



Handreiking

Prenataal huisbezoek door de jeugdgezond- heidszorg



Nederlands
Centrum
Jeugdgezondheid

‘Dit is echt vroege preventie’

Colofon

Prenataal huisbezoek door de jeugdgezondheidszorg. Een handreiking.

Een uitgave van

Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ)
Churchillaan 11
3527 GV Utrecht

Auteur

Frans Pijpers, NCJ

Met dank aan

Lianne Blaas, Jetty Brouwer, Corinne van der Geest, Elise Klarenbeek, Ellen Peerbolte, Ida Ouweneel, Marieke van Selm, Renee van Tuyll van Serooskerken-Stein, Remy Vink en Jacqueline de Vries

Foto

Sabine Joosten / Hollandse Hoogte

© NCJ - Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, Utrecht, 2014

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING	4
AANBEVELINGEN	6
1 TAKEN JEUGDGEZONDHEIDSZORG	9
2 WAAROM PRENATALE HUISBEZOEKEN?	11
3 PRENATALE HUISBEZOEKEN DOOR DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG	15
3.1 Doelgroep	15
3.2 Criteria voor een PHB-JGZ	15
3.3 Uitvoering	16
4 IMPLEMENTATIE	20
LITERATUUR	22

INLEIDING

Zorgwekkende omstandigheden voor kinderen kunnen al in de zwangerschap aanwezig of voorspelbaar zijn. Als de jeugdgezondheidszorg (JGZ), al dan niet werkzaam vanuit Centra voor Jeugd en Gezin (CJG's), al tijdens de zwangerschap signalen van de verloskundige ontvangt en op verzoek van een verloskundige een prenataal huisbezoek (PHB-JGZ) aflegt, kan direct gestart worden met de begeleiding van ouders. Dit levert gezondheidswinst voor ouders en kinderen op (Vink, 2013).

Onder prenatale huisbezoeken door de jeugdgezondheidszorg verstaan we alle contacten van een jeugdverpleegkundige met aanstaande ouders tijdens de zwangerschap die als doel hebben om hen te begeleiden naar een optimale start met hun kind en het aanstaande ouderschap.

Een PHB-JGZ is niet hetzelfde als een prenataal huisbezoek door de verloskundige rond de 34e week (Vink, 2013). De Stuurgroep Zwangerschap en geboorte (2010) vindt dat er meer inzicht moet zijn in de mogelijke risico's in de thuissituatie van de zwangere. Dit betreft de medische en (psycho)sociale risico's voor moeder en kind in de laatste fase van de zwangerschap, tijdens de bevalling en de kraamperiode. Daarom beveelt de Stuurgroep aan dat verloskundigen altijd vóór de 34e week een huisbezoek afleggen. Mede op basis van dit huisbezoek bepaalt de verloskundige in samenspraak met de zwangere onder wiens leiding en waar de bevalling in principe (bij ongewijzigde omstandigheden) gaat plaatsvinden. Daarbij geldt: in de eerste lijn als dat kan, in de tweede lijn als dat moet. Een PHB-JGZ richt zich op het aanstaande ouderschap.

Een PHB-JGZ onderscheidt zich ook van programma's zoals VoorZorg en Prenataal Stevig Ouderschap. Deze programma's richten zich op kleine, specifieke doelgroepen. VoorZorg, de Nederlandse variant van het Amerikaanse Nurse-Family-Partnership-programma (Olds et al., 1986; 1994; 1997), is gericht op de doelgroep: jonge, laagopgeleide zwangere vrouwen met een eerste kind en meervoudige problematiek. Het programma is intensief, het aantal huisbezoeken is ongeveer 60 over de gehele periode vanaf de 20e à 28e zwangerschapsweek tot 1½ jaar na de geboorte. VoorZorg wordt uitgevoerd door gespecialiseerde jeugdverpleegkundigen.

Stevig Ouderschap is recentelijk doorontwikkeld, zodat dit ook prenataal ingezet kan worden. Het doel van deze interventie is het verkleinen van het risico op ernstige opvoedingsproblemen. De doelgroep bestaat uit gezinnen met een kind op komst die zijn geselecteerd op basis van een aantal risicofactoren. De interventie eindigt als het kind 18 maanden oud is. Een PHB-JGZ richt zich op een bredere doelgroep, namelijk op alle aanstaande ouders met problematiek en alle ongebornen kinderen in matig zorgwekkende situaties.

Naast VoorZorg en prenataal Stevig Ouderschap zijn er programma's die door de ggz of MEE zijn ontwikkeld en gericht zijn op (aanstaand) ouderschap in relatie tot psychische problemen of psychiatrische aandoeningen en/of verstandelijke problemen, zoals: Baby Extra en BOBP (Baby's van Ouders met Bijzondere Problemen).

De handreiking

Het NCJ heeft deze handreiking gemaakt om jeugdgezondheidszorgorganisaties te ondersteunen bij het (in samenspraak met verloskundigen) voeren van het gesprek met gemeenten over prenatale huisbezoeken JGZ. De handreiking is tot stand gekomen in samenwerking met een aantal JGZ-organisaties en ActiZ. Er is gebruik gemaakt van de ZonMw-Evaluatie van prenatale huisbezoeken JGZ (Vink, 2013).

In de handreiking wordt beschreven wat het doel en de doelgroep van een PHB-JGZ zijn, wat mogelijke redenen voor een PHB-JGZ zijn en wat een mogelijke werkwijze is. De handreiking begint met een aantal aanbevelingen aan JGZ-organisaties. Vervolgens wordt in hoofdstuk 3 aangegeven hoe prenatale huisbezoeken aansluiten bij het takenpakket van de JGZ. Hoofdstuk 4 geeft argumenten om prenatale huisbezoeken te doen. Op hoofdlijnen wordt in hoofdstuk 5 de uitvoering van het PHB-JGZ beschreven. Tot slot wordt in hoofdstuk 6 een aantal implementatieaspecten aangegeven.

AANBEVELINGEN

Aanbeveling 1. Investeer in de samenwerking tussen de JGZ en eerste- en tweedelijns verloskunde en sluit aan bij de Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV's). Overleg met hen over hoe prenatale huisbezoeken door de JGZ ondersteunend en aanvullend aan de verloskundige zorg kunnen.

De samenwerking tussen jeugdgezondheidszorg, verloskundigen, gynaecologen en kraamzorg vraagt veel aandacht. Onderling vertrouwen is essentieel in die samenwerking. Dit blijkt ook uit het onderzoek naar prenatale huisbezoeken door de JGZ door Vink (2013). Het is belangrijk dat er geen verwarring is met het verloskundig huisbezoek rond de 34e zwangerschapsweek, wanneer die in de regio wordt uitgevoerd, of het eenmalige kennismakings-/intakehuisbezoek kort voor de bevalling door de JGZ of het huisbezoek van de kraamverzorgster. Het onderzoek van Vink komt tot de conclusie dat onvoldoende kennis en inzicht een van de redenen is voor een relatief gering aantal aanvragen voor een PHB-JGZ. Het moet duidelijk zijn dat een PHB-JGZ laagdrempelig wordt aangeboden en niet als 'zwaar middel' wordt gezien. Een PHB-JGZ ondersteunt de verloskundige zorg en vult deze aan en richt zich vooral op het ondersteunen van ouders bij hun aanstaande ouderschap. Formuleer een gezamenlijke missie: SAMEN toewerken naar een optimale start van de baby.

