



Onderzoeksverslag
Overzicht van de implementatiegraad
van interventies voor zwangeren
in een kwetsbare situatie
in Noord-Nederland



Colofon

Titel Overzicht van de implementatiegraad van interventies voor zwangeren in een kwetsbare situatie in Noord-Nederland

Auteurs Dr. Catja Warmelink – *psycholoog*
Drs. Relinde van der Stouwe – *verloskundige, cultureel antropoloog*
Maria Dalmaijer MSc – *verloskundige, onderwijskundige*
Dr. Danielle Jansen – *socioloog*
Dr. Esther Feijen-de Jong – *verloskundige, gezondheidswetenschapper.*

De auteurs werken allen als onderzoekers bij Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, afdeling Verloskundige Wetenschap te Groningen.

CW, RvdS, MD en EF zijn tevens docent aan de Verloskunde Academie te Groningen; DJ doceert aan de Rijksuniversiteit Groningen.

Correspondentie Dr. Esther Feijen-de Jong
Rijksuniversiteit, Universitair Medisch Centrum Groningen
Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, afdeling Verloskundige Wetenschap (Midwifery Science)
p/a Dirk Huizingastraat 3-5
9713 GL Groningen
e.i.feijen-de.jong@umcg.nl
Telefoon: 050-2071900

Copyright Gebruik en overname van de teksten, ideeën en resultaten uit deze publicatie is vrijelijk toegestaan, mits met bronvermelding.
De illustraties zijn van Mirre van Lenthe.

Dit onderzoek is gefinancierd door ZonMW (project nummer 543000201) en de Verloskunde Academie Amsterdam Groningen.

Februari 2021



Amsterdam UMC



Midwifery Science Noord-Nederland
UMCG Huisartsgeneeskunde
Postbus 30001
9700 RB Groningen

© Mirre van Lenthe

VERLOSKUNDIGE WETENSCHAP
NOORD-NEDERLAND

CONSORTIUM ZWANGERSCHAP &
GEBORTE NOORD-NEDERLAND

UMCG &
Ryksuniversiteit
Groningen

ACADEMIE VERLOSKUNDE
AMSTERDAM & GRONINGEN

AMSTERDAM UMC



catja Relinde maria danielle esther

JC Warmelink, RA van der Stouwe, M Dalmaijer, DEMC Jansen, El Feijen-de Jong



Voorwoord

Dit onderzoek naar *de implementatiegraad van interventies voor zwangeren in een kwetsbare situatie* is een onderdeel van het project 'Identifying and improving tailored care interventions for vulnerable pregnant women' gefinancierd door ZonMW. Het onderzoeksproject heeft als Nederlandse titel 'Samen Kwetsbaar, Samen Sterk' en valt onder het ZonMW-programma 'Zwangerschap en Geboorte 2'. Dit ZonMw -programma richt zich op integrale zorg vóór de zwangerschap tot en met de eerste zes weken na de geboorte, met als doel de gezondheid van moeder en kind rondom de zwangerschap en geboorte te verbeteren.

In dit onderzoeksverslag vindt u:

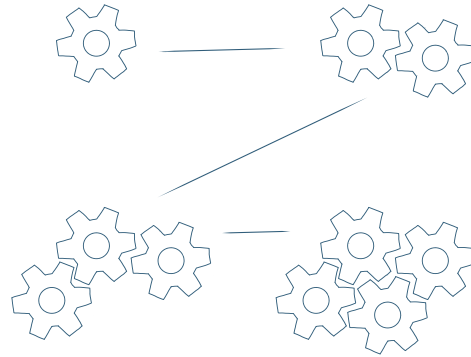
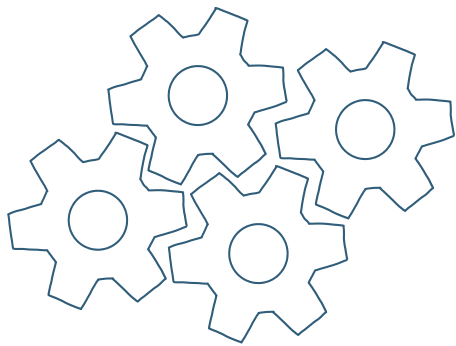
1. Welke interventies gericht op het verbeteren van de zwangerschapsuitkomsten aangeboden worden aan kwetsbare zwangere vrouwen door professionals in geboortezorg binnen de negen Verloskundig Samenwerkingsverbanden (VSV's) in Noord-Nederland.
2. Welke implementatiefase de VSV's per interventie hebben bereikt.
3. Welke aspecten van het concept van kwetsbaarheid de VSV's benadrukken en wat hun definitie is van 'kwetsbare zwangere vrouwen'.

We willen graag de respondenten bedanken die hebben meegedaan aan het onderzoek, de advies- en wetenschappelijk raad en onze collega's van de Samen Sterk projecten.

Namens het onderzoeksteam
'Samen Kwetsbaar, Samen Sterk',
Dr. Esther Feijen-de Jong (projectleider)

Groningen, oktober 2020

Begrippenlijst

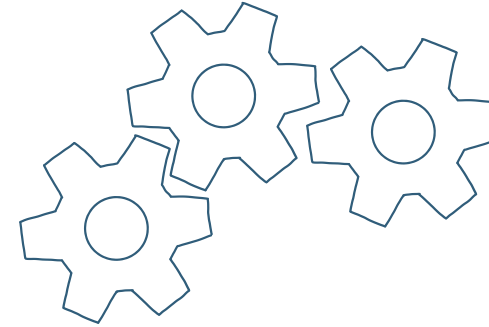


Implementatie

Het proces van invoering van het gebruik van interventies in een bepaalde omgeving (1).

Implementatiefasen

Er kunnen vier fases worden onderscheiden in het implementeren van nieuwe interventies (2). Ten eerste moet de beoogde gebruiker op de hoogte zijn van het bestaan van de interventie (verspreiding). In de tweede fase zal de beoogde gebruiker de interventie bekijken en een positieve of negatieve intentie tot gebruik ontwikkelen (adoptie). De gebruiker probeert daarna daadwerkelijk met de interventie te werken en gaat ervaren wat deze in de praktijk voor hem/haar betekent (implementatie). Ten slotte is het de bedoeling dat het werken met de interventie onderdeel wordt van de dagelijkse routine van de gebruiker (continuering).



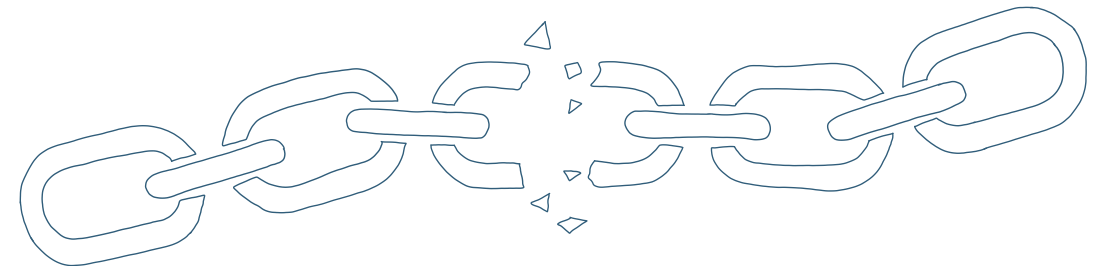
Implementatiegraad

De implementatiegraad is de mate van implementatie en deze is geoperationaliseerd door een gemiddelde op een vierpuntschaal [1 'Ik ken de interventie niet' tot 4 'Ik ken de interventie en gebruik deze zoals bedoeld is'] (2).



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 (3). Interventies kunnen onder meer bestaan uit educatieve programma's, nieuw of sterker beleid, verbeteringen in de omgeving of een gezondheidsbevorderingscampagne.

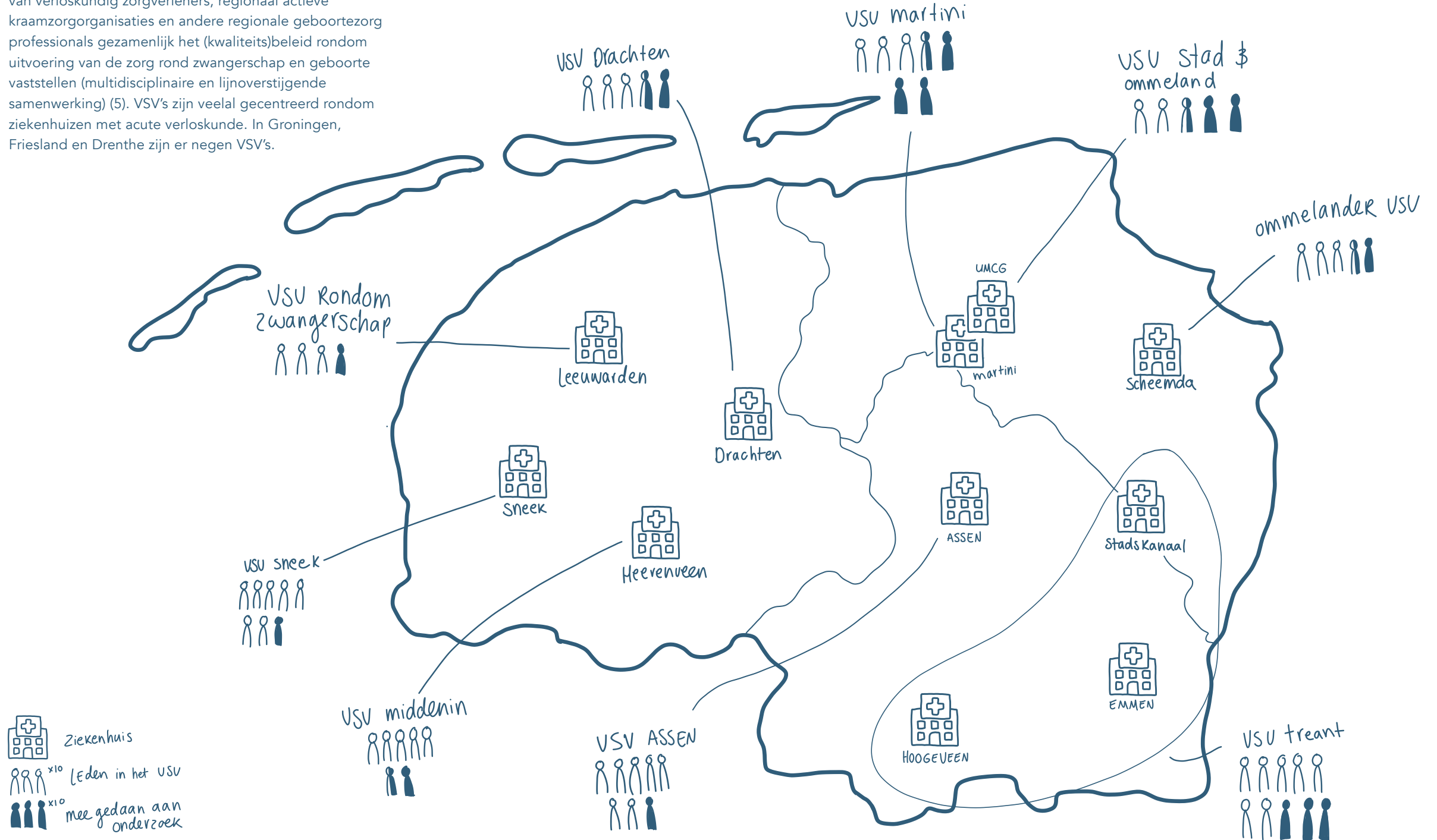


Kwetsbare zwangere

Een zwangere is kwetsbaar als een of meerdere risicofactoren aanwezig zijn en de beschermende- en herstelfactoren ontoereikend zijn (4).

Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV)

Een Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) is een regionaal besluitvormend netwerk waarin organisaties van verloskundig zorgverleners, regionaal actieve kraamzorgorganisaties en andere regionale geboortezorg professionals gezamenlijk het (kwaliteits)beleid rondom uitvoering van de zorg rond zwangerschap en geboorte vaststellen (multidisciplinaire en lijnoverstijgende samenwerking) (5). VSV's zijn veelal gecentreerd rondom ziekenhuizen met acute verloskunde. In Groningen, Friesland en Drenthe zijn er negen VSV's.





Inhoudsopgave

Voorwoord

Begrippenlijst

14	1. Inleiding
16	2. Methode
20	3. Resultaten
22	3.1 <i>Interventies</i>
34	3.2 <i>Kwetsbare zwangeren</i>
39	4. Discussie
44	5. Conclusie
45	Literatuurverwijzingen

Bijlage 1

De implementatiegraad en verdeling over de vier implementatiefases van dertien voorgeselecteerde interventies per Verloskundig Samenwerkingsverband

Bijlage 2

Omschrijving van genoemde interventies

1. Inleiding

Kwetsbare zwangeren, een probleem?

Het consortium Zwangerschap en Geboorte Noord-Nederland (ZeGNN) gaat ervan uit dat een relatief groot aantal zwangere vrouwen in Noord-Nederland zich in een kwetsbare situatie bevindt. Voor deze zwangeren zijn diverse zorginterventies ontwikkeld om een gezonde zwangerschap te bevorderen. Er ontbreekt echter een overzicht van de beschikbare interventies (5) en het is onduidelijk in hoeverre deze interventies geïmplementeerd zijn.

Hoewel de gezondheidsrisico's rondom zwangerschap en geboorte in Nederland doorgaans laag zijn (6), zijn er echter zwangere vrouwen in een kwetsbare situatie met een verhoogd risico op ongunstige zwangerschapsuitkomsten zoals perinatale morbiditeit (bijvoorbeeld laag geboortegewicht of vroeggeboorte) en mortaliteit (6). Een lage sociaaleconomische status (SES) is een belangrijke factor die een zwangere kwetsbaar kan maken (6,10,18); een lage SES hangt samen met een verhoogd risico op perinatale morbiditeit en mortaliteit (6, 7). In Noord-Nederland heeft een relatief hoog percentage inwoners een lage SES (8). Een derde (36%) van de vrouwen in Noord-Nederland heeft een lage SES terwijl het landelijke gemiddelde op 25% ligt (9). Daarnaast is er sprake van intergenerationale armoede (10). Families die leven in langdurige armoede hebben vaker te maken met gezondheidsproblemen. Een ongezonde leefstijl en daarmee geassocieerde ziekten worden doorgegeven aan een volgende generatie (10). Vrouwen in de reproductieve leeftijd in Noord-Nederland roken vaker (Drenthe), hebben een hoger lichaamsgewicht (Groningen, Friesland) en

drinken meer alcohol (Groningen, Drenthe) in vergelijking met het landelijk gemiddelde (11). Een relatief groot deel van de noordelijke zwangere vrouwen heeft daarmee een relatief hoog risico om een zwangerschap te ontwikkelen met complicaties zoals pre-eclampsie, zwangerschapsdiabetes en aangeboren afwijkingen (12-14), een laag geboortegewicht en vroeggeboorte (15), of miskraam en perinatale sterfte (16, 17).

Zwangere in een kwetsbare situatie

Het begrip 'kwetsbare zwangere' kent geen eenduidige definitie. Er is een veelheid aan factoren die zwangere vrouwen kwetsbaar kan maken (4, 6, 28). Als factoren die de zwangerschap direct negatief kunnen beïnvloeden worden onder meer psychosociale problemen genoemd, zoals het onvoldoende beheersen van de Nederlandse taal, armoede, gebrek aan ideale woonomstandigheden, gebrek aan opleiding, en lage gezondheidsvaardigheden (4, 18). Zo behoren bijvoorbeeld vrouwen met een lage SES, door hun ongunstige woon- en werkomstandigheden en/of ongezonde leefstijl en/of werkloosheid, veelal tot de groep kwetsbare zwangeren (18, 19). Een zwangere wordt gezien als zeer kwetsbaar als er een of meerdere risicofactoren aanwezig zijn waarbij onmiddellijke actie noodzakelijk is, zoals huiselijk geweld of drugsgebruik (4). Naast risicofactoren zijn er ook beschermende of herstelfactoren, zoals ondersteuning door een sociaal netwerk, zorg- en hulpverleners (4, 20). Een zwangere is kwetsbaar als een of meerdere risicofactoren aanwezig zijn en de beschermende- en herstelfactoren ontoereikend zijn. Daarbij kunnen verschillende

gradaties van kwetsbaarheid worden onderscheiden (4, 28).

Interventies voor zwangeren in een kwetsbare situatie

Voor kwetsbare zwangeren zijn diverse zorginterventies ontwikkeld met als doel de kwetsbaarheid te verminderen en zodoende de gezondheidssuitkomsten voor moeder en kind te verbeteren. Voor zwangeren in kwetsbare situaties onderscheiden we interventies die problemen in een vroeg stadium kunnen signaleren, zoals ALPHA-NL, Checklist Vroegsignalering in de kraamtijd (TNO), Mind2Care, en The Rotterdam Reproduction Risk Reduction checklist (R4U). Daarnaast zijn er ondersteuning bij opvoedingprogramma's zoals Prezorg, Stevig ouderschap, en Voorzorg. Vervolgens zijn er interventies die gericht zijn op de samenwerking tussen de disciplines zoals Psychiatrie, Obstetrie en Pediatrie polikliniek (POP-poli). Ook zijn er interventies om vrouwen te ondersteunen bij het ontwikkelen van een gezonde leefstijl of gezondheidsvaardigheden.

Implementatie van interventies voor zwangeren (in kwetsbare situaties)

Een overzicht van interventies voor zwangeren (in kwetsbare situaties) in Noord-Nederland ontbreekt. Er lijken regionale verschillen te bestaan in wat wordt aangeboden. Daarnaast is het onduidelijk in welke mate de interventies zijn geïmplementeerd. Het is van belang om naar implementatie te kijken, aangezien dit een grote invloed heeft op het uiteindelijke effect van de interventie (21-24). Zorgverleners passen interventies zelden toe zoals dat door de ontwikkelaars van die interventies is bedoeld. Soms worden gedeelten van

het programma overgeslagen (beperkte compleetheid) of worden toepassingen zodanig anders uitgevoerd (beperkte adherence) dat van daadwerkelijk implementatie nauwelijks sprake is (24). Een eerder bewezen effectieve interventie kan daardoor in de praktijk helemaal geen effecten bereiken.

Doel van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is het geven van een overzicht van de gebruikte interventies voor zwangeren (in kwetsbare situaties) in Noord-Nederland, het vaststellen van de implementatiegraad van interventies per VSV en het beschrijven van aspecten van kwetsbaarheid in de zwangerschap. Onderzoeksvragen zijn:

1. Welke interventies gericht op het verbeteren van de zwangerschapssuitkomsten worden momenteel aangeboden aan kwetsbare zwangere vrouwen door professionals in geboortezorg binnen de negen VSV's in Noord-Nederland?
2. Welke implementatiefase hebben de VSV's per interventie bereikt?
3. Welke aspecten van het concept van kwetsbaarheid benadrukken VSV's? Wat is hun definitie van kwetsbare zwangere vrouwen?



2. Methode

Onderzoeksdesign

Deze deelstudie is opgezet als een beschrijvend, observationeel, dwarsdoorsnede onderzoek.

Onderzoekspopulatie en dataverzameling

Alle leden die zitting hebben in de negen VSV's in Noord-Nederland en drie adviseurs gezondheidsbevordering van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) in Groningen, Friesland en Drenthe zijn gevraagd om een digitale vragenlijst via Qualtrics survey in te vullen tussen september 2019 tot en met januari 2020. De coördinator van het consortium Zwangerschap en Geboorte Noord-Nederland (ZeGNN) heeft de link en QR-code naar de vragenlijst meerdere malen doorgestuurd naar de contactpersonen van de VSV's met de vraag deze door te sturen naar hun leden. Op 1 november 2019 zijn tijdens het 7e Symposium Geboortezorg 'Een netwerk in beweging' van het Consortium ZeGNN de eerste resultaten van dit onderzoek gepresenteerd en is een mondelinge oproep gedaan om de vragenlijst in te vullen. Gedurende het onderzoek zijn er nieuwsbrieven van ZeGNN verschenen met een oproep mee te werken. Er was geen vergoeding verbonden aan het meedoen met het onderzoek.

Vervolgens zijn in september 2020 de websites van de negen VSV's onderzocht om verwijzingen die respondenten gaven bij hun respons op de vragenlijst te checken en aanvullende informatie te verkrijgen om het overzicht compleet te maken.

Vragenlijst

De digitale vragenlijst bestond uit negen vragen. Vier vragen betroffen het beleid en de interventies voor kwetsbare zwangeren die beschikbaar zijn in de VSV's, en de mate van implementatie van interventies. In de vragenlijst worden 13 interventies bij naam genoemd. Deze selectie komt voort uit een eerdere inventarisatie door de projectgroep "Kwetsbare Zwangeren" van het consortium ZeGNN. Voor de mate van implementatie (implementatiegraad) is in overleg met ZonMw (dossiernr 543003201; correspondentiekenmerk 2019/27154/ZonMw) gekozen om deze te meten aan de hand van de fasen van het implementatieproces volgens Fleuren (2). Aan de respondenten werd gevraagd door middel van een vierpuntschaal de implementatiegraad van deze 13 interventies aan te geven: 1. 'Ik ken de interventie niet'; 2. 'Ik ken de interventie wel maar gebruik deze niet'; 3. 'Ik ken deze interventie wel en gebruik alleen onderdelen'; 4. 'Ik ken de interventie en gebruik deze zoals bedoeld is'.

