met zwangeren en ouders in een (mogelijk) kwetsbare situatie. V&V professionals zijn verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, zorgkundigen en verzorgenden, zoals omschreven in het beroepenhuis V&V 2020.

# Aanbevelingen

## DOEN

(Kernaanbeveling 2) Als verpleegkundige/verzorgende draag je bij de overdracht van een zwangere of ouder in een kwetsbare situatie ten minste de volgende gegevens over (registratie gebeurt conform de informatie standaard eOverdracht):

- ✓ Is zwangere of ouder akkoord met uitwisseling gegevens in kader overdracht?
- ✓ Reden van overdracht
- ✓ NAW-gegevens zwangere of ouder
- ✓ Contactgegevens coördinerend zorgverlener
- ✓ Contactgegevens overdragende zorgverlener
- ✓ Algemene anamnese moeder: algehele gezondheid, roken, alcohol, drugs, allergieën, medicatie, negatieve seksuele ervaring, genitale verminking, verstandelijke beperking, herpes, seksueel overdraagbare aandoeningen (Soa's), HIV, Hepatitis B, psychosociale/psychi(atri)sche problematiek, financiële problematiek, status relatie, huiselijk geweld
- ✓ Uitkomst brede risico-inventarisatie (gericht op beschermende en risicofactoren in de eerste 1000 dagen)
- ✓ Interventie(s) waar de zwangere of ouder gebruikt van maakt of heeft gemaakt en het resultaat van deze interventie(s)
- ✓ Relevante gegevens (eventuele) partner
- ✓ Gegevens zwangerschap en/of bevalling: graviditeit en pariteit, maternale hypertensieve aandoening, IUGR, SGA, vroeggeboorte, andere complicaties.

# Overwegingen

## Kwaliteit van bewijs

De algehele kwaliteit van bewijs voor deze uitgangsvraag is zeer laag. Voor deze module is geen systematisch literatuuronderzoek verricht. De aanbevelingen in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op 'grijze literatuur' en websites en de mening en ervaring van de werk/project/adviesgroep.

## Gewenste en ongewenste effecten

Zorgverleners kunnen beter samenwerken als zij steeds over de juiste informatie beschikken over de cliënt. Een goede overdracht waarborgt de continuïteit en de kwaliteit van de zorg, is eenvoudig en eenduidig, en leidt niet tot extra administratieve belasting.

## Cliëntenperspectief

Zwangeren en ouders moeten op de hoogte zijn van communicatie tussen hulpverleners, en vooraf toestemming geven voor contacten die jij als verpleegkundige/verzorgende met anderen over hen hebt. Laat cliënten daarin zo mogelijk ook participeren. Vraag de zwangere of ouder bijvoorbeeld: 'Ik heb ... een overleg met ..., kun en wil je daar zelf ook bij zijn?'

## Professioneel perspectief

Voor de verpleegkundige overdracht is een informatiestandaard ontwikkeld: de eOverdracht. Er zijn afspraken gemaakt over welke gegevens hoe moeten worden vastgelegd en uitgewisseld als een patiënt wordt overgeplaatst naar een andere zorgsetting. De eOverdracht is ontwikkeld voor kinderen van 0-1 jaar, kinderen van 1-18 jaar en volwassenen. Uitgangspunt bij de overdracht is dat het leidt tot een zo goed mogelijk verloop van de zwangerschap, een zo goed mogelijke gezondheid van de zwangere of de ouder, en een zo gezond mogelijke ontwikkeling en ontwikkelingskansen van het kind. Voor de overdracht van gegevens is toestemming nodig van de cliënt.

Meer informatie is te vinden op: <https://www.venvn.nl/thema-s/vastleggen-en-overdragen/> en op <https://www.nictiz.nl/standaarden/eoverdracht/>

Met toestemming van de cliënt mag<sup>5</sup> altijd ter zake overlegd worden door de betrokken professional met relevante andere, externe professionals. Daarbij is het belangrijk dat de cliënt voorafgaand aan de overdracht goed is geïnformeerd, zodat duidelijk is waar toestemming voor wordt gegeven. Dit wil niet zeggen dat gegevensuitwisseling met andere professionals alléén maar mogelijk is als de cliënt expliciet toestemming geeft. Bij het beroepsgeheim gaat het om geheimhouding waar mogelijk, en zorgvuldige doorbreking van het geheim waar nodig. Als je als verpleegkundige/verzorgende toch van mening bent dat gegevensuitwisseling nodig is, bijvoorbeeld vanwege ernstige zorgen over de veiligheid van de zwangere/ouder en/of de pasgeborene, dan dient een zorgvuldige en gedocumenteerde afweging te worden gemaakt.

Bij de afweging om privacygevoelige informatie zonder toestemming uit te wisselen met andere professionals kan het behulpzaam zijn om de volgende vragen te beantwoorden:

- ✓ Welk doel moet bereikt worden met het geven van de informatie?
- ✓ Kan dit doel ook bereikt worden zonder de informatie te verstrekken?
- ✓ Is echt al het nodige geprobeerd om toch toestemming te verkrijgen van de cliënt?

<sup>5</sup> Iedere professional die zorg biedt aan cliënten heeft een beroepsgeheim op grond van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG; Art. 88) en de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO; Art. 7.457 BW). Deze 'zwijgplicht' verplicht de professional om geen informatie over de cliënt aan derden te verstrekken, tenzij de cliënt hem daarvoor toestemming geeft.



- ✓ Weegt het gevaar of ernstig nadeel bij een van de betrokkenen wel op tegen het belang dat een andere betrokkene bij geheimhouding heeft?
- ✓ Wie heeft de informatie echt nodig om het gevaar of het ernstige nadeel voor een betrokkene af te wenden? Welke informatie heeft die professional echt nodig?

Naast de eOverdracht is in 2016 ook een dataset ontwikkeld voor de overdracht tussen verloskundige zorgverleners en kraamzorg naar jeugdgezondheidszorg: de dataset geboortezorg (CPZ 2016).

Voor gegevensuitwisseling/registratie in de geboortezorg is er de Dataset geboortezorg (ook Perinatale dataset of Perined dataset genoemd). De Dataset geboortezorg is die verzameling van gegevens die zorgverleners in de perinatale keten met elkaar uitwisselen, waarover overeenstemming is bereikt door de perinatale beroepsverenigingen. In het kader van eenheid van taal worden afspraken gemaakt over vorm en betekenis van de gegevensset. Deze dataset zorgt ervoor dat belangrijke informatie over een zwangerschap gedeeld kan worden tussen verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen, kraamzorg, echoscopisten, verpleegkundigen en onderzoekers die direct betrokken zijn bij de zorg voor de zwangere en haar kind, en die betrokken zijn bij de kwaliteitsverbetering van verloskundige zorg.

### Kosten

Het bespreken van zorgen en signalen, het verkrijgen van toestemming voor het delen van informatie en het invullen en invoeren van gegevens kost tijd. Voor bijvoorbeeld een warme overdracht kan het daarnaast nodig zijn om naar een locatie te reizen. Aan het zorgvuldig en veilig bewaren van medische en persoonsgegevens zijn ook kosten verbonden.

### Organisatie van zorg

De overdracht vindt (bij voorkeur) digitaal plaats of indien noodzakelijk schriftelijk. In ziekenhuizen wordt in toenemende mate gebruik gemaakt van een 'warme overdracht' naar de kraamzorg en de jeugdgezondheidszorg. Een warme overdracht betekent een gesprek tussen professionals onderling bij voorkeur in bijzijn van de (aanstaande) ouder(s). De wijze van overdracht is afhankelijk van de wensen en situatie van de client (hoe meer problemen, hoe warmer), de professional die de overdracht moet uitvoeren en de regels en afspraken binnen de zorgorganisatie.

In 2019 zijn diverse initiatieven gestart om de digitale uitwisseling van gegevens vanuit de geboortezorg te optimaliseren, naast het gebruik van de eOverdracht. Voorbeelden hiervan zijn:

- ✓ Babyconnect. Dit is een landelijk actieprogramma voor gebruiksvriendelijk informatie uitwisselen tussen cliënten en zorgverleners, en zorgverleners onderling. Het doel is naadloos aansluitende zorg voor moeder en kind(eren) rond de zwangerschap en geboorte, inclusief de overdracht naar andere zorgverleners van de cliënte en haar kind, waaronder de jeugdgezondheidszorg, kinderarts en huisarts.
- ✓ Het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), GGD GHOR Nederland en ActiZ Jeugd werken aan 'Elektronische gegevensuitwisseling tussen geboortezorg en jeugdgezondheidszorg'.

### Maatschappelijk perspectief

Cliënten hebben recht op informatie over gegevens en gegevensverwerking. Zorgprofessionals moeten cliënten informeren over zijn/haar rechten met betrekking tot het dossier en zijn/haar gegevens. Een cliënt kan verzoeken gegevens te vernietigen, aan te vullen, te verbeteren of af te schermen. Een zorgprofessional moet dit in principe honoreren.

# Conclusies

## Conclusie uit de kennis

Voor deze module is geen systematisch literatuuronderzoek verricht.

## Samenvatting van de kennis

Voor deze module is geen systematisch literatuuronderzoek verricht.



# Bijlagen

Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.

# Bijlage 1

## Algemene achtergrondgegevens

Autorisatie: 18-1-2023 door V&VN

Auteurs: Caren Lanting en Jacqueline Deurloo (TNO)

De ontwikkeling van deze richtlijn is gefinancierd door ZonMw

# Bijlage 2

## Samenstelling werkgroep/project/adviesgroep

Voor het ontwikkelen van de richtlijn is in 2019 een werk/adviesgroep en een klankbordgroep ingesteld. Autorisatie vindt plaats door V&VN. In de werk/adviesgroep zitten 10 vertegenwoordigers van diverse geledingen van V&VN (VS, Maatschappij & Gezondheid, GGZ en Vrouw & Kind). Daarnaast hebben 12 adviseurs met aanvullende expertise deelgenomen aan de werk/adviesgroep. Het zijn 2 verloskundigen (namens KNOV), een manager kraamzorg (namens NBKV), een kinderarts, een gynaecoloog (namens NVOG), een klinisch psycholoog, een adviseur Stevig Ouderschap, een vertegenwoordiger van Healthy Pregnancy 4 all (Erasmus MC) en een adviseur cliëntenparticipatie (Zorgbelang Inclusief).

Een projectgroep van TNO (2 onderzoekers, 1 informatie specialist, 1 project assistent) heeft de conceptrichtlijn geschreven. De leden van de werk/adviesgroep zijn in alle fasen bij de ontwikkeling van de richtlijn betrokken, vanaf de knelpuntanalyse en de opzet van de richtlijn tot en met de vaststelling van het eindconcept. De conceptteksten werden tijdens diverse (online) bijeenkomsten door de leden becommentarieerd en beoordeeld. Ook konden de leden in diverse rondes schriftelijke reageren en suggesties doen voor aanpassingen en aanvullingen.

De klankbordgroep (6 adviseurs) is richtinggevend geweest bij aanvang van het ontwikkeltraject en heeft het eindconcept schriftelijk becommentarieerd en mede beoordeeld.

De V&VN Beoordelingscommissie heeft de conceptrichtlijn gedurende het traject op drie verschillende punten beoordeeld en een uitgebreide toelichting met aandachtspunten gegeven.

Zorgverzekeraars Nederland is ook uitgenodigd voor deelname aan het ontwikkeltraject. Een inhoudelijke beoordeling van de richtlijn vinden zij echter niet aan de orde. Daarbij gaven zij als reden dat: "het terugdringen van risico's bij zwangerschap en geboorte een essentieel onderdeel is van de 1000 dagen aanpak. Die risico's zijn veelal complex met een medische component en een sociale component (die minstens zo groot is). Hoe je tot betere afstemming komt tussen medisch en sociaal domein en daar waar nodig tot integrale samenwerking komt rondom specifieke doelgroepen en hoe je daar een duurzame financiering voor vindt zijn een aantal belangrijke vraagstukken in Kansrijke Start. De leden verwachten dat de richtlijn straks aanknopingspunten zal bieden om daar verder aan te werken en daar als zorgverzekeraar iets van te vinden."

