

Interventie

VoorZorg

Samenvatting

Doelgroep

De doelgroep van VoorZorg zijn (eerste) kinderen (van -9 maanden tot twee jaar), welke geboren worden bij moeders die te maken hebben met een opeenstapeling van risicofactoren op mishandeling en verwaarlozing, zoals laag opleidingsniveau, huiselijk geweld, middelen gebruik in de zwangerschap, beperkte affectieve en pedagogische vaardigheden. VoorZorg beschouwt moeders en hun (ongeboren) kind tijdens zwangerschap en eerste twee levensjaren als een eenheid. VoorZorg is primair gericht op de kinderen, maar de ondersteuning richt zich ook op de ondersteuning van de moeders zelf. Versterking van de mogelijkheden van de moeder versterkt de kansen voor de kinderen.

Doel

Het hoofddoel is het terugdringen van (het risico op) kindermishandeling bij kinderen van een specifieke doelgroep jonge hoog-risico zwangeren om daarmee de ontwikkelings- en gezondheidskansen van de kinderen te vergroten.

Subdoelen:

- De zwangerschaps- en geboorte-uitkomsten voor moeder en kind zijn verbeterd.
- De gezondheid- en ontwikkelingskansen van het kind zijn verbeterd.
- De persoonlijke ontwikkeling van de moeder is versterkt, zodat zij meer kan betekenen voor haar kind.

Aanpak

VoorZorg bestaat uit huisbezoeken door de VoorZorgverpleegkundige tijdens zwangerschap en eerste twee levensjaren. De huisbezoeken zijn goed gestructureerd en sluiten aan bij de zwangerschap en ontwikkeling van het kind. VoorZorg werkt aan gezondheid en veiligheid, persoonlijke ontwikkeling, moeder als opvoeder, relatie met partner en familie, gebruik van gemeenschapsvoorzieningen.

Materiaal

- Huisbezoekhandleidingen: Gestructureerde handleidingen voor 64 huisbezoeken in zwangerschaps-baby- en peuterfase.
- Werkdocumenten en procesafspraken.
- Materialen voor verwijzers en deelnemers.
- Schema videohometraining.
- Materialen voor de trainingen.
- Website www.voorzorg.info
- Een kostenbaten/effectiviteitsanalyse weergegeven in een infographic: <https://www.actiz.nl/jeugd/opvoeden-voorlichting/open/infographic-voorzorg>

Onderbouwing

VoorZorg is gebaseerd op drie theorieën: Bandura's Self Efficacy Theory, Bronfenbrenner's Ecologische Model, en Bowlby's hechtings theorie (Zie Onderbouwing).

VoorZorg is gebaseerd op wetenschappelijke kennis van vroege risicofactoren voor mishandeling en verwaarlozing:

- VoorZorg richt zich op het terugdringen van het roken van sigaretten (nicotine) en het gebruik van middelen (alcohol, drugs) in zwangerschap en eerste levensjaren.
- VoorZorg richt zich op het terugdringen van stress en huiselijk geweld in zwangerschap en eerste levensjaren.
- VoorZorg stimuleert de hechting tussen moeder en kind en de affectieve en pedagogische vaardigheden van de moeder.

Onderzoek

Het programma is in Amerika gedurende 35 jaar onderzocht en op diverse punten effectief gebleken. Ook in Nederland zijn de onderzoeksresultaten zeer positief. De belangrijkste resultaten uit dit onderzoek zijn:

- afname van kindermishandeling: In de controlegroep kwam kindermishandeling bij 19% van de kinderen voor, bij de interventiegroep die VoorZorg ontving, was dit 11 %.
- VoorZorgmoeders roken minder tijdens en na de zwangerschap in vergelijking met de vrouwen uit de controle groep.
- VoorZorgmoeders roken niet waar de baby bij is.
- VoorZorgmoeders geven vaker en langer borstvoeding in vergelijking met de controlegroep, dit percentage komt overeen met het landelijke gemiddelde.
- de VoorZorgmoeders zijn minder vaak slachtoffer van huiselijk geweld.

Erkenning

Erkend door

Deelcommissie jeugdgezondheidszorg, preventie en gezondheidsbevordering d.d 01-10-2015

Oordeel: Effectief volgens goede aanwijzingen

Toelichting:

Onderzoek naar Voorzorg geeft goede aanwijzingen voor positieve effecten bij zwangere moeders en moeders met jonge kinderen op kindermishandeling, roken tijdens en na de zwangerschap, roken waar de baby bij is, frequentie en duur van borstvoeding en slachtofferschap van huiselijk geweld.