Naast deze lijst van 13 interventies werd de respondenten gevraagd ook andere interventies, activiteiten, handelwijzen ten aanzien van kwetsbare zwangeren in hun praktijk of VSV te noemen. Vervolgens richtten twee vragen zich op hoe de respondent zelf kwetsbare zwangeren definieert en hoe de respondent denkt dat het VSV dit begrip definieert, en één vraag betrof de inschatting van zorgverleners in welke mate zij te maken hebben met kwetsbare zwangeren (zie box 1).

Box 1 Vragen uit de digitale vragenlijst 'Overzicht van (de implementatiegraad van) interventies voor kwetsbare zwangeren'

1. Wat is uw functie in de organisatie waar u werkt?
2. In welk VSV bent u het meest betrokken?
3. Heeft uw VSV een actueel overzicht van alle interventies die worden aangeboden aan kwetsbare zwangeren?
4. Heeft uw VSV een definitie opgesteld rondom de term kwetsbare zwangere? En zo ja, welke?
5. Heeft uw VSV een beleid, protocol, expertgroep, etc. opgesteld rondom kwetsbare zwangeren?

De volgende vragen gaan over interventies die u persoonlijk aanbiedt op praktijkniveau (dus uw eigen verloskundigenpraktijk, uw ziekenhuis of organisatie). Wij zijn op zoek naar interventies, instrumenten, activiteiten, handelingswijzen, ondersteuningsprogramma's, etc. tijdens de zwangerschap en ook naar interventies voor zwangeren die mogelijk ook doorlopen in het eerste levensjaar.

6. Hoe groot schat u het percentage kwetsbare zwangeren in uw praktijk (geef percentage kwetsbaar op totaal aantal zwangeren)?
7. Hoe herkent u persoonlijk een kwetsbare zwangere?
8. Heeft u persoonlijk in uw eigen praktijk het afgelopen jaar de gegeven 13 interventies toegepast bij (kwetsbare) zwangeren? Kies daarbij uit een van de vier antwoordmogelijkheden:
 - Ik ken deze interventie niet (onbekend)
 - Ik ken de interventie wel, maar gebruik deze niet
 - Ik ken de interventie wel, en gebruik alleen onderdelen
 - Ik ken de interventie en gebruik deze zoals bedoeld is
9. Zijn er andere interventies, instrumenten, activiteiten, handelingswijzen, ondersteuningsprogramma's, etc. die u in uw praktijk verricht of aanbiedt om zwangere vrouwen te ondersteunen?

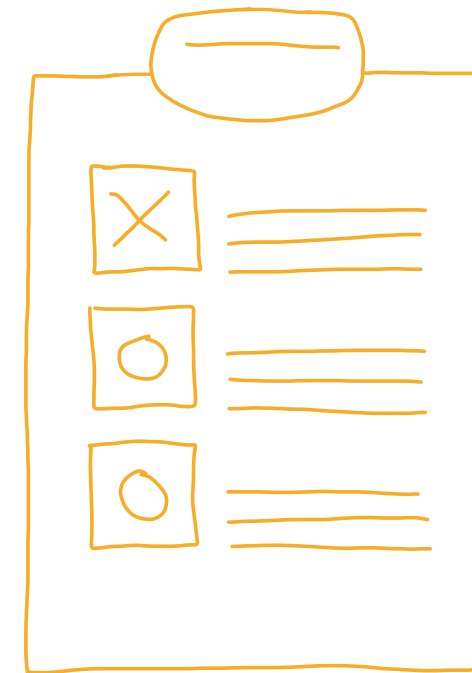
De digitale vragenlijst is in een tweetal concepten (14 maart 2019, 3 juni 2019) voorgelegd aan dr. GA Welker, implementatiedeskundige, adviseur Beleid en Implementatie, Coördinator UMCG Kenniscentrum Kwaliteit en Veiligheid. Daarnaast is de conceptvragenlijst voorgelegd aan leden van de wetenschappelijke- en adviesraad van het 'Samen Kwetsbaar, Samen Sterk' project op 4 juni 2019, aan 22 hulpverleners op congres 'Een goede start is veel werk' op 13 juni 2019 in Drachten, en aan docenten van de Verloskundeacademie Groningen begin september 2019. Er kwamen suggesties over taalgebruik en lay-out. Op basis van deze suggesties is de definitieve versie van de vragenlijst opgesteld.

Data-analyse

Frequenties worden gegeven van de fase van implementatie waarin de interventies zich bevinden (voor alle VSV's). De definities van 'kwetsbare zwangere' op VSV-niveau en praktijkniveau zijn via inhoudsanalyse gecodeerd.

Ethische verantwoording

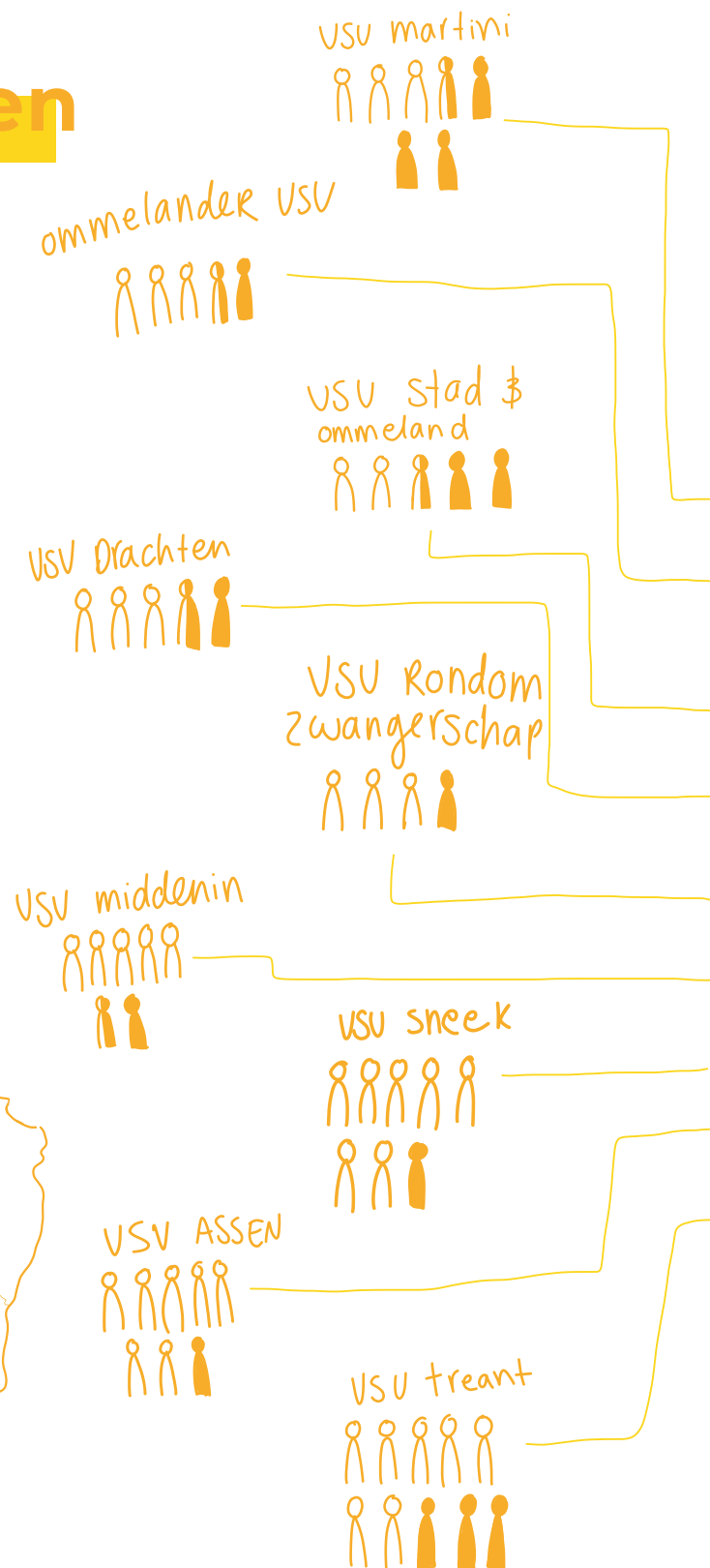
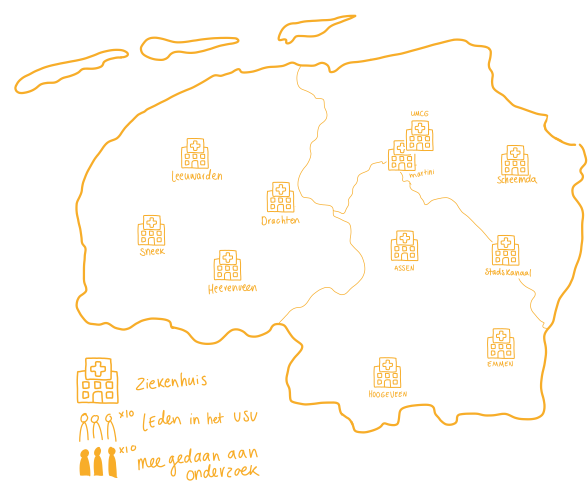
De Medisch Ethische Toetsings Commissie (METC) (2019.259) heeft de studie als niet WMO plichtig beoordeeld. De gegevens zijn anoniem verwerkt. De respondenten hebben informed consent gegeven voor het gebruik van informatie uit de vragenlijst. Iedereen die met de data van het onderzoek in aanraking kwam heeft een privacyverklaring getekend.



3. Resultaten

De vragenlijst is ingevuld door 202 respondenten; echter, niet alle respondenten hebben alle vragen ingevuld.

Van de 202 respondenten zijn de meesten eerstelijns verloskundigen (38%), gevolgd door gynaecologen (13%), klinisch verloskundigen (12%), obstetrieverpleegkundigen (11%), kinderartsen (5%), verloskundig actieve huisartsen (3%), kraamverzorgenden (4%) en een jeugdhulpverlener (1%). Andere functies van respondenten (12%) zijn onder meer: manager kraamzorg, echoscopist, kwaliteitsfunctionaris, projectleider, beleidsadviseur, gynaecoloog in opleiding. Van de respondenten die de vraag hebben beantwoord bij welk VSV zij het meest betrokken zijn (n=181), noemt 41% een VSV in de provincie Groningen, 28% een VSV in Friesland en 23% een VSV in Drenthe (zie tabel 1). De gemiddelde respons per VSV is 30% (range 15-41%).



Tabel 1 verdeling van 181 respondenten^a die aan hebben gegeven bij welk VSV zij voornamelijk betrokken zijn en respons over de Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV's) in Noord-Nederland

VSV (met aantal leden bij benadering) ^b	VSV gecentreerd rondom ziekenhuis ..	N= (%)	Percentage respondenten per VSV ^c (%)
VSV Martini (70)	Martiniziekenhuis Groningen	33 (18%)	47%
Ommelander VSV (46)	Ommelander Ziekenhuis Groningen (OZG) Scheemda	15 (8%)	33%
VSV Stad & Ommeland (53)	Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) Groningen	27 (15%)	51%
VSV Drachten (52)	Nij Smellinghe Drachten	16 (9%)	31%
VSV Rondom Zwangerschap (39)	Medisch Centrum Leeuwarden (MCL) Leeuwarden	9 (5%)	23%
VSV Middenin (69)	Tjongerschans Heerenveen	15 (8%)	22%
VSV Sneek (76)	Antoniusziekenhuis Sneek	11 (6%)	15%
VSV Assen (78)	Wilhelminaziekenhuis Assen	12 (7%)	15%
VSV SHE Treant groep (96)	Treant Zorggroep	29 (16%)	30%
Anders		14 (8%)	nvt
TOTAAL		181 (100%)	Gemiddeld 30%

^a data in aantallen en percentages

^b volgens ZeGNN (voorjaar 2020)

^c aantal respondenten gedeeld door aantal leden bij benadering.



3.1 Interventies

In deze paragraaf worden de resultaten besproken die de eerste twee deelvragen betreffen:

1. Welke interventies gericht op het verbeteren van de zwangerschapsuitkomsten worden aangeboden aan kwetsbare zwangere vrouwen door professionals in geboortezorg binnen de negen Verloskundig Samenwerkingsverbanden (VSV's) in Noord-Nederland?
2. Welke implementatiefase hebben de VSV's per interventie bereikt?

Allereerst hebben 142 van de 202 respondenten de vraag beantwoord of het VSV waarbij zij zijn aangesloten, een beleid heeft rondom de kwetsbare zwangeren. Van deze 142 respondenten beantwoordt 61% deze vraag positief, en 8% geeft aan hun VSV nog bezig is met het ontwikkelen van een beleid, protocol of zorgpad.

Van de 202 respondenten hebben 142 de vraag beantwoord of hun VSV een actueel overzicht heeft van het aanbod van interventies voor kwetsbare zwangeren binnen het VSV. Negenendertig procent hiervan bevestigt het bestaan van een dergelijk overzicht; 21% meent dat hun VSV geen overzicht heeft, 40% geeft aan niet te weten of hun VSV een overzicht heeft. Vervolgens hebben 115 van de 202 respondenten aangegeven in welke mate zij de interventie persoonlijk toepassen in de eigen praktijk (zie tabel 2). In Bijlage 1 is de verdeling over de vier implementatiefases van deze dertien interventies op VSV-niveau te zien.

Tabel 2 de implementatiegraad* en verdeling over de vier implementatiefases^a van dertien geselecteerde interventies die door respondenten persoonlijk worden toegepast in de eigen praktijk (ingevuld door 115 respondenten).

Interventie	Implementatiegraad*	Ik ken de interventie niet	Ik ken de interventie wel maar ik gebruik de interventie niet	Ik ken de interventie en gebruik deze gedeeltelijk	Ik ken de interventie en gebruik deze zoals bedoeld
Vroegsignalering					
ALPHA-NL	2,7	11 (5%)	49 (42%)	25 (22%)	30 (26%)
Checklist Vroegsignalering in de kraamtijd (TNO)	2,4	35 (30%)	29 (25%)	16 (14%)	35 (30%)
The Rotterdam Reproduction Risk Reduction checklist (R4U)	1,7	41 (36%)	65 (57%)	8 (7%)	1 (1%)
Mind2Care	1,4	67 (33%)	47 (23%)	0 (0%)	1 (1%)
Ondersteuning bij opvoeding					
Stevig Ouderschap	2,6	21 (18%)	36 (31%)	28 (24%)	30 (26%)
VoorZorg	2,2	56 (49%)	17 (15%)	10 (9%)	32 (28%)
Prezorg	1,9	69 (60%)	16 (8%)	4 (2%)	26 (13%)
Ondersteuning bij stoppen met roken					
V-MIS	2,4	31 (27%)	29 (25%)	35 (30%)	20 (17%)

Trimbos richtlijn addendum 'Behandeling van tabaksverslaving en stoppen-met-roken ondersteuning bij zwangere vrouwen'	2,3	24 (21%)	42 (37%)	36 (31%)	13 (11%)
Ondersteuning stoppen met roken met nicotine vervangende middelen	2,1	31 (27%)	52 (45%)	25 (22%)	7 (6%)
Overige interventies					
Psychiatrie, Obstetrie en Pediatrie polikliniek (POP-poli)	3,3	4 (2%)	25 (22%)	15 (13%)	71 (62%)
Centering Pregnancy	2,7	6 (3%)	57 (50%)	13 (11%)	39 (34%)
Moeders Informeren Moeders (MIM)	1,5	75 (65%)	29 (25%)	6 (5%)	5 (4%)

* gemiddelde op een vierpuntschaal [1 'Ik ken de interventie niet' tot 4 'Ik ken de interventie en gebruik deze zoals bedoeld']

^a data in aantallen en percentages

Wat betreft de implementatiegraad scoren de interventies POP-poli (3,3), Centering Pregnancy (CP) (2,7), ALPHA-NL (2,7) het hoogste en R4U (1,7), Moeders Informeren Moeders (MIM) (1,5) en Mind2Care (1,4) van alle interventies het laagst. Dit betekent dat in de negen VSV's de POP-poli van de geselecteerde interventies in de meest gevorderde fase geïmplementeerd is. In de negen VSV's bevindt de POP-poli zich in de fase tussen 'ik ken de interventie wel en gebruik alleen onderdelen' en 'ik gebruik de interventie zoals bedoeld is'. Centering Pregnancy en ALPHA-NL bevinden zich gemiddeld in de fase tussen 'Ik ken de interventie wel maar ik gebruik de interventie niet' en 'ik ken de interventie wel en gebruik alleen onderdelen'. R4U, MIM en Mind2Care bevinden zich in de fase 'ik ken de interventie niet' en 'Ik ken de interventie wel maar ik gebruik de interventie niet'.

De eerste vier genoemde interventies in de tabel betreffen de vroegsignalering van kwetsbare zwangeren. Van deze vier instrumenten is de ALPHA-NL het meest bekende instrument (95% van de respondenten kent het instrument) en heeft de hoogste implementatiegraad (2,7), gevolgd door Checklist Vroegsignalering in de Kraamtijd (TNO) (2,4). Respectievelijk 26 en 30% van de respondenten denkt de ALPHA-NL en Checklist Vroegsignalering in de kraamtijd (TNO) toe te passen zoals bedoeld is. Mind2Care en R4U worden door weinig respondenten gebruikt: respectievelijk 1 en 8% terwijl 33% van de respondenten aangeeft het Mind2Care-instrument niet te kennen en 36% is onbekend met de R4U.

Van de drie interventies die ondersteuning geven bij het bevorderen van een gezonde opgroeisituatie scoort Stevig Ouderschap de hoogste implementatiegraad: 2,6. Van de respondenten denkt 26% Stevig Ouderschap toe te passen zoals bedoeld, 24% geeft aan onderdelen van deze interventie te gebruiken. Bijna de helft van de respondenten kent Voorzorg niet; 37% gebruikt de interventie wel waarvan 26% zoals bedoeld is. Ook Prezorg is voor velen een onbekende interventie: 60% van de respondenten kent deze interventie niet en slechts 15% gebruikt Prezorg.

De meeste respondenten (63-79%) zijn bekend met alle drie de interventies gericht op stoppen met roken tijdens de zwangerschap. Van de respondenten die de interventies toepassen, gebruiken de meesten onderdelen van de interventies. Zevenenvertig procent van de respondenten gebruikt de V-MIS waarvan 17% zoals bedoeld, 37% past het addendum van de Trimbosrichtlijn toe waarvan 11% zoals bedoeld en voor de begeleiding met nicotinevervangende middelen liggen deze percentages op respectievelijk 28% en 6%.

De laatste drie interventies in de tabel hebben een verschillende focus. In de POP-poli werken kinderarts, gynaecoloog, psychiater en psycholoog samen om eenduidig beleid af te spreken voor individuele zwangere vrouwen met psychische klachten of psychiatrisch problematiek (in de voorgeschiedenis). De meeste respondenten (98%) kennen de POP-poli en 62% van de respondenten gebruiken de POP-poli zoals bedoeld is. Centering Pregnancy (CP) is een zorgmodel waarin zwangeren verloskundige zorg in

groepsverband krijgen aangeboden. In deze zorgvorm ligt de nadruk op empowerment en het ontwikkelen van gezondheidsvaardigheden. Deze interventie kennen de meeste respondenten (97%), 44% van de respondenten passen CP toe waarvan 34% zoals het bedoeld is.

Bij Moeders Informeren Moeders (MIM) ondersteunen ervaren moeders vrouwen die voor het eerst moeder zijn geworden en onzeker zijn over de opvoeding en weinig sociale steun ervaren. De meeste respondenten (65%) kennen deze interventie niet, en 9% gebruikt de interventie waarvan 4% zoals MIM bedoeld is.



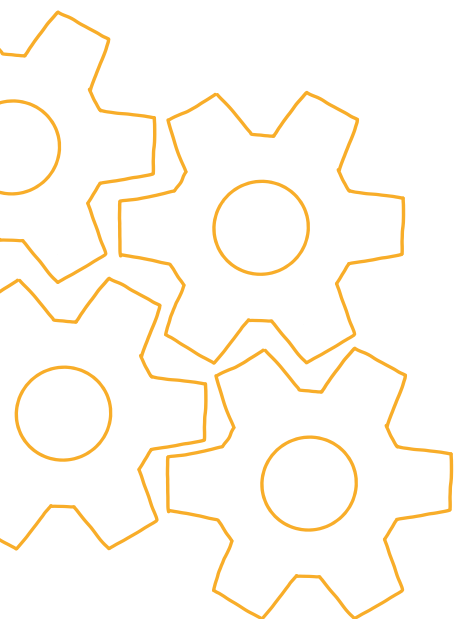
Tabel 3 laat de implementatiegraad van de dertien voorgeselecteerde interventies op VSV-niveau zien.