Communicatie met en terugkoppeling naar de gehele eerste- en tweedelijns verloskunde moeten goed geregeld zijn. De JGZ kan daarom het beste aansluiten bij de Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV's). Deze zijn opgericht om de onderlinge samenwerking in de geboortezorg te verbeteren. Uit het onderzoek van Vink blijkt ook dat contacten onderhouden moeten worden.

Het is belangrijk om elkaar te kennen en elkaar te vertrouwen. Dit vraagt vaak meer kennis van elkaar en een attitudeverandering ten aanzien van de onderlinge samenwerking. Over domeinmuren heen kijken zonder elkaars werk over te nemen. Met elkaar afspreken wat redenen voor een PHB-JGZ kunnen zijn is een belangrijke basis voor de samenwerking. Het is essentieel dat terugkoppeling tussen verloskundigen en jeugdverpleegkundigen tweerichtingsverkeer is. Verschillende activiteiten kunnen hiervoor ingezet worden. Naast bijeenkomsten kan gedacht worden aan het koppelen van jeugdverpleegkundigen en verloskundigen(praktijken) en 'warme' informatie-uitwisseling. Met andere woorden: een helder en goed afgesproken proces van aanmelding en terugkoppeling is essentieel. Ook ondersteunende hulpmiddelen kunnen bijdragen, zoals een korte film over het PHB-JGZ voor aanstaande ouders, informatie op de website van de JGZ-organisatie of een folder met antwoordformulier die alle aanstaande ouders halverwege de zwangerschap bij een bezoek aan de verloskundige meekrijgen.

Aanbeveling 2. Ga samen met de verloskundigen in gesprek met de gemeente over prenatale huisbezoeken door de jeugdgezondheidszorg.

Informeer samen met verloskundigen gemeenten over mogelijke zorgwekkende situaties van ongeboren kinderen en laat weten dat vroegtijdige interventies lonen, zowel qua gezondheidswinst als qua economische winst. Ouders van kinderen in kwetsbare groepen zijn vaak onvoldoende op de hoogte van de invloed die diverse factoren kunnen hebben op hun (ongeboren) kind. Een PHB-JGZ helpt ouders de regie over hun eigen situatie te nemen.

Al voor de geboorte spelen sociaal-emotionele aspecten een rol. Hierbij kan men denken aan psychische problematiek, ongezonde voedingspatronen, het gebruik van genotmiddelen, stress, armoede, huiselijk geweld, slechte huisvesting en het zelf als kind mishandeld zijn. Prenatale huisbezoeken door de jeugdgezondheidszorg als aanvulling op de prenatale zorg door de verloskundigen bieden een mogelijkheid om al in een vroeg stadium ondersteuning aan ouders te bieden. Door vroeg ondersteuning te bieden en indien nodig hulp in te schakelen kan de JGZ vanuit de Centra voor Jeugd en Gezin een gezonde en veilige ontwikkeling van het ongeboren kind bevorderen en het ontstaan van gezondheids- en ontwikkelingsrisico's voor het kind helpen beperken. Dit past bij belangrijke speerpunten in de transitie en transformatie van het jeugdstelsel: preventie en versterken van eigen kracht.

Een andere reden voor een PHB-JGZ is dat deze activiteit aansluit bij de gemeentelijke verantwoordelijkheid (Wet publieke gezondheid) voor prenatale voorlichting. Ook versterkt een PHB-JGZ de continuïteit in de jeugdgezondheidszorg, omdat het contact al in de zwangerschap gelegd wordt en er in potentieel zorgwekkende situaties vroeg de basis voor een vertrouwensrelatie gelegd kan worden.

Aanbeveling 3. Maak bij het gesprek met gemeenten over redenen voor prenatale huisbezoeken voor de herkenbaarheid gebruik van een indeling volgens de Verwijsindex: Risicjongeren.

De Verwijsindex Risicjongeren (VIR) wordt in de meeste gemeenten gebruikt en criteria worden daardoor gemakkelijker herkend. Een aantal JGZ-organisaties heeft samen met verloskundigen, kraamverzorgenden en gynaecologen redenen voor een PHB-JGZ geformuleerd die deze hulpverleners kunnen gebruiken om prenatale inzet van de JGZ aan te vragen. De redenen voor een PHB-JGZ vertonen overeenkomsten met de criteria van de VIR. In de VIR worden vijf clusters van criteria onderscheiden: 1) materiële omstandigheden, 2) gezondheid, 3) opvoeding en gezinsrelaties, 4) onderwijs en werk en 5) de sociale omgeving buiten het gezin. Gebruik van deze indeling maakt aansluiten bij gemeentelijk beleid gemakkelijker.

Aanbeveling 4. Laat het PHB-JGZ uitvoeren door dezelfde jeugdverpleegkundige als die ouders postnataal op het consultatiebureau ontmoeten.

De belangrijke resultaten van een PHB-JGZ als ondersteuning van en aanvulling op de begeleiding door de verloskundige zijn dat aanstaande ouders na afloop van het PHB-JGZ beter kunnen omgaan met het naderende ouderschap en hun ouderrol kunnen vormgeven, dat hun zelfredzaamheid is verbeterd en zij zich waar nodig ondersteund voelen in hun hulpvraag. De jeugdverpleegkundige gaat uit van de eigen kracht van ouders als opvoeder en helpt hen om zich voor te bereiden op het ouderschap. De relatie die zij tijdens de zwangerschap heeft opgebouwd, is na de geboorte de basis voor tijdige signalering en effectieve advisering.

Aanbeveling 5. Regel de randvoorwaarden.

De jeugdverpleegkundigen die meededen aan het TNO-onderzoek (Vink, 2013) hebben aangegeven dat randvoorwaarden belangrijk zijn. Zij hebben behoefte aan houvast bij de uitvoering van een PHB-JGZ: een overzichtelijke praktische werkinstructie met daarin afspraken over aanmelding, terugkoppeling, verwijzing, zorgplan en registratie in het JGZ-systeem, een checklist met inhoudelijke thema's om na te lopen, een eenvoudig raamwerk voor een zorgplan en een sociale kaart. TNO heeft bij ZonMw een subsidie aangevraagd om voortbouwend op het onderzoek van Vink samen met een JGZ-organisatie een ondersteunende methode voor jeugdverpleegkundigen te ontwikkelen. Verder gaven de betrokken jeugdverpleegkundigen aan dat in hun takenpakket voldoende ruimte moet zijn voor een PHB-JGZ.

Goede afstemming met de partners in het CJG is ook belangrijk, zodat indien nodig snel in de ondersteuning aan de aanstaande ouder(s) voorzien kan worden.

1. TAKEN JEUGDGEZONDHEIDSZORG

Sinds 1 januari 2003 is het Basistakenpakket JGZ van kracht, dat wettelijk verankerd is in de Wet publieke gezondheid en het Besluit Publieke Gezondheid. Het Basistakenpakket JGZ bestaat uit een uniform deel en een maatwerkdeel, die beide aan alle jeugdigen van 0 tot 19 jaar (in nieuwe basispakket 0-18) aangeboden moeten worden. In 2013 heeft de commissie-De Winter een advies uitgebracht over een nieuw basispakket. De commissie onderscheidt daarin onderstaande doelen van de JGZ.