De referentie naar dit document is:

A. Crijnen, S. van den Heijkant, E. Struijf, M. Timmermans

(Augustus 2015). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'VoorZorg'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies

1. Probleemomschrijving

1.1 Probleem

Kindermishandeling en verwaarlozing zijn een groot probleem binnen de openbare gezondheidszorg met geestelijke en lichamelijke gevolgen voor de gezondheid, die zelfs kunnen leiden tot de dood. In 2010 zijn ruim 118.000 kinderen van 0 tot 18 jaar in Nederland (ruim 3%) blootgesteld aan een vorm van kindermishandeling (Tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van kinderen en jeugdigen, 2011). Bekend is dat het risico op kindermishandeling:

- Ruim acht keer groter is in gezinnen met zeer laag opgeleide ouders.
- Vijf keer groter is wanneer beide ouders werkloos zijn.
- Groter is bij éénoudergezinnen, gezinnen met drie of meer kinderen en stiefgezinnen.
- Groter is bij gezinnen met een allochtone achtergrond.
- Groter is bij gezinnen uit landen die op een vluchtelingstatus duiden. Mogelijk spelen trauma's in deze gezinnen daarbij een belangrijke rol.

De effecten van risicofactoren in 2005 en 2010 zijn gelijk. Kindermishandeling kent niet één oorzaak en wordt veroorzaakt door een combinatie en cumulatie van diverse factoren.

Definitie kindermishandeling: Elke vorm van voor een minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die de ouders of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel (Jeugdwet, artikel 1.1).

De definitie is zo opgesteld dat hij meerdere vormen van kindermishandeling omvat, zoals lichamelijke mishandeling en verwaarlozing, psychische mishandeling en verwaarlozing, seksueel misbruik en getuige van huiselijk geweld. In de praktijk komen in een gezin waarin een of meer kinderen mishandeld worden, vaak meerdere vormen tegelijk voor. Bij elke vorm van kindermishandeling varieert de ernst van licht tot zeer ernstig. De duur en frequentie van het geweld bepalen mede de ernst van de mishandeling.

Kindermishandeling kent grote gevolgen ten aanzien van de persoonlijke ontwikkeling en gezondheid:

- *Korte termijn gevolgen* tijdens de jeugd: lichamenlijk letsel. In extreme gevallen kan het kind zelfs aan de gevolgen overlijden. Ook remt kindermishandeling de ontwikkeling en veroorzaakt het stoornissen. Mishandeling, verwaarlozing en seksueel misbruik van het kind verstoren de normale vorming van het netwerk van zenuwen in een deel van de hersenen.
- *Lange termijn gevolgen* op volwassen leeftijd: posttraumatische stressstoornissen en dissociatieve stoornissen. Ook lichamelijke klachten met een psychische oorzaak komen voor. Een volwassene die als kind is mishandeld, kan zijn toevlucht zoeken tot verslaving, zelfverwonding en zelfmoord als de herinneringen aan thuis ondraaglijk worden.
- *Gevolgen voor de maatschappij:* Verslaving is een van de manieren om de gevolgen van kindermishandeling te ontvluchten,

wat vaak overlast met zich meebrengt voor de omgeving en kosten voor de behandeling.

De opeenstapeling van problemen werkt door op alle terreinen van de opvoed- en opgroeikansen van deze kinderen; de ouder(s) ontberen door hun eigen situatie veelal de juiste opvoedtools om hun kinderen naar een betere opvoedsituatie te begeleiden. Door de schade bij de ouders en de risicovolle omgeving ontbreken vaak een normaal hechtingspatroon en voldoende sociale ondersteuning. Deze kinderen lopen hierdoor gevaar op problemen in de fysieke, cognitieve, gedrags- en emotionele ontwikkeling. Opgroeien in dergelijke complexe hoog risico gezinnen betekent ook vaak dat de schade die opgelopen wordt om dezelfde reden weer 'doorgegeven' wordt, van generatie op generatie. Bovendien blijken de (aanstaande) ouders vaak, omdat ze al zoveel schade hebben opgelopen, en tevens negatieve ervaringen in de hulpverlening, zorgmijndend te zijn, geen bemoeizorg te willen accepteren, waardoor interveniëren (anders dan een uithuisplaatsing in een zo vroeg mogelijk stadium) heel moeizaam verloopt. Ook de eigen ontwikkeling van de (aanstaande) moeder stagneert, omdat alle energie zit in het 'overleven' in de kansarme en risicovolle context. Door het krijgen van een kind in een dergelijke situatie en de onvoldoende opvoedstrategieën en sociale steun voor de moeder, leert een moeder als het ware niet hoe het wel moet, maar zal ze de onjuiste strategieën ook bij de volgende kinderen die geboren worden toepassen. Een vicieuze cirkel van hoog risico omstandigheden, verkeerde opvoedstrategieën, 'lastige' kinderen en een gevoel van falen en het toch niet goed te doen ontstaat heel gemakkelijk.