Tabel 3 de implementatiegraad* van dertien geselecteerde interventies per VSV

Interventie	ZeGNN	GRONINGEN			FRIESLAND				DRENTHE	
		VSV Martini	Ommelander VSV	VSV Stad & Ommeland	VSV Drachten	VSV Rondon Zwangerschap	VSV Middenin	VSV Sneek	VSV Assen	VSV SHE Treant groep
(n respondenten=)	(115)	(22)	(12)	(11)	(12)	(6)	(8)	(9)	(8)	(21)
Vroegsignalering										
ALPHA-NL	2,7	3,0	2,9	2,1	2,8	2,0	2,0	3,4	2,0	3,0
Checklist Vroegsignalering in de kraamtijd (TNO)	2,4	2,8	2,4	1,6	2,1	1,8	2,6	2,6	3,6	2,4
R4U	1,7	1,8	1,7	1,4	1,6	2,0	2,5	1,7	1,9	1,8
Mind2Care	1,4	1,2	1,3	1,4	1,4	1,3	1,8	1,7	1,9	1,3
Ondersteuning bij opvoeding										
Stevig Ouderschap	2,6	2,4	2,8	1,9	3,5	3,7	3,6	3,6	2,0	1,9
VoorZorg	2,2	1,4	1,6	1,3	2,4	1,2	3,4	1,2	4,0	3,1
Prezorg	1,9	1,5	1,3	1,1	1,5	1,2	1,9	1,1	4,0	3,0

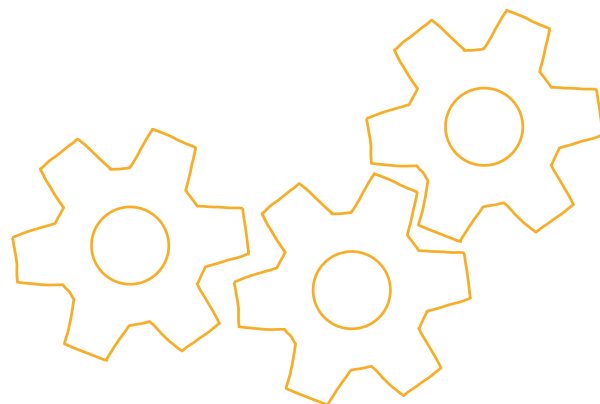
Ondersteuning bij stoppen met roken										
V-MIS	2,4	2,4	2,4	1,7	2,2	3,0	2,4	2,8	3,4	2,3
Trimbos richtlijn	2,3	2,6	1,8	1,7	2,2	1,7	3,3	2,8	3,1	2,3
Nicotine vervangende middelen	2,1	2,3	1,9	2,2	1,6	1,7	2,3	2,8	2,4	1,8
Overige interventies										
POP-poli	3,3	3,7	3,6	3,6	3,8	4,0	3,3	4,0	3,0	2,3
Centering Pregnancy	2,7	2,4	2,6	2,6	2,9	3,2	2,5	3,2	3,1	3,0
Moeders Informeren Moeders (MIM)	1,5	1,7	1,4	1,6	1,3	1,0	1,6	1,9	1,5	1,3

*gemiddelde op een vierpuntschaal [1 'Ik ken de interventie niet' tot 4 'Ik ken de interventie en gebruik deze zoals bedoeld']



De interventies MIM, CP, V-Mis, Ondersteuning stoppen met roken met nicotine vervangende middelen laten geen verschil zien in implementatiegraad tussen VSV's. VoorZorg is vooral in Drenthe en VSV Middenin geïmplementeerd en Stevig Ouderschap vooral in Friesland. De POP-poli kent in alle VSV's een hoge implementatiegraad.

Naast deze dertien geselecteerde interventies werd de respondenten gevraagd om ook andere interventies te noemen, (instrumenten, activiteiten, handelingswijzen, ondersteuningsprogramma's, reguliere zorg) die respondenten in eigen praktijk aanbieden om kwetsbare zwangere vrouwen te ondersteunen (zie Tabel 4).



Interventie	Aantal respondenten per VSV dat deze interventie noemt									
	Martini	Drachten	Middenin	Stad en ommeland	Rondom zwangerschap	Anders	SHE (Treat)	Assen	Ommeland	Sneek
BabythuisZorg	1	1	3							
Begeleid wonen			1							
Buddy	1	1								
Casemanager			1							
(Opvanghuis) Chavah	1									
(Samenwerking met) Consultatiebureau				1						
Fier		1								
GIZ (Gezamenlijke Inschatting Zorgvraag) Pilot bij kraamzorg	1									
Gebiedsteam of Wij(k)team	2		1		1					
Home-start	1					1				
Huisarts + POHer					1		1			
Huisbezoek						1		1		
St. Inlia (hulp aan vluchtelingen en asielzoekers)				1						
Jeugdzorg	2								1	
Kinderen tellen mee	1									

Kraambank (gratis tweedehands babykieren en uitzet voor minder bedeelden)				1					
La mama's (overgegaan in: Jong & Mama)									1
(Checklist) Laaggeletterdheid herkennen (Pharos.nl)					1				
Leefstijlspreekuur/ Leefstijlcoach/ levenscoach/ Coach bij angst/ Coach met verpleegkundige			1		2	1	3	1	
Medisch Maatschappelijk Werk	3		1			2		1	
Multidisciplinair overleg (MDO) Perinataal overleg	1		2						
Nu niet zwanger	1								
Ontmoetingscentrum Jonge Ouders (OJO)			1						
Psycholoog/ Medische psycholoog			2	1					
SMR-Stoppen Met Roken door praktijkondersteuner	1								
Stoppen voor 2				2					
Taalcoach (voor vluchtelingen en asielzoekers)			1						
Telefonische Advisering (TA)	1		1					1	
Tolktelefoon			1						
Veilig Thuis						1			
Veilig Zwanger	1								
Verslavingszorg						1			
Zorgpad Vroegsignalering			1						

Van de genoemde interventies in Tabel 4 geven we in Bijlage 2 achtergrondinformatie: Interventie (titel), Effect (indien onderzocht), Doelgroep (voor wie), Doel (waarvoor), Aanpak (hoe, hoe vaak, hoe lang, door wie), Kosten (cliënt), en indien beschikbaar een logo en/of een verwijzing naar de website.



3.2 Kwetsbare zwangeren

De definitie van het VSV

Om de derde deelvraag (*Welke aspecten van het concept van kwetsbaarheid benadrukken VSV's? Wat is hun definitie van kwetsbare zwangere vrouwen?*) te kunnen beantwoorden, is allereerst gevraagd of de respondent weet of het VSV een definitie voor kwetsbare zwangeren heeft opgesteld. Van de 142 respondenten, geven 47 (33%) aan dat hun VSV een definitie heeft opgesteld. Van deze 47 respondenten geven 20 een toelichting. Geen van de respondenten geeft een concrete definitie of beschrijving. Kwetsbare zwangeren worden omschreven als vrouwen die extra zorg nodig hebben, vrouwen waarbij zorgen zijn rondom de veiligheid van het (ongeboren) kind, high risk vrouwen. Een paar respondenten geven aan de definitie niet te kunnen reproduceren, anderen verwijzen naar een website of het vroegsignaleringsinstrument ALPHA-NL.

Bij het checken van de websites van de negen VSV's, blijken drie VSV's geen openbaar toegankelijk website te hebben, vier VSV's omschrijven de term kwetsbare zwangeren niet. Een VSV verwijst naar het vroegsignaleringsinstrument ALPHA-NL voor de omschrijving van kwetsbare zwangeren. ALPHA-NL is een zelfrapporterende lijst van 48 vragen over 15 gevalideerde risicofactoren voor een onveilige opgroeisituatie (Vink et al, 2012). Indirect geeft het VSV hiermee aan deze risicofactoren volgens de ALPHA-NL, te zien als kenmerken van kwetsbare zwangeren of een kwetsbare situatie.

Twee VSV's omschrijven aan de hand van de zorgpaden 18 kwetsbare situaties:

1. Psychiatrische hulpvraag
2. Recent (< 2 jaar) of huidig contact met jeugdhulpverlening
3. Drugs, alcohol en psychofarmaca-gebruik
4. (Licht) Verstandelijke beperking
5. Tienerzwangerschap
6. Financiële problematiek
7. Laaggeletterdheid
8. Onverzekerd
9. Asielzoekers
10. Psychische problematiek
11. Huisvestingproblematiek
12. Laat in zorg
13. Fysiek zwaar werk, stressvol werk, werk met gevaarlijke stoffen
14. Medicatiegebruik
15. Roken
16. Soa's
17. Belaste voorgeschiedenis
18. Huiselijk geweld/kindermishandeling

De methode van herkennen van kwetsbare zwangeren.

De vraag "Hoe herkent u persoonlijk een kwetsbare zwangere in uw praktijk?" is beantwoord door 115 respondenten. De antwoorden leveren informatie op over de manieren waarop respondenten kwetsbare zwangeren signaleren en welke signalen of kenmerken van kwetsbaarheid respondenten onderscheiden (tabel 5).

Vierendertig procent van de respondenten herkent kwetsbare zwangeren tijdens de intake of anamnese. Een derde van de respondenten (33%) maakt daarbij gebruik van de ALPHA-NL vragenlijst, Checklist Vroegsignalering in de kraamzorg (TNO), R4U of een andere vragenlijst. Zeventien respondenten geven aan tijdens gesprekken kwetsbaarheid te herkennen door onder meer gerichte vragen te stellen over de voorgeschiedenis, sociale omstandigheden of doordat zwangeren zelf benoemen dat zij "het lastig vinden of hebben". Ook later in de zwangerschap, naarmate de vertrouwensband tussen de respondent en de zwangere groeit, kunnen respondenten beter inzicht krijgen in omstandigheden die de zwangere kwetsbaar maken.

Acht respondenten geven aan dat intuïtie, onderbuikgevoel, of het fingerspitzengefühl hen helpt bij het signaleren van kwetsbare zwangeren. Tot slot zijn er 18 respondenten die aangeven zelf geen kwetsbare zwangeren te signaleren maar door verwijzingen van andere disciplines of vermeldingen in het dossier alert gemaakt worden op kwetsbaarheid van de zwangere.

Kenmerken of signalen van kwetsbaarheid volgens de respondenten.

In tabel 5 zijn de kenmerken of signalen van kwetsbaarheid in de zwangerschap die door de respondenten genoemd worden, vermeld. De meeste genoemde kenmerken of signalen zijn: de jonge leeftijd van de zwangere, middelengebruik, een laag opleidingsniveau, laag sociaaleconomische status (SES), een beperkt sociaal netwerk, psychische problematiek, een onverzorgd uiterlijk, werkeloos, en financiële problemen.



Tabel 5 signalen of kenmerken van kwetsbare zwangeren volgens 115 respondenten

Signalen of kenmerken van kwetsbaarheid	Aantal keren genoemd door respondenten
Tienerzwangerschap/ Jonge leeftijd	15
Roken-Alcohol-Drugsgebruik	14
Laag opleidingsniveau	13
Lage Sociaal Economische Status (SES)	11
Beperkt sociaal netwerk	9
Psychische problematiek	9
Onverzorgd uiterlijk	8
Werkeloos	8
Financiële problemen	8
Woonomstandigheden	6
Aanwezige hulpverlenende instanties	5
Woonadres	5
Manier van communiceren	5
Alleenstaand	5
Relatieproblemen	4
Belaste voorgeschiedenis	3
Laag IQ	3
Afspraken niet nakomen/te laat komen	3
Huiselijk en/of seksueel geweld	3
Eerdere uithuisplaatsingen	2
Zorgmijden	2
Asielzoeker/vluchteling	2
Onzekere zwangere/moeder	2
Trauma in de voorgeschiedenis/getraumatiseerd	2
Wajong uitkering	1
Analfabeet	1

4. Discussie

Nederlandse taal niet machtig	1
Besneden zijn	1
Overgewicht	1
Veilig thuis melding	1
Chronische ziekte	1
Weinig of geen draagkracht	1
Signalen bij een kind in het gezin	1
Gezinsproblematiek	1
Belaste jeugd van zwangere	1

Inschatting van de mate waarin zorgverleners te maken hebben met kwetsbare zwangeren

Het gemiddelde percentage kwetsbare zwangere vrouwen in de eigen praktijk wordt door de respondenten geschat op 21,6% (range 1-100; SD 17,23). Er is een verschil tussen de VSV's: De praktijken binnen het VSV Assen schatten het percentage kwetsbare zwangeren het meest voorzichtig in: gemiddeld 9% van hun cliënten zijn kwetsbaar. De praktijken in VSV Drachten maken een schatting van gemiddeld 16%, VSV Middenin (Heerenveen) 17%, VSV Sneek 18%, VSV Martini 18%, VSV Stad & Ommeland 23%, VSV SHE Treant 24%, Ommelander VSV 24%, VSV Randon Zwangerschap (Leeuwarden) 27%.

Uit de digitale vragenlijst blijkt dat in de negen VSV's in het Noorden een veelheid aan instrumenten, activiteiten, handelingswijzen, ondersteuningsprogramma's beschikbaar is om kwetsbare zwangere vrouwen te herkennen, een gezonde zwangerschap te bevorderen en te ondersteunen bij beginnend moederschap. Dit betekent echter niet dat deze interventies ook bij alle respondenten in deze studie bekend zijn en gebruikt worden zoals is bedoeld door de ontwikkelaars van de interventies. Binnen een selectie van 13 veel gebruikte interventies blijken de POP-poli, Centering Pregnancy, en ALPHA-NL het meest bekend te zijn onder de respondenten en zich in de verst gevorderde fase van implementatie te bevinden. Echter deze interventies worden respectievelijk door 62%, 34% en 26% van de respondenten gebruikt zoals bedoeld. Naast een veelheid van interventies wordt een veelheid aan factoren, kenmerken, of signalen genoemd die verwijzen naar het begrip "kwetsbare zwangeren". De respondenten noemen samen 35 verschillende kenmerken of signalen van kwetsbaarheid. Hoewel 33% van de respondenten meent dat hun VSV een definitie van kwetsbare zwangeren heeft, kan geen van de respondenten een concrete omschrijving geven. Bij het verifiëren van de websites van de VSV's wordt bij slechts drie VSV's een verwijzing naar het begrip 'kwetsbare zwangeren' gevonden. Eén VSV verwijst naar de 15 risicofactoren uit de ALPHA-NL en twee VSV's naar zorgpaden voor vrouwen in 18 kwetsbare situaties. De schatting van respondenten in welke mate zij te maken hebben met kwetsbare zwangeren loopt uiteen van 1 tot 100%; op VSV-niveau van 9 tot 27%.

Overzicht van interventies

Op de website van het College Perinatale Zorg (CPZ) bevindt zich een overzicht van preventie-initiatieven per levensfase (25). Deze initiatieven zijn bedoeld om een gezonde zwangerschap en opgroeisituatie te bevorderen. De respons op onze digitale vragenlijst laat zien dat naast interventies uit het overzicht van CPZ nog vele andere interventies aan kwetsbare vrouwen in het Noorden worden aangeboden. Daarbij moet worden opgemerkt dat over een enkele interventie zoals "Stoppen voor twee" geen nadere informatie op internet werd gevonden. Ook werden sommige interventies in het geheel niet genoemd zoals 'Supermama's' of 'Stoppen met roken, dat bevalt goed!' terwijl deze wel bekend zouden moeten zijn. Beide programma's worden namelijk al enige tijd door bekende organisaties zoals de gemeente Groningen en GGD Friesland aangeboden. Dat roept de vraag op of de interventies altijd bij de juiste naam zijn genoemd door de respondenten. Er bestaan in het noorden veel interventies en initiatieven die aansluiten bij het groot aantal genoemde factoren van kwetsbaarheid. Voor elke specifieke kwetsbare situatie lijkt er wel een initiatief te zijn die ondersteuning aan vrouwen in die situatie kan bieden. Anderzijds maakt de veelheid van interventies ook het aanbod minder overzichtelijk. Een vijfde (20%) van de respondenten in onze studie geeft aan dat hun VSV geen actueel overzicht heeft van alle interventies die worden aangeboden en nog eens twee vijfde (41%) weet niet of hun VSV een actueel overzicht heeft.

De implementatiegraad van de interventies

Het ontbreken van een overzicht van beschikbare interventies en door wie of welke organisatie deze worden toegepast kan tevens bijdragen aan de gemiddelde lage implementatiegraad van de 13 geselecteerde interventies in de negen VSV's. De meeste interventies (acht van de 13) bevinden zich in de fase tussen 'Ik ken de interventie wel maar ik gebruik de interventie niet' en 'ik ken de interventie wel en gebruik alleen onderdelen' terwijl de interventies effectief kunnen zijn als ze gebruikt worden zoals bedoeld is (21-24). Volgens Fixsen, et al. (22) komt het in de praktijk regelmatig voor dat een zorgvuldig ontwikkelde interventie niet juist en niet op voldoende grote schaal geïmplementeerd wordt. Soms komt dit omdat ontwikkelaars bij het maken van een interventie onvoldoende rekening houdt met de wensen van degenen van wie wordt verwacht dat zij de interventie gaan uitvoeren en gebruiken, zoals intermediaire gebruikers (zorgverleners) als ook de beoogde eindgebruikers (zwangere vrouwen). In twee andere deelstudies van ons project 'Identifying and improving tailored care interventions for vulnerable pregnant women' onderzoeken wij de factoren die het gebruik van interventies door zorgverleners en vrouwen beïnvloeden. Deze studies zullen meer inzicht geven in de achtergronden van de beperkte implementatiegraad van de diverse interventies.

Daarnaast vraagt een succesvolle implementatie van een interventie om een procesmatig en planmatige aanpak (26). Het is onduidelijk in hoeverre de implementatie van de geselecteerde interventies in het

Noorden heeft plaatsgevonden volgens een planmatige aanpak. De negen VSV's in het Noorden zijn getraind in het gebruiken van de ACTIONmethodiek (27). Deze methodiek is in de VSV's geïntroduceerd om verbeterpunten uit de perinatale audit door te voeren. Zij is echter ook bruikbaar bij het implementeren van interventies en biedt de VSV's ondersteuning om te werken aan een verbeterd implementatieproces.

Definitie kwetsbare zwangeren en de prevalentie daarvan

Opvallend is dat twee derde (68%) van de respondenten aangeeft dat er in hun VSV beleid is ontwikkeld voor kwetsbare zwangeren, terwijl slechts een derde (33%) aangeeft dat er een definitie is opgesteld rondom de term 'kwetsbare zwangeren'. Het lijkt erop dat respondenten zelf betekenis geven aan begrippen als kwetsbaarheid en hanteren onbewust of bewust bepaalde waarden bij hun denken en handelen. Dat blijkt ook uit de range van het geschatte percentage kwetsbare zwangere vrouwen in de eigen praktijk: 1 tot 100%. Dit komt overeen met de literatuur die aangeeft dat het begrip kwetsbare zwangere geen eenduidige definitie kent (6, 20, 28).

Het Erasmus MC werkt in samenwerking met de gemeente Rotterdam sinds 2014 aan een definitie met als doel om de juiste zorg op de juiste plek te krijgen (4). Ook zij constateren dat er veel verschillende sociale risicofactoren zijn die een zwangere kwetsbaar kunnen maken maar dat tegelijkertijd niet elke zwangere met een of meerdere van die risicofactoren kwetsbaar is. Er zijn namelijk ook factoren die vrouwen beschermen

zoals een stabiel gezinsklimaat of een ondersteunend sociaal netwerk (4). In onze studie noemen de respondenten deze beschermende factoren niet en brengen geen nuance aan in de mate van kwetsbaarheid. Echter uit semigestructureerde interviews met zorgverleners in Noord-Nederland herkennen wij dit denken over kwetsbaarheid als een disbalans tussen risicofactoren en beschermende factoren wel (publicatie in gang). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat in de interviews doorgevraagd werd terwijl een digitale vragenlijst niet uitnodigt om uitgebreide antwoorden te geven.

Bij het gebruik van een balansmodel van risico- en beschermende factoren (4) lijkt een eenduidige omschrijving van het begrip van kwetsbare zwangeren onmogelijk te zijn. Dit verklaart mogelijk dat twee derde van de respondenten (67%) in onze studie aangeeft dat hun VSV geen definitie van kwetsbare zwangeren hanteert. Wel maken twee VSV's gebruik van zorgpaden waarbij 18 kwetsbare situaties worden omschreven en één VSV verwijst voor de term kwetsbare zwangeren indirect naar de 15 risicofactoren voor een ongunstige opgroeisituatie volgens de ALPHA-NL.

De roep om een eenduidige definitie komt voort om medische zorgverleners en sociale hulpverleners op een lijn te krijgen en vrouwen met sociale risicofactoren tijdig passend zorg te bieden (4). Twee derde (69%) van de respondenten in onze studie geeft aan dat hun VSV een beleid heeft ontwikkeld voor kwetsbare zwangeren of daar mee bezig is. Drie VSV's maken dit beleid zichtbaar voor de

buitenwereld door middel van hun websites. Het roept de vraag op hoe vrouwen en zorgverleners die niet direct betrokken zijn bij een VSV zoals huisartsen en verpleegkundigen van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ), zelfstandig informatie kunnen vinden over de beschikbare interventies in de regio en voor wie ze bedoeld zijn.

Het ontbreken van een eenduidige definitie bemoeilijkt een reële inschatting van het aantal kwetsbare zwangeren in een regio terwijl dit wel belangrijk is voor de planning en financiering van de zorg. Het Erasmus MC heeft in 2020 de zogenaamde Atlas Kwetsbaarheid ontwikkeld (29). Dit is een manier waarbij op basis van 12 determinanten als inkomen, opleidingsniveau, leeftijd, migratieachtergrond, aanwezigheid van depressieve gevoelens een schatting van kwetsbare zwangeren en gezinnen gemaakt kan worden (29). De gegevens komen uit diverse databases die vrij toegankelijk zijn. Het is onduidelijk in hoeverre de VSV's in het Noorden op de hoogte zijn van deze methode en/of zij al ervaring hebben opgedaan met het toepassen van deze methode.