1. De JGZ heeft de gezondheid en ontwikkeling van alle kinderen in beeld.

- Ziet kinderen regelmatig en volgt het kind tijdens het opgroeien.
- Monitort groei en ontwikkeling (lichamelijk, psychisch, sociaal, cognitief), doet gezondheidsonderzoek en screent.
- Doet een brede, integrale beoordeling van kinderen in de context van gezin en omgeving.
- Kijkt naar het individuele kind en de gezondheidstoestand van alle kinderen.

2. De JGZ vaccineert.

- Voert het Rijksvaccinatieprogramma uit.

3. De JGZ versterkt de kracht van ouders en jongeren en normaliseert.

- Steunt ouders bij het gezond laten opgroeien en opvoeden van hun kind.
- Geeft preventieve voorlichting en advisering, individueel of in groepen.
- Geeft in aansluiting op signalen zo nodig een of enkele extra gesprekken om ouders en kind gerust te stellen, geeft voorlichting, advies, begeleiding of instructie.
- Beoordeelt of extra ondersteuning, hulp of zorg nodig is.

4. De JGZ signaleert problemen en behoeften en schakelt tijdig extra hulp in.

- Kijkt hierbij naar het kind als geheel en betreft hierbij de lichamelijke, psychische, sociale en cognitieve ontwikkeling.
- Signaleert bevorderende en bedreigende factoren in de opvoeding in gezin en omgeving.
- Vraagt indien nodig hulp 'erbij' of verwijst.
- Grijpt in bij situaties die de veiligheid van het kind bedreigen.
- Blijft kind en gezin volgen tijdens en na hulp.

5. De JGZ werkt samen.

- Is onderdeel van CJG/wijkteams (jeugdhulpverlening, jeugd-ggz, LVG-zorg), zorg structuren in het onderwijs, kindercentra en curatieve gezondheidszorg.

6. De JGZ levert beleidsinformatie en advies aan gemeenten en andere professionals.

- Signaleert en doet onderzoek, mede op basis van het Digitaal Dossier JGZ, en adviseert op basis daarvan (collectief) ten behoeve van de gezondheid van de jeugd.

De staatssecretaris van VWS heeft het advies van de commissie-De Winter grotendeels overgenomen. In het nieuwe basispakket dat per 1 januari 2015 moet ingaan, wordt veel nadruk gelegd op preventie en samenwerking. Samenwerking met verloskundigen ligt dan ook voor de hand, omdat jeugdgezondheidszorg gestart in de zwangerschap veel winst op kan leveren. Een doorgaande lijn naar de jeugdgezondheidszorg wordt zo vroeg ingezet.

2. WAAROM PRENATALE HUISBEZOeken?

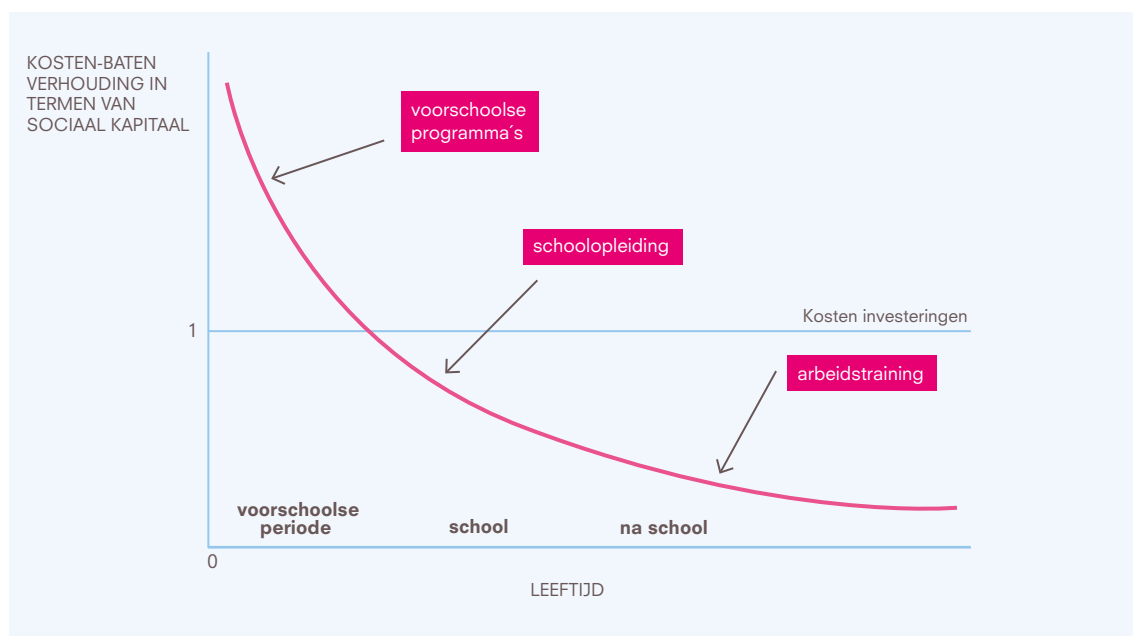
Al voor de geboorte spelen veel aspecten een rol spelen bij de groei en ontwikkeling van een kind. Ouders van kinderen in kwetsbare groepen zijn vaak onvoldoende op de hoogte van de invloed die verschillende factoren kunnen hebben op hun (ongeboren) kind. Prenatale huisbezoeken door de JGZ bieden een mogelijkheid tot het tijdig signaleren van problematiek, waardoor al in een vroeg stadium geïntervenieerd kan worden. Prenatale huisbezoeken door de jeugdverpleegkundige zijn in onbruik geraakt, maar in het verleden zijn er gunstige ervaringen. Coenen en Verloove (2008) adviseerden dan ook het prenatale huisbezoek door de jeugdverpleegkundige weer op te pakken en te ontwikkelen.

Prenatale huisbezoeken richten zich niet op de zwaarste problemen, daarvoor heeft de JGZ andere programma's in huis, zoals VoorZorg of (prenataal) Stevig Ouderschap, of de mogelijkheid om snel en in de eigen omgeving extra hulp in te zetten.

Vroeg beginnen loont

Wereldwijd bestaat consensus over de noodzaak van vroeg ingrijpen. Het rendement van vroegtijdige investeringen in het opvoeden en opgroeien is groter dan dat van latere investeringen, zie figuur (Carneiro en Heckman, 2003). Preventieve programma's in de vroege levensfase (horizontale lijn) leveren meer op dan programma's in de schoolleeftijd of de periode daarna.

Vroeg beginnen: tijdige preventie levert veel winst



Vroeg interveniëren kan de volgende zaken positief beïnvloeden (Prinsen en Dam).

- Een goede/gezonde start van moeder en kind en hun relatie.
- Medische kosten vanwege behandeling van de gevolgen van kindermishandeling en afname van mishandelingen en verwaarlozing.
- De kosten in het speciaal onderwijs en voor schoolbegeleiding.
- Lagere uitgaven voor politie en justitie door criminaliteit;
- De herstellkosten voor burgers van schade (materieel en immaterieel) door jeugd-criminaliteit.
- De uitkeringen voor invaliditeit en werkloosheid.
- Het inkomen (door hogere arbeidsparticipatie).
- De opleidingsgraad.
- De kwaliteit van leven.

Preventief prenataal huisbezoek is een vroege interventie. Ouders worden beter voorbereid op hun aanstaande ouderschap. Dit gebeurt bovendien in een fase waarin zij openstaan voor adviezen.