1.2 Spreiding

Zie boven

1.3 Gevolgen

Zie boven

2. Beschrijving interventie

2.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

De doelgroep van VoorZorg zijn eerste kinderen (van -9 maanden tot twee jaar), welke geboren worden bij moeders die te maken hebben met een opeenstapeling van risicofactoren op mishandeling en verwaarlozing, zoals laag opleidingsniveau, huiselijk geweld, middelen gebruik in de zwangerschap, beperkte affectieve en pedagogische vaardigheden. In Nederland worden deze kinderen bereikt via hun moeders, die op basis van een risicoscreening en selectie in aanmerking komen voor VoorZorg. Het programma is op vrijwillige basis, de moeders moeten over enige beheersing van de Nederlandse taal beschikken en de intentie hebben in Nederland te blijven wonen tot het kind 2 jaar is.

NB: in de tekst wordt gebruik gemaakt van de term moeder(s), waar tevens de vrouwen worden bedoeld die nog zwanger zijn (de aanstaande moeders).

Intermediaire doelgroep

Intermediaire doelgroepen zijn:

- De (aanstaande) moeders (maximaal 25 jaar) van de primaire doelgroep. VoorZorg beschouwt moeders en hun (ongeboren) kind tijdens zwangerschap en eerste twee levensjaren als een eenheid. VoorZorg is primair gericht op de kinderen, maar de verpleegkundige ondersteuning richt zich om eerder genoemde reden ook op de ondersteuning van de moeders zelf. Versterking van de mogelijkheden van de moeder versterkt de kansen voor de kinderen.
- Partners, familie en vrienden van de (aanstaande) moeders worden eveneens in het programma betrokken, enerzijds als versterking van het eigen sociale netwerk van moeder en kind. Maar daardoor worden ook de mogelijkheden van deze groep (omgeving moeder) versterkt.
- Toekomstige kinderen van de moeders: door het versterken van de eigen mogelijkheden en opvoedstrategieën profiteren ook volgende kinderen hier van.

Selectie van doelgroepen

Toeleiden naar VoorZorg en selectie van zwangere vrouwen, die (voor het eerst) de zwangerschap willen uitdragen en de intentie hebben om het kind zelf op te voeden, vindt plaats via een tweetraps-selectie.

- Eerste selectie door professionals, die met een zwangere te maken hebben, beoordelen of zij voldoen aan de eerst selectiecriteria:
- geen eerder levend geboren kind;
- uiterlijk 28 weken zwanger;

- leeftijd maximaal 25 jaar;
- opleidingsniveau maximaal VMBO-kader, of opleiding niet afgemaakt;
- enige beheersing van de Nederlandse taal.

De professional die inschat dat een zwangere aanvullende zorg nodig heeft, bespreekt het VoorZorgprogramma, peilt de interesse voor deelname en geeft de gegevens van de zwangere door aan het contactpunt van VoorZorg in de regio. De VoorZorgverpleegkundige maakt een afspraak voor een intake- en kennismakingshuisbezoek.

- Tweede selectie door VoorZorgverpleegkundige, die beoordeelt tijdens een gesprek (huisbezoek) met de zwangere of er aanvullende risicofactoren zijn die ondersteuning door VoorZorg wenselijk maken.

Aanvullende risicofactoren zijn:

- geen partner;
- geen (steunend) sociaal netwerk ;
- alcohol- en/of drugsgebruik;
- actueel gezinsgeweld of partnergeweld;
- zelf mishandeld in het verleden en/of huiselijk geweld mee gemaakt;
- psychische problematiek: angst, depressie;
- irreële opvattingen over a.s. moederschap;
- niet-pluis gevoel bij verpleegkundige;
- financiële en/of huisvestingsproblemen.