Sterke en zwakke kanten van dit onderzoek

Bij digitaal uitgezette vragenlijsten is doorgaans de respons ongeveer 25-30%, hoewel hier grote verschillen gevonden worden (30). De gemiddelde respons van 30% op onze digitale vragenlijst met een range van 15 tot 41% is dus gebruikelijk te noemen, hoewel niet iedere respondent alle vragen heeft ingevuld. Wij gaan er vanuit dat vooral de zorgverleners die zich betrokken voelen bij kwetsbare zwangeren hebben gereageerd.

Bij een hogere respons hadden mogelijk ook meer zorgverleners de vragenlijst ingevuld die minder betrokken zijn of zich voelen bij deze doelgroep. We verwachten niet dat dit zozeer het overzicht van interventies beïnvloed zou hebben maar wel de implementatiegraad van de 13 interventies. Twaalf procent van de respondenten heeft een andere functie dan zorgverlener, zoals projectleider, beleidsadviseur of manager, en kon vanuit die positie wellicht niet hoger scoren op de implementatiegraad. Toch denken we dat de gemiddelde implementatiegraad van de 13 interventies een optimistisch beeld schetst.

Een belangrijke beroepsgroep ontbreekt in onze onderzoekspopulatie: de JGZ-verpleegkundigen. Er zijn wel drie GGD-beleidsadviseurs bevroegd maar niet JGZ-verpleegkundigen. Omdat de beroepsgroep niet direct betrokken is bij de VSV's is het logisch dat de vragenlijst hen niet heeft bereikt. Echter de JGZ-verpleegkundigen zijn gebruikers van de opvoedkundige ondersteunende programma's zoals Stevig Ouderschap, VoorZorg en Prezorg. Het vermoeden is dat deelname van hen aan deze studie de implementatiegraad van deze interventies positief beïnvloed zou hebben.

Niettemin zijn alle beroepsgroepen die wel actief betrokken zijn in de VSV's vertegenwoordigd in onze onderzoeksgroep. Hoewel niet evenredig vertegenwoordigen de respondenten alle VSV negen VSV's. Daarnaast hebben we gebruik gemaakt van kwantitatieve en kwalitatieve data en is de door de respondenten gegeven informatie gecheckt door middel van onderzoek van VSV-websites.

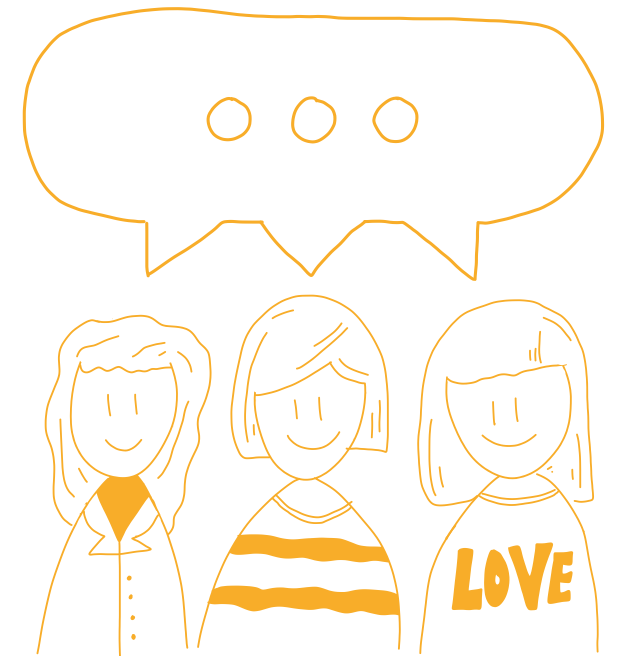
Hierdoor hebben we met deze studie inzicht gekregen in het aanbod van interventies voor kwetsbare zwangeren in Noord-Nederland en van een aantal interventies een indruk gekregen van de implementatiegraad.

Aanbevelingen voor de VSV's

1. Voor een optimaal gebruik van het aanbod van de interventies voor kwetsbare zwangeren is het aan te bevelen om een overzicht van interventies voor kwetsbare zwangeren te hebben in de regio en welke zorgverleners of instanties deze interventies toepassen.
2. Maak het actuele aanbod van interventies voor kwetsbare zwangeren en wie of welke organisaties deze aanbieden toegankelijk voor vrouwen en zorgverleners die niet direct betrokken zijn bij het VSV. Beschrijf daarbij ook voor welke vrouwen of situaties deze interventies bedoeld zijn en vermeld de wijze van financiering. Een meest logische plaats om deze informatie te delen is de VSV-website.
3. Evalueer de implementatie van de interventies die het VSV als belangrijk beschouwd in de zorg aan kwetsbare zwangeren en gebruik de ACTION methodiek voor het maken van een verbeterplan voor de implementatie van deze interventies.

Aanbeveling voor het consortium ZeGNN

Een van de speerpunten van het consortium ZeGNN is het ontwikkelen van een zorgstructuur voor kwetsbare zwangeren in Noord-Nederland. Binnen ZeGNN is de expertise aanwezig om te onderzoeken of de Atlas Kwetsbaarheid van het Erasmus MC & Bernhard van de Leer Foundation een geschikte methode is om een reëel inschatting te maken voor het aantal kwetsbare zwangeren of gezinnen binnen gemeentes. Een tweede stap zou zijn om de VSV's te informeren hoe zij deze methode kunnen toepassen in hun regio.



5. Conclusie

Dit onderzoek is een inventarisatie van de stand van zaken van de implementatie van interventies voor zwangeren in kwetsbare situaties in Noord-Nederland. Het geeft een overzicht van een veertigtal beschikbare interventies om kwetsbare zwangere vrouwen te herkennen, een gezonde zwangerschap te bevorderen en te ondersteunen bij beginnend moederschap.

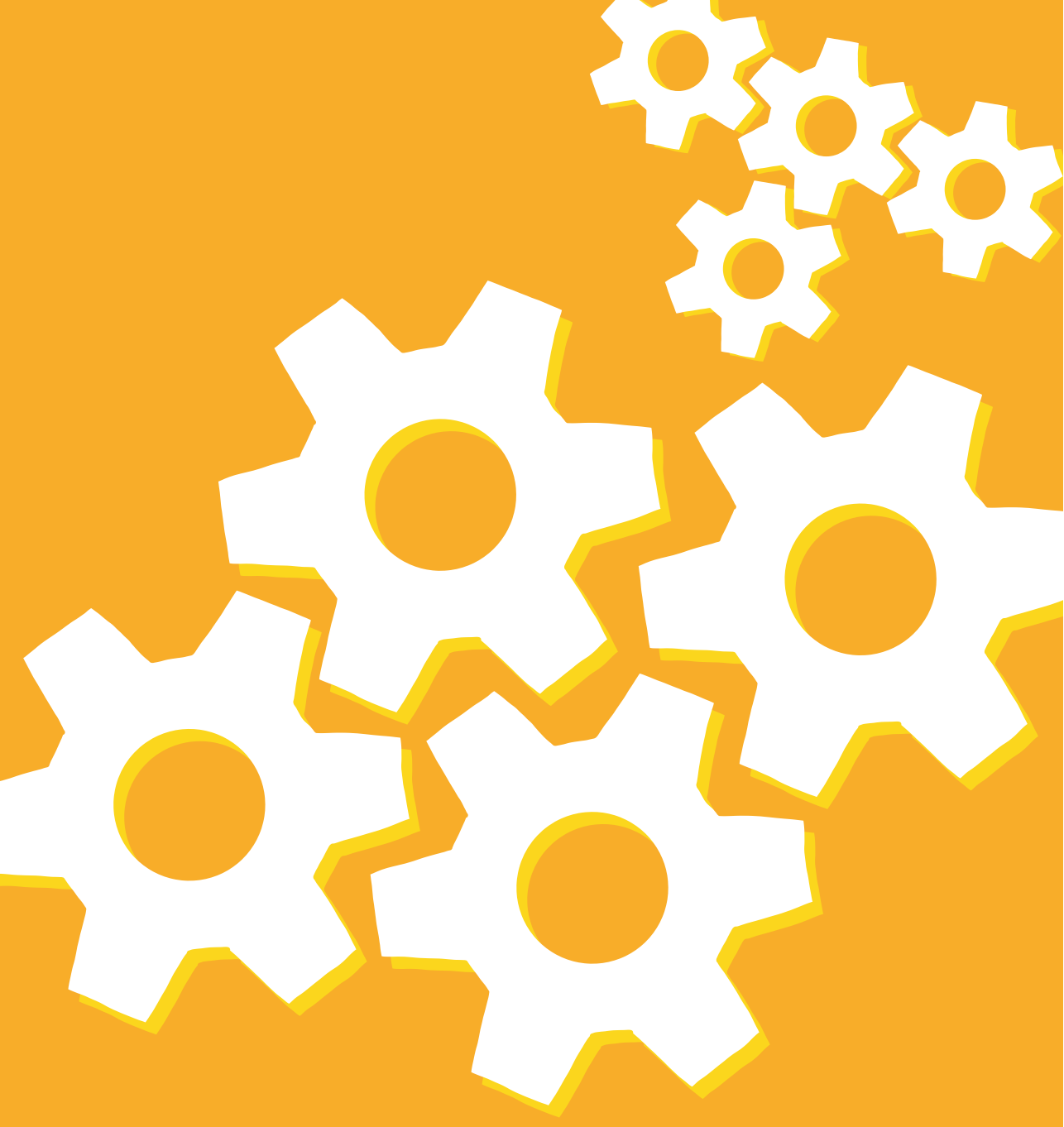
Dit betekent niet dat deze interventies bij alle respondenten in deze studie bekend zijn en gebruikt worden zoals is bedoeld door de ontwikkelaars van de interventies. Volgens de respondenten behalen van 13 geselecteerde interventies POP-poli, CP en ALPHA-NL de hoogste implementatiegraad en R4U, MIM en Mind2Care de laagste in de negen VSV's. Door respondenten is het percentage 'kwetsbare zwangeren' in de eigen praktijk geschat op gemiddeld 21,6% (range 1-100); op VSV-niveau lopen de percentages uiteen van 9% in VSV Assen tot 27% in VSV Rndom Zwangerschap (Leeuwarden). Twee derde van de respondenten geeft aan dat er beleid is opgesteld rondom de term 'kwetsbare zwangere', terwijl slechts een derde aangeeft dat er een definitie is opgesteld rondom de term kwetsbare zwangeren, zonder die definitie expliciet te kunnen maken. Er werd een veelheid aan factoren, kenmerken en signalen van kwetsbaarheid genoemd. Respondenten geven zelf betekenis aan begrippen als kwetsbaarheid en hanteren onbewust of bewust bepaalde waarden bij hun denken en handelen.

In vervolgonderzoek zullen interviews met zorgverleners en zwangere vrouwen in kwetsbare situaties laten zien waarom interventies niet of maar deels gebruikt worden en worden aspecten en definities van kwetsbaarheid nader onderzocht. Door middel van participatief actieonderzoek met zwangeren en zorgverleners willen we in twee VSV's de implementatie van interventies voor zwangeren in kwetsbare situaties verbeteren.

Literatuurverwijzingen

1. Rabin BA, Brownson RC, Haire-Joshu D, Kreuter MW, Weaver NL. A glossary for dissemination and implementation research in health. *J Public Health Manag Pract.* 2008 Mar-Apr;14(2):117-23.
2. Fleuren M, Wiefferink K, Paulussen T. Determinants of innovation within health care organizations: literature review and Delphi study. *International journal for quality in health care* 2004;16(2):107-123.
3. European Implementation Collaborative. Implementation. Beschikbaar via: <https://implementation.eu/implementation/>. Geraadpleegd 2020 juni 30.
4. Van der Meer L, Ernst H, Blachette L, Steegers E. Een kwetsbare zwangere, wat is dat eigenlijk? *Medisch Contact* 2020(22).
5. Zwangerschap en Geboorte Noord-Nederland (ZeGNN). Handreiking zorg voor kwetsbare zwangeren Oktober 2017 versie 3.1. 2017; Beschikbaar via: <https://werk-groepen.kennisnetgeboortezorg.nl/?-file=12100&m=1510052435&action=file.download>. Geraadpleegd 2020 februari 24.
6. Wildschut HIJ, Waelput AJM, Paarlberg KM, Fransen MP, Groenen CJM, Nieuwenhuijze M, et al. Hoofdstuk 2. De kwetsbare (aanstaande) moeder. In: Wildschut H, Boesveld I, editors. *Integrale geboortezorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2018. p. 47.
7. Gavin AR, Nurius P, Logan-Greene P. Mediators of adverse birth outcomes among socially disadvantaged women. *Journal of Women's Health* 2012;21(6):634-642.
8. Volksgezondheidsinformatie.nl. Sociaal economische status. <https://www.volksgezondheidsinformatie.nl/onderwerp/sociaaleconomische-status/regionaal-internationaal/regionaal#node-sociaaleconomische-status>. Geraadpleegd 2020 september 24.
9. Ravelli AC, Rijninks-van Driel GC, Erwich JJ, Mol BWJ, Brouwers HA, Abu Hanna A, et al. Provinciale verschillen in perinatale sterfte en reistijd tot ziekenhuis. *Ned Tijdschr Geneesk* 2011;155:A2689.
10. Visser S. Mechanismen van en interventies bij intergenerationele armoede: Een literatuuronderzoek. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen; 2019.
11. Volksgezondheidsinformatie.nl. Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen. 2016; Beschikbaar via: <https://www.volksgezondheidsinformatie.nl/onderwerp/gezondheidsmonitor-volwassenen-en-ouderen/regionaal#node-kaarten-op-ggd-en-gemeenteniveau>. Geraadpleegd 2020 september 24.
12. Kuchenbecker WK, Ruifrok AE, Bolster JH, Heineman MJ, Hoek A. Subfertility in overweight women. *Ned Tijdschr Geneesk* 2006 Nov 11;150(45):2479-2483.

13. Nelson TF, Gortmaker SL, Subramanian SV, Cheung L, Wechsler H. Disparities in overweight and obesity among US college students. *Am J Health Behav* 2007;31(4):363-373.
14. Weiss JL, Malone FD, Emig D, Ball RH, Nyberg DA, Comstock CH, et al. Obesity, obstetric complications and cesarean delivery rate—a population-based screening study. *Obstet Gynecol* 2004;190(4):1091-1097.
15. Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009(3).
16. Hoppenbrouwers K, Guérin C, Roelants M, Van Leeuwen K, Desoete A. Alcoholgebruik voor en tijdens de zwangerschap en in de periode van borstvoeding (SWVG Feiten & Cijfers 25). 2011.
17. Gezondheidsraad. Risico's van alcoholgebruik bij conceptie, zwangerschap en borstvoeding. 2005. Report No.: 2004/22.
18. KNOV. Handreiking Kwetsbare Zwangeren. 2017; Beschikbaar via https://www.knov.nl/serve/file/knov.nl/knov_downloads/2714/file/20170622_KNOV_Handreiking_kwetsbare_zwangeren_versie_FINAL.pdf. Geraadpleegd 2020 februari 24.
19. Busch M, van der Lucht F. Effecten van preventieve interventies: zijn er verschillen tussen mensen met een lage en een hoge sociaaleconomische status? 2012; Beschikbaar via: <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270171004.pdf>. Geraadpleegd 2020 februari 20.
20. Briscoe L, Lavender T, McGowan L. A concept analysis of women's vulnerability during pregnancy, birth and the postnatal period. *J Adv Nurs* 2016;72(10):2330-2345.
21. Brug J, Lechner L, Assema Pv, Kok G. Planmatige bevordering van gezond gedag. In: Brug J, Assema Pv, Lechner L, editors. *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering, een planmatige aanpak Assen: Koninklijke van Gorcum*; 2017. p. 15.
22. Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F, Burns B, et al. *Implementation research: A synthesis of the literature*. 2005.
23. Groense P. Succesvol implementeren. Beschikbaar via: <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/palliatieve-zorg/implementatiepagina/wat-verstaan-we-onder-implementatie/>. Geraadpleegd 2020 juni 30.
24. Paulussen T, Bessems K. Disseminatie en implementatie van interventies. In: Brug J, Assema Pv, Lechner L, editors. *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering, een planmatige aanpak Assen: Koninklijke van Gorcum*; 2017. p. 185.
25. College Perinatale Zorg. Initiatieven per levensfase. <https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/preventie/zwanger-zijn/>. Geraadpleegd 2020 september 24.
26. Grol R, Wensing, M. *Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Maarsse: Elsevier gezondheidszorg. 2015.
27. ACTion toolkit. De ACTion methodiek. <https://www.actiontoolkit.nl/action-methodiek/>. Geraadpleegd 2020 september 24.
28. de Groot N, Venekamp AA, Torij HW, Lambregtse-Van den Berg, Mijke P, Bonsel GJ. Vulnerable pregnant women in antenatal practice: Caregiver's perception of workload, associated burdens and agreement with objective caseload, and the influence of a structured organisation of antenatal risk management. *Midwifery* 2016;40:153-161.
29. Erasmus MC, Bernhard van der Leer Foundation. Toelichting op Atlas Kwetsbaarheid. Het risico op kwetsbare situaties onder (potentiële) ouders in beeld. 2020 Maart. Beschikbaar via: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=-cache:KOC2mRPWKyWJ:https://www.erasmusmc.nl/-/media/ErasmusMC/PDF/1-Themaspecifiek/Sophia/2020-03-16_Factsheet_kwetsbaarheidsatlas.pdf%3F1a%3Dnl-NL+%&cd=1&hl=nl&ct=clnk&gl=nl&client=safari. Geraadpleegd 2020 september 24.
30. Luiten A. *Benaderingsstrategieën; responsverhogende maatregelen bij sociale statistieken*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek. 2009.



BIJLAGE 1 De implementatiegraad en verdeling over de 4 implementatiefases van dertien bekende interventies per Verloskundig Samenwerkings Verband.

Bijlage 1

Implementatiegraad

Tabel 3a de implementatiegraad* en verdeling over de vier implementatiefases^a van dertien bekende interventies (n=22) van VSV Martini

Interventie	Implementatiegraad*	Ik ken de interventie niet	Ik ken de interventie wel maar ik gebruik de interventie niet	Ik ken de interventie en gebruik deze gedeeltelijk	Ik ken de interventie en gebruik deze zoals bedoeld
Vroegsignalering					
ALPHA-NL	3,0		8 (36%)	6 (27%)	8 (36%)
Checklist Vroegsignalering in de kraamtijd (TNO)	2,8	4 (18%)	5 (23%)	4 (18%)	9 (41%)
the Rotterdam Reproduction Risk Reduction checklist (R4U)	1,8	6 (27%)	14 (64%)	2 (6%)	
Mind2Care	1,2	17 (77%)	5 (23%)		
Ondersteuning bij opvoeding					
Stevig Ouderschap	2,4	3 (14%)	9 (41%)	8 (36%)	2 (9%)
Prezorg	1,5	15 (68%)	5 (23%)	1 (4%)	1 (4%)
VoorZorg	1,4	16 (73%)	5 (23%)		1 (4%)

Ondersteuning bij stoppen met roken					
Trimbos richtlijn addendum 'Behandeling van tabaksverslaving en stoppen-met-roken ondersteuning bij zwangere vrouwen'	2,6	3 (14%)	6 (27%)	10 (46%)	3 (9%)
V-MIS	2,4	5 (23%)	8 (36%)	5 (23%)	4 (18%)
Ondersteuning stoppen met roken met nicotine vervangende middelen	2,3	5 (23%)	8 (36%)	6 (27%)	3 (14%)
Overige interventies					
Psychiatrie, Obstetrie en Pediatrie polikliniek (POP-poli)	3,7		2 (9%)	2 (9%)	18 (82%)
Centering Pregnancy	2,4	1 (4%)	15 (68%)	3 (14%)	3 (14%)
Moeders Informeren Moeders (MIM)	1,7	12 (54%)	6 (18%)	2 (6%)	2 (6%)

*gemiddelde op een vierpuntschaal [1 'Ik ken de interventie niet' tot 4 'Ik ken de interventie en gebruik deze zoals bedoeld']

^a data in aantallen en percentages

Tabel 3b de implementatiegraad* en verdeling over de vier implementatiefases^a van dertien bekende interventies (n=12) van Ommelander VSV

Interventie	Implementatiegraad*	Ik ken de interventie niet	Ik ken de interventie wel maar ik gebruik de interventie niet	Ik ken de interventie en gebruik deze gedeeltelijk	Ik ken de interventie en gebruik deze zoals bedoeld
Vroegsignalering					
ALPHA-NL	2,9		5 (42%)	4 (33%)	3 (25%)
Checklist Vroegsignalering in de kraamtijd (TNO)	2,4	4 (33%)	3 (25%)	1 (7%)	4 (33%)
the Rotterdam Reproduction Risk Reduction checklist (R4U)	1,7	4 (33%)	8 (67%)		
Mind2Care	1,3	9 (75%)	3 (25%)		
Ondersteuning bij opvoeding					
Stevig Ouderschap	2,8	1 (8%)	4 (33%)	4 (33%)	3 (25%)
VoorZorg	1,6	7 (58%)	4 (33%)		1 (8%)
Prezorg	1,3	10 (83%)	1 (8%)		1 (8%)
Ondersteuning bij stoppen met roken					
V-MIS	2,4	5 (42%)		4 (33%)	3 (25%)
Ondersteuning stoppen met roken met nicotine vervangende middelen	1,9	4 (33%)	5 (42%)	3 (20%)	