### Werk/adviesgroep

V&VN vertegenwoordigers	
<b>Laura Verweij-van der Neut</b>	V&VN afd. Verpleegkundig Specialisten, Verpleegkundig Specialist Neonatologie St. Antonius Ziekenhuis
<b>Richard Willemsen</b>	V&VN afd. Verpleegkundig Specialisten, Verpleegkundig specialist Neonatologie, Maasstad Ziekenhuis
<b>Machteld Res-Vermeulen,</b>	V&VN afd. Maatschappij & Gezondheid - vakgroep Jeugd, staf- en jeugdverpleegkundige, GGD Zaanstreek Waterland
<b>Karien Dijk</b>	V&VN afd. Maatschappij & Gezondheid - vakgroep Jeugd, beleidsmedewerker JGZ, GGD Fryslân

V&VN vertegenwoordigers	
Emmy Visser	V&VN afd. Maatschappij & Gezondheid - vakgroep Jeugd, jeugdverpleegkundige Santé Partners
Marieke van Piere	V&VN vakcommissie GGZ, verpleegkundig specialist GGZ Rivierduinen
Nelleke Maas	V&VN, afd. Verpleegkundig Specialisten vakgroep Jeugd
Sanne Drost-Goossens	V&VN Vrouw & Kind, obstetrie-verpleegkundige Spaarne Gasthuis
Corianne Gerritsen	V&VN Vrouw & Kind, obstetrie-verpleegkundige VU medisch centrum
Lieke Huisman	V&VN Vrouw & Kind, obstetrie-verpleegkundige, Ziekenhuis Rivierenland en docent verpleegkunde, Avans Hogeschool
Overige adviseurs	
Inger Aalhuizen/ Susan Beckers (vanaf maart 2020)	KNOV, eerste lijns verloskundige
Anne-marie Sluijs	KNOV, klinisch verloskundige
Simone van der Veen	BO geboortezorg en KCKZ/ manager kraamzorg
Helma van Gameren	Kinderarts, Groene Hart Ziekenhuis
Hanneke Feitsma	NVOG, gynaecoloog
Marina Reijns/ Simone van den Berg	Klinisch psycholoog/ Verpleegkundig specialist GGZ, Fier Fryslan, Leeuwarden
Merian Bouwmeester	Inhoudelijk adviseur Stevig Ouderschap, NCJ
Adja Waelput	Programma directeur Healthy Pregnancy 4 all, Erasmus MC
Nancy Wijers	Projectleider/adviseur cliëntenparticipatie Zorgbelang Inclusief

### Klankbordgroep

Esther Feijen-de Jong	Verloskunde Academie Groningen	Postdoctoraal onderzoeker, Senior docent, Verloskundige. Projectleider Samen Kwetsbaar, Samen Sterk
Ingrid Staal	GGD Zeeland	Van origine Jeugdverpleegkundige nu werkzaam als adviseur innovatie en academisering, gepromoveerd op vroegsignaleren van opgroei- en opvoedproblemen bij jonge kinderen, ontwikkelaar SPARK-methode. Voorzitter wetenschappelijke commissie V&VN
Elle Struijf	Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, NCJ	Arts Maatschappij + Gezondheid, adviseur NCJ, inhoudelijk adviseur VoorZorg, projectleider Handreiking Prenataal Huisbezoek (PHB) JGZ

Esther Feijen-de Jong	Verloskunde Academie Groningen	Postdoctoraal onderzoeker, Senior docent, Verloskundige. Projectleider Samen Kwetsbaar, Samen Sterk
Ingrid Groenewegen (tot augustus 2020)	Nederlands Beroepsvereniging voor de Kraamzorg, NBvK	Kwaliteitsfunctionaris Geboortezorg EigenWijs, Trainer VoorZorg
Betty de Vries (vanaf september 2020)	Kenniscentrum Kraamzorg	Beleidsadviseur kraamzorg
Remy Vink	TNO	Onderzoeker o.a. op gebied preventie kindermishandeling. Auteur richtlijnen Kindermishandeling voor de JGZ en voor Jeugdhulp en jeugdbescherming.

### Projectgroep

Caren Lanting	Arts niet praktiserend en epidemioloog, projectleider TNO
Jacqueline Deurloo	Arts Maatschappij + Gezondheid/Jeugdarts en onderzoeker TNO
Jolanda ter Laak	Informatie specialist TNO
Ineke van Kempen	Projectassistentie TNO

### Invloed financierende instanties

De ontwikkeling van deze richtlijn is gefinancierd door ZonMw. ZonMw heeft geen invloed gehad op de inhoud van deze richtlijn.

### Belangenverstrengeling

Alle betrokkenen hebben een belangenverklaring ingevuld. De volgende relaties en bemoeienissen werden gemeld (laatste aanpassing juli 2021):

- ✓ Merian Bouwmeester en Elle Struijf zijn adviseur bij het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ). Merian beheert de interventie Stevig Ouderschap, Elle is mede ontwikkelaar van VoorZorg.
- ✓ Nelleke Maas is medewerker bij het NCJ, was betrokken bij de ontwikkeling van de interventie VoorZorg en geeft (na)scholing via de NSPOH, Netherlands School of Public & Occupational Health.
- ✓ Simone van der Veen en Ingrid Groenewegen werk(t)en bij Geboortezorg Eigenwijs.
- ✓ Ingrid Staal is medeontwikkelaar van de SPARK-methode.
- ✓ Caren Lanting en Jacqueline Deurloo werken bij TNO, afdeling Child Health. TNO afdeling Child Health is (mede)ontwikkelaar van diverse interventies en signaleringsinstrumenten op het terrein van zwangerschap en jeugd.

De overige betrokkenen verklaren de afgelopen drie jaar geen relatie of bemoeienis te hebben gehad met bedrijven of organisaties, zoals sponsors, farmaceutische industrie, belangenvereniging, of werkzaamheden te ontplooiën vanuit eigen bedrijf of (mede) methoden, instrumenten en dergelijke te ontwikkelen, waardoor een belangenconflict zou kunnen ontstaan met hun rol in de ontwikkeling van deze richtlijn.

# Bijlage 3

## Begrippenlijst en afkortingen

### Gezondheidsvaardigheden

Vaardigheden om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van beslissingen die met gezondheid te maken hebben. Mensen met een lage opleiding beschikken veelal over minder gezondheidsvaardigheden.

### Interventie

Een combinatie van programma-elementen of strategieën die zijn ontworpen om gedragsveranderingen teweeg te brengen of de gezondheidstoestand van individuen of een hele populatie te verbeteren.

### Integrale aanpak/zorg

Om kwetsbaarheid aan te pakken is een brede inzet nodig op diverse gebieden, zoals gezondheidszorg, zelfredzaamheid, participatie, opleiding, sport, fysieke omgeving, leefbaarheid, sociale cohesie en voorzieningen.

### Intergenerationele overdracht

Met intergenerationele overdracht wordt bedoeld op het doorgeven van eigenschappen en situaties van ouders op hun kinderen. Bijvoorbeeld eigenschappen die horen bij ADHD (moeite met concentratie, impulsiviteit) en autisme (beperkte sociale interactie, weinig inlevingsvermogen) zijn deels erfelijk. Voedingstekorten, stress en roken tijdens de zwangerschap kunnen zorgen voor een slechte start. Ook bepaalde omstandigheden (zoals slechte gezondheid, lage opleiding, armoede, geweld of kindermishandeling) kunnen 'doorgegeven' worden (Visser 2019; JGZ-richtlijn Kindermishandeling 2016).

### Kindermishandeling

Kindermishandeling is elke vorm van mishandeling die voor een kind bedreigend of gewelddadig is. Dus niet alleen lichamelijk geweld, maar ook bijvoorbeeld emotionele mishandeling of verwaarlozing vallen eronder.

### Zwangere of ouder in een kwetsbare situatie

Een zwangere of ouder in een kwetsbare situatie is een persoon bij wie één of meerdere risicofactoren die de zwangerschap<sup>6</sup>, het kind en/of het ouderschap negatief kunnen beïnvloeden aan de orde zijn, en waarbij de aanwezige beschermende factoren ontoereikend zijn.

### Laaggeletterdheid

---

<sup>6</sup> Waar gesproken wordt over 'de zwangerschap' bedoelen we: de zwangere vrouw en de groei en ontwikkeling van het ongeboren kind.



Laaggeletterdheid is een term voor mensen die moeite hebben met lezen, schrijven en/of rekenen. Vaak hebben zij daardoor ook moeite met het gebruik van een computer of een smartphone. (Lezen & Schrijven, 2020).

### Opvoedvaardigheden

Vaardigheden die er voor zorgen dat de ouder(s) in staat zijn om na de geboorte liefdevol en sensitief op signalen van het kind te reageren.

### Professional

Onder professionals verstaan we mensen met specifieke expertise op een bepaald gebied. Sociaaleconomische status (SES)

De SES van mensen wordt doorgaans gedefinieerd aan de hand van een combinatie van de factoren 'opleiding', 'inkomen', en 'positie op de arbeidsmarkt'. De term 'lage SES' refereert aan mensen met een lage opleiding, een laag inkomen of een combinatie daarvan. Een lage opleiding betekent dat het hoogst behaalde onderwijsniveau is: basisonderwijs, VMBO, eerste drie jaren van HAVO/VWO of de entreeopleiding, de voormalige assistentenopleiding (MBO 1) of minder dan tien jaar onderwijs in het land van herkomst (Bronnen: CBS Statline 2020, Pharos). Als het inkomen op of iets boven het sociaal minimum ligt, wordt dat een laag inkomen genoemd.

### Zelfredzaamheid

Zelfredzaamheid is het vermogen dat iemand heeft om op een algemeen en acceptabel niveau te functioneren in de maatschappij. Dit geldt voor verschillende leefgebieden zoals inkomen, sociale contacten en lichamelijk en psychisch gezond blijven. Idealiter gaat dit gepaard met zo min mogelijk professionele hulp of steun van de overheid. Zelfredzaam is ook, wanneer het persoonlijk functioneren en handelen en/of participatie aan de samenleving in het geding komt, en iemand dit niet zelfstandig kan oplossen, hij/zij in staat is hulp te organiseren in zijn/haar omgeving (Wulfraat 2019).



# Bijlage 5

## Cliëntenperspectief

Om de cliëntparticipatie voor deze richtlijn vorm te geven is een vertegenwoordiger van de Geboortebeweging uitgenodigd voor deelname aan de werk/adviesgroep. De Geboortebeweging heeft aangegeven niet in de gelegenheid te zijn om gebruik te maken van deze uitnodiging. Voor de ontwikkeling van deze richtlijn is Zorgbelang Inclusief gevraagd. In opdracht van TNO, in de periode november 2019 tot januari 2020, heeft deze organisatie een vijftal interviews uitgevoerd met vrouwen die in een kwetsbare situatie verkeren en recent moeder zijn geworden (Wijers 2020). Het interviewen van vijf moeders geeft een beeld en draagt bij aan inzicht, maar is niet representatief voor de doelgroep. Hieronder worden de bevindingen uit de interviews met de vijf moeders kort weergegeven, gekoppeld aan de uitgangsvragen vanuit de professionals. Er kwamen geen nieuwe knelpunten uit de interviews naar voren, anders dan de reeds door de professionals benoemde knelpunten. Zorgbelang heeft ook de cliëntversie van deze richtlijn, in samenspraak met cliënten, ontwikkeld.

### Signaleren

Vanuit de interviews zien we dat de moeders die in een kwetsbare situatie verkeren een aantal kenmerken hebben waarop hulpverleners alert kunnen zijn. Bij de geïnterviewde vrouwen werden de volgende kenmerken gezien:

- ✓ Jonge moeders qua leeftijd (ver onder het landelijk gemiddelde in Nederland in 2017 van 29,8 jaar; bron: NJI);
- ✓ Moeilijke jeugd hebben gehad;
- ✓ Een klein netwerk;
- ✓ Het ontbreken van rolmodellen/voorbeeldfunctie in hun eigen omgeving;
- ✓ In veel verschillende jeugdzorginstellingen of pleeggezinnen hebben gewoond;
- ✓ Veel hulpverleners die betrokken zijn of betrokken geweest;
- ✓ Vader van het kindje is aanwezig maar heeft zelf een zorgbehoefte;
- ✓ Het ontbreken van een reëel zelfbeeld en een laag zelfbeeld hebben;
- ✓ Overschatten zichzelf, zij melden vrijwel geen zorgen;
- ✓ Hebben een beperkt toekomstbeeld (denken niet aan de situatie die komen gaat als de kinderen groter worden);
- ✓ Moeder en vader wonen vaak niet samen, soms is er wel een relatie;
- ✓ Moeders zijn erg gevoelig voor complimentjes;
- ✓ Moeders zijn erg angstig dat er dingen overgenomen/afgepakt worden (vanuit een achterdocht naar hulpverleners).

### Interventie

Vanuit de interviews komen een aantal waarschijnlijk werkzame elementen naar voren. De geïnterviewde moeders vinden het belangrijk dat hulpverleners c.q. professionals:

- ✓ Kunnen laveren tussen afstand en nabijheid;
- ✓ Oprechte interesse hebben in de (aanstaande) moeder, warmte geven;
- ✓ Complimenten geven;
- ✓ Starten bij de vragen en wensen van moeders wanneer hulp aangeboden wordt;
- ✓ De vrouwen serieus nemen en hen laten meebepalen in hoe dingen gebeuren;
- ✓ Proberen om zo min mogelijk op te leggen;
- ✓ Kennismaken en samenwerken met het sociale netwerk van de moeder;
- ✓ In de thuissituatie (achter de voordeur) komen;

- ✓ Zich ervan bewust zijn dat het 'beoordelen van hun handelen als moeder' veel stress geeft. Moeders zijn bang om fouten te maken. Er hangt ook veel van af;
- ✓ Zich realiseren dat de grens tussen wat normaal is en wat zorgwekkend is, ook erg afhankelijk is van eigen normen en waarden en de Nederlandse cultuur.

Het is belangrijk dat de interventies zich richten op of er in de begeleiding aandacht is voor:

- ✓ Het verbeteren van het zelfbeeld van (aanstaande) moeders;
- ✓ De moeders zelfbewust en zelfverzekerd maken;
- ✓ Het zorgen voor een coach of vertrouwenspersoon die voor de belangen van moeder opkomt, die naast de moeder gaat staan;
- ✓ Planning, overzicht ontbreekt vaak bij de moeders en vaak zijn er meerdere hulpverleners en instanties betrokken. Het is zinvol om overzicht te bewaren en waar mogelijk één hulpverlener aan te wijzen die het overzicht bewaakt en de belangrijkste contactpersoon voor moeder is;
- ✓ Onafhankelijk gespreksleider bij belangrijke gesprekken/procesregisseur;
- ✓ Een goede alliantie tussen cliënt en hulpverlener. Alliantie wordt gedefinieerd als een professionele samenwerkingsrelatie waarin sprake is van een positieve emotionele band of 'klik' en overeenstemming over samenwerkingsdoelen en de werkwijze die nodig is om die doelen te bereiken (De Greef 2017);
- ✓ Langdurig begeleiden van alle moeders die uit de jeugdzorg komen. Bijv. 1x per jaar een 'terugkomdag voor lotgenoten' zodat ze van elkaar horen hoe het leven gaat en waar uitdagingen liggen;
- ✓ Maak gebruik van lotgenoten/peer tot peer contact;
- ✓ Geef moeders de mogelijkheid om een keuze te maken voor een hulpverlener die bij hen past (geeft hen regie en (mede)verantwoordelijkheid voor het ondersteuningstraject);
- ✓ Rol, taak en verantwoordelijkheid van de vader;
- ✓ Steun van het informele netwerk.