Voorwaardelijke kanten van het programma:

- kan voldoende in het Nederlands communiceren ;
- lijkt de insteek van programma te begrijpen;
- geen plannen buiten de VoorZorgregio te verhuizen;
- bereidheid om aan dit (gehele) programma mee te doen.

Mogelijke contra-indicaties:

- zware psychiatrische problematiek of aperte psychoses;
- zware drugs- en/of alcoholverslaving;
- niet leerbaar genoeg door cognitieve beperkingen of door bovenstaande problematiek.

2.2 Doel

Hoofddoel

Het hoofddoel van de interventie VoorZorg is het terugdringen van (het risico op) kindermishandeling bij kinderen van een specifieke doelgroep jonge hoog-risico zwangeren om daarmee de ontwikkelings- en gezondheidskansen van de kinderen te vergroten.

Subdoelen

Kindermishandeling ontstaat vaak in multicausaal verband bij gezinnen die te maken hebben met een opeenstapeling risicofactoren. Daarom werkt VoorZorg systemisch aan diverse subdoelen, waarbij inhoud en prioriteit in samenspraak met de moeder wordt vastgesteld. Voor het bereiken van het hoofddoel is het bereiken van subdoelen bij de moeder als intermediair noodzakelijk. De drie subdoelen waarnaar - via de moeder- gestreefd wordt zijn:

De zwangerschaps- en geboorte-uitkomsten voor moeder en kind zijn verbeterd.

- Gezonde leefstijl: Het stimuleren van gezond gedrag (bijvoorbeeld minder roken, minder gebruik van alcohol of drugs tijdens de zwangerschap).
- Stressreductie: Het creëren van stressreductie voor de zwangere (bespreekbaar maken van geweld, ondersteuning bij huisvestings- en financiële problemen en aspecten die stress veroorzaken).
- Gezonde voeding: Het hebben van een gezond voedingspatroon. De zwangere wordt ondersteund en krijgt inzicht in het belang van gezonde voeding. De moeder wordt gestimuleerd borstvoeding te geven.
- Netwerk: Het gebruik maken van de gemeenschapsvoorzieningen (verloskundige zorg, zwangerschapsgym, huisarts raadplegen etc.).

De gezondheid- en ontwikkelingskansen van het kind zijn verbeterd.

- Hechting: Het eigen maken van een meer sensitieve en responsieve opvoedingsstijl, waarbij de relatie, het communiceren en spel met de baby belangrijke thema's zijn.

- Rolopvatting: Het hebben van realistische verwachtingen ten aanzien van het moederschap en de opvoeding.
- Veiligheid: Het creëren van een veilige omgeving voor het kind, zodat er minder ongevallen plaats vinden.

De persoonlijke ontwikkeling van de moeder is versterkt, zodat zij meer kan betekenen voor haar kind.

- Opleiding - werk: Het volgen van een schoolopleiding en/of het hebben van betaald werk.
- Informeel steunend netwerk: Het hebben van een (positieve) relatie met een (mogelijke) partner, familie en vrienden.
- Formeel steunend netwerk: Het gebruik maken van voorzieningen (zoals schuldsanering, huursubsidie, kinderdagverblijf, GGZ-voorzieningen, etc.).
- Zelfreflectie: Het hebben van inzicht in de eigen copingmechanismen. Bijvoorbeeld inzicht in de eigen rol bij partnergeweld.

De VoorZorgverpleegkundige ondersteunt de moeder bij het formuleren van haalbare doelen (SMART).

2.3 Aanpak

Opzet van de interventie

De interventie bestaat uit gestructureerde en toch flexibele huisbezoeken. Na de intake/kennismaking start VoorZorg zo vroeg mogelijk in de zwangerschap; in principe tussen de 13e en 16e week, en uiterlijk voor 28e week. VoorZorg gaat door tot het kind twee jaar is. De frequentie ligt op gemiddeld twee bezoeken per maand, met verhoogde frequenties (wekelijks) in de eerste maand van het programma en tijdens de eerste zes weken na de geboorte. Gedurende de laatste vier maanden neemt de frequentie van de huisbezoeken af tot een keer per maand. De huisbezoeken duren ongeveer 1 à 1½ uur.