Trimbos richtlijn addendum 'Behandeling van tabaksverslaving en stoppen-met-roken ondersteuning bij zwangere vrouwen'	1,8	6 (50%)	3 (25%)	2 (17%)	1 (8%)
Overige interventies					
Psychiatrie, Obstetrie en Pediatrie polikliniek (POP-poli)	3,6			5 (42%)	7 (58%)
Centering Pregnancy	2,6	1 (8%)	6 (50%)	2 (17%)	3 (25%)
Moeders Informeren Moeders (MIM)	1,4	9 (75%)	2 (17%)		1 (8%)

*gemiddelde op een vierpuntschaal [1 'Ik ken de interventie niet' tot 4 'Ik ken de interventie en gebruik deze zoals bedoeld']

^a data in aantallen en percentages

Tabel 3c de implementatiegraad* en verdeling over de vier implementatiefases^a van dertien bekende interventies (n=11) van VSV Stad & Ommeland

Interventie	Implementatiegraad*	Ik ken de interventie niet	Ik ken de interventie wel maar ik gebruik de interventie niet	Ik ken de interventie en gebruik deze gedeeltelijk	Ik ken de interventie en gebruik deze zoals bedoeld
Vroegsignalering					
ALPHA-NL	2,1	2 (18%)	7 (69%)	1 (9%)	1 (9%)
Checklist Vroegsignalering in de kraamtijd (TNO)	1,6	5 (46%)	5 (46%)	1 (9%)	
Mind2Care	1,4	7 (64%)	4 (36%)		
the Rotterdam Reproduction Risk Reduction checklist (R4U)	1,4	7 (64%)	4 (36%)		
Ondersteuning bij opvoeding					
Stevig Ouderschap	1,9	3 (37%)	7 (63%)		1 (9%)
VoorZorg	1,3	8 (73%)	3 (27%)		
Prezorg	1,1	10 (91%)	1 (9%)		
Ondersteuning bij stoppen met roken					
Ondersteuning stoppen met roken met nicotine vervangende middelen	2,2	2 (18%)	6 (55%)	2 (18%)	1 (9%)

Trimbos richtlijn addendum 'Behandeling van tabaksverslaving en stoppen-met-roken ondersteuning bij zwangere vrouwen'	1,7	4 (36%)	6 (55%)	1 (9%)	
V-MIS	1,7	5 (46%)	4 (36%)	2 (18%)	
Overige interventies					
Psychiatrie, Obstetrie en Pediatrische polikliniek (POP-poli)	3,6			5 (42%)	7 (58%)
Centering Pregnancy	2,6	1 (8%)	6 (50%)	2 (17%)	3 (25%)
Moeders Informeren Moeders (MIM)	1,4	9 (75%)	2 (17%)		1 (8%)

*gemiddelde op een vierpuntschaal [1 'Ik ken de interventie niet' tot 4 'Ik ken de interventie en gebruik deze zoals bedoeld']

^a data in aantallen en percentages

Tabel 3d de implementatiegraad* en verdeling over de vier implementatiefases^a van dertien bekende interventies (n=12) van VSV Drachtend

Interventie	Implementatiegraad*	Ik ken de interventie niet	Ik ken de interventie wel maar ik gebruik de interventie niet	Ik ken de interventie en gebruik deze gedeeltelijk	Ik ken de interventie en gebruik deze zoals bedoeld
Vroegsignalering					
ALPHA-NL	2,8	2 (17%)	3 (25%)	2 (17%)	5 (42%)
Checklist Vroegsignalering in de kraamtijd (TNO)	2,1	5 (42%)	4 (33%)		3 (25%)
the Rotterdam Reproduction Risk Reduction checklist (R4U)	1,6	5 (42%)	7 (58%)		
Mind2Care	1,4	7 (58%)	5 (42%)		
Ondersteuning bij opvoeding					
Stevig Ouderschap	3,5	1 (8%)	1 (8%)	1 (8%)	9 (75%)
VoorZorg	2,4	4 (33%)	2 (17%)	3 (25%)	3 (25%)
Prezorg	1,5	8 (67%)	3 (25%)		1 (8%)

Ondersteuning bij stoppen met roken					
Trimbos richtlijn addendum 'Behandeling van tabaksverslaving en stoppen-met-roken ondersteuning bij zwangere vrouwen'	2,2	3 (25%)	4 (33%)	5 (42%)	
V-MIS	2,2	4 (33%)	3 (25%)	4 (33%)	1 (8%)
Ondersteuning stoppen met roken met nicotine vervangende middelen	1,6	5 (42%)	7 (58%)		
Overige interventies					
Psychiatrie, Obstetrie en Pediatrie polikliniek (POP-poli)	3,8		1 (8%)		11 (92%)
Centering Pregnancy	2,9	2 (17%)	3 (25%)	1 (8%)	6 (50%)
Moeders Informeren Moeders (MIM)	1,3	8 (67%)	4 (33%)		

*gemiddelde op een vierpuntschaal [1 'Ik ken de interventie niet' tot 4 'Ik ken de interventie en gebruik deze zoals bedoeld']

^a data in aantallen en percentages

Tabel 3e de implementatiegraad* en verdeling over de vier implementatiefases^a van dertien bekende interventies (n=6) van VSV Rndom Zwangerschap

Interventie	Implementatiegraad*	Ik ken de interventie niet	Ik ken de interventie wel maar ik gebruik de interventie niet	Ik ken de interventie en gebruik deze gedeeltelijk	Ik ken de interventie en gebruik deze zoals bedoeld
Vroegsignalering					
ALPHA-NL	2,0	1 (17%)	4 (67%)	1 (17%)	
the Rotterdam Reproduction Risk Reduction checklist (R4U)	2,0	2 (33%)	2 (33%)	2 (33%)	
Checklist Vroegsignalering in de kraamtijd (TNO)	1,8	3 (50%)	1 (17%)	2 (33%)	
Mind2Care	1,3	4 (67%)	2 (33%)		
Ondersteuning bij opvoeding					
Stevig Ouderschap	3,7			2 (33%)	4 (67%)
VoorZorg	1,2	5 (83%)	1 (17%)		
Prezorg	1,2	5 (83%)	1 (17%)		
Ondersteuning bij stoppen met roken					
V-MIS	3		1 (17%)	4 (67%)	1 (17%)

Trimbos richtlijn addendum 'Behandeling van tabaksverslaving en stoppen-met-roken ondersteuning bij zwangere vrouwen'	1,7	2 (33%)	4 (67%)		
Ondersteuning stoppen met roken met nicotine vervangende middelen	1,7	2 (33%)	4 (67%)		
Overige interventies					
Psychiatrie, Obstetrie en Pediatrische polikliniek (POP-poli)	4				6 (100%)
Centering Pregnancy	3,2		2 (33%)	1 (17%)	3 (50%)
Moeders Informeren Moeders (MIM)	1	6 (100%)			

*gemiddelde op een vierpuntschaal [1 'Ik ken de interventie niet' tot 4 'Ik ken de interventie en gebruik deze zoals bedoeld']

^a data in aantallen en percentages

Tabel 3f de implementatiegraad* en verdeling over de vier implementatiefases^a van dertien bekende interventies (n=8) van VSV Middenin

Interventie	Implementatiegraad*	Ik ken de interventie niet	Ik ken de interventie wel maar ik gebruik de interventie niet	Ik ken de interventie en gebruik deze gedeeltelijk	Ik ken de interventie en gebruik deze zoals bedoeld
Vroegsignalering					
Checklist Vroegsignalering in de kraamtijd (TNO)	2,6	3 (38%)	1 (13%)		4 (50%)
the Rotterdam Reproduction Risk Reduction checklist (R4U)	2,5		5 (63%)	2 (25%)	1 (13%)
ALPHA-NL	2,0	1 (13%)	6 (75%)	1 (13%)	
Mind2Care	1,8	2 (25%)	6 (75%)		
Ondersteuning bij opvoeding					
Stevig Ouderschap	3,6			3 (38%)	5 (63%)
VoorZorg	3,4	1 (13%)		2 (25%)	5 (63%)
Prezorg	1,9	5 (63%)	1 (13%)		2 (25%)

Ondersteuning bij stoppen met roken					
Trimbos richtlijn addendum 'Behandeling van tabaksverslaving en stoppen-met-roken ondersteuning bij zwangere vrouwen'	3,3		1 (13%)	4 (50%)	3 (38%)
V-MIS	2,4	1 (13%)	3 (38%)	4 (50%)	
Ondersteuning stoppen met roken met nicotine vervangende middelen	2,3	1 (13%)	4 (50%)	3 (38%)	
Overige interventies					
Psychiatrie, Obstetrie en Pediatrie polikliniek (POP-poli)	3,3		2 (25%)	2 (25%)	4 (50%)
Centering Pregnancy	2,5		6 (75%)		2 (25%)
Moeders Informeren Moeders (MIM)	1,6	5 (63%)	2 (25%)		1 (13%)

*gemiddelde op een vierpuntschaal [1 'Ik ken de interventie niet' tot 4 'Ik ken de interventie en gebruik deze zoals bedoeld']

^a data in aantallen en percentages

Tabel 3g de implementatiegraad* en verdeling over de vier implementatiefases^a van dertien bekende interventies (n=9) van VSV Sneek

Interventie	Implementatiegraad*	Ik ken de interventie niet	Ik ken de interventie wel maar ik gebruik de interventie niet	Ik ken de interventie en gebruik deze gedeeltelijk	Ik ken de interventie en gebruik deze zoals bedoeld
Vroegsignalering					
ALPHA-NL	3,4		1 (11%)	3 (33%)	5 (56%)
Checklist Vroegsignalering in de kraamtijd (TNO)	2,6	2 (22%)	2 (22%)	3 (33%)	2 (22%)
Mind2Care	1,7	3 (33%)	6 (67%)		
the Rotterdam Reproduction Risk Reduction checklist (R4U)	1,7	3 (33%)	6 (67%)		
Ondersteuning bij opvoeding					
Stevig Ouderschap	3,6			4 (44%)	5 (56%)
VoorZorg	1,2	8 (89%)		1 (11%)	
Prezorg	1,1	8 (89%)	1 (11%)		

Ondersteuning bij stoppen met roken					
Trimbos richtlijn addendum 'Behandeling van tabaksverslaving en stoppen-met-roken ondersteuning bij zwangere vrouwen'	2,8		3 (33%)	5 (56%)	1 (11%)
V-MIS	2,8	1 (11%)	3 (33%)	2 (22%)	3 (33%)
Ondersteuning stoppen met roken met nicotine vervangende middelen	2,8		3 (33%)	5 (56%)	1 (11%)
Overige interventies					
Psychiatrie, Obstetrie en Pediatrie polikliniek (POP-poli)	4				9 (100%)
Centering Pregnancy	3,2		3 (33%)	1 (11%)	5 (56%)
Moeders Informeren Moeders (MIM)	1,9	4 (44%)	3 (33%)	1 (11%)	1 (11%)

*gemiddelde op een vierpuntschaal [1 'Ik ken de interventie niet' tot 4 'Ik ken de interventie en gebruik deze zoals bedoeld']

^a data in aantallen en percentages

Tabel 3h de implementatiegraad* en verdeling over de vier implementatiefases^a van dertien bekende interventies (n=8) van VSV Assen

Interventie	Implementatiegraad*	Ik ken de interventie niet	Ik ken de interventie wel maar ik gebruik de interventie niet	Ik ken de interventie en gebruik deze gedeeltelijk	Ik ken de interventie en gebruik deze zoals bedoeld
Vroegsignalering					
Checklist Vroegsignalering in de kraamtijd (TNO)	3,6		1 (13%)	1 (13%)	6 (75%)
ALPHA-NL	2,0	1 (13%)	6 (75%)	1 (13%)	
Mind2Care	1,9	1 (13%)	7 (88%)		
the Rotterdam Reproduction Risk Reduction checklist (R4U)	1,9	1 (13%)	7 (88%)		
Ondersteuning bij opvoeding					
VoorZorg	4				8 (100%)
Prezorg	4				8 (100%)
Stevig Ouderschap	2,0	2 (25%)	4 (50%)	2 (25%)	
Ondersteuning bij stoppen met roken					
V-MIS	3,4		1 (13%)	3 (38%)	4 (50%)

Trimbos richtlijn addendum 'Behandeling van tabaksverslaving en stoppen-met-roken ondersteuning bij zwangere vrouwen'	3,1	1 (13%)		4 (50%)	3 (38%)
Ondersteuning stoppen met roken met nicotine vervangende middelen	2,4	1 (13%)	4 (50%)	2 (25%)	1 (13%)
Overige interventies					
Centering Pregnancy	3,1		3 (38%)	1 (13%)	4 (50%)
Psychiatrie, Obstetrie en Pediatrie polikliniek (POP-poli)	3,0		3 (38%)	2 (25%)	3 (38%)
Moeders Informeren Moeders (MIM)	1,5	5 (63%)	2 (25%)	1 (13%)	

*gemiddelde op een vierpuntschaal [1 'Ik ken de interventie niet' tot 4 'Ik ken de interventie en gebruik deze zoals bedoeld']

^a data in aantallen en percentages

Tabel 3i de implementatiegraad* en verdeling over de vier implementatiefases^a van dertien bekende interventies (n=21) van VSV SHE Treant groep

Interventie	Implementatiegraad*	Ik ken de interventie niet	Ik ken de interventie wel maar ik gebruik de interventie niet	Ik ken de interventie en gebruik deze gedeeltelijk	Ik ken de interventie en gebruik deze zoals bedoeld
Vroegsignalering					
ALPHA-NL	3	1 (5%)	6 (29%)	6 (29%)	8 (38%)
Checklist Vroegsignalering in de kraamtijd (TNO)	2,4	6 (29%)	6 (29%)	4 (19%)	5 (24%)
the Rotterdam Reproduction Risk Reduction checklist (R4U)	1,8	7 (33%)	12 (57%)	2 (10%)	
Mind2Care	1,3	12 (57%)	8 (38%)		1 (5%)
Ondersteuning bij opvoeding					
VoorZorg	3,1	4 (19%)	1 (5%)	4 (19%)	12 (57%)
Prezorg	3,0	5 (24%)	2 (10%)	3 (14%)	11 (52%)
Stevig Ouderschap	1,9	8 (38%)	8 (38%)	4 (19%)	1 (5%)

Ondersteuning bij stoppen met roken					
Trimbos richtlijn addendum 'Behandeling van tabaksverslaving en stoppen-met-roken ondersteuning bij zwangere vrouwen'	2,3	3 (14%)	11 (52%)	5 (24%)	2 (10%)
V-MIS	2,3	6 (29%)	5 (24%)	7 (33%)	3 (14%)
Ondersteuning stoppen met roken met nicotine vervangende middelen	1,8	8 (38%)	10 (48%)	2 (10%)	1 (5%)
Overige interventies					
Centering Pregnancy	3	1 (5%)	8 (38%)	2 (10%)	10 (48%)
Psychiatrie, Obstetrie en Pediatie polikliniek (POP-poli)	2,3	2 (10%)	14 (67%)	2 (10%)	3 (14%)
Moeders Informeren Moeders (MIM)	1,3	15 (71%)	6 (29%)		

*gemiddelde op een vierpuntschaal [1 'Ik ken de interventie niet' tot 4 'Ik ken de interventie en gebruik deze zoals bedoeld']

^a data in aantallen en percentages



Bijlage 2 Interventies

BIJLAGE 2 Overzicht van de interventies

Beknopte achtergrondinformatie van de genoemde interventies in deze studie:
Interventie (titel), Beoogd of bewezen effect, Doelgroep (voor wie), Doel (waarvoor), Aanpak (hoe, hoe vaak, hoe lang, door wie), Kosten (cliënt), en indien beschikbaar een logo en/of een verwijzing naar de website.

ALPHA-NL

Effect

ALPHA-NL is een betrouwbare en valide vragenlijst om vroegtijdige risico's voor ongunstige zwangerschapsuitkomsten, kindermishandeling en psychosociale problemen bij kinderen op te sporen.

Voor wie

De ALPHA-NL is een vragenlijst die wordt ingevuld door zwangere vrouwen.

Doel

De ALPHA-NL is bedoeld om vroegtijdig risico's voor ongunstige zwangerschapsuitkomsten, kindermishandeling en psychosociale problemen bij kinderen in kaart te brengen en preventieve interventies in te zetten.

Aanpak

De ALPHA-NL is een korte vragenlijst die zwangeren aan het begin van de zwangerschap invullen en bespreken met de verloskundige. Deze vragenlijst helpt om te praten over de thuissituatie en de omstandigheden waarin de kinderen opgroeien, en om samen te beslissen of er extra ondersteuning of hulp moet komen ter voorbereiding op het ouderschap.

Kosten

De ALPHA-NL hoort bij de zorg van de verloskundige en deze hoeft de zwangere niet te betalen.

Ga voor meer informatie naar:

<https://www.tno.nl/nl/aandachtsgebieden/gezond-leven/roadmaps/youth/vroeg-erbij/>

BabythuisZorg

Effect is niet onderzocht.

Voor wie

BabythuisZorg is voor elk gezin met een baby tot één jaar oud waarbij de ouders niet volledig in staat zijn om zelf voor de baby te zorgen. Dit kan bijvoorbeeld komen doordat een gezinslid ziek is of doordat er heftige gebeurtenissen in de omgeving zijn.

Doel

Het doel van BabythuisZorg is om ervoor te zorgen dat een gezin zich zo snel mogelijk weer zelf kan redden. Deze hulp kan ervoor zorgen dat de tijdelijke problemen geen vervelende gevolgen hebben voor het kind als hij of zij ouder is.

Aanpak

Een indicatie wordt afgegeven door een professional zoals de verloskundige of huisarts. Vervolgens wordt in overleg met het gezin bekeken hoeveel uren ondersteuning bij de verzorging van de baby geboden wordt. De kraamverzorgster steunt het gezin, kan met het gezin over alles praten en helpt bij de verbinding tussen de ouders en het kind. Wanneer het nodig is kan de kraamverzorgster, in overleg met het gezin, andere hulp regelen.

Kosten

Afhankelijk van de gemeente waar het gezin woont, wordt de zorg wel/niet vergoed door de gemeente.

Ga voor meer informatie naar:

<https://www.babythuiszorg.nl>



Begeleid (zelfstandig) wonen

Effect

Effect van begeleid wonen is niet onderzocht.

Voor wie

Voor wie niet helemaal zelfstandig kan wonen of een ziekte, beperking of psychische aandoening heeft en hierdoor hulp nodig heeft, bijvoorbeeld bij het omgaan met geld, het vinden van werk of het opbouwen van sociale contacten.

Doel

Bij begeleid wonen is het doel dat mensen zelfstandig kunnen wonen (met ondersteuning) en zo veel mogelijk kunnen deelnemen aan het maatschappelijk leven.

Aanpak

Wanneer een persoon vanwege psychosociale problemen niet zelfstandig kan wonen zijn er verschillende vormen van hulp mogelijk, waaronder begeleid wonen. Hulpverleners en medewerkers van het WMO-loket bekijken samen met de persoon in kwestie welke vorm het beste aansluit op zijn/haar situatie. Hierbij ligt de voorkeur altijd bij zo veel mogelijk zelfstandigheid. Daarom wordt allereerst bekeken of iemand in zijn/haar huidige woning kan blijven wonen en begeleiding aan huis voldoende is. Deze vorm wordt begeleid zelfstandig wonen genoemd, of kortweg begeleid wonen. Bij begeleid wonen is er naast begeleiding aan huis vaak ook sprake van aanvullende begeleiding of behandeling elders.

Kosten

De gemeente betaalt de kosten van woonbegeleiding: vanuit de Wmo of de Jeugdwet. Gaat het om een persoon van 18 jaar of ouder dan betaalt hij/zij een eigen bijdrage voor woonbegeleiding.

Ga voor meer informatie naar:

<https://beschermdwonen.nl/wegwijs/begeleid-wonen/>

<https://www.regelhulp.nl/ik-heb-hulp-nodig/woonbegeleiding>

Buddy

Effect

Buddies of Maatjes voelen zich allebei beter door hun wekelijkse, of tweewekelijkse ontmoetingen.

Voor wie

Voor mensen die iemand zoeken die regelmatig even tijd en aandacht voor hen heeft.

Doel

Bij Buddies of Maatjes staan menselijkheid en gelijkwaardigheid centraal. Het draait om persoonlijk contact.

Aanpak

Buddies of Maatjes zijn er in alle soorten. Er zijn Maatjes die langskomen. Maatjes die helpen of advies geven. Maatjes die anderen laten lachen. Of Maatjes die meegaan naar moeilijke dingen. Er zijn wandelmaatjes, leesmaatjes, boodschappenmaatjes, schuldhulpmaatjes, huiswerkmaatjes, sportmaatjes. Maatjesprojecten lopen via organisaties die Maatjesinitiatieven opstarten. Mensen kunnen zich aanmelden via onderstaande website.