### Communicatie

Het is belangrijk om in de communicatie en benadering:

- ✓ Mee te bewegen;
- ✓ Complimenten te geven;
- ✓ Te doen wat je zegt en te zeggen wat je doet en waarom;
- ✓ Oordeelvrije communicatie toe te passen;
- ✓ Checken/verifiëren van de gegeven boodschap;
- ✓ Vorm van communiceren aanpassen op de leerstijl van de persoon;
- ✓ Toestemming vragen om zorgen te delen met de persoon zelf. Bijvoorbeeld: 'Mij zijn dingen opgevallen. Kan ik dit met jou delen? Het kan bijna niet anders dat jij hier ook mee worstelt. "Mij valt op dat...';
- ✓ Belangrijk is dat hulpverleners het warme gevoel tonen door bijvoorbeeld te vragen 'Ik zie dat je niet zo lekker in je vel zit. Waar zit je mee?' Dan kan je vanuit een oprechte interesse het gesprek verder voeren. Dit kunnen hulpverleners veel beter doen dan 'je moet het zo doen. Als je dat niet doet dan...'. Dit werkt averechts.

### Samenwerken

Cliënten vinden het belangrijk dat zij op de hoogte zijn van de communicatie tussen hulpverleners en dat zij vooraf op de hoogte zijn van de contacten die je over hen hebt met anderen en ze daarin ook laat participeren. Bijvoorbeeld: 'Ik heb ... een overleg met ....., kun en wil je daar ook bij zijn?'

# Bijlage 6

## Knelpuntinventarisatie en analyse

De richtlijn 'Kwetsbaarheid eerste 1000 dagen' is gebaseerd op een knelpuntenanalyse onder uitvoerende verpleegkundige professionals, kraamverzorgenden en cliënten, uitgevoerd door TNO, in samenwerking met Zorgbelang Inclusief, in 2019 (Lanting 2019). Deelnemers aan deze knelpuntenanalyse hebben knelpunten geïdentificeerd, geprioriteerd en de uitgangsvragen voor deze richtlijn opgesteld.

Uit de knelpuntenanalyse kwam naar voren dat verpleegkundigen/verzorgenden kennis missen over elkaars rollen, visies en mogelijkheden en over speciale doelgroepen (zoals ouders met een lichte verstandelijke beperking, vrouwen met een depressie of een angststoornis). V&V professionals hebben behoefte aan kennis en vaardigheden voor wat betreft gesprekstechnieken, het signaleren van kwetsbare situaties, mogelijkheden voor interventie en het objectief rapporteren over kwetsbare gezinnen. Zij vragen zich af hoe de overdracht tussen verpleegkundigen en verzorgenden onderling en met andere professionals het beste vorm gegeven kan worden. Instrumenten voor de risicoschatting van gevaren in de omgeving van (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie ontbreken. Ook is er meer afstemming nodig over de werkwijzen van professionals, vooral als het gaat om zorg- en geboorteplannen.

De knelpuntanalyse heeft tot de volgende formulering van knelpunten en uitgangsvragen geleid:

Knelpunt	Uitgangsvraag
<b>VAKINHOUDELIJK HANDELEN</b>	
✓ V&V professionals hebben behoefte aan meer kennis en vaardigheden met betrekking tot het signaleren van kwetsbare situaties bij (aanstaande) ouders	1. Hoe kunnen verpleegkundigen/verzorgenden kwetsbare situaties bij (aanstaande) ouders betrouwbaar signaleren?
✓ V&V professionals willen beter weten welke interventies zij kunnen inzetten bij (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie.	2. Met welke (effectieve) interventies kunnen verpleegkundigen/verzorgenden (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie helpen om hun situatie te verbeteren?
<b>COMMUNICEREN</b>	
✓ V&V professionals willen beter weten hoe zij effectief kunnen communiceren met (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie en welke gesprekstechnieken zij hierbij moeten gebruiken	3. Welke (effectieve) technieken of -strategieën kunnen verpleegkundigen/verzorgenden inzetten om het gesprek aan te gaan met (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie?
<b>SAMENWERKEN</b>	
✓ V&V professionals willen beter weten welke informatie en gegevens zij minimaal moeten overdragen bij (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie.	4. Wat is de minimale gegevensset voor de verpleegkundige overdracht bij (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie?

Een gedetailleerde beschrijving van de knelpunteninventarisatie en analyse is te vinden in het TNO-rapport 'Knelpunteninventarisatie en analyse Kwetsbare geboortezorg' (Lanting 2019).

# Bijlage 7

## Verantwoording per module

Bij de ontwikkeling van deze richtlijn is gewerkt volgens AQUA, de 'Leidraad voor kwaliteitsstandaarden door Advies- en expertgroep Kwaliteitsstandaarden' die ressorteert onder het Zorginstituut Nederland.

### Uitgangsvraag 1: Signaleringsinstrumenten

De werk/adviesgroep heeft voor het beantwoorden van uitgangsvraag 1 gekozen voor een gecombineerd evidence-based/practice-based benadering. Er is gestart met het zoeken naar bestaande overzichten van kennis, zoals aanpalende richtlijnen.

Om de vraag te beantwoorden is de PICO-systematiek gehanteerd. Vervolgens is met hulp van een informatiespecialist van TNO op systematische wijze literatuuronderzoek verricht en is een selectie gemaakt volgens vooraf vastgestelde zoekcriteria. Doel van de search was het vinden van instrumenten waarmee verpleegkundigen/verzorgenden betrouwbaar en valide alle medische en niet-medische risicofactoren voor achterstand kunnen nagaan in de algemene populatie zwangeren en ouders van kinderen in de kinderleeftijd tot 2 jaar.

Omdat het doel is het vinden van valide instrument(en) voor de signalering van knelpunten en problemen bij zwangeren en ouders is de search beperkt tot randomized controlled trials (RCT's) en systematische reviews. Dit type studies heeft over het algemeen meer bewijskracht dan studies met een niet-gerandomiseerd design. Streven is om gebruik te maken van studies geschreven in het Engels of Nederlands, van maximaal 10 jaar oud. Gezocht is in de databases van PubMed, Psycinfo, Cochrane, CINAHL en Dare. Gevalideerde zoekfilters voor het vinden van RCT's (SIGN, ongedateerd) en systematische reviews (Lunny 2015) zijn gehanteerd. Voorafgaand aan de search is een reviewprotocol opgesteld. Daarnaast is bij de werk/project/adviesgroep geïnventariseerd welke instrumenten zij kenden. Op grond hiervan is gezocht naar informatie over deze instrumenten.

Van elk geselecteerd artikel is een samenvatting gemaakt in een zogeheten evidentietabel, waarin de belangrijkste kenmerken van de individuele studies zijn opgenomen. De resultaten van de individuele studies zijn ook op beschrijvende wijze weergegeven in de richtlijntekst.

De aanbevelingen in deze richtlijn zijn enerzijds gebaseerd op wetenschappelijk bewijs, en anderzijds op overige overwegingen. Overige overwegingen hebben betrekking op: de kwaliteit van het gevonden bewijs, de balans van gewenste en ongewenste effecten van de interventie, ervaringen en voorkeuren van cliënten, praktijkervaringen o.a. van werk/project/adviesgroep, kosten/ middelenbeslag, organisatorische en maatschappelijke aspecten van de interventie. De overwegingen zijn beschreven met gebruikmaking van het evidence-to-decision framework van Schünemann (2017).

De richtlijn kent drie soorten aanbevelingen: sterke, positief geformuleerde aanbevelingen (doen); sterke, negatief geformuleerde aanbevelingen (niet doen) en conditionele (zwakke) aanbevelingen (overweeg). De sterkte van een aanbeveling reflecteert de mate van vertrouwen waarin de gewenste effecten opwegen tegen de ongewenste effecten. Voor de formulering van aanbevelingen en praktijkoverwegingen is gebruik gemaakt van de checklist Van bewijs naar aanbeveling.

Formulering:

- ✓ Sterke aanbevelingen: Doe/geef etc. (of er dient.... te worden gegeven/gedaan)
- ✓ Zwakke/conditionele aanbevelingen: Overweeg..... te geven/te doen.

Geen aanbevelingen of praktijkoverwegingen werd opgesteld als het de gangbare verpleegkundige zorg betrof, als het gaat om bevindingen die niet rechtstreeks beantwoorden aan het doel van de betreffende Uitgangsvraag of als de kwaliteit van het bewijs als onvoldoende werd beschouwd.

Hieronder volgt een overzicht van de zoekstrategie, de gehanteerde zoektermen en de resultaten.

PICO

Uitgangsvraag U1	Hoe kunnen verpleegkundigen/verzorgenden kwetsbare situaties bij (aanstaande) ouders betrouwbaar signaleren?
Vraag volgens de PICO-systematiek*	Met welke instrumenten/ methoden/ technieken/ strategieën kunnen kwetsbare situaties bij (aanstaande) ouders betrouwbaar worden gesignaleerd? P: algemene populatie van zwangeren en nieuwe ouders (tot 6 weken na de geboorte). I: Screening C: Reguliere zorg, geen screening O: Aanwezigheid van een (een of meerdere) risicofactoren voor de zwangere of de pasgeborene
Domein van het probleem	Screening
Welke typen studies zijn geschikt voor deze vraagstelling?	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Systematische reviews</li> <li>✓ Experimenteel onderzoek (bijvoorbeeld randomised controlled trial (RCT))</li> </ul>
Inclusiecriteria voor studies	Taal: Nederlands, Engels Publicatie jaar: tot 10 jaar oud
Welke databestanden worden geraadpleegd?	PubMed Psychinfo Cochrane CINAHL DARE
Aanvullende bronnen	Grijze literatuur Kennis en ervaring van de werkgroep/project/adviesgroep

### Selectie van studies

De selectie van artikelen is gedaan door het projectteam. De volgende criteria zijn gehanteerd:

- ✓ De studie beantwoord aan het vooraf gestelde doel van de search.
- ✓ De studie betreft (de zorg voor) zwangeren en/of ouders tot 6 weken na de geboorte.
- ✓ Studies worden slecht één maal meegenomen.
- ✓ De studie heeft tot doel de voorspellende waarde van een instrument/methode/techniek/strategie aannemelijk te maken.



- ✓ Het in de studie onderzochte instrument is bruikbaar in de Nederlands setting (dit betekent: bij voorkeur onderzocht in een Nederlandse populatie, het instrument is in de Nederlandse taal gesteld).
- ✓ De studie betreft een instrument dat (potentieel) bruikbaar is voor verpleegkundigen/verzorgenden. Het betreft dus geen instrument waarbij voor het gebruik bijzondere omstandigheden zijn vereist of waarbij aan bijzondere voorwaarden moet worden voldaan (bijvoorbeeld het bezitten van een bijzondere expertise).

### Zoekstring (PubMed)

(U1) Hoe kunnen verpleegkundigen/verzorgenden kwetsbare situaties bij (aanstaande) ouders betrouwbaar signaleren?			
<b>1. ZORG VOOR (AANSTAANDE) OUDERS</b>	#1	"prenatal care"[MeSH Terms] OR "prenatal care*"[Title/Abstract] OR "perinatal care"[MeSH Terms] OR "perinatal care*"[Title/Abstract] OR "postnatal care"[MeSH Terms] OR "postnatal care*"[Title/Abstract] OR "maternal health services"[MeSH Terms] OR "maternal health service*"[Title/Abstract] OR "child health services"[MeSH Terms] OR "child health service*"[Title/Abstract] OR "pregnancy"[MeSH Terms] OR "pregnanc*"[Title/Abstract] OR "pregnant women"[MeSH Terms] OR "pregnant wom*"[Title/Abstract]	Aantal hits: 1,061,178
<b>2. KWETSBARE SITUATIES</b>	#2	"health status disparities"[MeSH Terms] OR "socioeconomic factors"[MeSH Terms] OR "vulnerable populations"[MeSH Terms] OR "vulnerable population*"[Title/Abstract] OR "minority groups"[MeSH Terms] OR "literacy"[MeSH Terms] OR "illitera*"[Title/Abstract] OR "intellectual disability"[MeSH Terms] OR "mental disorders"[MeSH Terms] OR "mental disorder*"[Title/Abstract] OR "mental health"[MeSH Terms] OR "psychiatric diagnos*"[Title/Abstract] OR "stress, psychological"[MeSH Terms] OR "social problems"[MeSH Terms] OR "social support"[MeSH Terms] OR "social support"[Title/Abstract] OR "smoking"[MeSH Terms] OR	2,458,914

			"smok*" [Title/Abstract] OR "substance related disorders" [MeSH Terms] OR "substance abus*" [Title/Abstract] OR "substance use" [Title/Abstract] OR "alcohol drinking" [MeSH Terms] OR "health risk behaviors*" [Title/Abstract] OR "health risk behaviors" [MeSH Terms]	
<b>3. SIGNALERINGSINSTRUMENT</b>	#3	a.	"risk assessment/methods" [MeSH Terms] OR "risk assess*" [Title/Abstract] OR "risk detect*" [Title/Abstract] OR "mass screening/methods" [MeSH Terms] OR "mass screening*" [Title/Abstract] OR "surveys and questionnaires" [MeSH Terms] OR "survey" [Title/Abstract] OR "questionnaire" [Title/Abstract]	1,732,311
		b.	"Mind2Care" [Title/Abstract] OR "Alpha-nl" [Title/Abstract] OR "R4U" [Title/Abstract]	22
<b>Filters:</b>				
<b>4. STUDIESOORT</b>	#4	a.	"randomized controlled trials as topic" [MeSH Terms] OR ("randomized" [All Fields] AND "controlled" [All Fields] AND "trials" [All Fields] AND "topic" [All Fields]) OR "randomized controlled trials as topic" [All Fields] OR ("randomized controlled trial" [Publication Type] OR "randomized controlled trials as topic" [MeSH Terms] OR "randomized controlled trial" [All Fields] OR "randomised controlled trial" [All Fields]) OR ("random allocation" [MeSH Terms] OR ("random" [All Fields] AND "allocation" [All Fields]) OR "random allocation" [All Fields]) OR ("double blind method" [MeSH Terms] OR ("double blind" [All Fields] AND "method" [All Fields]) OR "double blind method" [All Fields] OR ("double" [All Fields] AND "blind" [All Fields] AND "method" [All Fields]) OR "double blind method" [All Fields]) OR ("single blind method" [MeSH Terms] OR ("single blind" [All	1,377,529  Zoekfilter via SIGN (ongedateerd)