In totaal zijn er zo'n 40-60 huisbezoeken vanaf de start tot de tweede verjaardag van het kind. In de drie handleidingen zijn 64 huisbezoeken beschreven: 14 in de zwangerschapsfase, 28 in de babyfase (0-1 jaar) en 22 in de peuterfase (1-2 jaar). Tussentijds kunnen de VoorZorgverpleegkundige en de moeder onderling contact hebben, telefonisch of via social media. Hier maken de VoorZorgverpleegkundige en de moeder samen afspraken over.

Locatie en uitvoerders

VoorZorg is een huisbezoekprogramma: de VoorZorgverpleegkundige komt in principe bij de moeder thuis, tenzij dit naar oordeel van de moeder echt niet kan (geen dak boven het hoofd, veel geweld of gevaar, ondergedoken, etc.). Indien de moeder werkt of anderszins niet tijdens kantoortijden beschikbaar is, vinden de afspraken buiten kantoortijden plaats. Daarnaast zijn er tussentijdse aanvullende contacten via telefoon of sociale media.

Inhoud van de interventie

VoorZorg is een verpleegkundige preventieve interventie bij hoog-risicomoeders. VoorZorg wordt uitgevoerd vanuit een JGZ-organisatie door een VoorZorgverpleegkundige. De VoorZorgverpleegkundige heeft op basis van ervaring in de JGZ en de opleiding tot VoorZorgverpleegkundige, expertise om het geheel te overzien en tegelijkertijd kleine stappen te zetten met de moeder om het uiteindelijke doel te bereiken. VoorZorg richt zich op primaire preventie van (risico op) kindermishandeling. Dit wordt bereikt door het versterken van de draagkracht (beschermende factoren) en een systematische aanpak van risicofactoren, die tijdens de zwangerschap en eerste twee levensjaren de ontwikkeling van (nog niet geboren) kinderen en hoog-risico moeders bedreigen. Hiermee wordt tevens ingezet op het verbeteren van zwangerschaps- en geboorte-uitkomsten, verbetering van de gezondheid en ontwikkeling van het kind en het verbeteren van de persoonlijke ontwikkeling van de moeder en haar mogelijkheden voor opleiding en werk.

Het proces van deelname aan VoorZorg

- De aanmelding van de vrouwen vindt veelal plaats via de verloskundige. In principe mag iedereen deelnemers aanmelden, mits de aanstaande moeder voldoet aan de "eerste criteria".
- Een VoorZorgverpleegkundige maakt een afspraak voor een uitgebreid kennismakings- en intake huisbezoek (gemiddeld 1,5 uur). Hierbij wordt gekeken naar alle genoemde selectiecriteria, bijkomende risicofactoren en de motivatie van de moeder. Op basis van de input in het gesprek en het balansmodel van Bakker wordt beoordeeld of een moeder in aanmerking komt, ook wordt nadrukkelijk aandacht geschonken of de moeder deze ondersteuning ook echt wil, waarbij het belang voor haar kind indien nodig extra wordt uitgelegd. VoorZorg is op vrijwillige basis en aanvullend op de reguliere zorg.
- Als moeder dit, na toelichting op de inhoud van het programma ook wenst, wordt het "deelnameformulier start VoorZorg" getekend, door zowel de aanstaande moeder als de VoorZorg-verpleegkundige. Hierin staat het volgende beschreven:
 - o De moeder heeft informatie gekregen heeft over de inhoud en de werkwijze van het programma.
 - o Samen is besloten dat de moeder gaat deelnemen aan het programma.
 - o Het programma duurt tot het kind twee jaar oud is.
 - o Om goede zorg aan moeder en kind te kunnen geven is het soms nodig om informatie uit te wisselen met andere

zorgverleners. Dit wordt altijd met de moeder besproken.

- Afhankelijk van de lokaal gemaakte afspraken met de gemeente (soms moet eerst toestemming van de gemeente verkregen worden) kan vervolgens met VoorZorg worden gestart.

Een goede relatie tussen de verpleegkundige en de moeder is een belangrijk uitgangspunt voor het slagen van het programma én een leerervaring voor de moeder. Tijdens de uitvoering van VoorZorg werkt de verpleegkundige samen met de moeder aan een gestructureerde gedragsverandering (gezonde leefstijl, stressreductie, gezonde voeding, voorbeeldgedrag etc.), realistische en haalbare doelen (ten aanzien van hechting, spel, veiligheid etc.) en het versterken van de vaardigheden van de moeder (opleiding en werk, opbouwen steunend netwerk, zelfreflectie etc.).