Kosten

Er zijn geen kosten aan verbonden.

Ga voor meer informatie naar:

<https://www.maatjesgezocht.nl/wat-doen-maatjes>

Casemanager

Effect

Er is geen onderzoek verricht naar het effect van een casemanager in de geboortezorg in Nederland.

Voor wie

Zwangeren met complexe zorgvraag waarbij een multidisciplinaire aanpak noodzakelijk is.

Doel

De casemanager coördineert de zorg rondom een zwangere vrouw zodat de continuïteit van de zorg wordt gewaarborgd en de vrouw één aanspreekpunt heeft.

Aanpak

Om met een team van zorgverleners persoonlijke zorg te kunnen bieden, krijgt iedere zwangere een casemanager toegewezen. Soms is het de verloskundige, soms de gynaecoloog of een sociale hulpverlener.

Kosten

Er zijn geen extra kosten aan verbonden.

Ga voor meer informatie naar:

<https://werkgroepen.kennisnetgeboortezorg.nl/?file=18672&m=1536588536&action=file.download>

Centering Parenting

Effect

Centering Parenting zorgt ervoor dat ouders vaker gebruik maken van de diensten van het consultatiebureau. Hierdoor stijgt de vaccinatiegraad en zijn meer kinderen beschermd tegen ziektes. Daarnaast geven moeders langer borstvoeding en is er aandacht voor de mentale gezondheid van de moeder. Ouders maken gezondere keuzes en voelen zich welkom, gerespecteerd en gehoord. Hierdoor krijgen ouders meer vertrouwen in hun opvoeding en het ouder-zijn. Doordat ouders met elkaar zijn kunnen ze elkaar steunen en ontstaan er vriendschappen.

Voor wie

Alle ouders kunnen meedoen aan Centering Parenting, wanneer hun baby 0 tot 1 jaar oud is.

Doel

Het doel van Centering Parenting is dat door het uitwisselen van ervaringen in een groep, er tussen de ouders een verbondenheid ontstaat. Iedereen kan van elkaar leren, meer vertrouwen krijgen in de eigen kracht en meer verantwoordelijkheid dragen.

Aanpak

Ouders leren samen hoe hun baby het beste kan worden verzorgd. Ze leren hoe zij hun kind kunnen wegen en meten en hoe zij weten of het goed gaat met hun kind. Ouders leren leren gezonde keuzes maken voor henzelf en hun gezin. Door het samenzijn met andere ouders kunnen er vriendschappen ontstaan en ondersteunen de ouders elkaar.

In plaats van de afspraken waarbij de ouder(s) alleen met hun baby bij het consultatiebureau komen, komen ze nu samen met andere ouders en hun baby in een groep op het consultatiebureau. Er zijn in totaal 9 bijeenkomsten die elk 2 uur duren. De baby's zijn ongeveer even oud. De jeugdarts of jeugdverpleegkundige van het consultatiebureau begeleidt de groep.

Kosten

Geen kosten voor de ouders.

Ga voor meer informatie naar:

<https://samenweetjemeer.nl>

Centering Pregnancy

Effect

De uitkomsten van de zwangerschap zijn beter wanneer een zwangere vrouw mee heeft gedaan aan Centering Pregnancy.

Voorbeelden hiervan zijn:

- Er worden minder baby's te vroeg geboren
- Vrouwen hebben meer kennis en voelen zich beter voorbereid op de bevalling
- Vrouwen hebben meer zelfvertrouwen, minder stress en minder vaak een depressie
- Vrouwen geven vaker borstvoeding

Voor wie

Centering Pregnancy is voor alle zwangere vrouwen en hun partners.

Doel

Het doel van Centering Pregnancy is een goede lichamelijke en psychische gezondheid van moeder en kind en het krijgen van positieve ervaringen met de zorg tijdens de zwangerschap en bevalling.

Aanpak

Zwangere vrouwen volgen 10 bijeenkomsten bij de verloskundige, samen met andere zwangere vrouwen die ongeveer in dezelfde periode gaan bevallen. Deze bijeenkomsten beginnen vanaf 12 weken zwangerschap en eindigen na de bevalling. Een bijeenkomst duurt twee uur.

In deze groepsbijeenkomsten worden de standaard verloskundige controles gedaan (zoals het meten van de bloeddruk, het beoordelen van de groei van de baby en het luisteren naar het hartje van de baby). Bij deze controles mag de partner ook mee. Daarnaast worden er in de groep onderwerpen besproken die gaan over de zwangerschap, de bevalling en de babytijd. Ook is er tijd om ervaringen en kennis te delen met de andere zwangere vrouwen en kunnen vrouwen elkaar steunen.

Kosten

Er zijn voor de zwangere vrouwen geen kosten verbonden aan het volgen van de Centering Pregnancy bijeenkomsten.

Ga voor meer informatie naar:
<https://www.centeringhealthcare.nl/>



Chavah

Effect

Er is geen onderzoek naar het effect gedaan.

Voor wie

Alleenstaande vrouwen tot 23 jaar en hun kind.

Doel

Chavah leef-leerhuis voor jonge moeders bereidt je voor op het zelfstandig wonen samen met je baby. Je kunt er terecht als je naast een onbedoelde zwangerschap ook te maken hebt met andere moeilijkheden. Bijvoorbeeld relatieproblemen, geen werk of opleiding, schulden of huiselijk geweld.

Aanpak

Chavah biedt woonruimte en een begeleidingstraject, op maat, voor een periode van maximaal een jaar.

Chavah biedt ondersteuning bij het toeleven naar een bevalling, de eerste bijzondere weken na een bevalling en de hechting van de baby aan de jonge moeder. Daarna zal er worden toegewerkt naar de dag waarop moeder en kind op zichzelf kunnen gaan wonen. De kracht van dit kleinschalige leef-leerhuis is dat ze de geborgenheid van een gezin kunnen bieden, waarin de jonge moeder rust, liefde en steun mag ervaren.

Ook is er ambulante begeleiding mogelijk.

Kosten

Chavah werkt samen met Siriz en Siriz begeleidt bij een ongewenste zwangerschap vrouwen bij het maken van een persoonlijke keuze. Deze hulp is gratis.

Ga voor meer informatie naar:

<https://chavah.nl/>

Checklist Vroegsignalering in de kraamtijd (TNO)

Effect

De TNO checklist ondersteunt bij het tijdig signaleren van eventuele knelpunten, problemen of hulpvragen in het kraamgezin. Het gaat na op welk terrein er extra aandacht nodig is en welke ondersteuning wenselijk is om kind en ouders een goede start te laten maken.

Voor wie

De checklist is bedoeld als hulpmiddel voor de kraamverzorgende zelf. Het is een werkdocument en wordt niet opgenomen in het kraamdossier. Het is géén vragenlijst om actief in het kraamgezin af te nemen of te laten invullen. De checklist helpt te concretiseren wat waargenomen wordt.

Doel

Vroegtijdig signaleren van ongunstige opgroei-omstandigheden, het bespreekbaar maken daarvan en door verwijzing naar verloskundige of JGZ-verpleegkundige. Het uiteindelijke doel is dat kinderen in een stabiele en veilige omgeving opgroeien.

Aanpak

De checklist bestaat uit 35 mogelijke waarnemingen waarbij de kraamverzorgster telkens, op grond van eigen professionaliteit, afweegt of er 'geen bijzonderheden' zijn of dat er 'aandacht nodig' is.

Onder 'aandacht nodig' worden niet alleen ernstige of complexe situaties verstaan maar juist ook lichtere problematiek waarbij een steuntje in de rug al voldoende kan zijn om de gezinssituatie te verbeteren. Mogelijk hebben de ouders zelf ook een hulpvraag. De kraamverzorgster bespreekt de bevindingen zo mogelijk met de ouders zelf en/of draagt die over aan de verloskundige en/of JGZ.

Kosten

Geen kosten voor cliënt of zorgverlener.

Ga voor meer informatie naar:

<https://www.tno.nl/media/2144/tno-gl-h-11-05-1317ntoel.pdf>

Consultatiebureau

Effect

De jeugdgezondheidszorg maakt gebruik van verschillende gevalideerde methoden met verschillende effecten.

Voor wie

Kinderen in de leeftijd van 0 tot 4 jaar worden op het consultatiebureau gevolgd.

Doel

Het doel van het consultatiebureau is het volgen van het kind zijn/haar groei en ontwikkeling. Daarnaast wordt onderzoek gedaan en worden inenting (vaccinaties), informatie en advies gegeven.

Aanpak

Op het consultatiebureau volgen jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen de groei, ontwikkeling en gezondheid van kinderen in de leeftijd van 0 tot 4 jaar.

In de kraamweek komt de jeugdverpleegkundige van het consultatiebureau thuis bij ouders langs voor de hiepriek en gehoortest. Wanneer het kind 10-14 dagen oud is, komt de jeugdverpleegkundige langs voor een thuisbezoek om eventuele vragen te beantwoorden en te kijken hoe het gaat met de nieuwe ouders en het kind. Het eerste bezoek aan het consultatiebureau vindt plaats als het kind ongeveer een maand oud is. Het consultatiebureau volgt de kinderen in groei en ontwikkeling. Daarnaast doet het consultatiebureau onderzoek en geven zij inenting, voorlichting en advies. Elke gemeente heeft één of meer consultatiebureaus, vaak onderdeel van een Centrum voor Jeugd en Gezin of een sociaal team van de gemeente.

Kosten

Ouders hoeven voor bezoekjes aan het consultatiebureau niks te betalen. De inenting tegen ziektes zijn ook gratis.

Ga voor meer informatie naar:

<https://ggd.groningen.nl/kind-en-opvoeding/0-tot-4-jaar/consultatiebureau/> of <https://rijksvaccinatieprogramma.nl/over-het-programma/consultatiebureau>

Fier

F

Effect

Binnen Fier worden verschillende gevalideerde methoden ingezet met verschillende effecten.

Voor wie

Fier is er voor kinderen, jongeren en volwassenen, die te maken hebben met geweld. Zij kunnen slachtoffer zijn van geweld, getuige zijn van geweld of zelf geweld gebruiken of hebben gebruikt. Dit kan bijvoorbeeld seksueel misbruik zijn, lichamelijk geweld of verwaarlozing.

Doel

Het doel van Fier is het voorkomen van geweld, het stoppen van geweld en hulp bieden bij de gevolgen van geweld.

Aanpak

Fier biedt verschillende dingen:

- Beschermde en veilige opvang en behandeling
- Informatie en advies
- Een luisterend oor
- Hulp bij mensen thuis of bij Fier
- Online hulp

Kosten

Wanneer iemand jonger dan 18 jaar is, hoeft hij/zij niets te betalen. Bij iemand ouder dan 18 jaar kan een eigen bijdrage van toepassing zijn. Dit hangt af van het soort hulp, de kosten, het inkomen van de hulpvrager, en mogelijk andere zorgkosten. Bij de start van de hulp wordt uitgelegd welke kosten al betaald worden en wat iemand zelf moet betalen.

Ga voor meer informatie naar:

<https://www.fier.nl>



Gebiedsteam

G

Effect

Er is geen onderzoek gedaan naar het effect van het gebiedsteam op het welzijn van zwangeren/moeders.

Voor wie

Gebiedsteams geven hulp en ondersteuning aan de inwoners van hun gemeente die hulp nodig hebben. Het gebiedsteam helpt bij vragen over bijvoorbeeld:

- Relaties of eenzaamheid
- Geldproblemen
- Opvoeden en opgroeien
- Wonen
- Werk, zoals werkloosheid
- Verslaving aan internet, alcohol, drugs of gokken
- Onderwijs en problemen op school
- Verwerking bij bijvoorbeeld scheiding of mishandeling

Doel

Het doel van de gebiedsteams is om hulp te bieden aan inwoners van de gemeente die hulp nodig hebben en om zo bepaalde problemen te kunnen oplossen.

Aanpak

Zwangeren/moeders kunnen zelf contact opnemen met het gebiedsteam maar zorgverleners kunnen ook verwijzen naar het gebiedsteam, zoals het consultatiebureau. Tijdens een persoonlijk gesprek met iemand van het team wordt de leefsituatie besproken en welke mogelijkheden er zijn voor hulp. Mocht het gebiedsteam zelf geen oplossingen kunnen bieden, kunnen zij doorverwijzen naar andere zorgverleners.

Kosten

Advies en hulp van het gebiedsteam is gratis.

Bezoek de website van de gemeente voor meer informatie.

Gezamenlijke inschatting zorgvraag (GIZ)

Effect

Het gezamenlijk- door client en zorgverlener – inschatten van welke hulp nodig is, vergroot de acceptatie van zorg, adviezen en vervolgacties.

Voor wie

Voor zwangere vrouwen en hun partner.

Doel

Het doel is om inhoud en omvang van de kraamzorg beter af te stemmen op de behoefte van gezinnen, van kwetsbare zwangeren in het bijzonder.

Aanpak

Kraamzorginstellingen hebben behoefte aan een manier om de intake doelmatiger, breder en meer signalerend in te richten waardoor de zorg in de kraamperiode meer op maat gesneden kan zijn. Wanneer dit uit gezamenlijke besluitvorming ('shared decision making') voortkomt, vergroot dit bovendien de acceptatie van zorg, adviezen en vervolgacties en de aansluiting bij de jeugdgezondheidszorg (JGZ).

De GIZ-methodiek wordt toegepast in het jeugddomein en biedt een concreet raamwerk om de (aanstaande) gezinssituatie in kaart te brengen en via gezamenlijke besluitvorming, de zorgbehoefte te bepalen.

Kosten

Er zijn geen kosten aan verbonden.

Ga voor meer informatie naar:

<https://www.kennispoort-verloskunde.nl/jaarindex/2018/kraamzorg-op-maat-met-de-giz-methodiek-zonmw-project/>

'Goede start' (Kans voor de Veenkoloniën)

Effect

Er hebben 3000 zwangere vrouwen en gezinnen met kinderen deelgenomen aan het project. Meer dan 100 professionals zijn geschoold voor het aanbieden van aanvullende zorg.

Voor wie

Zwangere vrouwen en gezinnen met kinderen.

Doel

Met Goede Start wordt beoogd om kwetsbare gezinnen eerder in beeld hebben. Er moet meer samenhang gecreëerd worden binnen en tussen zorg, sociaal domein en informele zorg. Er is meer aandacht voor preventie en er moet worden voorkomen dat er veel zorg en overbehandeling is.

Aanpak

Goede Start wordt uitgevoerd in dertien gemeenten in de Veenkoloniën. Met Goede Start heeft een aantal gemeenten in de Veenkoloniën rondom de zorgvraag van ouders een laagdrempelig zorgnetwerk opgestart. Door te werken in groepsbijeenkomsten volgens Samen zwanger (CenteringPregnancy), Samen opvoeden (CenteringParenting) en Samen opgroeien worden met name kwetsbare gezinnen goed bereikt.

Het project omvat de fasen tussen conceptie en het achttiende levensjaar binnen en gezien. Preventie en interventie van risico's voor (kwetsbare) zwangeren, gezinnen en kinderen is een belangrijk uitgangspunt. Goede Start focust zich op het oplossen van problemen die gevolgen hebben voor de gezondheid en ontwikkeling op jongere en latere leeftijd.

Kosten

Aan de richtlijn 'Goede Start' zitten geen kosten verbonden.

Ga voor meer informatie naar:

<https://kvdvk.nl/goede-start/>

Home-Start

Effect

Van Home-Start zijn de volgende effecten bewezen:

- Moeders voelen zich beter in hun rol als ouder
- Moeders weten beter hoe ze hun kinderen moeten opvoeden
- Het gedrag van kinderen verandert op een positieve manier:
Ze worden minder bang en ze luisteren beter
- De veranderingen blijven ook in de toekomst

Voor wie

Home-Start is er voor gezinnen met opgroeiende kinderen van 0 t/m 6 jaar en is mogelijk vanaf 28 weken zwangerschap. Wanneer ouders vragen over de opvoeding hebben of ze komen niet meer uit gezinsproblemen, kunnen zij hier terecht.

Doel

Het doel van Home-Start is dat dagelijkse problemen van ouders met jonge kinderen, geen grote problemen worden. Daarvoor heeft Home-Start drie doelen bedacht:

- Ouders weten beter hoe ze moeten opvoeden en krijgen hier minder stress van
- Ouders maken gebruik van steun uit de omgeving
- Gedrag van kinderen en de relatie tussen ouders en kinderen is verbeterd

Aanpak

Bij Home-Start werken vrijwilligers die ouders een steuntje in de rug bieden bij hun vragen over de opvoeding. De vrijwilliger komt één dagdeel (ochtend of middag) per week bij het gezin thuis. Deze vrijwilliger hebben zelf ook ervaring met het opvoeden van kinderen. Hierdoor kunnen zij goed helpen bij je vragen en vanuit hun eigen ervaring helpen.

Kosten

Home-Start is gratis voor gezinnen.

Ga voor meer informatie naar:

<https://www.home-start.nl/>



Huisarts

Effect

Er is geen onderzoek gedaan naar het effect van de zorg van de huisarts op de zwangerschapsuitkomsten of opgroeisituatie.

Voor wie

Alle zwangere vrouwen/ kwetsbare zwangere vrouwen.

Doel

Het ontwikkelen van een gezonde ouder-kind relatie bij kwetsbare ouders is complex in aanpak en inhoud. Hier is specifieke kennis en deskundigheid voor nodig. Het is dus belangrijk de krachten van de partners rondom de geboortezorg (verloskundigen, gynaecologen, kraamverzorgenden, huisartsen, jeugdgezondheidszorg en gemeenten) te bundelen en daarmee continuïteit binnen de zorg te waarborgen.

Aanpak

De huisarts is het vaste aanspreekpunt op het gebied van fysieke en psychische gezondheid van de gezinsleden, en heeft korte lijntjes met andere hulpverleners. Wanneer vrouwen willen stoppen met roken, kan de praktijkondersteuner huisarts (POH) daar een belangrijke rol in spelen ter stopbegeleiding.

Kosten

Aan een consult bij de huisarts zitten geen kosten verbonden.

Ga voor meer informatie naar:

https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/wp-content/uploads/2019/06/KNOV_Handreiking_kwetsbare_zwangeren_versie_FINAL.pdf

Inlia

Effect

Er is geen onderzoek gedaan naar het effect van de hulpverlening door Inlia.

Voor wie

Stichting INLIA is bedoeld voor alle asielzoekers en vluchtelingen die hulp nodig hebben.

Doel

Het doel van Stichting INLIA is om hulp te geven aan asielzoekers en vluchtelingen in nood. Dit kan op heel veel verschillende manieren.

Aanpak

Asielzoekers en vluchtelingen kunnen bij stichting INLIA terecht voor bijvoorbeeld de volgende dingen:

- Medische zorg. De stichting helpt met het vinden van de juiste medische zorg. Dit kan het ziekenhuis zijn, de huisarts, maar ook de GGZ (Geestelijke gezondheidszorg)
- Tijdelijke opvang/slaapplek wanneer er nog geen huis is
- Maatschappelijk werk, voor mensen die in de opvang verblijven, maar ook voor mensen die hier niet verblijven

Kosten

De hulp die stichting INLIA geeft wordt betaald door verschillende kerken. De hulp is gratis voor asielzoekers en vluchtelingen.

Ga voor meer informatie naar:

<https://www.inlia.nl/nl>

Jeugdzorg

Effect

Er worden door verschillende jeugdzorgorganisaties verschillende gevalideerde instrumenten of methoden ingezet met verschillende effecten.

Voor wie

Jeugdzorg is er voor kinderen, jongeren en ouders die hulp nodig hebben. De hulp wordt geboden aan kinderen van nul tot achttien jaar.

Doel

Het doel van jeugdzorg is om hulp te bieden aan kinderen, jongeren en ouders die hulp nodig hebben en er zo voor te zorgen dat de jeugd veilig kan opgroeien.

Aanpak

Jeugdzorgorganisaties helpen kinderen, jongeren en ouders om veilig op te groeien. Dat kan op heel veel manieren: thuis of in een instelling of pleeggezin, kort of lang, alleen of als gezin. Meestal kiezen ouders, kinderen of jeugd er zelf voor om hulp te krijgen, maar in sommige gevallen beslist de kinderrechter dat er hulp moet komen. De kinderrechter kan in ernstige gevallen beslissen dat een kind uit huis moet worden geplaatst of onder toezicht moet komen.

Ook biedt jeugdzorg hulp aan jongeren die met de politie in aanraking zijn geweest. Zo'n jongere kan jeugdreclassering opgelegd krijgen. Dit houdt in dat de jongere wordt geholpen, begeleid en gecontroleerd. Het doel hiervan is het gedrag van de jongere te veranderen en ervoor te zorgen dat dit niet opnieuw gebeurt.

Vanuit de wijk waarin iemand woont, wordt de hulp geregeld.

Kosten

Er zijn geen kosten aan verbonden voor ouders, kinderen en jongeren.

Ga voor meer informatie naar:

<https://www.jeugdzorgnederland.nl/>

Jong & Mama – Stichting Sociaal

Collectief; voorheen: La Mama's -

Timpaan Welzijn

Project La Mama's is in 2017 gestopt en voorgezet onder de titel Jong & Mama.

Effect

Er is geen onderzoek gedaan naar het effect van Jong & Mama.

Voor wie

Jonge aanstaande moeders t/m 23 jaar.