Veel verschillende factoren beïnvloeden de groei van de foetus en de ontwikkeling na de geboorte

Veel verschillende factoren kunnen de groei van de foetus beïnvloeden, zoals ongezonde voedingspatronen van de zwangere, roken tijdens de zwangerschap, stress, gebruik van alcohol en drugs, huiselijk geweld en armoede tijdens de zwangerschap (stuurgroep Zwangerschap en geboorte, 2009; DiPietro, 2010). Aan veel van deze factoren besteedt een verloskundige in haar begeleiding aandacht. Er zijn ook factoren en omstandigheden waarbij extra ondersteuning van en hulp aan de aanstaande ouders en samenwerking met de jeugdgezondheidszorg gewenst zijn, zoals een minderjarige zwangere, onhygiënische omstandigheden, een belaste psychische anamnese zonder gespecialiseerde hulpverlening, onverwerkte negatieve seksuele ervaringen, een slechte voedingsstatus van de zwangere (BMI < 20 of > 40 zonder hulpverlening), alcoholgebruik al dan niet in combinatie met roken (zeker nadat adviezen en begeleiding van de verloskundige zorgverlener geen effect sorteerden) of een combinatie van problemen zoals huiselijk geweld en armoede (multi-problematiek).

Ongezonde leefstijl en slechte omstandigheden

Een slechte fysieke conditie en slechte leefstijlgewoonten van de moeder hebben een negatieve invloed op de groei van de foetus (Mook-Kanamori, 2010). Ongezonde voeding belemmert de groei van het ongeboren kind en heeft ook na de geboorte effecten (Wu, 2004). Het roken van de moeder tijdens de zwangerschap verhoogt het risico op een vroeggeboorte en een kortere zwangerschap, een laag geboortegewicht en een vermindering van de longfuncties bij baby's. Als aanstaande moeders meeroken met anderen (passief roken) hebben hun kinderen bij de geboorte een hoger risico op een laag geboortegewicht dan de kinderen van moeders die niet passief roken. Volgens de Gezondheidsraad is het risico op een extreem laag geboortegewicht (< 2500 gram) 20

tot 40% hoger als de moeder tijdens de zwangerschap meerookt. Ook verdubbelt passief roken tijdens de zwangerschap de kans op wiegendood. Als de baby na de geboorte wordt blootgesteld aan tabaksrook, vergroot dit eveneens de kans op wiegendood (Nationaal Kompas, 2013). Ook slechte materiële omstandigheden gedurende de zwangerschap hebben een negatieve invloed op de foetus (Braveman, 2010).

Psychische problemen

Psychische problemen van een zwangere kunnen problemen bij het kind veroorzaken, zoals vroeggeboorte, een laag geboortegewicht en op de lange termijn gedrags- en ontwikkelingsproblemen. Ongeveer 10% tot 25% van de zwangere vrouwen heeft klachten die wijzen op depressie en 7% tot 18% heeft verschijnselen die op een angststoornis wijzen (Field, Diego en Hernandez-Reif, 2006; Martini e.a., 2010; Talge, Neal en Glover, 2007). Ongeveer 2% van de zwangere vrouwen in Nederland gebruikt antidepressiva (Veere, 2007; Ververs, 2006). Loomans (2012) toonde aan dat kinderen van vrouwen die zich zowel angstig als depressief voelen tijdens de zwangerschap (30% van haar onderzoekspopulatie), een verhoogd risico hadden te vroeg of met een te laag geboortegewicht geboren te worden. Ook liet haar onderzoek zien dat er een verband is tussen angstgevoelens van de moeder tijdens de zwangerschap en het cognitief functioneren van haar kind op 5- à 6-jarige leeftijd (Loomans, 2012A) en op gedragsproblemen (Loomans, 2011). De Vries toonde aan dat antidepressiva negatieve effecten hebben op het vroege functioneren van het zenuwstelsel van het kind (De Vries, 2013).

Psychosociale problemen

Ongeveer 4 tot 6% van de Nederlandse kinderen tot 4 jaar heeft psychosociale problemen. Problemen in de vroege kindertijd kunnen een voorbode zijn van latere opvoed- en gedragsproblemen (Zeijl et al., 2005). Vroege interventies richten zich op het tijdig terugdringen van (het effect van) ongunstige omgevingsfactoren op de ontwikkeling van het kind. Het betreft factoren zoals: partnergeweld; geweldservaring van ouders in de eigen jeugd; psychopathologie of emotionele problemen zoals depressie; life events; alcohol- en drugsgebruik; beperkt sociaal netwerk; ongewenste zwangerschap; laag zelfbeeld moeder; geringe pedagogische sensitiviteit en harde opvoedingsstijl; jong ouderschap; laag opleidingsniveau; lage sociaal-economische status (Wilson et al., 1996). Deze risicofactoren kunnen al voor de geboorte van het kind aanwezig zijn. Zo kan partnergeweld, behalve voor moeder zelf, ook schadelijk zijn voor het ongeboren kind, hetgeen zich kan uiten in onder andere een groeiachterstand of vroeggeboorte (Murphy, 2001). Kinderen die opgroeien in een gezin met partnergeweld hebben bovendien een verhoogd risico op direct op hen gerichte kindermishandeling (Edleson, 1999; Straus, 1983). Aanstaaende ouders kunnen dus al tijdens de zwangerschap gebaat zijn bij gerichte hulp voor een goede start met hun kind (Hermanns et al., 2005; Olds et al., 1986; 1994; 1997).

Huiselijk geweld en kindermishandeling

Prenatale huisbezoeken door de jeugdgezondheidszorg kunnen ook een bijdrage leveren aan preventie van kindermishandeling. In 2010 werden naar schatting bijna 119.000

kinderen van 0 tot 17 jaar mishandeld en/of verwaarloosd, ofwel 34 op de 1000 kinderen (Alink et al., 2011). Kindermishandeling kost de maatschappij veel, niet alleen vanuit economisch oogpunt, maar vooral ook gezien vanuit kwaliteit van leven (Felitti et al., 1998). Aan kindermishandeling inclusief verwaarlozing liggen meestal ongunstige opgroei- en opvoedomstandigheden ten grondslag. Zelden is er sprake van opzet bij de ouders. Ouders die mishandelen voelen zich onmachtig, onbegrepen, overbelast of kennen weinig gedragsalternatieven en begrenzing van hun gedrag.

Kindermishandeling en psychosociale problemen bij kinderen zijn moeilijker te veranderen naarmate het kind ouder wordt. Juist vroegtijdige vormen van begeleiding zijn (kosten) effectiever dan die welke op latere leeftijd worden ingezet (Tremblay en Japel, 2003). Ouders blijken in de zwangerschap extra gevoelig voor leefstijl- en gedragsverandering met het oog op het ongeboren kind (Mincy, 2005). Interventies zowel vroeg in de ontwikkeling van het kind als vroeg in een proces van probleemontwikkeling kunnen daarom preventief werken en langdurig gezondheidswinst voor gezinnen opleveren.