De huisbezoeken (40-60) zijn ingedeeld volgens een vaste structuur. De VoorZorgverpleegkundige maakt gebruik van de huisbezoekhandleidingen, bestaande uit een zwangerschaps-, baby-, en peuterhandleiding. De handleidingen bevatten instructiematerialen voor de VoorZorgverpleegkundige en voorlichtingsmaterialen voor de moeder (en vader) over tal van onderwerpen betreffende (aanstaand) ouderschap en opvoeding, (bevordering van) gezondheid van moeder en kind, sociale en (partner)relatiele vaardigheden, allen gerelateerd aan de subdoelen zoals genoemd.

De inhoud van de huisbezoeken is gebaseerd op (sub)doelen, waarbij per huisbezoek de volgende domeinen worden doorgenomen:

1. Gezondheid moeder (gezonde leefstijl, gezonde voeding, stressreductie).
2. Gezonde omgeving (thuisituatie, veiligheid)
3. Levensloop moeder (zelfreflectie, opleiding en werk)
4. Moederschap (verzorging, hechting, spel en voorbeeld gedrag)
5. Familie en vrienden (steunend informeel netwerk)
6. Gebruik van gemeenschapsvoorzieningen (steunend formeel netwerk)

Verbetering op en versterking van de 6 genoemde domeinen moet leiden tot het bereiken van het hoofddoel en de subdoelen.

Het stramien van een huisbezoek ziet er als volgt uit (NJI, 2012):

1. Elk huisbezoek begint met een begroeting.
2. Belangrijke onderwerpen en vragen die bij de moeder spelen komen aan bod. Hierbij wordt bijvoorbeeld gevraagd hoe het met de moeder gaat sinds het vorige bezoek en of er iets belangrijks gebeurd is.
3. Terugblik en verslag: hoe is het met de plannen die de vorige keer gemaakt zijn? Welke afspraken waren er gemaakt (voor de moeder en voor de VoorZorgverpleegkundige), wat is hiervan uitgevoerd?
4. Dit wordt gevolgd door de vraag: hoe is het nu met jou en je zwangerschap/baby/peuter? Hierbij komen punten aan bod als gezondheid en relaties en wordt er naar alle 6 domeinen gekeken of en zo ja, waar extra aandacht aan geschonken moet worden.
5. In overleg wordt bepaald waar deze keer aan gewerkt wordt. De lessen bestaan steeds uit een gedeelte voorlichting door de VoorZorgverpleegkundige en een gedeelte waarin de moeder bijbehorende werkbladen invult. Vanaf het zevende huisbezoek wordt er tevens expliciet aandacht gegeven aan de communicatievaardigheden van de moeder. Daarvoor zijn speciale lessen toegevoegd aan het programma.
6. Er wordt samengevat wat er gedaan en geleerd is.
7. Afspraken worden gemaakt voor een volgend huisbezoek. Ook is het mogelijk tussentijds contact te hebben (telefonisch, via social media en via email). Moeders kunnen hierdoor direct vragen stellen en op korte termijn antwoord krijgen. Ook worden zo signalen gedeeld dat er iets niet goed gaat, er meer hulp nodig is of een versneld huisbezoek nodig is.
8. Op 8 vastgestelde momenten (1 keer tijdens de zwangerschap, tussen 0-4 weken, rond 2 maanden, 6 maanden, 9 maanden, 12 maanden, 16 maanden en 20 maanden) wordt er een aangepaste vorm van Video HomeTraining uitgevoerd, waarbij gefocust wordt op positieve momenten. Deze opnames worden besproken om moeder te laten zien hoe zij op positieve wijze met haar kind omgaat. Dit stimuleert een veilige hechting en geeft zelfvertrouwen. VHT is als goed onderbouwde interventie opgenomen in de Databank Effectieve Jeugdinterventies van het NJI.