		<p>Fields] AND "method"[All Fields]) OR "single blind method"[All Fields] OR ("single"[All Fields] AND "blind"[All Fields] AND "method"[All Fields]) OR "single blind method"[All Fields]) OR ("clinical trial"[Publication Type] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms] OR "clinical trial"[All Fields]) OR (("clinical trial"[Publication Type] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms] OR "clinical trial"[All Fields]) AND ("phase"[All Fields] OR "phase s"[All Fields] OR "phases"[All Fields]) AND "i.pt"[All Fields]) OR (("clinical trial"[Publication Type] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms] OR "clinical trial"[All Fields]) AND ("phase"[All Fields] OR "phase s"[All Fields] OR "phases"[All Fields]) AND "ii.pt"[All Fields]) OR (("clinical trial"[Publication Type] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms] OR "clinical trial"[All Fields]) AND ("phase"[All Fields] OR "phase s"[All Fields] OR "phases"[All Fields]) AND "iii.pt"[All Fields]) OR (("clinical trial"[Publication Type] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms] OR "clinical trial"[All Fields]) AND ("phase"[All Fields] OR "phase s"[All Fields] OR "phases"[All Fields]) AND "4.pt"[All Fields]) OR ("controlled"[All Fields] AND ("ambulatory care facilities"[MeSH Terms] OR ("ambulatory"[All Fields] AND "care"[All Fields] AND "facilities"[All Fields]) OR "ambulatory care facilities"[All Fields] OR "clinic"[All Fields] OR "clinic s"[All Fields] OR "clinical"[All Fields] OR "clinically"[All Fields] OR "clinicals"[All Fields] OR "clinics"[All Fields]) AND "trial.pt"[All Fields]) OR ("random allocation"[MeSH Terms] OR ("random"[All Fields] AND "allocation"[All Fields]) OR</p>	
--	--	---	--

		<p>"random allocation"[All Fields] OR  "random"[All Fields] OR  "randomization"[All Fields] OR  "randomized"[All Fields] OR  "randomisation"[All Fields] OR  "randomisations"[All Fields] OR  "randomise"[All Fields] OR  "randomised"[All Fields] OR  "randomising"[All Fields] OR  "randomizations"[All Fields] OR  "randomize"[All Fields] OR  "randomizes"[All Fields] OR  "randomizing"[All Fields] OR  "randomness"[All Fields] OR  "randoms"[All Fields]) AND  "controlled"[All Fields] AND  "trial.pt"[All Fields]) OR  (("multicenter"[All Fields] OR  "multicentered"[All Fields] OR  "multicenters"[All Fields]) AND  "study.pt"[All Fields]) OR  (("ambulatory care facilities"[MeSH  Terms] OR ("ambulatory"[All  Fields] AND "care"[All Fields] AND  "facilities"[All Fields]) OR  "ambulatory care facilities"[All  Fields] OR "clinic"[All Fields] OR  "clinic s"[All Fields] OR  "clinical"[All Fields] OR  "clinically"[All Fields] OR  "clinicals"[All Fields] OR  "clinics"[All Fields]) AND  "trial.pt"[All Fields]) OR ("exp"[All  Fields] AND ("clinical trials as  topic"[MeSH Terms] OR  ("clinical"[All Fields] AND  "trials"[All Fields] AND "topic"[All  Fields]) OR "clinical trials as  topic"[All Fields]))</p>		
		b.	<p>((overview*[TI] OR review[TI] OR  synthesis[TI] OR summary[TI] OR  cochrane[TI] OR analysis[TI]) and  (reviews[TI] OR meta-analyses[TI]  OR articles[TI] OR umbrella[TI]) OR  "umbrella review"[TIAB]  OR (meta-review[TIAB] OR  metareview[TIAB]))</p>	6,074  Lunny 2015
<b>5.PUBLICATIEJAAR EN TAAL (Ned/Eng)</b>	#5	"2011/06/04 00:00":"3000/01/01 05:00"[Date - Publication] AND ("dutch"[Language] OR "english"[Language])	10,945,435	

#1 and #2 and (#3a or #3b) and (#4a or #4b) and #5				688
---	--	--	--	-----

**Bewijs**

Op grond van de systematische zoekacties zijn 688 artikelen geselecteerd. Na een selectie op titel bleven er 27 studies over die gingen over screening tijdens de zwangerschap. Na lezing bleken 24 studies niet relevant voor de uitgangsvraag, meestal omdat het beschreven onderzoek bedoeld was als onderbouwing van een interventie. De drie geselecteerde studies worden hieronder beschreven. De drie studies hebben een observationeel design, er is geen bewijs van hoge kwaliteit gevonden.

Source and quality of evidence	Study design	Population and setting	Intervention/ comparator	Control	Outcomes and methods of analysis	Results	Notes of the review team
<b>Van Veen 2015</b>	A population-based cross-sectional study (feasibility) and a cohort study (inter-rater reliability).	Setting: Feasibility was studied in six midwifery practices and two hospitals; the reliability study was performed in one midwifery practice.  Participants: 1096 pregnant women in the feasibility study and a subsample of 133 participants in the inter-rater reliability study.	The Rotterdam Reproductive Risk Reduction risk score card (R4U), a new semi-quantitative score card for use during the antenatal booking visit. The R4U covers clinical and non-clinical psychosocial factors and identifies overall high risk pregnancies, qualifying for intensified antenatal care.	No screening	Feasibility was expressed as (a) time needed to complete the R4U and (b) the missing rate at the item and client level. For inter-rater reliability (IRR) an independent, blinded, caregiver completed a re-test R4U during a second visit; inter-rater agreement for each item and all domain sum scores were computed.	Completion of the R4U took 5 minutes or less in 63%; and between 5 and 10 minutes in another 33%. On the participant level 0.2% of women had >20% missing values (below 4% threshold, P<0.001). One of 77 items had a >10% missing rate. The per item IRR was 100% in 20% of the items, and below the predefined 80% threshold in 13% of the items (n=9). The domain sum scores universally differed less than the predetermined $\pm 15\%$ margin.	Key conclusion: the R4U risk score card is a feasible and reliable instrument.
<b>Lagendijk 2020</b>	Observational study	This study was conducted	the 'Rotterdam Reproductive		The main outcome measures	The discriminative value of	

Source and quality of evidence	Study design	Population and setting	Intervention/ comparator	Control	Outcomes and methods of analysis	Results	Notes of the review team
		<p>d using external, prospective data from thirty-two midwifery practices, and fifteen hospitals in The Netherlands.</p> <p>1752 participants were included, of whom 282 (16%) had one of the predefined adverse outcomes.</p>	ve Risk Reduction' (R4U) scorecard		were the discrimination of the prognostic models for the probability of a pregnant woman developing adverse pregnancy outcomes (babies born preterm or small for gestational age).	the original scoring system was poor [area under the curve (AUC) of 0.58 (95% CI 0.53-0.64)]. The model showed moderate calibration. The updated R4U-scorecard showed good generalisability to the validation set but did not alter the predictive value [AUC 0.61 (95% CI 0.56-0.66)].	
<b>Quispel 2014</b>	Observational study	164 pregnant women who booked at two midwifery practices in Rotterdam	Mind2Care Women were consecutively screened with M2C and R4U	R4U	For referral to tailored care based on specific PPS risks, inter-test agreement of single risks was performed in terms of overall accuracy and positive accuracy. For triage based on	Overall accuracy of single risks was high (mean 93 %). Positive accuracy was lower (mean 46 %) with poorest accuracy for current psychiatric symptoms. Educational level and ethnicity partly	The self-report M2C and the professional's R4U checklist seem interchangeable for triage of women-at-risk for PPS or adverse birth outcomes. However, the instruments seem to provide

Source and quality of evidence	Study design	Population and setting	Intervention/comparator	Control	Outcomes and methods of analysis	Results	Notes of the review team
					<p>risk accumulation and for detecting women-at-risk for adverse birth outcomes, M2C and R4U sum scores were compared.</p>	<p>explained poor accuracy (<math>p &lt; 0.05</math>). Overall low PPS prevalence decreased the statistical power. For triage, M2C and R4U sum scores were interchangeable from sum scores of five or more (difference <math>&lt; 1\%</math>). The probability of adverse birth outcomes similarly increased with risk accumulation for both instruments, identifying 55-75 % of women-at-risk.</p>	<p>complementary information if used as a guidance to tailored risk-specific care.</p>



## Van bewijs naar aanbeveling

Algehele kwaliteit van bewijs

Hoog / Laag / Zeer laag

Factoren	Factoren ter bepaling van de sterkte van de aanbeveling			Toelichting
	Beslissing*			
	K1	K2	A1	
<b>1. Kwaliteit van het bewijs</b> Aanwezigheid van hoge kwaliteit van bewijs?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nee	Er is geen bewijs van hoge kwaliteit gevonden
<b>2. Balans tussen gewenste en ongewenste effecten</b> Is het zeker dat de gewenste effecten de ongewenste voldoende overtreffen?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nee	Hierover is geen onderzoek bekend
<b>3. Cliënten perspectief</b> Uniformiteit van en voldoende zekerheid over waarden en voorkeuren van patiënten?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nee	Er is voldoende onderzoek verricht
<b>4. Professioneel perspectief</b> Uniformiteit van en voldoende zekerheid over waarden en voorkeuren van professionals?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nee	Risico-inventarisatie is algemene praktijk, maar verschillende instrumenten worden gehanteerd
<b>5. Kosten/ middelenbeslag</b> Voldoende zekerheid dat de netto gunstige effecten de kosten waard zijn?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Er zijn geen of slechts beperkte kosten verbonden aan het gebruik van de instrumenten en de afnameduur is beperkt.
<b>6. Organisatie van zorg</b> Uniformiteit van en voldoende zekerheid over de organisatie van zorg?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nee	
<b>7. Maatschappelijk perspectief</b> Uniformiteit van en voldoende zekerheid over het maatschappelijke perspectief?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nee	Kwetsbaarheid in de zwangerschap en bij ouders is een belangrijk maatschappelijk probleem.
<b>Sterkte van de aanbeveling</b>	<b>Sterk</b>	<b>Sterk</b>	<b>Zwak</b>	

\*Indien een of meerdere factoren positief worden geëvalueerd ('ja') neemt de waarschijnlijkheid van een sterke aanbeveling toe.

## Toelichting bij factoren ter bepaling van de sterkte van de aanbeveling

### 1. Kwaliteit van bewijs

Hoe hoger de algehele kwaliteit van het bewijs, des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een sterke (positieve of negatieve) aanbeveling.

### 2. Balans tussen gewenste en ongewenste effecten

Hoe groter het verschil is tussen de gewenste en ongewenste effecten, des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een sterke (positieve of negatieve) aanbeveling. Hoe kleiner dit verschil of hoe meer onzekerheid over de grootte van het verschil, des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een conditionele aanbeveling.

Toelichting:

- ✓ Bespreken effectiviteit in relatie tot bijwerkingen en complicaties in het licht van de kwaliteit van bewijs, de precisie van de effectgrootte en minimaal klinisch relevant geacht voordeel.
- ✓ Sterkte van het effect vergeleken met geen interventie
- ✓ Aanwezigheid van co-morbiditeit.
- ✓ Klinisch niet relevantie van het effect

### 3. Cliëntenperspectief

Hoe groter de uniformiteit in waarden en voorkeuren van patiënten bij het afwegen van de voor- en nadelen van een interventie, des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een sterke (positieve of negatieve) aanbeveling.

### 4. Professioneel perspectief

Hoe groter de uniformiteit in waarden en voorkeuren van professionals ten aanzien van de toepasbaarheid van een interventie, des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een sterke (positieve of negatieve) aanbeveling.

Toelichting:

- ✓ Kennis en ervaring met technieken/ therapieën
- ✓ Risico's die professional loopt bij het toepassen van de interventie
- ✓ Verwachte tijdbesparing
- ✓ Verlies aan tijd door het invoeren van de interventie

### 5. Kosten/ middelenbeslag

Hoe minder middelen er worden gebruikt (m.a.w. hoe lager de kosten van een interventie zijn vergeleken met de beschouwde alternatieven en andere kosten gerelateerd aan de interventie), des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een sterke aanbeveling. Hoe meer onzekerheid over het middelenbeslag, des te waarschijnlijker wordt een conditionele aanbeveling.

### 6. Organisatie van zorg

Hoe meer onzekerheid of de geëvalueerde interventie daadwerkelijk op landelijke schaal toepasbaar is, des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een conditionele aanbeveling.

Toelichting:

- ✓ De beschikbaarheid/ aanwezigheid van faciliteiten & medicijnen
- ✓ De wijze waarop de organisatie van de zorg aangeboden dient te worden/ grootte van de verandering in de organisatie-zorgproces/ infrastructuur voor implementatie
- ✓ Voorbeeld: een bepaalde diagnostiek of behandeling kan alleen in bepaalde centra worden uitgevoerd in verband met de aanwezigheid van faciliteiten zoals een PET scan.

## 7. Maatschappelijk perspectief

(Juridische overwegingen/ ethische overwegingen/ industriële belangen/ vergoeding door verzekeraars/ politieke en strategische consequenties) Hoe groter de onzekerheid hierover is, des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een conditionele aanbeveling.