Doorgaande lijn

Belangrijk is dat hulp na de bevalling in een doorgaande lijn wordt voortgezet (Olds et al., 1986; 1994; 1997). Na de inzet tijdens de zwangerschap kan de jeugdverpleegkundige na de bevalling ingezet worden in de reguliere contactmomenten van de jeugdgezondheidszorg. Door een PHB-JGZ wordt er gewerkt aan een vertrouwensrelatie tussen de jeugdverpleegkundige en de aanstaande ouder(s). Een belangrijke meerwaarde is dat aanstaande ouders niet 'weer een nieuw gezicht' treffen na de geboorte bij het consultatiebureau. Gedurende de huisbezoeken worden ouders ervan bewust gemaakt dat hun situatie mogelijk belemmerende factoren met zich meebrengt voor de groei en ontwikkeling van hun kind. Wanneer ouders ervoor openstaan, kan samen gekeken worden naar wat er nodig is aan ondersteuning en wie die kan geven. Eventuele noodzakelijke begeleiding kan opgestart worden. Op deze manier kan er tijdig een begin gemaakt worden met de aanpak van de bestaande problemen.

3. PRENATALE HUISBEZOeken DOOR DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG

Onder prenatale huisbezoeken door de jeugdgezondheidszorg verstaan we alle contacten van een jeugdverpleegkundige met aanstaande ouders tijdens de zwangerschap die als doel hebben om hen te begeleiden naar het aanstaande ouderschap en een optimale start met hun kind. Door een PHB-JGZ kunnen problemen worden gesignaleerd en kan ondersteuning geboden worden. Indien nodig worden andere JGZ-programma's (VoorZorg, Stevig Ouderschap) ingezet of wordt hulp ingeschakeld, zodat een gezonde ontwikkeling van het ongeboren kind wordt bevorderd en het ontstaan van gezondheids- en ontwikkelingsrisico's voor het kind wordt beperkt. De aanstaande ouder(s) kan/kunnen na afloop van het huisbezoek van de jeugdverpleegkundige beter omgaan met de naderende verzorging van de zuigeling en het aanstaande ouderschap. Hun zelfredzaamheid is verbeterd. De ouders weten hoe ze de verzorging van de zuigeling zelf kunnen regelen en wanneer zij ondersteuning nodig hebben.

Het gaat bij voorkeur om huisbezoeken, maar afspraken kunnen ook op het consultatiebureau of elders plaatsvinden en er kunnen een of meerdere contactmomenten zijn.

3.1 Doelgroep

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.

3.2 Criteria voor een PHB-JGZ

Een aantal JGZ-organisaties heeft samen met regionale verloskundigen, kraamverzorgenden en gynaecologen redenen voor een PHB-JGZ geformuleerd die hulpverleners kunnen gebruiken om voor aanstaande ouders een prenataal huisbezoek aan te vragen.

In het algemeen gaat het om dreigende problemen voor het kind of het gezin. De reden(en) voor een PHB-JGZ kom(t)(en) veelal overeen met de criteria van de verwijfsindex risicjongeren (VIR). In de VIR worden vijf clusters van criteria onderscheiden: 1) materiële omstandigheden, 2) gezondheid, 3) opvoeding en gezinsrelaties, 4) onderwijs en werk en 5) de sociale omgeving buiten het gezin. Deze indeling kan goed gebruikt worden voor de herkenbaarheid door de gemeente.

Mogelijke redenen voor een PHB-JGZ zijn:

1. Materiële omstandigheden, zoals langdurige ongunstige financiële situatie (werkloosheid), huisvestingsproblemen of onhygiënische omstandigheden.
2. Gezondheid, zoals een ongezonde leefwijze, psychische en psychiatrische problematiek bij een of beide ouders, postpartumdepressie bij eerdere zwangerschap,

belaste psychische anamnese zonder gespecialiseerde hulpverlening, verslavings problemen bij een of beide ouders, chronische gezondheidsproblemen bij een van de ouders, slechte voedingsstatus zwangere (BMI < 20 of > 40 zonder hulpverlening), ouders die roken of een doodgeboren of overleden kind in anamnese.

3. Opvoeding en gezinsrelaties, zoals geen structuur en regelmaat in het dagritme, gezin bekend in verband met huiselijk geweld, gezin bekend vanwege opvoedings problematiek, ongewenste zwangerschap, tienermoeder (tot 20 jaar), een gezin waar in veel ondersteuning nodig is c.q. was bij de opvoeding/verzorging van (een) eerder(e) kind(eren), ouders met veel vragen/onzekerheid of onder toezichtstelling of uithuisplaatsing van eerdere kinderen van (een van) de ouders;
4. Onderwijs en werk, zoals verstandelijke beperking bij een van de ouders (LVB) of aan staande moeders die weinig of geen opleiding hebben.
5. Sociale omgeving buiten het gezin, zoals sociaal geïsoleerd gezin, alleenstaande moeder of laat in zorg komen.
6. Combinatie van bovenstaande (multiproblematiek).

3.3 Uitvoering

1. De volgende fasen worden in de uitvoering onderscheiden:

1) signalering door verloskundige of andere zorgverlener, bespreken met aanstaande ouders, 2) aanvraag PHB-JGZ, 3) eerste prenatale huisbezoek, 4) Rapportage en informatie-uitwisseling en 5) eventueel volgende prenatale huisbezoek en terugkoppeling naar de aanvrager, een doorgaande lijn naar zorg op het consultatiebureau.

2. Signalering door een verloskundige of andere zorgverlener

De verloskundige of andere zorgverlener:

- deelt met de aanstaande ouders(s) de zorg om het ongeboren kind, vooral na de geboorte;
- stemt met de ouder(s) af of de zorg gedeeld wordt;
- bespreekt de continuïteit van zorg rondom de zwangerschap en in het gezin;
- biedt de mogelijkheid van een prenataal huisbezoek van de jeugdverpleegkundige aan op basis van de afgesproken criteria voor het aanvragen van een PHB-JGZ en geeft een informatiefolder;
- noteert samen met de ouder(s) de aandachtspunten met vragen van het gezin of waar het gezin aan wil werken met de jeugdverpleegkundige tijdens het prenatale huisbezoek;
- vraagt toestemming aan de ouder en stuurt het aanmeldingsformulier op naar de JGZ (indien mogelijk digitaal);
- registreert in eigen dossier deze actie.

Na verloop van tijd:

- Vraagt de verloskundige/andere zorgverlener tijdens een volgend contact na of huisbezoek heeft plaatsgevonden en wat de afspraken zijn. Het is bijvoorbeeld

belangrijk om afspraken te maken over wie casemanager is bij multiproblematiek en wat de verwachtingen ten opzichte van elkaar zijn.

- Ontvangt de verloskundige/andere zorgverlener van de jeugdverpleegkundige een schriftelijke terugrapportage of huisbezoek heeft plaatsgevonden of er vervolga-ties en/of vervolgspraken zijn.
- Vermeldt de verloskundige/andere zorgverlener bij verwijzing naar de tweede lijn of terugverwijzing naar de eerste lijn het contact met de JGZ.

3. Aanvraag PHB-JGZ

Bij binnenkomst van een aanmeldingsformulier bij de jeugdgezondheidszorg wordt de aanstaande ouder toegewezen aan een jeugdverpleegkundige van het consultatiebureau-team dat in beginsel na de geboorte contact met het gezin zal hebben.

De jeugdverpleegkundige:

- neemt na ontvangst van het aanvraagformulier contact op met de ouder;
- plant huisbezoek(en) en voert dit/deze uit;
- voert afspraken uit;
- rapporteert het contact en afspraken met de ouders schriftelijk of digitaal aan de verloskundige;
- registreert de afspraken;
- onderhoudt contact met gezin.

Met de verloskundigen en gynaecologen wordt afgesproken dat aan de jeugdverpleegkundige die bij dit kind prenatale huisbezoeken heeft gebracht wordt doorgegeven dat het kind is geboren.