Voortijdse beëindiging

Indien een moeder niet meer deel wil nemen aan VoorZorg en de veiligheid van het kind niet in het gedrang is, wordt VoorZorg gedurende zes maanden 'on hold' gezet. Het kind blijft deel uitmaken van VoorZorg, omdat de ervaring leert dat juist bij deze gezinnen de onvoorspelbaarheid groot is, waardoor voortzetting van VoorZorg later vaak weer gewenst is. Na zes maanden neemt de VoorZorgverpleegkundige weer contact op met de moeder en bespreekt tijdens een huisbezoek of stoppen wenselijk en mogelijk is, gezien de ontwikkeling en veiligheid van het kind. Indien VoorZorg stopt, wordt er afscheid genomen en wordt de zorg in overleg overgedragen aan de JGZ en worden andere betrokkenen geïnformeerd.

Zijn er naast VoorZorg meerdere hulpverleners actief, dan wordt er indien nodig een 1Gezin1Plan bijeenkomst georganiseerd. De verschillende doelen, taken en rollen van de betrokkenen worden besproken en zoveel mogelijk op elkaar afgestemd, dat

mogelijk leidt tot een gezamenlijk plan van aanpak. Indien de VoorZorgverpleegkundige zich zorgen maakt over de veiligheid van het kind, wordt, al dan niet via een 1Gezin1Plan bijeenkomst, en altijd na een zorgvuldige bespreking met de moeder en eventuele andere gezinsleden, een consult of aanmelding bij Veilig Thuis gedaan.

2.4 Ontwikkelgeschiedenis

Betrokkenheid doelgroep

VoorZorg is de vertaling en aanpassing van het Nurse family Partnership programma (NFP). NFP werd ontwikkeld door D. Olds in de Verenigde Staten en is wereldwijd het enige evidence-based programma voor de primaire preventie van kindermishandeling en verwaarlozing. De intermediaire doelgroep is vanaf de start betrokken bij het programma. De keuze voor het programma VoorZorg is gemaakt door professionals met expertise van kinderpsychiatrie en kindermishandeling. De vertaling en culturele aanpassing van het NFP naar de Nederlandse versie vond plaats in afstemming met het werkveld van de verloskundige zorg en de jeugdgezondheidszorg. In de (door)ontwikkeling is op het gebied van terugdringen van roken, versterken van gehechtheid en moeder-kind interactie gebruik gemaakt van bestaande Nederlandse programma's (V-Mis, (kortdurende) Video Hometraining, motivational interviewing, oplossingsgericht werken).

In twee regio's is een pilot uitgevoerd, op basis van de ervaringen in de pilot zijn kleine aanpassingen gedaan. Na blijk van voldoende draagvlak is gestart met een 'small-scale' uitrol voor 456 deelnemers voor een gerandomiseerd onderzoek naar de effecten. Daarna is het programma voortgezet met de organisaties die hieraan deelnamen. Verdere uitrol over Nederland is nu mogelijk naar aanleiding van de verkregen evidence op effectiviteit.

2.5 Vergelijkbare interventies

3. Onderbouwing

3.1 Oorzaken

Kindermishandeling heeft nooit één oorzaak, maar ontstaat door een combinatie en cumulatie van diverse factoren, die wel of niet kunnen leiden tot kindermishandeling: zogenaamde risicofactoren en beschermende factoren (van Rooijen et al. 2013):