Toelichting:

- ✓ Indien twee behandelingen even effectief zijn waarvan één behandeling wordt vergoed, zal deze laatste behandeling mogelijk de voorkeur hebben.

## Uitgangsvraag 2: Gesprekstechnieken

Zie ook: Uitgangsvraag 1.

Voor het beantwoorden van deze uitgangsvraag heeft de werk/adviesgroep gekozen voor een gecombineerde evidence-based/practice-based benadering. Hiervoor is allereerst door de informatiespecialist van TNO op systematische wijze literatuuronderzoek verricht en is een selectie gemaakt volgens vooraf vastgestelde zoekcriteria. Doel van de search was het vinden van effectieve technieken of strategieën waarmee verpleegkundigen/verzorgenden de dialoog aan kunnen gaan met zwangeren en ouders in een kwetsbare situatie. Voor het formuleren van het doel van de search werd de PICO-systematiek gehanteerd.

In de databases van PubMed, Psychinfo, Cochrane, CINAHL en Dare is vervolgens gezocht naar RCT's en systematische reviews in de Engelse of Nederlandse taal. Streven is om alleen studies vanaf publicatiejaar 2009 te betrekken. De gehanteerde zoektermen waren een combinatie van Medical Subject Headings (MeSH-termen) en Engelse zoektermen met bijbehorende synoniemen die gebaseerd zijn op de onderzoeksvraag.

Aanvullend is bij de werk/project/adviesgroep nagevraagd welke technieken of strategieën zij kenden. Op grond hiervan is specifiek gezocht naar studies over deze methoden. Tot slot is gezocht naar grijze literatuur over het onderwerp.

### PICO

Uitgangsvraag	Welke effectieve technieken of -strategieën kunnen verpleegkundigen/verzorgenden inzetten om het gesprek aan te gaan met (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie?
Vraag volgens de PICO-systematiek*	Welke methoden/ strategieën/ gesprekstechnieken kunnen gebruikt worden om effectief te communiceren met (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie?  <b>P:</b> (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie <b>I:</b> Toepassing van < <i>methode/ strategie/ gesprekstechniek/ instrument</i> > <b>C:</b> Reguliere zorg, geen toepassing van de < <i>methode/ strategie/ gesprekstechniek/ instrument</i> > <b>O:</b> Risicogedrag, gezondheid, participatie, kwaliteit van leven
Domein van het probleem	Interventie
Welke typen onderzoek zijn geschikt voor deze vraagstelling?	✓ Systematische reviews en meta-analyses ✓ Experimenteel onderzoek (bijvoorbeeld randomised controlled trial (RCT))
Inclusiecriteria voor studies	-
Welke databestanden worden geraadpleegd?	Pubmed Psychinfo Cochrane CINAHL DARE

### Selectie van studies

De selectie van artikelen is gedaan door de leden van het projectteam. Bij de selectie van artikelen zijn de volgende criteria gehanteerd:

- ✓ De studie beantwoordt aan het vooraf gestelde doel van de search.

- ✓ De studie betreft (de zorg voor) zwangeren en/of ouders van jonge kinderen, in een kwetsbare situatie.
- ✓ Studies worden slecht één maal meegenomen.
- ✓ De studie heeft een design waarmee de effectiviteit van een methode aannemelijk kan worden gemaakt of waarmee aanwijzingen voor effectiviteit kunnen worden verkregen.
- ✓ De in de studie onderzochte techniek of strategie is bruikbaar in de Nederlands setting.
- ✓ De studie betreft een techniek of strategie die (potentieel) bruikbaar is voor verpleegkundigen/verzorgenden.

Zoekstring (pubMed)

<b>(U2) Welke methoden/ strategieën/ gesprekstechnieken kunnen gebruikt worden om effectief te communiceren met (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie?</b>			
<b>1. (AANSTAANDE) OUDERS</b>	#1	prenatal care[MeSH Terms] OR prenatal care*[tiab] OR perinatal care[MeSH Terms] OR perinatal care*[tiab] OR postnatal care[MeSH Terms] OR postnatal care*[tiab] OR maternal health services[MeSH Terms] OR maternal health service*[tiab] OR child health services[MeSH Terms] OR child health service*[tiab] OR pregnancy[MeSH Terms] OR pregnan*[tiab] OR pregnant women[MeSH Terms] OR pregnant wom*[tiab]	307,108
<b>2. KWETSBARE SITUATIES</b>	#2	Health Status Disparities[MeSH Terms] OR Socioeconomic Factors[Mesh] OR vulnerable populations[MeSH Terms] OR vulnerable population*[tiab] OR minority groups[MeSH Terms] OR literacy[MeSH Terms] OR illitera*[tiab] OR Intellectual Disability[MeSH Terms] OR mental disorders[MeSH Terms] OR mental disorder*[tiab] OR mental health[MeSH Terms] OR psychiatric diagnos*[tiab] OR stress, psychological[MeSH Terms] OR social problems[MeSH Terms] OR social support[MeSH Terms] OR social support[tiab] OR smoking[MeSH Terms] OR smok*[tiab] OR substance-related disorders[MeSH Terms] OR substance abus*[tiab] OR substance use[tiab] OR Alcohol Drinking[MeSH Terms] OR Health Risk Behaviors*[tiab] OR health risk behaviors[MeSH Terms]	1,472,340

<b>3. GESPREKSTECHNIEKEN</b>	#3	Communication[MeSH Terms] OR Communicat*[tiab] OR Counselling[MeSH Terms] OR Counsell*[tiab] OR Patient Education[MeSH] OR Patient Educati*[tiab] OR Health Promotion[MeSH]	1,183,243
<b>4. STUDIESOORT</b>	#4a	"randomized controlled trials as topic"[MeSH Terms] OR ("randomized"[All Fields] AND "controlled"[All Fields] AND "trials"[All Fields] AND "topic"[All Fields]) OR "randomized controlled trials as topic"[All Fields] OR ("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "randomized controlled trials as topic"[MeSH Terms] OR "randomized controlled trial"[All Fields] OR "randomised controlled trial"[All Fields]) OR ("random allocation"[MeSH Terms] OR ("random"[All Fields] AND "allocation"[All Fields]) OR "random allocation"[All Fields]) OR ("double blind method"[MeSH Terms] OR ("double blind"[All Fields] AND "method"[All Fields]) OR "double blind method"[All Fields] OR ("double"[All Fields] AND "blind"[All Fields] AND "method"[All Fields]) OR "double blind method"[All Fields]) OR ("single blind method"[MeSH Terms] OR ("single blind"[All Fields] AND "method"[All Fields]) OR "single blind method"[All Fields]) OR ("single blind method"[All Fields] OR ("single blind method"[MeSH Terms] OR ("single blind"[All Fields] AND "method"[All Fields]) OR "single blind method"[All Fields]) OR "single blind method"[All Fields]) OR ("clinical trial"[Publication Type] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms] OR "clinical trial"[All Fields]) OR ("clinical trial"[Publication Type] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms] OR "clinical trial"[All Fields]) AND ("phase"[All Fields] OR "phase s"[All Fields] OR "phases"[All Fields]) AND "i.pt"[All Fields]) OR ("clinical trial"[Publication Type]	1,017,600

	<p>OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms] OR "clinical trial"[All Fields]) AND ("phase"[All Fields] OR "phase s"[All Fields] OR "phases"[All Fields]) AND "ii.pt"[All Fields]) OR (("clinical trial"[Publication Type] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms] OR "clinical trial"[All Fields]) AND ("phase"[All Fields] OR "phase s"[All Fields] OR "phases"[All Fields]) AND "iii.pt"[All Fields]) OR (("clinical trial"[Publication Type] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms] OR "clinical trial"[All Fields]) AND ("phase"[All Fields] OR "phase s"[All Fields] OR "phases"[All Fields]) AND "4.pt"[All Fields]) OR ("controlled"[All Fields] AND ("ambulatory care facilities"[MeSH Terms] OR ("ambulatory"[All Fields] AND "care"[All Fields] AND "facilities"[All Fields]) OR "ambulatory care facilities"[All Fields] OR "clinic"[All Fields] OR "clinic s"[All Fields] OR "clinical"[All Fields] OR "clinically"[All Fields] OR "clinicals"[All Fields] OR "clinics"[All Fields]) AND "trial.pt"[All Fields]) OR (("random allocation"[MeSH Terms] OR ("random"[All Fields] AND "allocation"[All Fields]) OR "random allocation"[All Fields] OR "random"[All Fields] OR "randomization"[All Fields] OR "randomized"[All Fields] OR "randomisation"[All Fields] OR "randomisations"[All Fields] OR "randomise"[All Fields] OR "randomised"[All Fields] OR "randomising"[All Fields] OR "randomizations"[All Fields] OR "randomize"[All Fields] OR "randomizes"[All Fields] OR "randomizing"[All Fields] OR "randomness"[All Fields] OR "randoms"[All Fields]) AND "controlled"[All Fields] AND "trial.pt"[All Fields]) OR</p>	
--	--	--

		((("multicenter"[All Fields] OR "multicentered"[All Fields] OR "multicenters"[All Fields]) AND "study.pt"[All Fields]) OR (("ambulatory care facilities"[MeSH Terms] OR ("ambulatory"[All Fields] AND "care"[All Fields] AND "facilities"[All Fields]) OR "ambulatory care facilities"[All Fields] OR "clinic"[All Fields] OR "clinic s"[All Fields] OR "clinical"[All Fields] OR "clinically"[All Fields] OR "clinicals"[All Fields] OR "clinics"[All Fields]) AND "trial.pt"[All Fields]) OR ("exp"[All Fields] AND ("clinical trials as topic"[MeSH Terms] OR ("clinical"[All Fields] AND "trials"[All Fields] AND "topic"[All Fields]) OR "clinical trials as topic"[All Fields]))	
	#4b	((overview*[TI] OR review[TI] OR synthesis[TI] OR summary[TI] OR cochrane[TI] OR analysis[TI]) and (reviews[TI] OR meta-analyses[TI] OR articles[TI] OR umbrella[TI]) OR "umbrella review"[TIAB] OR (meta-review[TIAB] OR metareview[TIAB]))	5,924
<b>#1 AND #2 AND #3 AND #4a AND #4b</b>			152



**Bewijs**

Er zijn geen relevante studies gevonden.

## Van bewijs naar aanbeveling

Algehele kwaliteit van bewijs	Hoog / Laag / Zeer laag
-------------------------------	-------------------------

Factoren ter bepaling van de sterkte van de aanbeveling		
Factoren	Beslissing*	Toelichting
	<b>K1</b>	
<b>1. Kwaliteit van het bewijs</b> Aanwezigheid van hoge kwaliteit van bewijs?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nee	
<b>2. Balans tussen gewenste en ongewenste effecten</b> Is het zeker dat de gewenste effecten de ongewenste voldoende overtreffen?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nee	Gesprekstechnieken kunnen een bruikbaar hulpmiddel zijn in bijvoorbeeld het verminderen van bijvoorbeeld roken of alcoholgebruik, maar het is onduidelijk voor alle doelgroepen geldt of dat sommige doelgroepen specifieke behoeften hebben.
<b>3. Cliënten perspectief</b> Uniformiteit van en voldoende zekerheid over waarden en voorkeuren van patiënten?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nee	
<b>4. Professioneel perspectief</b> Uniformiteit van en voldoende zekerheid over waarden en voorkeuren van professionals?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nee	
<b>5. Kosten/ middelenbeslag</b> Voldoende zekerheid dat de netto gunstige effecten de kosten waard zijn?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nee	
<b>6. Organisatie van zorg</b> Uniformiteit van en voldoende zekerheid over de organisatie van zorg?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nee	
<b>7. Maatschappelijk perspectief</b> Uniformiteit van en voldoende zekerheid over het maatschappelijke perspectief?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nee	
<b>Sterkte van de aanbeveling</b>	<b>Zwak</b>	

\*Indien een of meerdere factoren positief worden geëvalueerd ('ja') neemt de waarschijnlijkheid van een sterke aanbeveling toe.

### Uitgangsvraag 3: Effectieve interventies

Voor het beantwoorden van deze uitgangsvraag heeft de werk/adviesgroep gekozen voor een gecombineerde evidence-based/practice-based benadering. Voor deze module is geen systematisch literatuuronderzoek verricht.

Voor een inventarisatie van interventies is in Nederlandse interventiedatabases gezocht naar goed onderbouwde interventies en interventies waarbij aanwijzingen zijn voor effectiviteit, die gericht is op zwangeren en/of ouders (van kinderen in de kinderleeftijd tot 2 jaar) in een kwetsbare situatie, en die tot doel hebben om risicofactoren voor achterstand voor het (ongeboren) kind te verminderen en/of de situatie van de zwangere of de ouder en haar eventuele partner te verbeteren.

Interventies worden voor opname in een database door wetenschappelijke erkenningscommissies beoordeeld, en volgens uniforme afspraken ingedeeld in één van de volgende categorieën, gebaseerd op de 'effectladder' van Van Yperen (2017):

1. Goed beschreven.
2. Goed onderbouwd.
3. Eerste aanwijzingen voor effectiviteit.
4. Goede aanwijzingen voor effectiviteit.
5. Sterke aanwijzingen voor effectiviteit.

Goed onderbouwde interventies en interventies waarbij aanwijzingen voor effectiviteit zijn gevonden, werden opgenomen in een interventieoverzicht dat voor deze richtlijn is opgesteld.