4. Eerste prenatale huisbezoek

De prenatale huisbezoeken worden uitgevoerd door de jeugdverpleegkundige die de ouders na de geboorte bij het consultatiebureau zullen ontmoeten. Het PHB-JGZ wordt zo vroeg mogelijk uitgevoerd om voldoende ruimte te hebben eventuele hulp tijdig te organiseren.

Tijdens het huisbezoek probeert de jeugdverpleegkundige samen met de aanstaande ouder(s) inzicht te krijgen in de problematiek en de draaglast en draagkracht van de ouders. Zij hanteert als uitgangspunten, dat:

- de ouders kennisdeskundigen van hun eigen leven en zwangerschap zijn;
- het verhaal en de vragen van de aanstaande ouders centraal staan;
- zij tijdens het huisbezoek de dialoog aangaat met de aanstaande ouders en hen steunt en stimuleert in hun ouderrol.

Het is een taak van de jeugdverpleegkundige om ouders te motiveren en samen met hen een doel te formuleren. Ouders en jeugdverpleegkundige maken samen een afweging

over de zwaarte van de problematiek en samen bepalen zij wat de volgende stappen zijn. Bijvoorbeeld een of enkele huisbezoeken, Prenataal Stevig Ouderschap, VoorZorg of extra hulp inzetten. Een vertrouwensrelatie vanuit de zorg voor het kind is daarbij belangrijk. De jeugdverpleegkundige kan in overleg met de ouders ondersteuning bieden of hulp inschakelen. Het aanbod is laagdrempelig, waarbij het nadrukkelijk ook gaat om de 'lichtere', enkelvoudige problematiek. Bij zwaardere problematiek leidt de jeugdverpleegkundige toe naar specifiekere vormen van hulpverlening.

Tijdens het eerste prenatale huisbezoek kunnen onderstaande onderwerpen aan de orde komen, afhankelijk van de wensen en vragen van aanstaande ouders en de signalering door de verloskundige.

- a. Algemene onderwerpen: doel PHB-JGZ, reden van verwijzing, in kaart brengen risico- en beschermende factoren.
- b. Psychosociale aspecten: invloed van stress op zwangerschap en groei van de baby, hoe ervaren de ouders (en indien relevant de grootouders) de zwangerschap, welke verwachtingen hebben de ouders ten aanzien van het verloop van de zwangerschap, bevalling en kraamperiode, wat te verwachten van het ouderschap?
- c. Gezondheid: leefwijze (voeding, bewegen, rust, roken, gebruik van genotmiddelen), lichamelijke gevolgen zwangerschap, angst, depressie, bij verstandelijke handicap inzetten van steun van MEE.
- d. Sociaal netwerk: steun van partner, familie en/of vrienden, zwaardere problematiek zoals schuldsanering onderkennen, ondersteunen bij opbouw sociaal netwerk, even tueel verwijzen naar project voor moeders of aanmelding zwangerschapscursus.
- e. Toekomst: studie en/of werk, zwangerschaps-/ouderschapsverlof, kinderopvang, erkenning van het (ongeboren) kind (liefst voor de bevalling) bij ongetrouwde zwangeren.
- f. Overig: huisvesting, financiën, zo nodig ondersteuning bij aanvraag kraamzorg, plaats van de bevalling, bespreken van (reële) woningeisen van de jonge moeder.
- g. Afsluiting: afspraak eventuele volgende bezoek, bespreken doelstellingen/opdrachten aanstaande ouder(s)/jeugdverpleegkundige voor vervolgbezoek, indien van toepassing mogelijkheid bespreken van het interventietraject en indien geen vervolgspraak afspreken wanneer het consultatiebureaubezoek zal plaatsvinden.

Na de bevalling neemt de jeugdverpleegkundige contact op met de ouder(s). Bij voorkeur legt degene die de prenatale huisbezoeken heeft afgelegd ook het zuigelingenhuisbezoek bij dit gezin af.

5. Rapportage en informatie-uitwisseling

Afhankelijk van de mogelijkheden van het DD JGZ vindt verslaglegging al dan niet plaats op papier. Als het PHB-JGZ (nog) niet in het DD JGZ geregistreerd kan worden, wordt de informatie bewaard op achternaam van de moeder in een afgesloten dossierkast. Op een lijst worden de uitgerekende datum en de naam van de moeder genoteerd. Na de

geboorte van het kind wordt de registratie van het prenatale huisbezoek of de bezoeken overgenomen in het DD JGZ.

Op verzoek van het programmaministerie voor Jeugd en Gezin heeft het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid een landelijke uniforme gegevensset voor de overdracht van gegevens van kraamverzorgende en verloskundige aan de jeugdgezondheidszorg ontwikkeld. Het betreft de overdracht tussen disciplines in de eerstelijns geboortezorg: de kraamzorg, de verloskunde en de JGZ. Het gaat over alle vrouwen die eerstelijns kraamzorg hebben genoten, ongeacht de duur daarvan en een eventueel verblijf in het ziekenhuis in het voortraject. Ook indien de moeder haar kraambedperiode in het ziekenhuis heeft afgesloten is gegevensoverdracht van de tweede lijn aan de JGZ relevant. De gegevensset omvat de gegevens die de JGZ nodig heeft om professionele zorg in het belang van moeder en kind te leveren. De JGZ krijgt de gegevens schriftelijk, waar mogelijk digitaal, aangeleverd en zorgt voor de volledigheid van de gegevens (RIVM/Centrum Jeugdgezondheid, 2010). De hier beschreven aanpak is de ideale situatie. In een pilot die het NCJ in 2011 en 2012 heeft uitgevoerd, bleek wel dat de praktijk weerbarstig is. Het kost veel tijd om op lokaal niveau goede afspraken met alle betrokken partijen te maken.

Informatie-uitwisseling met verloskundigen vindt schriftelijk en in steeds meer gevallen digitaal plaats.

6. Eventuele volgende prenatale huisbezoeken

Tijdens een tweede en volgend prenataal huisbezoek komen de volgende onderwerpen aan bod:

- De periode sinds het laatste prenatale huisbezoek, vragen van aanstaande ouder(s).
- De doelstelling/opdrachten van aanstaande ouder(s)/jeugdverpleegkundige.
- Een afspraak voor een eventueel volgend bezoek.
- Indien er geen vervolgspraak is, wordt afgesproken wanneer de aanstaande ouder(s) na de bevalling contact opneemt/opnemen met het consultatiebureau.
- Bij een aanstaande moeder van een eerste kind kunnen opvoedingsondersteunende programma's ook prenataal aangeboden worden. Dit is afhankelijk van wat in de gemeente afgesproken is.

4. IMPLEMENTATIE

Het uiteindelijke succes van een interventie is afhankelijk van de wijze waarop die in de praktijk wordt in- en uitgevoerd. In deze paragraaf baseren we ons op het implementatiemodel van Fleuren et al. (2004; 2012). Het implementatieproces, dat bestaat uit een verspreidings-, adoptie-, uitvoerings- en continueringsfase, kan in iedere fase bevorderd worden door een scala aan factoren. Deze factoren kunnen onderverdeeld worden in vier groepen (Fleuren et al, 2012):

- kenmerken van de interventie zelf;
- kenmerken van de (beoogde) gebruiker(s);
- kenmerken van de omgeving en organisatie waarin de innovatie wordt geïmplementeerd;
- factoren in de sociaal-politieke omgeving.