Doel

Ondersteunen van jonge (aanstaande) moeders t/m 23 jaar bij opvoeden en opgroeien van hun kinderen.

Aanpak

Jonge moedergroep (empowerment, doorbreken van sociaal isolement, informeren over gezond zwanger en gezond opgroeien, ondersteuning bij vinden van woonruimte, combinatie kinderen en opleiding/werk, etc.), winkel voor gratis kleren en benodigdheden voor de baby, website met informatie.

Kosten

Aan Jong & Mama zitten geen kosten verbonden.

Ga voor meer informatie naar:

<https://www.stichtingsociaalcollectief.nl/home/meedoen/jong-mama/>

Kraambank

Effect

Er is geen onderzoek gedaan naar het effect van de kraambank.

Voor wie

De kraambank is bedoeld voor (aanstaande) ouders die een babyuitzet niet zelf kunnen betalen. (Denk aan babykleding, zwangerschapskleding, autostoeltje, kinderwagen, badje etc.)

Doel

Het doel van de kraambank is om ouders die weinig geld hebben voor babyspullen, te helpen met gratis en goedkope spullen.

Aanpak

Als een zwangere een babyuitzet niet kan betalen kan zij dit aangeven bij haar verloskundige, gynaecoloog of andere zorgverlener. Als zij denken dat de kraambank hierbij kan helpen, kunnen zij de vrouw hiervoor aanmelden. Na deze aanmelding wordt er contact met de vrouw opgenomen voor een bezoek aan de kraambank in Heerenveen of Groningen. Hier zijn tweedehands babykleding en andere babyartikelen verzameld, die klaarliggen voor (nieuwe) moeders.

Kosten

Wanneer de zwangere klant is bij Isis Kraamzorg zijn alle artikelen gratis te krijgen. Als zij geen klant is, zijn er gratis basispakketten te krijgen en wordt voor sommige producten een klein bedrag gevraagd.

Ga voor meer informatie naar:

<https://www.isiskraamzorg.nl/kraambank/>

Laaggeletterdheid herkennen

en bespreken (Taal maakt gezonder)

Effect

Er is geen onderzoek gedaan naar het effect van deze aanpak.

Voor wie

Zorgverleners van laaggeletterde cliënten.

Doel

Herkennen van laaggeletterdheid bij cliënten, het bespreekbaar maken daarvan en hen naar taalonderwijs doorverwijzen.

Aanpak

Taalachterstanden komen niet alleen voor bij allochtonen. Wees alert op signalen bij autochtone cliënten die kunnen wijzen op lees- en schrijfproblemen:

Iemand vermijdt situaties waarin zij in bijzijn van anderen iets moet lezen of schrijven en gebruikt hiervoor smoesjes;
Iemand verschijnt meermalen niet (op tijd) op een afspraak.

De ervaring leert dat een gesprek over laaggeletterdheid het meeste effect heeft wanneer het probleem zoveel mogelijk wordt genormaliseerd. Laaggeletterden weten vaak niet dat er in Nederland 1,3 miljoen volwassenen zijn die moeite hebben met lezen en schrijven. Stel de cliënt dus op haar gemak en vertel dat zij niet enige is.

Stichting Lezen & Schrijven heeft contacten met alle aanbieders van taalscholing in Nederland. Via de stichting kan de cliënt gratis telefonisch advies krijgen over mogelijkheden voor taalcursussen bij hem of haar in de buurt. Kies een van de volgende opties om de cliënt aan te melden voor gratis advies en coaching:

Meld uw cliënt aan via www.taalmaaktgezonder.nl.

Vertel uw cliënt dat zij zichzelf kan aanmelden via het gratis telefoonnummer **0800 023 44 44**.

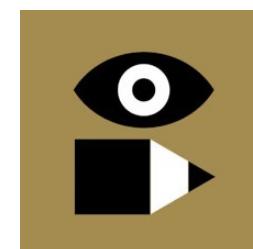
Na aanmelding wordt de cliënt binnen twee weken teruggebeld door een taalaanbieder in de buurt. Die persoon kan haar verder informeren over de mogelijkheden en eventueel uitnodigen voor een kennismaking of intakegesprek.

Kosten

Geen kosten voor cliënten en zorgverleners.

Ga voor meer informatie naar:

<https://www.lezenenschrijven.nl/wat-doen-wij/oplossing-voor-je-vraagstuk/herkennen-bereiken-en-activeren-van-mensen-met-onvoldoende>



Leefstijlcoach

Effect

Mensen met overgewicht die begeleiding krijgen van een leefstijlcoach, gaan meer bewegen, een stuk gezonder eten en voelen zich fitter en energiever.

Voor wie

Een leefstijlcoach helpt mensen die door de overvloed aan prikkels in het leven moe en/of gestrest zijn. Daarnaast kunnen bijvoorbeeld mensen met eetproblemen, zoals overgewicht, of met een hoge bloeddruk worden geholpen door een leefstijlcoach.

Doel

Ondersteuning bieden aan mensen die hun leefstijl willen veranderen.

Aanpak

De coach werkt als gids om mensen te helpen bij het ontwikkelen van een gezonde leefstijl. Tijdens een intakegesprek worden de eet en beweginggewoontes en het slaappatroon geïnterviewd. Daarbij kan de bloeddruk en gewicht bepaald worden. Samen wordt er een plan gemaakt dat bij de client past en worden vervolgesprekken gepland. Het is ook mogelijk om samen met partner de coaching te volgen.

Kosten

De kosten voor coaching verschillen per coach. Sommige programma's zitten in het basispakket van de zorgverzekering en worden vergoed door de zorgverzekeraar. Dit kan vooraf met de coach worden besproken.

Ga voor meer informatie naar:

<https://blcn.nl/>

Medisch maatschappelijk werk

Effect

Er is geen onderzoek gedaan naar het effect van medisch maatschappelijk werk.

Voor wie

Voor mensen die in het ziekenhuis opgenomen of onder behandeling zijn, en die vragen of problemen ervaren op emotioneel, sociaal of financieel vlak.

Doel

Hulp bieden bij emotionele, sociale, maatschappelijke en materiële gevolgen van ziekte of de behandeling ervan.

Aanpak

Een arts of verpleegkundige kan medisch maatschappelijk werk inschakelen. Dit kan wanneer hij/zij merkt dat begeleiding van medisch maatschappelijk werk helpend zou zijn, maar ook op verzoek van een patiënt. Bij sommige problemen wordt medisch maatschappelijk werk altijd ingeschakeld.

Een maatschappelijk werker geeft in gesprekken begeleiding, advies en helpt waar nodig is. Ook kan hij/zij andere hulpverleners inschakelen. Soms is één gesprek voldoende en anders wordt er een nieuwe afspraak gemaakt.

Kosten

Aan de hulpverlening door de maatschappelijk werker zijn geen kosten verbonden.

Voor meer informatie kun je terecht bij je eigen ziekenhuis.

Mind2Care

Effect

De Mind2Care is een gevalideerde vragenlijst om psychische klachten, psychosociale problemen en middelengebruik tijdens de zwangerschap op te sporen.

Voor wie

De Mind2Care vragenlijst is gemaakt voor alle zwangeren.

Doel

Het doel van de Mind2Care vragenlijst is om tijdens de zwangerschap psychische klachten, psychosociale problemen en middelengebruik tijdens de zwangerschap op te sporen en tijdig hulp in te zetten.

Aanpak

De zwangere vrouw vult zelf de digitale vragenlijst in, meestal in het begin van de zwangerschap. Als de vragenlijst is ingevuld verschijnt er, als het nodig is, een behandeladvies voor aanvullende zorg dat past bij de client. Er wordt geprobeerd om deze extra zorg zo dicht mogelijk in de woonomgeving van de cliënte aan te bieden, volgende de afspraken binnen het Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV).

Kosten

Aan het gebruik van Mind2CareEr zijn voor cliënten geen kosten verbonden.

Ga voor meer informatie naar:

<https://www.mind2care.nl/Home>



Moeders informeren moeders (MIM)

Effect

MIM versterkt het zelfvertrouwen, de zelfredzaamheid en het sociale netwerk van moeders.

Voor wie

Moeders Informeren Moeders is voor vrouwen die voor het eerst moeder worden en onzeker zijn over de opvoeding, weinig steun krijgen uit hun omgeving en behoefte hebben om ervaringen te delen.

Doel

Bij Moeders Informeren Moeders helpen ervaren moeders andere moeders bij de opvoeding. Zij geven informatie over de gezondheid en regelen activiteiten. Zo krijgen nieuwe moeders meer zelfvertrouwen en meer steun uit hun omgeving.

Aanpak

De ervaren moeders bezoeken de nieuwe moeders elke maand totdat het kind ongeveer 2 jaar is. Ook regelen zij dat nieuwe moeders die bij elkaar in de buurt wonen elkaar kunnen leren kennen. Tijdens de bezoeken praten de moeders bijvoorbeeld over de opvoeding en verzorging van de baby en ze kunnen ervaringen uitwisselen. Ook kunnen zij samen activiteiten doen, zoals een bezoek aan de bibliotheek.

Kosten

Er zijn geen kosten verbonden aan MIM voor moeders, ervaren moeders helpen vrijwillig.

Ga voor meer informatie naar:

[https://www.nji.nl/nl/Methodieken/Moeders-Informeren-Moeders-\(MIM\)](https://www.nji.nl/nl/Methodieken/Moeders-Informeren-Moeders-(MIM))

Multidisciplinair overleg MDO

Effect

Het effect van het multidisciplinair overleg is dat er door een team van experts overeenstemming kan worden bereikt over de vervolgstappen, de diagnose en het behandelplan. Ook kan het bijdragen aan de veiligheidscultuur, als professionals openlijk durven te praten over ervaringen en gebeurtenissen, waarbij de discussie gericht is op oplossingen en verbeteringen.

Voor wie

Voor zorgverleners van zwangere vrouwen/moeders met een complexe zorg is bespreking met meerdere disciplines nodig.

Doel

Het doel van het multidisciplinair overleg is te komen tot een zo goed mogelijk behandelplan. Een MDO draagt daarnaast bij aan betere zorg.

Aanpak

Multidisciplinair overleg is overleg van deskundigen uit verschillende beroepsgroepen, bijvoorbeeld een gynaecoloog, een verloskundige en een verpleegkundige. Zorgverleners bepalen samen de diagnose en het behandelplan. Cliënten worden individueel besproken door een team van experts. De behandelde zorgverlener koppelt vervolgens de uitkomst van het MDO terug aan de cliënt.

Kosten

Er zijn geen kosten aan verbonden.

Ga voor meer informatie naar:

<https://www.medicalgroep.nl/multidisciplinair-overleg/>

Nicotine vervangende middelen

Effect

Nicotine vervangende middelen werken net zo goed als de medicijnen voor stoppen met roken. Maar nicotine vervangende middelen hebben minder bijwerkingen en zijn goedkoper. Nicotine vervangende middelen vergroten de kans dat een poging tot stoppen met roken slaagt met 50 tot 70%. Combinaties van verschillende middelen werken beter dan gebruik van een enkel middel.

Voor wie

Iedereen die rookt kan gebruik maken van nicotine vervangende middelen om te stoppen met roken. Wanneer iemand meer dan 10 sigaretten op een dag rookt, is de kans groot dat dat hij/zij bij het stoppen last krijgt van ontweningsverschijnselen. Vooral voor deze personen kunnen nicotine vervangende middelen helpend zijn.

Doel

Het doel van nicotine vervangende middelen is om de periode van het stoppen met roken te vergemakkelijken, door de ontweningsverschijnselen te verminderen.

Aanpak

De huisarts bespreekt wat geschikt is voor de vrouw bij het stoppen met roken. Er zijn verschillende vormen van nicotine vervangende middelen, zoals pleisters, kauwgom, tabletten en inhalatoren. Hiermee kan de rookverslaving stap voor stap worden afgebouwd: eerst de nicotine afbouwen en dan de gewoonte afleren.

Kosten

Hulp bij stoppen met roken zit in het basispakket van de zorgverzekering, de zorgverzekering betaalt de kosten van begeleiding en hulpmiddelen bij stoppen met roken.

Ga voor meer informatie naar:

<https://www.thuisarts.nl/stoppen-met-roken/ik-wil-nu-stoppen-met-roken#nicotine-vervangende-middelen-bij-stoppen-met-roken>

Nu Niet Zwanger

Effect

Ruim 80% van de deelnemers kiest ervoor om bewust hun kinderwens uit te stellen en vrijwillig over te gaan op geschikte anticonceptie (bijvoorbeeld de pil of condoom) Verder heeft het de volgende effecten:

- Vrouwen/mannen krijgen meer kennis over anticonceptie
- Hun kwaliteit van leven verbetert want het voorkomt persoonlijke pijn
- Er zijn minder hoge kosten voor bijvoorbeeld uithuisplaatsingen van kinderen en begeleiding van ouders, gezien dit minder vaak nodig is

Voor wie

Nu Niet Zwanger richt zich op kwetsbare mannen en vrouwen, waarbij sprake is van (vaak) een combinatie van:

- Meerdere problemen en beperkingen: geestelijke problemen, verstandelijke beperking, verslaving, dakloosheid, schulden, loverboy-problematiek, geen documenten hebben, etc.
- Mensen die zichzelf niet goed kunnen redden
- Te weinig hulp van zorg en omgeving
- Vanwege ingewikkelde problemen (vrijwel) altijd al in beeld bij hulporganisaties

Doel

Het doel van Nu Niet Zwanger is ondersteuning geven aan kwetsbare mensen (man en vrouw) die een keuze gaan maken over wanneer ze kinderen willen, zodat ze niet onbedoeld, op het verkeerde moment zwanger worden.

Aanpak

Een professionele zorgverlener geeft begeleiding en praat met de vrouw en/of man over hun kinderwens, seksualiteit en anticonceptie. Zo worden vragen besproken, gevoelens, ideeën en obstakels.

Kosten

Geen kosten voor de vrouw en/of man.

Ga voor meer informatie naar:
<https://www.nunietzwanger.nl/>



NU NIET
ZWANGER

Ontmoetingscentrum Jonge Ouders (OJO)

Effect

Er is geen onderzoek gedaan naar het effect van OJO.

Voor wie

Het OJO is een ontmoetingsplek voor (aanstaande) jonge ouders, die voor hun 24e zwanger zijn of een kind hebben gekregen.

Doel

Het centrum is een ontmoetingsplek waar jonge ouders elkaar kunnen ontmoeten, verhalen kunnen delen en ervaringen kunnen uitwisselen.

Aanpak

In het centrum kunnen (aanstaande) ouders terecht voor informatie en advies op verschillende gebieden. Denk aan wonen, leren, werken, opvoeden en advies over financiën. Daarnaast worden er gratis lunchbijeenkomsten en themabijeenkomsten georganiseerd. Er zijn onder andere thema's over zwangerschap, opvoedingsvragen, geld en school.

Kosten

Er zijn geen kosten verbonden aan het gebruik van OJO voor de (aanstaande) ouder(s).

Ga voor meer informatie naar:

<https://www.amaryllisleeuwarden.nl/jongerenwerk/ontmoetingscentrum-jonge-ouders/>



POP-poli

Effect

Er is geen onderzoek gedaan naar het effect van de POP-poli.

Voor wie

De POP-poli is voor zwangere vrouwen die last hebben van psychische klachten tijdens de zwangerschap en/of na de bevalling of eerder psychische klachten hebben gehad. Dit kan bijvoorbeeld gaan om:

- Een depressie
- Een paniekstoornis
- Een psychose na de bevalling
- Een depressie na de bevalling

Doel

Bij twee op de tien zwangeren en kraamvrouwen komen psychiatrische problemen voor. Vrouwen met psychische klachten kunnen stress ervaren. Dit kan invloed hebben op de zwangerschap en op bijvoorbeeld de groei van de baby. Het doel van de POP-poli is om zorg te bieden aan deze vrouwen die het beste bij hun past om problemen te voorkomen of te verhelpen, voor de zwangere/kraamvrouw en de baby.

Aanpak

De huisarts of verloskundige verwijst de vrouw met psychische of psychiatrische klachten (in de anamnese) door naar de POP-poli. In de POP-poli werken verschillende psychiater, gynaecoloog, verloskundige en kinderarts samen. In gezamenlijk overleg wordt het beleid tijdens de zwangerschap bepaald. Op de kraamafdeling na de bevalling kan er ook nog hulp worden aangeboden vanuit de POP-poli.

Het is belangrijk dat vrouwen zich goed voelen in de zwangerschap, zodat ze al terwijl ze zwanger zijn kunnen beginnen met het zorgen voor de baby en een band kunnen opbouwen met de baby. Ook hebben veel vrouwen vragen over medicatie. Hierover kan advies worden gegeven op de POP-poli.

Kosten

Zorg op de POP-poli valt onder de zorgverzekering. Wel kan het ten koste gaan van het eigen risico.

Ga voor meer informatie naar de website van het ziekenhuis.

Prenataal huisbezoek

Effect

De prenatale huisbezoeken worden gewaardeerd door cliënten. Ze voelen zich beter in hun vel en beter voorbereid op het ouderschap. Daarnaast hebben ze veel aan de adviezen, voorlichting en hulp. Er is waarschijnlijk gezondheidswinst voor ouders en kind, maar daar is nog weinig over bekend.

Voor wie

Het is voor alle aanstaande ouders die tijdens de zwangerschap in aanvulling op de verloskundige zorg steun of hulp nodig hebben ter voorbereiding op het ouderschap en de komst van de baby.

Doel

Het doel van prenatale huisbezoeken is om aanstaande ouders te begeleiden naar een optimale start met hun kind en het aanstaande ouderschap.

Aanpak

Veelal wordt de optie van een prenataal huisbezoek door de JGZ-verpleegkundige besproken door verloskundige of intaker van de kraamzorg. Ook kan bij de kinkhoestvaccinatie de JGZ-verpleegkundige zelf deze optie met een zwangere bespreken. Tijdens het huisbezoek probeert de verpleegkundige samen met de ouders duidelijk te krijgen welke problemen er zijn en wat de ouders als lastig ervaren. In overleg met ouders kan de verpleegkundige ondersteuning bieden of hulp inschakelen. Eventueel volgen meer prenatale huisbezoeken.

Kosten

De kosten verschillen per gemeente, en hangt af van wat er nodig is bij de ouders en zal aan het begin van de zorg worden besproken.

Er is een wetwijziging in de maak waardoor het prenataal huisbezoek opgenomen gaat worden in het basispakket.

Ga voor meer informatie naar:

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKEwjzIqbmQJfoAhVGCewKH-fbrB8gQFjABegQIBxAB&url=https%3A%2F%2Fassets.ncj.nl%2Fdocs%2Fhandreiking_prenataalhuisbezoek_2014_def.pdf&usg=AOv-Vaw39VzoAKMCKStL6cXu0UsrB

Of Prenataal huisbezoek door de jeugdgezondheidszorg.

Een handreiking. Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, Utrecht, 2014.

Pré zorg

Effect

Zwangeren ervaren veel steun aan de verpleegkundige. Ook blijven minder vrouwen roken tijdens de zwangerschap en na de geboorte en geven meer vrouwen borstvoeding.

Voor wie

Pré zorg is een programma voor zwangere vrouwen (en hun partner), die niet in aanmerking komen voor het programma Voorzorg maar wel een steuntje in de rug nodig hebben. Voorbeelden hiervan zijn:

- Veel schulden
- Problemen in de woonsituatie
- Tienermoeders
- Problemen in de relatie
- Mishandeling/misbruik
- Geen of weinig steun in de omgeving
- Depressieve gevoelens of andere psychische klachten
- Drugs- of alcoholgebruik

Doel

Het doel van Pré zorg is vooral om stress bij moeders te verminderen en om te helpen bij een gezonde leefstijl. Zo wordt de kans op psychische, lichamelijke en problemen in de omgeving kleiner.

Aanpak

Pré zorg geeft begeleiding tijdens de zwangerschap, tot vier weken na de bevalling. Een ervaren Pré zorg-verpleegkundige komt zes tot acht keer bij de ouders thuis langs. Twee bezoeken hiervan zijn na de geboorte. In deze huisbezoeken gaat het over onderwerpen die te maken hebben met de zwangerschap, bevalling en de eerste periode als ouder.

Kosten

Pré zorg is gratis voor (aanstaande) ouders.

Ga voor meer informatie naar:

<https://www.ncj.nl/richtlijnen/allrichtlijnen/richtlijn/?richtlijn=12&rlpag=1626>

Psycholoog

Effect

Er kunnen veel verschillende therapieën/methodes worden toegepast door een psycholoog, die ook verschillende effecten hebben. Het grootste deel van de mensen voelt zich na therapie bij een psycholoog veel beter.

Voor wie

Een psycholoog is voor iedereen die psychologische problemen ervaart zoals:

- Angst
- Burn-out
- Depressie
- Eetstoornis
- Sociale problemen
- Mentale problemen
- Relatieproblemen
- Stress
- Trauma
- Verslaving
- Etc.

Doel

Een psycholoog behandelt mensen met psychische klachten, psychiatrische stoornissen of andere mentale problemen.