De volgende databases zijn doorzocht:

- ✓ Interventiedatabase Loketgezondleven
- ✓ Interventiebibliotheek NCJ
- ✓ Databank Effectieve Jeugd interventies
- ✓ Databank Effectieve sociale interventies
- ✓ Databank langdurende zorg
- ✓ Overzicht erkende interventies GGZ
- ✓ Menukaart Kansrijke Start

### Selectie van interventies

De selectie van interventies is gedaan door de leden van het projectteam. Bij de selectie zijn de volgende criteria gehanteerd:

- ✓ De interventie beantwoordt aan het vooraf gestelde doel, namelijk het risico op achterstand voor het (ongeboren) kind verminderen en/of de situatie van de zwangere of de ouder verbeteren.
- ✓ De interventie is gericht op zwangeren en/of ouders van jonge kinderen, in een kwetsbare situatie.
- ✓ De interventie is bruikbaar in de Nederlands setting.
- ✓ De studie interventie is (potentieel) bruikbaar is voor verpleegkundigen/verzorgenden.

### Bewijs

Bijlage 9B geeft voor diverse soorten problematiek weer welke interventies, naast de reguliere zorg, door verpleegkundigen/verzorgenden ingezet kunnen worden of waar naar verwezen kan worden, en wat bekend is over de effectiviteit van de interventie.

Op verzoek van de werk/adviesgroep zijn ook de bij hen bekende en in de praktijk veel gebruikte en veelbelovende interventies in het overzicht opgenomen. Het aanbod van interventies in Nederland die tot doel hebben de ontwikkeling van kinderen te versterken is groot. Het onderzoek naar de effectiviteit van al die interventies loopt achter. Een 'veelgebruikte, niet beoordeelde' interventie is op het moment van schrijven van deze richtlijn weliswaar nog niet effectief bevonden, maar kan dat in de nabije toekomst wel zijn.

## Van bewijs naar aanbeveling

Algehele kwaliteit van bewijs	Hoog / Laag / Zeer laag
-------------------------------	----------------------------

Factoren ter bepaling van de sterkte van de aanbeveling		
Factoren	Beslissing*	Toelichting
	<b>K1</b>	
<b>1. Kwaliteit van het bewijs</b> Aanwezigheid van hoge kwaliteit van bewijs?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nee	Alleen voor VIPP-SD is er bewijs van hoge kwaliteit beschikbaar
<b>2. Balans tussen gewenste en ongewenste effecten</b> Is het zeker dat de gewenste effecten de ongewenste voldoende overtreffen?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nee	Onbekend is veelal of de interventies voor alle doelgroepen (hoge SES/ lage SES etc.) geschikt zijn.
<b>3. Cliënten perspectief</b> Uniformiteit van en voldoende zekerheid over waarden en voorkeuren van patiënten?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nee	Voor veel van de interventies is gekeken naar acceptatie, maar vergelijkingen tussen interventies zijn, voor zo ver relevant, niet gemaakt.
<b>4. Professioneel perspectief</b> Uniformiteit van en voldoende zekerheid over waarden en voorkeuren van professionals?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nee	Interventies zijn niet geschikt voor alle settingen (bijvoorbeeld alleen gericht op zwangeren of alleen gericht op ouders)
<b>5. Kosten/ middelenbeslag</b> Voldoende zekerheid dat de netto gunstige effecten de kosten waard zijn?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nee	Kosten verschillen per interventie, opbrengsten zijn niet altijd goed in geld uit te drukken.
<b>6. Organisatie van zorg</b> Uniformiteit van en voldoende zekerheid over de organisatie van zorg?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nee	
<b>7. Maatschappelijk perspectief</b> Uniformiteit van en voldoende zekerheid over het maatschappelijke perspectief?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nee	
<b>Sterkte van de aanbeveling</b>	<b>Zwak</b>	

\*Indien een of meerdere factoren positief worden geëvalueerd ('ja') neemt de waarschijnlijkheid van een sterke aanbeveling toe.

## Uitgangsvraag 4: Overdracht

## Bewijs

Omdat er naar verwachting van de werk/advies- en projectgroep geen literatuur over dit onderwerp te vinden is, is voor het beantwoorden van deze uitgangsvraag gekozen voor een practice-based benadering. Dit betekent dat de aanbevelingen in dit hoofdstuk gebaseerd zijn op 'good practice', d.w.z. op bestaande rapporten en websites en de mening en ervaring van de werk/project/adviesgroep. Voor deze module is geen systematisch literatuuronderzoek verricht.

## Van bewijs naar aanbeveling

Algehele kwaliteit van bewijs	Hoog / Laag / Zeer laag
-------------------------------	----------------------------

Factoren ter bepaling van de sterkte van de aanbeveling		
Factoren	Beslissing*	Toelichting
	K1	
<b>1. Kwaliteit van het bewijs</b> Aanwezigheid van hoge kwaliteit van bewijs?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nee	
<b>2. Balans tussen gewenste en ongewenste effecten</b> Is het zeker dat de gewenste effecten de ongewenste voldoende overtreffen?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
<b>3. Cliënten perspectief</b> Uniformiteit van en voldoende zekerheid over waarden en voorkeuren van patiënten?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
<b>4. Professioneel perspectief</b> Uniformiteit van en voldoende zekerheid over waarden en voorkeuren van professionals?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
<b>5. Kosten/ middelenbeslag</b> Voldoende zekerheid dat de netto gunstige effecten de kosten waard zijn?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
<b>6. Organisatie van zorg</b> Uniformiteit van en voldoende zekerheid over de organisatie van zorg?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
<b>7. Maatschappelijk perspectief</b> Uniformiteit van en voldoende zekerheid over het maatschappelijke perspectief?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
<b>Sterkte van de aanbeveling</b>	<b>Sterk</b>	

\*Indien een of meerdere factoren positief worden geëvalueerd ('ja') neemt de waarschijnlijkheid van een sterke aanbeveling toe.

# Bijlage 8

## Juridische betekenis

De richtlijn bevat aanbevelingen van algemene aard. Het is mogelijk dat deze aanbevelingen in een individueel geval niet van toepassing zijn. Er kunnen zich feiten of omstandigheden voordoen waardoor het wenselijk is dat in het belang van de patiënt/ cliënt van de richtlijn wordt afgeweken. Wanneer van de richtlijn wordt afgeweken, dient dit beargumenteerd gedocumenteerd te worden. De toepasbaarheid en de toepassing van de richtlijn in de praktijk is de verantwoordelijkheid van de zorgverlener.

# Bijlage 9

## Implementatie

In deze bijlage staan:

- ✓ Een gespreksleidraad gebaseerd op Samen Beslissen
- ✓ Een overzicht van interventies
- ✓ Een advies voor het opstellen van kwaliteitsindicatoren

### A. Gespreksleidraad gebaseerd op Samen Beslissen

Hieronder wordt een gespreksleidraad weergegeven gebaseerd op de gesprekstechniek van Samen Beslissen. Deze leidraad beoogt enig houvast te geven in het gesprek met de zwangere of ouder, maar is niet bedoeld als een strak stappenplan. Evenmin moeten altijd alle stappen in één keer doorlopen worden.

STAP 1 BEVINDINGEN	
Als verpleegkundige/verzorgende bespreek je bevindingen met de zwangere of ouder, en vraag je of deze hier verder over wil praten (en of de zwangere of ouder wil dat een eventuele partner of familie hierbij aanwezig is).	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Besteed aandacht aan positieve bevindingen.</li> <li>✓ Geef aandacht aan mogelijke belemmeringen of problemen die de zwangere of ouder ervaart.</li> <li>✓ Beschrijf eventuele zorgen over de belemmeringen en problemen van de zwangere of de ouder en haar eventuele partner en/of de opgroeiomstandigheden van het kind zo objectief mogelijk, zonder waardeoordeel.</li> <li>✓ Vraag aan de zwangere of ouder of zij de geobserveerde punten herkent, en streef naar overeenstemming met de zwangere of ouder.</li> <li>✓ Als de zwangere of ouder de zorgen niet herkent, en de risico inschatting en veiligheid dit toelaten, kan je als verpleegkundige/verzorgende in een volgend contactmoment op het thema terugkomen.</li> <li>✓ Vraag aan de zwangere of ouder wat hij/zij nodig heeft met betrekking tot de bevindingen. Dit kan eventueel ook bij stap 2.</li> </ul>
STAP 2 KEUZE	
Als verpleegkundige/verzorgende vestig je de aandacht op de mogelijke vervolgstappen, en geef je informatie die de zwangere of ouder nodig heeft om geïnformeerd de opties af te wegen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Benoem in neutrale termen de opties (ook 'niets' doen is een optie).</li> <li>✓ Bespreek het bekijken van de opties in relatie tot voorkeuren zwangere of ouder en het risico voor het ongeborn kind.</li> <li>✓ Benoem het maken van een gezamenlijk besluit waarbij de zwangere of ouder wordt</li> </ul>

	ondersteund ongeacht de keuze die wordt gemaakt.
<b>STAP 3 OPTIES</b>	
Als verpleegkundige/verzorgende geef je informatie over/check je begrip van de voor- en nadelen van de opties, om opties te kunnen vergelijken.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Geef uitleg en informatie over de opties.</li> <li>✓ Bespreek de voor- en nadelen van de opties.</li> <li>✓ Toets of de zwangere of ouder de informatie heeft begrepen, vraag bijvoorbeeld om de informatie te herhalen.</li> <li>✓ Geef de cliënt de tijd om een afweging te maken.</li> </ul>
<b>STAP 4 VOORKEUREN</b>	
Als verpleegkundige/verzorgende zet je je in om de waarden en voorkeuren van de zwangere of ouder boven tafel te krijgen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Vraag naar voorkeuren, zorgen en verwachtingen.</li> <li>✓ Relateer deze informatie aan de opties en de voor- en nadelen van de opties.</li> <li>✓ Geef een samenvatting en peil de reactie van zwangere of ouder.</li> </ul>
<b>STAP 5 BESLUIT</b>	
Als verpleegkundige/verzorgende doe je je best de voorkeuren, motivatie en mogelijkheden tot zelfmanagement van de zwangere of ouder mee te nemen in het maken van een besluit.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Integreer voorkeuren in het besluit en maak concrete afspraken</li> <li>✓ Is de zwangere of ouder het eens met het besluit?</li> <li>✓ Bespreek wat dit voor de zwangere of ouder betekent, wat er van de zwangere of ouder zelf wordt verwacht en wat deze van de zorgprofessional mag verwachten.</li> <li>✓ Check of de zwangere of ouder weet hoe ze jou kan bereiken en waarvoor.</li> </ul>

\* Aangepast naar [https://borstkanker.nl/sites/default/files/Time-out/Zakkaartje\\_Option.pdf](https://borstkanker.nl/sites/default/files/Time-out/Zakkaartje_Option.pdf)

## B. Overzicht van programma's en interventies

Hieronder wordt voor diverse soorten problematiek weergegeven welke programma's en interventies, naast de reguliere zorg, door verpleegkundigen/verzorgenden ingezet kunnen worden of waar naar verwezen kan worden, en wat bekend is over de effectiviteit van het programma of de interventie. In dit overzicht is waar mogelijk een link opgenomen naar de beschrijving van het programma of de interventie, met meer informatie over o.a. de inhoud, de beschikbaarheid en de aanbieder(s).

### Laagdrempelig, niet risico-specifiek\*

Interventie	Beoordeling effectiviteit
<a href="#">Home-Start</a>	Goede aanwijzingen voor effectiviteit
<a href="#">Zwanger, bevallen, een kind (ZBK)</a>	Goed onderbouwd
<a href="#">Shantala Babymassage Individueel</a>	Goed onderbouwd
<a href="#">Ouderkracht</a>	Goed onderbouwd
<a href="#">Een kindje krijgen</a>	Goed onderbouwd
<a href="#">SamenStarten</a>	Goed onderbouwd
<a href="#">Centering Pregnancy</a>	Goed onderbouwd
<a href="#">MIM (Moeders informeren moeders)</a>	Goed onderbouwd

<a href="#">Veilig groot worden</a>	Goed onderbouwd
Centering Parenting	Veelgebruikt, niet beoordeeld
Prenatale begeleiding JGZ	Veelgebruikt, niet beoordeeld

**Risico-specifiek\*****Roken**

Zie ook het Addendum 'Behandeling van tabaksverslaving en stoppen-met-roken ondersteuning bij zwangere vrouwen' bij de richtlijn "Behandeling van tabaksverslaving en stoppen-met-roken ondersteuning (Herziening 2016)".