Informatie over implementatiefactoren bij invoering van het PHB-JGZ is te vinden in het rapport van Vink (2013).

Uit het onderzoek van Vink dat is uitgevoerd in het kader van het programma 'Vernieuwing Uitvoeringspraktijk Jeugdgezondheidszorg' blijkt dat prenatale huisbezoeken een goed concept zijn. Het PHB-JGZ wordt gewaardeerd door aanstaande ouders, verloskundigen, kraamverzorgenden en jeugdverpleegkundigen. Ouders voelen zich beter voorbereid op het ouderschap en hebben baat bij adviezen, voorlichting en hulp. Een PHB-JGZ ondersteunt een verloskundige bij de (psychosociale) zorg en helpt bij het inschatten van de thuissituatie en de hulpbehoefte of -noodzaak. Een PHB-JGZ ondersteunt de verloskundige zorg, die hoofdzakelijk gericht is op een gezonde zwangerschap en bevalling, en vult deze aan. Door waar nodig de JGZ al prenataal in te zetten, wordt de verloskundige zorg 'meer totaal'. Bovendien blijkt de samenwerking in de geboortezorgketen hierdoor sterker te worden.

De belangrijkste bevorderende factoren bij implementatie van het PHB-JGZ zijn: de voordelen van een PHB-JGZ voor de gebruiker (ouder, jeugdverpleegkundige en - in mindere mate - de verloskundige), de zichtbaarheid van de uitkomsten, de relevantie voor de ouder, vanuit het perspectief van de jeugdverpleegkundige de verwachte medewerking en de tevredenheid van de ouder, het werken met coördinatoren en voldoende tijd en ruimte in het takenpakket.

Ook blijkt dat jeugdverpleegkundigen enthousiast zijn over de mogelijkheid om ook prenataal te kunnen werken. Jeugdverpleegkundigen zijn preventiewerkers en het is dan ook begrijpelijk dat alleen al het feit dat zij vroeger in het leven van kinderen erbij kunnen zijn als zinvol ervaren wordt. Zij zien in hun postnatale werk dagelijks de gevolgen van situaties waarbij eerder ingrijpen voor kinderen en ouders leed had kunnen voorkomen. Voor de meeste jeugdverpleegkundigen is dit 'echt preventief werken' en zij kunnen ook

continuïteit na de geboorte bieden. Zij zijn de schakel tussen de prenatale zorg van de verloskundige en de postnatale JGZ. De belangrijkste noodzakelijke randvoorwaarden zijn volgens de jeugdverpleegkundigen: een heldere uitvoeringsprocedure, sociale steun van collega's (in de zin van intervisie, casuïstiekbespreking e.d.), een goede werkplanning (zodat men het niet 'naast' het andere werk moet doen), turbulentie in de organisatie en steunende wet- en regelgeving.

Samenwerking

De samenwerking tussen jeugdverpleegkundigen en verloskundigen vraagt wel veel aandacht. Het is belangrijk dat het doel van het PHB-JGZ duidelijk is en er geen verwarring is met het verloskundige huisbezoek rond de 34e zwangerschapsweek wanneer dat in de regio wordt uitgevoerd. Dit is bedoeld om de omstandigheden in kaart te brengen voor een eventuele thuisbevalling en om risico's te kunnen signaleren en bespreken (landelijke stuurgroep Zwangerschap en geboorte, 2010). Het PHB-JGZ ondersteunt dit en vult dit aan.

Ook vertrouwen is essentieel. Verloskundigen ervaren mogelijk dat de jeugdverpleegkundigen op 'hun terrein' komen door ook prenataal een aanbod te hebben. Omgekeerd is er zorg bij jeugdverpleegkundigen of het welzijn en de veiligheid van het kind bij verloskundigen wel voldoende op het netvlies staan. Communicatie en terugkoppeling moeten goed geregeld zijn, ook met de tweedelijns verloskundige.

Uit het onderzoek van Vink (2013) komt ook naar voren dat meer kennis van en inzicht in het PHB-JGZ bij verloskundigen noodzakelijk is. Het moet duidelijk zijn dat een PHB-JGZ laagdrempelig wordt aangeboden en niet als 'zwaar middel' wordt gezien. Daarbij kan gedacht worden aan scholing en aan ondersteunende hulpmiddelen die verloskundigen kunnen gebruiken bij hun contact met ouders, zoals een korte film over het PHB-JGZ voor aanstaande ouders en een folder met antwoordformulier die alle aanstaande ouders bij het eerste bezoek aan de verloskundige meekrijgen.

Financiële randvoorwaarde

Het PHB-JGZ is geen onderdeel van het basis(taken)pakket. De groep kinderen in zorg bij de JGZ komen in zorg bij de geboorte. In de praktijk blijkt de financiering van het PHB-JGZ bij de JGZ-organisaties te verschillen. Financiering hangt vooral af van de criteria van de doelgroep en het gemiddelde aantal afgesproken huisbezoeken.

LITERATUUR

1. Alink LRA, Van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Pannebakker F, Vogels T, Euser S. (2011). *Kindermishandeling in Nederland anno 2010: De Tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (NPM-2010)*. Leiden: Casimir Publishers.
2. Barker DJP. (1997). "Maternal Nutrition, Fetal Nutrition, and Disease in Later Life". *Nutrition*, 807.
3. Barker DJP. (2006). Adult consequences of fetal growth restriction. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 49:270–283.
4. Braveman P, Marchi K, Egerter S, Kim S, Metzler M, Stancil T, Libet M (2010). Poverty, Near-Poverty, and Hardship Around the Time of Pregnancy. *Matern Child Health J*.
5. Bouwmeester-Landweer MBR (2006). *Early Home Visitation in Families at Risk for Child Maltreatment*. Proefschrift; Rotterdam: Optima.
6. RIVM/Centrum Jeugdgezondheid (2010) *Standpunt Gegevensoverdracht van kraamzorg en verloskunde naar jeugdgezondheidszorg*. Bilthoven: RIVM.
7. Doesem KTM Van. (2005). A model-based Intervention for depressed mothers and their infants. *Infant Mental Health Journal*, 26, 157-167: 2005.
8. Coenen-van Vroonhoven EJC, SP Verloove-Vanhorick (2008). *Advies Contactmomenten JGZ, onderzoek naar de state of art op het vlak van de JGZ*.
9. Winter M de et al. (2013). *Een stevig fundament, evaluatie van het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg*. Den Haag: ministerie van VWS.
10. DiPietro JA, Kivlighan KT, Costigan KA, Rubin SE, Shiffler DE, Henderson JL, Pillion JP (2010). Maternal pregnancy-specific psychological stress was associated with accelerated neurologic maturation. *Child Dev*. 2010; 81(1): 115–130. doi:10.1111/j.1467-8624.2009.01384.x.
11. Edleson, JL (1999). The overlap between child maltreatment and woman battering. *Violence Against Women*, 5(2), pp. 134:154.
12. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS. (1998). The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. *American Journal of Preventive Medicine*, 14:245-258.
13. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M (2006). Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review. *Infant Behav. Dev*. 29, 445-455.
14. Fleuren MAH, Wiefferink CH, Paulussen TGWM (2004). Determinants of innovation within health care organizations: literature review and Delphi-study. *Int J Qual Health Care*, 2004;16:107-23.
15. Fleuren M, Wiefferink K, Paulussen T (2010). Checklist determinanten van innovaties in gezondheidszorgorganisaties. *TSG Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2010; 88:55-8.
16. Fleuren MAH, Paulussen TGW, Dommelen P Van, Buuren S Van (2012). *Meetinstrument voor Determinanten van Innovaties (MIDI)* © TNO.
17. Hermanns J, Schrijvers G en Öry F (2005). *Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroeiproblemen*. Woerden: Inventagroep.
18. Loomans EM, Stelt O Van der, Eijdsen M Van, Gemke R, Vrijkotte T, Bergh B Van den (2011). Antenatal maternal anxiety is associated with problem behaviour at age five. *Early Human development* 87(8): 565-70.
19. Loomans EM, Dijk A Van, Vrijkotte T, Eijdsen M Van, Stronks K, Gemke R, Bergh B Van den (2012A). Psychosocial stress during pregnancy is related to adverse birth outcomes: results from a large multi-ethnic community-based birth cohort. *European Journal of Public Health*.
20. Loomans EM, Stelt O Van der, Eijdsen M Van, Gemke R, Vrijkotte T, Bergh B Van den (2012B). High levels of antenatal maternal anxiety are associated with altered cognitive control in five year old children. *Developmental Psychology* 54(4): 441-50.
21. Martin P; Bateson P (1999). *Design for a life: How behaviour develops*. London: Jonathan Cape. pg. 110–1.