Aanpak

In een intakegesprek wordt verkend wat de psycholoog voor de persoon in kwestie kan betekenen. Samen met de client wordt een plan gemaakt en vervolgesprekken gepland. Er zijn verschillende therapieën die de psycholoog kan aanbieden zoals gesprekstherapie, ontspanningstechnieken of gedragstherapie. Meestal vindt de behandeling één op één plaats. Soms wordt ook de omgeving van de cliënt (ouders, partner, kinderen) bij de therapie betrokken. Ook groepstherapie is mogelijk.

Kosten

De kosten van een psycholoog worden meestal gedeeltelijk vergoed uit het basispakket van de zorgverzekering. Wel is hier een verwijfsbrief van de huisarts voor nodig. Het kan zijn dat een deel van de kosten betaald moeten worden uit het eigen risico.

Ga voor meer informatie naar:

<https://lvvp.info/>

R4U (the Rotterdam Reproduction Risk Reduction checklist)

Effect

Het onderzoek naar de prognostische waarde van de R4U in routinegebruik laat zien dat het gebruik van de R4U een bijdrage kan leveren aan de tijdige identificatie van vrouwen met een verhoogd risico op vroeggeboorte, een te laag geboortegewicht en/of lage Apgarscore.

Voor wie

De R4U wordt bij aanvang van de zorg voor elke zwangere ingevuld.

Doel

Het doel van de R4U is om medische en niet-medische risico's voor een ongezonde zwangerschap tijdig op te sporen en adequate hulp in te zetten.

Aanpak

De R4U is een signaleringsinstrument voor screening op zes domeinen: sociale, psychische, zorg- en leefstijl gerelateerde, medische en obstetrische risicofactoren onder zwangere vrouwen. In ieder van deze zes domeinen zijn meerdere risicofactoren opgenomen die bewezen geassocieerd zijn met ongunstige zwangerschapsuitkomsten. Met de R4U-vragenlijst wordt vastgesteld of een risicofactor wel of niet aanwezig is. Via 'ja/nee'-antwoorden worden alle items eenduidig geassocieerd. De zorgverlener neemt de vragenlijst af tijdens de intake. Bij het vaststellen van een of meerdere risicofactoren wordt de zwangere naar aanvullende zorg of hulpverlening verwezen door middel van zorgpaden. Bij meerdere risicofactoren wordt de zwangere in het multidisciplinair overleg (MDO) besproken.

Kosten

Er zijn geen kosten verbonden aan het gebruik van de R4U.

Ga voor meer informatie naar:

<http://www.erasmusmc-verloskunde.nl/k.html>

SMR – Stoppen met roken door praktijkondersteuner

Effect

Zes op de 100 rokers stoppen na ondersteuning door een praktijkondersteuner. De kans op stoppen met roken is groter als tevens medicatie wordt gebruikt.

Voor wie

Stoppen met roken door een praktijkondersteuner is voor iedereen die wil stoppen met roken en hier extra hulp bij nodig heeft.

Doel

Het doel is om mensen die willen stoppen met roken ook daadwerkelijk te laten stoppen, door hulp te bieden van een praktijkondersteuner.

Aanpak

De huisarts geeft in een gesprek advies over het stoppen met roken en verwijst de client naar de praktijkondersteuner. In gesprekken met de praktijkondersteuner zal het rookgedrag worden bekeken en de doelen worden besproken. Tevens wordt advies gegeven over middelen die ondersteuning kunnen bieden bij het stoppen met roken (zoals nicotinevervangers en medicatie). In verschillende contactmomenten bespreekt de praktijkondersteuner de voortgang en eventuele moeilijkheden.

Kosten

Stoppen met roken door een praktijkondersteuner valt onder de basiszorgverzekering maar gaat wel ten koste van het eigen risico. Niet alle hulpmiddelen (nicotinevervangers zoals pleisters of tabletten) worden vergoed door de zorgverzekeraar.

Ga voor meer informatie naar:

<https://www.thisarts.nl/stoppen-met-roken>

Stevig Ouderschap (prenataal)

Effect

Stevig Ouderschap vermindert de kans op kindermishandeling in 22% van de gezinnen. Er is daarnaast een betere lichamelijke, psychische en sociale ontwikkeling, meer meelevende reacties en er zijn minder lichamelijke strafmaatregelen. De meeste effecten worden gevonden in gezinnen met een eerste kind en met veel stressfactoren. Ouders waarderen Stevig Ouderschap met gemiddeld een cijfer van 8,5.

Daarnaast blijkt dat ouders:

- De bezoeken nuttig vinden
- Zich zekerder voelen als ouders
- Meer zelfvertrouwen hebben gekregen
- Hun kind beter begrijpen

Voor wie

Voor aanstaande ouders vanaf 16 weken zwangerschapsduur en/of ouders met kinderen in de leeftijd tot 2,5 jaar, met een of meerdere van de volgende kenmerken:

- Alleenstaand ouderschap
- Jong ouderschap
- Te vroeg of te licht geboren kind
- Weinig steun van partner en/of omgeving
- Moeite met vragen van steun
- Onzekerheid over komst kind en/of ouderschap
- Jeugdervaringen met mishandeling/huiselijk geweld/seksueel misbruik
- Psychische problemen
- Verslavingsproblemen
- Moeite met omgaan met boosheid
- Geweld in relatie
- Geloof in lichamelijke straffen

Doel

Het voorkomen/verkleinen van de kans op ernstige opvoedingsproblemen door middel van extra hulp met opvoeding. Hierbij kunnen de volgende dingen over ouderschap en opvoeding worden verbeterd:

- Kennis
- Vaardigheden
- Houding
- Zelfvertrouwen
- Omgaan met stress
- Steun uit de omgeving

Aanpak

Het programma bestaat uit zes huisbezoeken van een jeugdverpleegkundige. De ouders bepalen waarover wordt gesproken, dit mag van alles zijn. Ouders krijgen advies en er wordt samen gekeken naar oplossingen voor mogelijke problemen.

De volgende onderwerpen worden vaak besproken:

- Opvoeding en ontwikkeling van het kind
- Ouderschap in combinatie met werk
- Relatie met partner
- Steun vanuit de omgeving
- Eigen jeugd en keuze voor manier van opvoeden
- Informatie over organisaties en hulpaanbod in de regio

Kosten

Er zijn geen kosten aan verbonden voor ouders, de gemeente betaalt.

Ga voor meer informatie naar:

<https://www.stevigouderschap.nl/>

Stoppen met roken. Dat bevalt goed! - Training GGD Fryslân

Effect

Het is onduidelijk of het effect van deze methode onderzocht is.

Voor wie

Zwangere vrouwen.

Doel

Het begeleiden van zwangere vrouwen bij het stoppen met roken.

Aanpak

De training bestaat uit vijf groepsbijeenkomsten van een uur. Daarna zijn er twee terugkombijeenkomsten van drie kwartier.

Kosten

De kosten worden vergoed door je zorgverzekeraar.

Ga voor meer informatie naar:

<https://www.ggdfryslan.nl/gezondheid/gezond-leven/roken/>



Taalcoach

Effect

Er is geen onderzoek verricht naar het effect van de hulpverlening door een taalcoach.

Voor wie

Een taalcoach is er voor iedereen die een andere taal spreekt en beter Nederlands wil leren praten. Het is met name bedoeld voor mensen die inburgeringsexamen of staatsexamen moeten doen.

Doel

Het doel van een taalcoach is om degene die een andere taal spreekt te laten oefenen met de Nederlandse taal.

Aanpak

Een taalcoach is een vrijwilliger die één of twee keer in de week afspreekt met iemand die een andere taal spreekt en Nederlands aan het leren is. Thuis of tijdens een uitstapje wordt gepraat over dagelijkse dingen, het leven in Nederland, de gebruiken in Nederland en het eigen land. Het leren van de Nederlandse taal gaat hand in hand met het verkennen van de Nederlandse cultuur. Taalcoaches kunnen ook helpen bij het leren schrijven en lezen door samen krantenartikelen te lezen of een e-mail te typen. De taalcoach kan ook helpen met het huiswerk van de taal cursus.

Kosten

Er zijn geen kosten aan verbonden voor het krijgen van hulp van een taalcoach.

Ga voor meer informatie naar Vluchtelingenwerk en Humanitas.

<https://www.vluchtelingenwerk.nl/regio> of

<https://www.humanitas.nl/>



Telefonische Advisering (GGD Groningen)

Effect

Er is geen onderzoek gedaan naar het effect van Telefonische Advisering.

Voor wie

(Aanstaande) ouders en zorgverleners in Groningen.

Doel

Het informeren van nieuwe ouders over de groei en/of opvoeding van hun kinderen. Het adviseren van zorgverleners met zorgen over zwangeren of gezonden.

Aanpak

Ouders kunnen op werkdagen tussen 08.00-17.00 uur telefonisch via **050 367 4991** met de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) Groningen bellen voor advies of de groei en/of opvoeding van hun kinderen.

Zorgverleners met zorgen over zwangeren/moeders in kwetsbare situaties kunnen hen aanmelden bij de TA. De GGD neemt vervolgens contact op met de vrouw of het gezin voor een huisbezoek waarin nader wordt bekeken welke hulp nodig is.

Kosten

Er zijn geen extra kosten verbonden aan het gebruik van de TA voor client of zorgverleners.

Ga voor meer informatie naar:

<https://ggd.groningen.nl/kind-en-opvoeding/0-tot-4-jaar/consultatiebureau/consultatiebureau-groningen-stad/>



Tolkentelefoon

Effect

Er is geen onderzoek gedaan naar het effect van de Tolkentelefoon.

Voor wie

De tolkentelefoon is bedoeld voor alle organisaties (zoals zorgverleners, mensen bij de gemeente etc.) die een tolk willen gebruiken tijdens hun gesprek.

Doel

Het doel van de tolkentelefoon is om het gesprek tussen de zorgverlener en cliënt te vertalen zodat er duidelijk met elkaar gepraat kan worden.

Aanpak

Er zijn voor de organisatie twee manieren om de tolkentelefoon te regelen:

- Direct een tolk inschakelen tijdens het gesprek. Dit is de snelste oplossing. Hiervoor belt men naar **088 255 52 22** en krijg je binnen een paar seconden een geschikte tolk aan de telefoon.
- Tolk reserveren. Wanneer een taal niet veel wordt gesproken en je er zeker van wilt zijn dat je er een tolk beschikbaar is, kun je voorafgaand aan het gesprek een tolk reserveren.

Kosten

De kosten van de tolkentelefoon zijn voor de organisatie en niet voor de cliënt zelf.

Ga voor meer informatie naar:

<https://www.tvcn.nl/diensten/tolken/tolkentelefoon/>

Voor verloskundigen die lid zijn van de KNOV bestaat een gereduceerd tarief voor het gebruik van de tolkentelefoon:

https://www.knov.nl/serve/file/knov.nl/knov_downloads/2974/file/Tarieven_Tolkdiensten_leden_KNOV_.pdf



Trimbos richtlijn addendum

'Behandeling van tabaksverslaving en stoppen-met-roken ondersteuning bij zwangere vrouwen'

Effect

Het is aannemelijk dat gedragsmatige interventies effectief zijn voor het stoppen-met-roken bij zwangere vrouwen.

Voor wie

Het addendum is bedoeld voor alle zorgprofessionals die in aanraking (kunnen) komen met rokende zwangere vrouwen.

Doel

De bescherming van de zwangere vrouw en haar nog ongebooren kind tegen tabaksschade.

Aanpak

Het Addendum Behandeling van tabaksverslaving en stoppen-met-roken ondersteuning bij zwangere vrouwen hoort bij de richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning' (Herziening 2016). Op grond van wetenschappelijke literatuur en professionele overwegingen worden aanbevelingen gedaan over hoe stoppen-met-roken zorg tijdens de zwangerschap aangeboden zou moeten worden. Het stroomdiagram dat is opgenomen als bijlage in het addendum maakt inzichtelijk hoe de zorgprofessional een rokende zwangere vrouw kan toeleiden naar de voor haar (en haar partner) meest geschikte interventie.

Kosten

Aan het addendum zitten geen kosten verbonden.

Ga voor meer informatie naar:

<https://www.trimbos.nl/docs/8dcff786-e1b2-4556-8220-7ca285531b6c.pdf>

Veilig Thuis

Effect

Onderzoek naar de aanpak van kindermishandeling en partnergeweld is gaande (tot 2021).

Voor wie

Veilig Thuis is er voor gezinnen waarbij er een vermoeden is op kindermishandeling of huiselijk geweld.

Doel

Het doel van Veilig Thuis is om een betere leefsituatie te maken waarin een gezin veilig is.

Aanpak

Slachtoffers, plegers, omstanders en zorgverleners kunnen bellen met Veilig Thuis wanneer zij het vermoeden hebben dat er sprake is van kindermishandeling of huiselijk geweld. De medewerker aan de telefoon luistert dan naar het verhaal, stelt vragen en beantwoordt vragen. Daarna kijkt de medewerker met de beller wat hij/zij er zelf aan kan doen. Als de situatie te lastig is om zelf aan te pakken, kan de beller een melding doen. Veilig Thuis doet dan onderzoek naar de situatie of schakelt hulp in, zodat het gezin geholpen kan worden.

Als er een melding is gedaan

Wanneer Veilig Thuis een melding krijgt, bepalen ze eerst of het gezin veilig is. Daarna besluit Veilig Thuis om hulp te sturen. Dit kan een andere hulpverlener zijn, of Veilig Thuis gaat zelf in gesprek met het gezin. In deze gesprekken bekijkt Veilig Thuis wat er aan de hand is en wat er moet gebeuren om het gezin weer veilig te maken.

Kosten

De hulp dat geboden wordt door Veilig Thuis is gratis voor gezinnen.

Ga voor meer informatie naar:

<https://veiligthuis.nl/huiselijk-geweld-en-mishandeling/>

Verslavingszorg

Noord-Nederland (VNN)

Effect

Er is geen onderzoek gedaan naar effecten van hulpverlening van de verslavingszorg.

Voor wie

Voor iedereen met een verslavingsprobleem, naasten van mensen met een verslavingsprobleem of zorgverleners met vragen over het begeleiden van cliënten met verslavingsproblemen.

Doel

Samen met de client haar kwaliteit van leven verbeteren door te werken aan een leven zonder verslaving of een leven met minder verslavingsproblemen.

Aanpak

VNN begeleidt de client door middel van oplossingsgericht werken. De behoeften en doelen van cliënten staan centraal. Door te kijken naar wat wél goed gaat krijgen cliënten de regie over hun leven weer terug. De client krijgt vertrouwen terug in zijn/haar eigen mogelijkheden.

Na een intake wordt samen met de client een behandelplan opgesteld. De behandeling kan thuis, poliklinisch of klinisch plaatsvinden.

Kosten

Doorgaans wordt de behandeling door de zorgverzekeraars vergoed vanuit de basisverzekering. Afhankelijk van de verzekering moet soms toestemming gevraagd worden voordat een behandeling kan starten.

Ga voor meer informatie naar:

<https://www.vnn.nl>



V-mis (Minimale Interventiestrategie

Stoppen met roken voor de Verloskundigenpraktijk)

Effect

Met deze methode stopt 19% van de rokende zwangere vrouwen na het eerste gesprek. Zes weken na de bevalling is 21% van de zwangere vrouwen die rookten nog steeds gestopt met roken.

Voor wie

V-mis kan gebruikt worden door zorgverleners in de geboortezorg, zoals gynaecologen, verloskundigen en kinderartsen. V-mis kan worden gebruikt bij alle zwangeren die roken.

Doel

Het doel van V-mis is om bij een zwangere het stoppen met roken te ondersteunen door bijvoorbeeld een verloskundige, zodat er minder zwangere vrouwen zullen roken. Dit zal meehelpen aan een gezonde zwangerschap en een gezonde baby.

Aanpak

V-mis is een stappenplan voor een verloskundige om een zwangere vrouw te helpen bij het stoppen met roken. Eerst zal de verloskundige het advies geven aan de zwangere om te stoppen met roken. Daarna zal worden gekeken naar de motivatie van de zwangeren om te stoppen, waarin gevraagd zal worden naar dingen die het stoppen moeilijk zullen maken. De verloskundige zal informatie en ondersteuning geven. Er zal een stopafpraak worden gemaakt: een afgesproken dag waarop de zwangere zal stoppen met roken.

Kosten

Voor de zwangere vrouw zitten er geen kosten aan verbonden voor deze ondersteuning.

Ga voor meer informatie naar:

<https://www.trimbos.nl/kennis/rookvrij-opgroeien/stoppen-met-roken-bij-zwangerschap>

Voorzorg

Effect

Voorzorg heeft de volgende goede resultaten:

- Minder kindermishandeling
- Moeders roken minder tijdens en na de zwangerschap
- Moeders roken niet waar de baby bij is
- Moeders geven vaker en langer borstvoeding
- Moeders zijn minder vaak slachtoffer van huiselijk geweld

Voor wie

Voorzorg is voor jonge vrouwen die zwanger zijn van hun eerste kind en te maken hebben met problemen. Deze problemen kunnen bijvoorbeeld zijn:

- Mishandeling en verwaarlozing
- Een laag opleidingsniveau
- Huiselijk geweld
- Gebruik van drugs of alcohol in de zwangerschap
- Moeite met opvoeding
- Moeite met omgaan met eigen gevoelens

Doel

Het doel van Voorzorg is:

- Het verkleinen van de kans op kindermishandeling
- Het verbeteren van de zwangerschap door gezonde voeding, minder stress, minder roken, minder gebruik van alcohol of drugs en het gebruiken van hulpmiddelen uit de omgeving
- Het verbeteren van de gezondheid en ontwikkeling van het kind
- Het verbeteren van de ontwikkeling van de moeder
- Het verbeteren van opties voor een studie en werk voor de moeder

Aanpak

Tijdens de zwangerschap en tijdens de eerste twee levensjaren van het kind komt er af en toe een verpleegkundige thuis langs (huisbezoek). Meestal zijn er twee huisbezoeken per maand, die 1 tot 1,5 uur duren. Tussendoor kan de moeder contact houden met de verpleegkundige via de telefoon of via Social Media (zoals WhatsApp). Tijdens de huisbezoeken wordt gekeken naar:

- Verbinding met het kind
- Hoe het is om vader en moeder te zijn
- Gezondheid van kind, moeder en vader
- Ontwikkeling van het kind
- Ontwikkeling van moeder en vader
- Veiligheid
- Geld
- Overbrengen van ideeën en informatie aan anderen en gesprekken voeren
- Steun vanuit de omgeving
- Gebruik van hulpmiddelen uit de omgeving

Kosten

Er zijn geen extra kosten verbonden aan Voorzorg.

Ga voor meer informatie naar:

<https://www.ncj.nl/voorzorg/>

WIJ-team (Groningen)

Effect

Er is geen onderzoek gedaan naar het effect van het WIJ-team.

Voor wie

Voor bewoners van een wijk of buurt in Groningen, met vragen over opgroeien van kinderen, onderwijs, huisvesting, financiële kwesties, welzijn en gezondheid.

Doel

WIJ-teams adviseren en ondersteunen mensen om zelf grip te krijgen en te houden op hun leven. Ze creëren mogelijkheden waarbij mensen in de wijk met elkaar in contact komen en met elkaar zorgen voor een prettige leefomgeving.

Aanpak

WIJ-teams bestaan uit buurtwerkers, opbouwerkers, jeugdwerkers en JGZ-verpleegkundigen en artsen. De WIJ-teams werken in wijken en buurten samen met groepen inwoners, sociale netwerken en andere organisaties. Ze verbinden inwoners en netwerken met elkaar. Ze ondersteunen en stimuleren initiatieven, vrijwilligerswerk, sport of culturele activiteiten. Ze proberen dit te doen met hulp van familie en vrienden van deze inwoners. Ze stimuleren dat inwoners hun talenten en mogelijkheden benutten en proberen de sociale samenhang in de wijken te versterken.

Kosten

Er zijn kosten verbonden aan het inschakelen van het WIJ-team.

Ga voor meer informatie naar:

<https://wij.groningen.nl/>

Zorgpad vroegsignalering (gemeente Smallingerland)

Effect

Er is geen onderzoek gedaan naar de effecten van de toepassing van dit zorgpad.

Voor wie

Verschillende disciplines in de geboortezorg.

Doel

Door optimalisering van de samenwerking tussen verloskundige, kraamzorg, JGZ en gebiedsteam, zo vroeg mogelijk signalen, problemen of zorgvragen die een gezonde groei en/of ontwikkeling van het kind kunnen belemmeren vast te stellen en daarop aansluitende zorg of ondersteuning te bieden.

Aanpak

Verloskundigen signaleren aan de hand van de ALPHA-NL problemen of zorgvragen van zwangeren in kwetsbare situaties. De intaker van de kraamzorg doet dit aan de hand van een gestructureerde vragenlijst die gebaseerd is op de Checklist Vroegsignalering (TNO). Ook in het kraambed is de kraamverzorgende bij uitstek in staat om problemen met betrekking tot hechting, maar ook andere problemen of risicofactoren vroegtijdig te signaleren. Het kraambed kan worden afgesloten met een warme overdracht. Ingeval van signalen van onveilige opgroeisituaties wordt met toestemming van de client contact opgenomen met de JGZ en/of het Gebiedsteam.

Kosten

Voor de zwangere zijn er geen kosten verbonden aan dit zorgpad.

Ga voor meer informatie naar:

<https://zwangerschapengeboorte-nn.nl/projecten/vroegsignalering-zwangeren-smallingerland>