	Beoordeling effectiviteit
<a href="#">VoorZorg</a>	Goede aanwijzingen voor effectiviteit
V-MIS	Veelgebruikt, niet beoordeeld.
Centering Parenting	Veelgebruikt, niet beoordeeld

**Alcoholgebruik in de zwangerschap**

Interventie	Beoordeling effectiviteit
<a href="#">Negen maanden niet</a>	Goede aanwijzingen voor effectiviteit

**Stress**

Interventie	Beoordeling effectiviteit
<a href="#">Home-Start</a>	Goede aanwijzingen voor effectiviteit
<a href="#">VoorZorg</a>	Goede aanwijzingen voor effectiviteit
<a href="#">Stevig Ouderschap</a>	Eerste aanwijzingen voor effectiviteit
<a href="#">Zwanger, bevallen, een kind (ZBK)</a>	Goed onderbouwd
<a href="#">Een kindje krijgen</a>	Goed onderbouwd
Centering Parenting	Veelgebruikt, niet beoordeeld
Prenatale begeleiding JGZ	Veelgebruikt, niet beoordeeld

**(Licht) verstandelijke beperking**

Interventie	Beoordeling effectiviteit
<a href="#">VoorZorg</a>	Goede aanwijzingen voor effectiviteit
<a href="#">Home-Start</a>	Goede aanwijzingen voor effectiviteit
<a href="#">Ouder-baby interventie</a>	Eerste aanwijzingen voor effectiviteit
<a href="#">HouVast</a>	Goed onderbouwd
Nu Niet Zwanger	Goed onderbouwd
Prenatale begeleiding JGZ	Veelgebruikt, niet beoordeeld

**Kindgericht (prematuuriteit, excessief huilen, moeilijk gedrag)**



Interventie	Beoordeling effectiviteit
<a href="#">Video-Feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD)</a>	Effectief volgens sterke aanwijzingen
<a href="#">Kortdurende Videohometraining (K-VHT)</a>	Goed onderbouwd
<a href="#">Shantala Babymassage Individueel</a>	Goed onderbouwd
<a href="#">Prenatale begeleiding JGZ</a>	Veelgebruikt, niet beoordeeld

**(Huiselijk) geweld en kindermishandeling**

Interventie	Beoordeling effectiviteit
<a href="#">VoorZorg</a>	Goede aanwijzingen voor effectiviteit
<a href="#">Stevig Ouderschap</a>	Eerste aanwijzingen voor effectiviteit
<a href="#">Signs of Safety</a>	Goed onderbouwd
<a href="#">Caring Dads</a>	Goed onderbouwd
<a href="#">Tijd voor Toontje</a>	Goed onderbouwd
<a href="#">Meldcode Huiselijk geweld en Kindermishandeling</a>	Veelgebruikt, niet beoordeeld
<a href="#">MeMoSa (Mentormoeders bij huiselijk geweld)</a>	Veelgebruikt, niet beoordeeld
<a href="#">Nu Niet Zwanger</a>	Goed onderbouwd
<a href="#">Prenatale begeleiding JGZ</a>	Veelgebruikt, niet beoordeeld

**Tienerzwangerschap**

Interventie	Beoordeling effectiviteit
<a href="#">VoorZorg</a>	Goede aanwijzingen voor effectiviteit
<a href="#">Stevig Ouderschap</a>	Eerste aanwijzingen voor effectiviteit
<a href="#">Nu Niet Zwanger</a>	Goed onderbouwd
<a href="#">Niet of wel Zwanger</a>	Niet beoordeeld
<a href="#">Prenatale begeleiding JGZ</a>	Veelgebruikt, niet beoordeeld

**Schulden en armoede**

Interventie	Beoordeling effectiviteit
<a href="#">VoorZorg</a>	Goede aanwijzingen voor effectiviteit
<a href="#">Stevig Ouderschap</a>	Eerste aanwijzingen voor effectiviteit

**Laaggeletterdheid en migratie**

Interventie	Beoordeling effectiviteit
<a href="#">VoorZorg</a>	Goede aanwijzingen voor effectiviteit

<a href="#">Stevig Ouderschap</a>	Eerste aanwijzingen voor effectiviteit
<a href="#">Coach je Kind</a>	Goed onderbouwd
<a href="#">Instapje</a>	Goed onderbouwd
<a href="#">Prenatale begeleiding JGZ</a>	Veelgebruikt, niet beoordeeld

### Psychi(atri)sche problematiek en/of verslavingsproblemen

Interventie	Beoordeling effectiviteit
<a href="#">VoorZorg</a>	Goede aanwijzingen voor effectiviteit
<a href="#">Ouder-baby interventie</a>	Eerste aanwijzingen voor effectiviteit
<a href="#">KopOpOuders Online</a>	Goed onderbouwd
<a href="#">Meeleefgezin</a>	Veelgebruikt, niet beoordeeld
<a href="#">Nu Niet Zwanger</a>	Goed onderbouwd
<a href="#">Centering Parenting</a>	Veelgebruikt, niet beoordeeld
<a href="#">Prenatale begeleiding JGZ</a>	Veelgebruikt, niet beoordeeld

### Multiprobleemgezinnen

Interventie	Beoordeling effectiviteit
<a href="#">VoorZorg</a>	Goede aanwijzingen voor effectiviteit
<a href="#">Bemoeizorg in de Jeugdgezondheidszorg</a>	Eerste aanwijzingen voor effectiviteit
<a href="#">Stevig Ouderschap</a>	Eerste aanwijzingen voor effectiviteit
<a href="#">Signs of Safety</a>	Goed onderbouwd
<a href="#">Prenatale begeleiding JGZ</a>	Veelgebruikt, niet beoordeeld

\*Interventies en de beoordelingen daarvan zijn aan veranderingen onderhevig, dit overzicht biedt een momentopname, opgesteld op 24 augustus 2020.

### C. Kwaliteitsindicatoren

Er zijn uit de literatuur geen verpleeg sensitieve kwaliteitsindicatoren gevonden die betrekking hebben op de zorg voor (mogelijk) kwetsbare zwangeren of kwetsbare ouders en hun kinderen in de kinderleeftijd van -9 maanden tot 2 jaar.

# Bijlage 10

## Onderwerpen voor verder onderzoek

Belangrijke kennislacunes bij deze richtlijn waarvoor verder is gewenst, zijn:

- ✓ Er is beperkt bewijs in de literatuur over welk signaleringsinstrument verpleegkundigen/verzorgenden het beste kunnen gebruiken om kwetsbaarheden bij (aanstaande) ouders te signaleren
- ✓ Er is geen bewijs over welke gesprekstechniek verpleegkundigen/verzorgenden het beste kunnen gebruiken om kwetsbaarheden met (aanstaande) ouders te bespreken
- ✓ Er is beperkt bewijs over de effectiviteit van interventies bij gezinnen en personen met een lage SES.

# Bijlage 11

## Literatuurlijst

Andersson Elffers Felix (AEF), SUE Amsterdam, Meute, Frisse blikken (2020). Leren kennen, begrijpen, bereiken. Verkenning 'Beter bereik ouders met verhoogde kwetsbaarheid'. <https://www.kansrijkestartnl.nl/documenten/rapporten/2020/05/29/rapport-uitkomsten-verkenning-beter-bereik-ouders-met-verhoogde-kwetsbaarheid>

Arpi, E., & Ferrari, F. (2013). Preterm birth and behaviour problems in infants and preschool - age children: a review of the recent literature. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 55(9), 788-796.

Ayers, S., Bond, R., Webb, R., Miller, P., & Bateson, K. (2019). Perinatal mental health and risk of child maltreatment: a systematic review and meta-analysis. *Child abuse & neglect*, 98, 104172.

Barnett, A., Zhang, C. J., Johnston, J. M., & Cerin, E. (2018). Relationships between the neighborhood environment and depression in older adults: a systematic review and meta-analysis. *International psychogeriatrics*, 30(8), 1153-1176.

Baron, R., Manniën, J., De Jonge, A., Heymans, M. W., Klomp, T., Hutton, E. K., & Brug, J. (2013). Socio-demographic and lifestyle-related characteristics associated with self-reported any, daily and occasional smoking during pregnancy. *PLoS One*, 8(9), e74197.

Bartelink, C. (2013). *Wat werkt: Motiverende gespreksvoering?* Utrecht: Nederlands jeugdinstituut.

Bellis, M. A., Hughes, K., Ford, K., Rodriguez, G. R., Sethi, D., & Passmore, J. (2019). Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 4(10), e517-e528.

Berg, I. K. (1994). *Family-based services: A solution-focused approach*. New York: WW Norton & Co.

Blackmore, E. R., Carroll, J., Reid, A., Biringer, A., Glazier, R. H., Midmer, D., ... & Stewart, D. E. (2006). The use of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) tool in the detection of psychosocial risk factors for postpartum depression: a randomized controlled trial. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada*, 28(10), 873-878.

Bonsel, G. J., Birnie, E., Denктаş, S., Steegers, E. A. P., & Poeran, V. J. J. (2010). Lijnen in de perinatale sterfte: Signalementstudie 'Zwangerschap en Geboorte' 2010.

Bontje, M. (2013). Van risicotaxatie naar gezamenlijk inschatten zorgbehoeften (GIZ). *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 91(7), 374-376.

Buisman, M., Allen, J. P., Fouarge, D., Houtkoop, W., & Van der Velden, R. K. W. (2013). PIAAC: Kernvaardigheden voor Werk en Leven. Resultaten van de Nederlandse survey 2012. ROA External Reports.

- Burns, E., Gray, R., & Smith, L. A. (2010). Brief screening questionnaires to identify problem drinking during pregnancy: a systematic review. *Addiction*, 105(4), 601-614.
- Chorwe-Sungani, G., & Chipps, J. (2017). A systematic review of screening instruments for depression for use in antenatal services in low resource settings. *BMC psychiatry*, 17(1), 112.
- College Perinatale Zorg (2016). Zorgstandaard Integrale Geboortezorg.  
[https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/wp-content/uploads/2019/05/zorgstandaard-integrale-geboortezorg-versie-\\_-\\_.pdf](https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/wp-content/uploads/2019/05/zorgstandaard-integrale-geboortezorg-versie-_-_.pdf)
- College Perinatale Zorg (2016): Gegevensset overdracht verloskundig zorgverleners en kraamzorg naar jeugdgezondheidszorg.  
<https://werkgroepen.kennisnetgeboortezorg.nl/?file=17643&m=1530023295&action=file.download>
- Conger, R. D., & Donnellan, M. B. (2007). An interactionist perspective on the socioeconomic context of human development. *Annu. Rev. Psychol.*, 58, 175-199.
- Consortium Zwangerschap en Geboorte Noord-Nederland (2017). Handreiking zorg voor kwetsbare zwangeren.  
[https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/wp-content/uploads/2019/04/Handreiking\\_versie\\_-.pdf](https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/wp-content/uploads/2019/04/Handreiking_versie_-.pdf)
- Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and psychopathology*, 22(1), 87-108.
- De Been, M., Van den Muijsenbergh, M., Duijnhoven T. Gezondheid en kwaliteit van zorg voor iedereen. Wat maakt het verschil? Utrecht: Pharos; 2018.
- De Graaf, H., Steegers, E., Bonsel, G., & Rombout, M. B. (2015). Kenniswerkplaats "Kwetsbare Zwangere Vrouwen". Erasmus MC, Rotterdam.
- De Graaf, J. P., Ravelli, A. C., De Haan, M. A., Steegers, E. A., & Bonsel, G. J. (2013). Living in deprived urban districts increases perinatal health inequalities. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 26(5), 473-481.
- De Greef, M., Pijnenburg, H. M., van Hattum, M. J., McLeod, B. D., & Scholte, R. H. (2017). Parent-professional alliance and outcomes of child, parent, and family treatment: A systematic review. *Journal of Child and Family Studies*, 26(4), 961-976.
- De Jonge, A., Korfker, D.G., Vogels, T., van der Pal, S. M., Vink, R. M., Buitendijk S. E., van der Palde Bruin K. M. (2007). Preventie en vroegsignalering van risicogezinnen in de kraamperiode. Leiden, TNO Kwaliteit van Leven.
- De Shazer, S. (1993). Creative misunderstanding: There is no escape from language. In S. Giligan & R. Price (Eds). *Therapeutic Conversations*. 1st, 81-90. New York: W.W. Norton & Co.
- Department of Health. (2000). Framework for the Assessment of Children in Need and Their Families. Guidance Notes and Glossary for: Referral and Initial Information Record, Initial Assessment Record and Core Assessment Record. London: The Stationery Office.
- Detmar S., De Wolff, M. (2019). De 1e 1000 dagen: het versterken van de vroege ontwikkeling. Een literatuurverkenning ten behoeve van gemeenten. TNO Leiden, rapportnr. R11123.

- Douma, J. (2018). Jeugdigen en (jong)volwassenen met een licht verstandelijke beperking. <https://www.kenniscentrumlvb.nl/product/publicatie-jeugdigen-en-jongvolwassenen-met-een-licht-verstandelijke-beperking/>Eder, M., Henninger, M., Durbin, S., et al. Screening and Interventions for Social Risk Factors: Technical Brief to Support the US Preventive Services Task Force. JAMA. Published online September 01, 2021. doi:10.1001/jama.2021.12825
- Feltner, C., Wallace, I., Berkman, N., Kistler, C. E., Middleton, J. C., Barclay, C., ... & Jonas, D. E. (2018). Screening for intimate partner violence, elder abuse, and abuse of vulnerable adults: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. JAMA, 320(16), 1688-1701.
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P., Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Am J Prev Med, 14(4), 245-58.
- Gezondheidsraad (2015). Richtlijnen goede voeding 2015. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Goedhart, G., Van Eijsden, M., Van der Wal, M. F., & Bonsel, G. J. (2008). Ethnic differences in preterm birth and its subtypes: the effect of a cumulative risk profile. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 115(6), 710-719.
- Grizenko, N., Fortier, M. È., Gaudreau-Simard, M., Jolicoeur, C., & Joobar, R. (2015). The effect of maternal stress during pregnancy on IQ and ADHD symptomatology. Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 24(2), 92.
- Grote, N. K., Bridge, J. A., Gavin, A. R., Melville, J. L., Iyengar, S., & Katon, W. J. (2010). A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. Archives of general psychiatry, 67(10), 1012-1024.
- Henrikson, N. B., Blasi, P. R., Dorsey, C. N., Mettert, K. D., Nguyen, M. B., Walsh-Bailey, C., ... & Lewis, C. C. (2019). Psychometric and pragmatic properties of social risk screening tools: a systematic review. American journal of preventive medicine, 57(6), S13-S24.
- Heutink, H., Van Diemen, D., Elzenga, M., & Kooiker, S. (2010). Wat hebben mensen met een lage en hoge (re) SES zelf te zeggen over gezond leven?. TSG, 88(1), 10-12.
- 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(1), 148. <https://doi.org/10.1186/s12887-017-0898-5>
- Hoogendoorn, M. P., & De Hollander, E. L. (2017). Belemmeringen en drijfveren voor sport en bewegen bij ondervertegenwoordigde groepen. RIVM briefrapport 2016-0201.
- Hopman, P., & Croes, E. (2017). Kinderen en roken: Een aantal feiten op een rij. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Howlett, H., Abernethy, S., Brown, N. W., Rankin, J., & Gray, W. K. (2017). How strong is the evidence for using blood biomarkers alone to screen for alcohol consumption during pregnancy? A systematic review. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 213, 45-52.