22. Martini J, Knappe S, Beesdo-Baum K, Lieb R, Wittchen HU (2010). Anxiety disorders before birth and self-perceived distress during pregnancy: associations with maternal depression and obstetric, neonatal and early childhood outcomes. *Early Hum Dev* 86, 305-310.
23. Ministerie van Jeugd en Gezin, (2009) Handreiking Prenatale Voorlichting, een nieuwe activiteit in opdracht van de gemeente. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (2002). Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0 -19 jaar. Den Haag: ministerie van VWS.
24. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2008). Wet publieke gezondheid. Den Haag: ministerie van VWS.
25. Mook-Kanamori DO; EAP Steegers; PH. Eilers; et al. (2010). Risk Factors and Outcomes Associated With First-Trimester Fetal Growth Restriction. *JAMA*. 2010;303(6):527-534.
26. Murphy CC, Schei B, Myhr TL, Du Mont J. (2001). Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 2001; 164, 1567-1572.
27. Olds DL, Henderson CR, Tatelbaum R and Chamberlin R (1986). Improving the Delivery of Prenatal Care and Outcomes of Pregnancy.
28. Olds, DL, Henderson CR; Kitzman H. (1994). Does prenatal and infancy nurse home visitation have enduring effects on qualities of parental caregiving and child health at 25 to 50 months of life? *Pediatrics*. 1994;93(1):89-98.
29. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR, Kitzman, Powers J, Cole R; Sidora K, Morris P; Pettitt LM, Luckey D (1997). Long-term Effects of Home Visitation on Maternal Life Course and Child Abuse and Neglect: Fifteen-year Follow-up of a Randomized Trial *JAMA*. 1997;278(8):637-643.
30. Prinsen B., Dam P (2013). Investeren in opvoeden en opgroeien loont! Kosteneffectiviteit van de preventie van pedagogische, psychosociale en psychosomatische problematiek door de jeugdgezondheidszorg. De Opvoedzaak/Verdonck en Kloosters.
31. Robinson R (February 2001). "The fetal origins of adult disease: No longer just a hypothesis and may be critically important in south Asia". *BMJ* (7283): 375-6.
32. Reitsma-van Rooijen M, Damman OC, Sixma HJ, Spreeuwenberg P, Rademakers J. (2009) CQ-Index Jeugdgezondheidszorg: meetinstrumentontwikkeling. Kwaliteit van de jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar vanuit het perspectief van ouders en kinderen. Utrecht, NIVEL.
33. Straus MA (1983) Ordinary violence, child abuse and wife beating, what do they have in common? Newbury Park CA, Sage.
34. Stuurgroep Zwangerschap en geboorte (2010). Een goed begin, veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Advies stuurgroep Zwangerschap en geboorte. Den Haag: College Perinatale zorg.
35. Vink R, Sleuwen B Van, Boere-Boonenkamp M. Evaluatie prenatale huisbezoeken JGZ. Leiden: TNO, 2013.
36. Talge NM, Neal C, Glover V (2007). Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? *J Child Psychol Psychiatry* 48, 245-261.
37. Tremblay RE, Japel C (2003). Prevention during pregnancy, infancy and the preschool years In D. P. Farrington, J. W. Coid (Eds.), *Early Prevention of Adult Antisocial Behaviour* (pp. 205-242). Cambridge, Engeland.
38. Veere van der CN, Bos AF (2007). Gebruik van SSR's gedurende de zwangerschap en mogelijke consequenties voor de ontwikkeling van het kind. *NTvG* 151, 2873-2874.
39. Verdonck en associates (2013). Investeren in opvoeden en opgroeien loont! Kosteneffectiviteit van de preventie van pedagogische, psychosociale en psychosomatische problematiek door de jeugdgezondheidszorg. Utrecht: ActiZ en GGD Nederland.
40. Ververs T, Kaasenbrood H, Visser G, Schobben F, de Jong-van den Berg, Egbers T (2006). Prevalence and patterns of antidepressant drug use during pregnancy. *Eur J Clin Pharmacol* 62, 863-870.
41. Vink R, Rijnders MEB, Dommelen P, Broerse A (2009). Vroeg signaleren van ongunstige opgroei-omstandigheden door verloskundigen in Zaanstad en Amsterdam-Noord, Leiden, TNO Kwaliteit van Leven.

42. Vries de NKS, Veere CN Van der, Reijneveld SA, Bos AF (2013). Early neurological outcome of young infants exposed to selective serotonin reuptake inhibitors during pregnancy: results from the observational SMOK study. Plos One Volume 8 | Issue 5.
43. Wal MF van der, Van Eijnden M, Bonsel GJ (2007). Stress and emotional problems during pregnancy and excessive infant crying. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics 2007; 28: 431-7.
44. Wells JC (February 2007). "The thrifty phenotype as an adaptive maternal effect". Biol Rev Camb Philos Soc pg 143-72.
45. Wilson LM, Reid AJ, Midmer DK, Biringer A, Carroll JC, and Stewart DE (1996). Antenatal Psychosocial Risk Factors Associated with Advers Postpartum Family Outcomes. A Systematic Review. Can. Med. Assoc. Journal ,154 785- 799.
46. Winter M de, et all. (2013) Een stevig fundament, evaluatie van het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg. Den Haag: ministerie van VWS.
47. Young J (2002). Programming of sympathetic-adrenal function. Trends in Endocrinology and Metabolism. 13:381-385.
48. Wu G, FW Bazer, TA Cudd, CJ Meininger, Thomas E. Spencer (2004) Maternal Nutrition and Fetal Development. JN The Journal for Nutrition.
49. Zeijl E, Crone M, Wiefferink K, Keuzenkamp S, Reijneveld M (2005). Kinderen in Nederland, SCP/TNO-publicatie. Den Haag/Leiden: Sociaal en Cultureel Planbureau/TNO-Kwaliteit van Leven.

Nederlands Centrum Jeugdgezondheid

Churchillaan 11
3527 GV Utrecht
www.ncj.nl