- Klein Velderman, M., Crone, M. R., Wiefferink, C. H., & Reijneveld, S. A. (2010). Identification and management of psychosocial problems among toddlers by preventive child health care professionals. *European Journal of Public Health, 20*(3), 332-338.
- Legendijk, J., Steyerberg, E. W., Daalderop, L. A., Been, J. V., Steegers, E. A. P., Posthumus, A.G. (2020) Validation of a prognostic model for adverse perinatal health outcomes. *Sci Rep. 9*;10(1):11243.
- Lanting, C. I., Van Wouwe, K., Van Dommelen, P. V., Van der Pal-de Bruin, K. M., Josselin-de Jong, S., Kleinjan, M., & Laar, M. V. (2015). Roken tijdens de zwangerschap: percentages over de periode 2001-2015. TNO.
- Lanting, C. I., & Vlasblom, E. (2019) Knelpunteninventarisatie en analyse 'Kwetsbare geboortezorg' (werktitel). TNO, Leiden, Rapportnr. R11128.
- Lanting, C. I., Van Dommelen, P., Van der Pal-de Bruin, K. M., Benneboek-Gravenhorst, J., Van Wouwe, J. P. (2015). Prevalence and pattern of alcohol consumption during pregnancy in the Netherlands. *BMC Public Health July 29*;15:723.
- Lilliecreutz, C., Larén, J., Sydsjö, G., & Josefsson, A. (2016). Effect of maternal stress during pregnancy on the risk for preterm birth. *BMC pregnancy and childbirth, 16*(1), 5.
- Lindson, N., Thompson, T. P., Ferrey, A., Lambert, J. D., & Aveyard, P. (2019). Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (7)*.
- Loomans, E. M., Van Dijk, A. E., Vrijkotte, T. G., Van Eijsden, M., Stronks, K., Gemke, R. J., & Van den Bergh, B. R. (2013). Psychosocial stress during pregnancy is related to adverse birth outcomes: results from a large multi-ethnic community-based birth cohort. *The European Journal of Public Health, 23*(3), 485-491.
- Luby, J., Belden, A., Botteron, K., Marrus, N., Harms, M. P., Babb, C., ... & Barch, D. (2013). The effects of poverty on childhood brain development: the mediating effect of caregiving and stressful life events. *JAMA pediatrics, 167*(12), 1135-1142.
- Lunny, C., McKenzie, J. E., & McDonald, S. (2016). Retrieval of overviews of systematic reviews in MEDLINE was improved by the development of an objectively derived and validated search strategy. *Journal of clinical epidemiology, 74*, 107-118. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2015.12.002>.
- Lundahl, B., & Burke, B. L. (2009). The effectiveness and applicability of motivational interviewing: A practice - friendly review of four meta - analyses. *Journal of clinical psychology, 65*(11), 1232-1245.
- McQuire, C., Paranjothy, S., Hurt, L., Mann, M., Farewell, D., & Kemp, A. (2016). Objective measures of prenatal alcohol exposure: a systematic review. *Pediatrics, 138*(3), e20160517.
- Meij, H. (2011). De basis van opvoeding en ontwikkeling. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- MOVISIE. Kwetsbare groepen in beeld. Projecten, trainingen en publicaties, Utrecht 2010.
- Mulder, E. J., Robles de Medina, P. G., Huizink, A. C., Van den Bergh, B. R., Buitelaar, J. K., & Visser, G. H. (2002). Prenatal maternal stress: effects on pregnancy and the (unborn) child. *Early human development, 70*(1-2), 3-14.

- O'Connor, E., Rossom, R. C., Henninger, M., Groom, H. C., & Burda, B. U. (2016). Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Jama*, 315(4), 388-406.
- O'Doherty, L., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L. L., Feder, G., Taft, A. (2015). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 7*. Art. No.: CD007007.
- Ovesen, P., Rasmussen, S., & Kesmodel, U. (2011). Effect of prepregnancy maternal overweight and obesity on pregnancy outcome. *Obstetrics & Gynecology*, 118(2), 305-312.
- Perined (2019). Perinatale zorg in Nederland anno 2018: landelijke perinatale cijfers en duiding.
- Pop, V. J., Komproe, I. H., & Van Son, M. J. (1992). Characteristics of the Edinburgh post-natal depression scale in The Netherlands. *Journal of affective disorders*, 26(2), 105-110.
- Posthumus, A. G., Birnie, E., Van Veen, M. J., Steegers, E. A. P., & Bonsel, G. J. (2016). An antenatal prediction model for adverse birth outcomes in an urban population: the contribution of medical and non-medical risks. *Midwifery*, 38, 78-86.
- Quispel, C., van Veen, M. J., Zuijderhoudt, C., Steegers, E. A., Hoogendijk, W. J., Birnie, E., Bonsel, G. J., Lambregtse-van den Berg, M. P. (2014). Patient versus professional based psychosocial risk factor screening for adverse pregnancy outcomes. *Matern Child Health J.* 18(9):2089-97.
- Reijneveld, S. A. (2010). Ethnic differences in health and use of health care: the questions to be answered. *International Journal of Public Health*, 55(5), 353.
- Richardson, T., Elliott, P., & Roberts, R. (2013). The relationship between personal unsecured debt and mental and physical health: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1148-1162. doi:10.1016/j.cpr.2013.08.009.
- Sacerdote, C., Ricceri, F., Rolandsson, O., Baldi, I., Chirlaque, M. D., Feskens, E., ... & Bergmann, M. (2012). Lower educational level is a predictor of incident type 2 diabetes in European countries: the EPIC-InterAct study. *International journal of epidemiology*, 41(4), 1162-1173.
- Schünemann, H. J., Wiercioch, W., Brozek, J., Etxeandia-Ikobaltzeta, I., Mustafa, R. A., Manja, V., ... & Akl, E. A. (2017). GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLOPMENT. *Journal of clinical epidemiology*, 81, 101-110.
- Shay, L. A., & Lafata, J. E. (2015). Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. *Medical Decision Making*, 35(1), 114-131.
- Sidebottom, A. C., Harrison, P. A., Godecker, A., & Kim, H. (2012). Validation of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-9 for prenatal depression screening. *Archives of women's mental health*, 15(5), 367-374.
- Sieh, D. S., Meijer, A. M., Oort, F. J., Visser-Meily, J. M. A., & Van der Leij, D. A. V. (2010). Problem behavior in children of chronically ill parents: a meta-analysis. *Clinical child and family psychology review*, 13(4), 384-397.



- Singh, A., Daniel, L., Baker, E., & Bentley, R. (2019) Housing Disadvantage and Poor Mental Health: A Systematic Review. *Am J Prev Med* 57(2):262–272. doi.org/10.1016/j.amepre.2019.03.018.
- Staal, I. I. E., van den Brink, H. A. G., Hermanns, J. M. A., Schrijvers, A. J. P., van Stel, H.F. (2011). Assessment of parenting and developmental problems in toddlers: development and feasibility of a structured interview. *Child: care, health and development* 37(4): 503-511.
- Staal, I. I., Hermanns, J. M., Schrijvers, A. J., & Van Stel, H. F. (2013). Risk assessment of parents' concerns at 18 months in preventive child health care predicted child abuse and neglect. *Child abuse & neglect*, 37(7), 475-484.
- Stacey D., Légaré F., Lewis K., Barry M. J., Bennett C. L., Eden K. B., Holmes-Rovner M., Llewellyn-Thomas H., Lyddiatt A., Thomson R., Trevena L. (2017). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev.* ;4(4):CD001431.
- Stegers, E. A., Denktas, S., De Graaf, J. P., & Bonsel, G. J. (2013). Sociale Verloskunde voorkomt armoedeval. *Med. Contact*, 68, 714-718.
- Tamerus, S., Van de Looij-Jansen, P., Baerveldt, C., & De Waart, F. (2014). De samenhang tussen de kwaliteit van de wijk en psychosociale problemen bij jongeren in Rotterdam. *TSG*, 92, 163-168.
- Timmermans, S., Bonsel, G. J., Steegers-Theunissen, R. P., Mackenbach, J. P., Steyerberg, E. W., Raat, H., ... & Looman, C. W. (2011). Individual accumulation of heterogeneous risks explains perinatal inequalities within deprived neighbourhoods. *European journal of epidemiology*, 26(2), 165-180.
- Ukatu, N., Clare, C. A., & Brulja, M. (2018). Postpartum depression screening tools: a review. *Psychosomatics*, 59(3), 211-219.
- Van den Muijsenbergh, M. (2019). Gezondheidsverschillen vragen om persoonsgerichte, integrale zorg door eerstelijns-en publieke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 97(1-2), 36-39.
- Van der Heide, I., & Rademakers, J. (2015). *Laaggeletterdheid en Gezondheid. Stand van zaken.* Utrecht: Nivel.
- Van der Meer, L., Ernst, H., Blanchette, L., & Steegers E. (2020). Een kwetsbare zwangere wat is dat eigenlijk? *Medisch Contact* 22; 34-36.
- Van der Pal, S. M., Heerdink, N., Kamphuis, M., Pols, M., & Verloove-Vanhorick, P. (2013). JGZ-richtlijn Te vroeg en/of 'small for gestational age'(SGA) geboren kinderen. *JGZ Tijdschrift voor jeugdgezondheidszorg*, 45(5), 109-109.
- Van der Veer, A., & Jungmann, N. (2018). Problematische schulden in de spreekkamer, over de doorwerking van geldzorgen op gezondheid. *Bijblijven*, 34(3-4), 199-206.
- Van Driessche, A., van Stel, H. F., Vink, R. M., Staal, I. I. E. (2021). Assessing Concerns and Care Needs of Expectant Parents: Development and Feasibility of a Structured Interview. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 18, 9585.
- Van Rijnsoever, M. P., Tromp, E., Waterlander, W. E., Schütz, F. M., Steenhuis, I. H. M. (2012). Verschillen in leefstijl en gezondheid tussen mensen met en zonder schulden. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 89 (1), 43-50.

- Van Stel, H. F., Staal, I. E., Hermanns, J. M. A., & Schrijvers, A. J. P., (2012). Validity and reliability of a structured interview for early detection and risk assessment of parenting and developmental problems in young children: a cross-sectional study. *BMC Pediatrics* 14;12:71.
- Van Veen, M. J., Birnie, E., Poeran, J., Torij, H. W., Steegers, E. A., & Bonsel, G. J. (2015). Feasibility and reliability of a newly developed antenatal risk score card in routine care. *Midwifery*, 31(1), 147-154.
- Van Yperen, T., Veerman, J. W., & Bijl, B. (2017). Naar meer effect: Resultaatgerichte ontwikkeling van interventies. In T. van Yperen, J. W. Veerman, & B. Bijl (editors), *Zicht op effectiviteit: Handboek resultaatgerichte ontwikkeling interventies in de jeugdsector (2 (Fully Revised) redactie, blz. 17-52)*. Lemniscaat.
- Vervoort, J., Duvekot, H., Schneider, T., & Steegers, E.A. (2016). Kwetsbare zwangeren hebben hulp nodig. Speciale functionaris coördineert de zorg voor zwangeren met problemen. *Medisch Contact* 41: 32-35.
- Vink, R. M., Rijnders, M. E. B., Van Dommelen, P., & Broerse, A. (2009). Vroeg signaleren van ongunstige opgroeiomstandigheden door verloskundigen in Zaanstad en Amsterdam-Noord (No. P&Z 2009.125). TNO.
- Visser, S. (2019). *Mechanismen van en interventies bij intergenerationele armoede: Een literatuuronderzoek*. Rijksuniversiteit Groningen
- VNG en Society Impact (2020). *Nu Niet Zwanger. Onderzoek naar de maatschappelijke effecten en kosten van ongewenste zwangerschap*. Den Haag.
- Voerman, E., Santos, S., Inskip, H., Amiano, P., Barros, H., Charles, M. A., ... & Crozier, S. (2019). LifeCycle Project-Maternal Obesity and Childhood Outcomes Study Group. Association of gestational weight gain with adverse maternal and infant outcomes. *JAMA*, 321(17), 1702-1715.
- Vos, A. A., Posthumus, A. G., Bonsel, G. J., Steegers, E. A., & Denktas, S. (2014). Deprived neighborhoods and adverse perinatal outcome: a systematic review and meta - analysis. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 93(8), 727-740.
- Westhof, F., Ruig, L. de, & Kerckhaert, A. (2015). *Huishoudens in de rode cijfers 2015. Over schulden van Nederlandse huishoudens en preventiemogelijkheden*. Zoetermeer/Utrecht: Panteia/Stimulansz.
- Wijers N (2020). *Ervaringen vanuit het perspectief van moeders 'kwetsbare geboortezorg'*. Arnhem.
- World Health Organization (2008). Regional office for Europe. *European strategic approach for making pregnancy safer. Improving maternal and perinatal health*. Copenhagen: World Health Organisation. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0012/98796/E90771.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/98796/E90771.pdf?ua=1).
- World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health : ICF*.
- World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42407>.

Wu, Y. C., Hsieh, W. S., Hsu, C. H., Chang, J. H., Chou, H. C., Hsu, H. C., ... & Jeng, S. F. (2016). Intervention effects on emotion regulation in preterm infants with very low birth weight: a randomized controlled trial. *Research in Developmental Disabilities*, 48, 1-12.

Wulffraat A., Blanchette L., Bertens L., Ernst H., Van der Meer, L., De Graaf, H., & Steegers, E. Definitie kwetsbaarheid – zwangere vrouwen. Gemeente Rotterdam en Erasmus MC, september 2019.

Zorginstituut Nederland. Advies- en expertgroep Kwaliteitsstandaarden (AQUA). Landelijke leidraad Kwaliteitsstandaarden, Addenda toegevoegd 1 maart 2019.  
<http://www.zorginzicht.nl/ontwikkeltools/ontwikkelen/leidraad-voor-kwaliteitsstandaarden>.