- Factoren tijdens de zwangerschap: Bekende risicofactoren tijdens de foetale en vroege ontwikkeling van het kind zijn o.a.: roken, alcohol- en drugsmisbruik, slechte voeding, slechte gezondheidstoestand, geestelijke gezondheidsproblemen bij de moeder. Maar ook een geschiedenis van mishandeling en verwaarlozing, tienerzwangerschap, laaggeschooldheid en lage-SES dragen bij aan dit risico. (Reder & Fitzpatrick, 2003). Stress bij de moeder tijdens de zwangerschap, bijvoorbeeld door huiselijk geweld, wordt overgedragen op het kind. Dit verhoogt de stressgevoeligheid bij het kind en maakt het prikkelbaar en slecht gereguleerd. En dit maakt het kind weer verhoogd kwetsbaar om mishandeld te worden. Huiselijk geweld blijkt aan het einde van de zwangerschap en de eerste levensmaanden van het kind te pieken (Silverman et al., 2001).
- Risicocumulatie: De kans dat een problematische ontwikkelingsuitkomst optreedt is recht evenredig met het aantal risicofactoren in de opvoedingssituatie van kinderen. De opeenstapeling van risicofactoren verhoogt de kans op latere problemen aanzienlijk (Hermanns et al., 2005).
- Generationele overdracht: De zwangerschap is bepalend voor de mate waarin de sociaaleconomische achterstand in de eerste generatie impact heeft op de lichamelijke en geestelijke gezondheid in de tweede generatie. Dit kan leiden tot ongelijkheid in gezondheid-gerelateerde uitkomsten. De risicofactoren - waarvan bekend is dat de foetale en vroege ontwikkeling van het kind in gevaar komen -zijn onder andere, roken, alcoholgebruik, drugsmisbruik, slechte voeding, slechte gezondheidstoestand, moeders geestelijke gezondheidsproblemen, geschiedenis van mishandeling en verwaarlozing, tienerzwangerschap, laaggeschooldheid en lage-SES. Kinderen van ouders met een cumulatie van risicofactoren lopen grote kans op schade welke reeds in de baarmoeder opgelopen wordt.
- Zwakke sociaaleconomische omstandigheden: wonen in zogenaamde achterstandswijken en frequente verhuizingen verhogen de kans op kindermishandeling. Het risico op kindermishandeling is bijna zeven keer groter in gezinnen met zeer laag opgeleide ouders en werkloosheid van de beide ouders vergroot het risico ruim vijf keer (van Rooijen et al. 2013).
- Persoonlijke functioneren van ouders: Persoonlijke problemen van de ouders spelen een rol in het ontstaan van kindermishandeling. Dit zijn psychische en fysieke problemen, gebrek aan zelfvertrouwen, verslaving aan alcohol en/of drugs, problemen met het reguleren van emoties, problemen met het bespreken van emoties, zelf als kind mishandeld zijn (fysiek, emotioneel, seksueel, verbaal), onrealistische verwachtingen, armoede, stress, huisvestingsproblemen, financiële problemen, ontbrekend dagritme, werkloosheid. Ouders die zelf als kind mishandeld waren, mishandelen hun eigen kind vaker wanneer zij weinig opvoedingsvaardigheden hebben, op jonge leeftijd ouder worden, psychische problemen hebben of een relatie aangaan met een gewelddadige partner (Dodge et al. 1990).
- Verstoorde hechting (opvoeding): Bij een cumulatie van risicofactoren, ontbreekt de geborgenheid en komt de opvoeding en emotionele, intellectuele en lichamelijke ontwikkeling van een kind onder druk te staan. Het ondermijnt het vertrouwen van het kind in anderen en daarmee de kwaliteit van de hechting (Baker (2003).
- Onvoldoende beschermende factoren: De aanwezigheid van positieve factoren, zoals een ondersteunende relatie met een

partner, een steunend sociaal netwerk, en zelfreflectie beschermen tegen de ondermijnende invloed van risicofactoren. Beschermende factoren vormen een buffer en geven ouders en kinderen veerkracht ondanks negatieve omstandigheden. Beschermende factoren verkleinen de kans op kindermishandeling. (van Rooijen et al. 2013).

3.2 Aan te pakken factoren

VoorZorg richt zich op een (intermediaire) doelgroep die te maken heeft met een cumulatie van diverse problemen of risicofactoren. De kracht van VoorZorg is dat het niet één factor los aanpakt, maar inzet op een integrale benadering en moeder ondersteunt bij haar eigen oplossingsmogelijkheden. VoorZorg richt zich zowel op het terugdringen en voorkomen van risicofactoren als op het vergroten en versterken van beschermende factoren. Deze factoren zijn per subdoel genoteerd:

- Verbetering van de zwangerschaps- en geboorte-uitkomsten voor moeder en kind.

- Eigen gezondheid van moeder: alcohol en middelen gebruik, ongezonde leefstijl, onrealistische verwachtingen van zwangerschap of moederschap, risicosignalen door moeder aangegeven, weinig of geen kennis van zwangerschap, kinderen en/of opvoeding.

- Gezondheid van het kind: ongezonde leefstijl, veiligheid.

- Verbetering van de gezondheid en ontwikkeling van het kind.

- Veiligheid van het kind: zelf mishandeld (moeder), hechtingsproblematiek van moeder,.

- Rol van moeder als opvoeder: weinig of geen kennis van kinderen en/of opvoeding, psychische problematiek (angst, depressie).

- Verbetering van de persoonlijke ontwikkeling van de moeder en haar mogelijkheden voor opleiding en werk, zodat zij meer kan betekenen voor haar kind.

- Persoonlijke ontwikkeling moeder: geen of weinig opleiding, zelfreflectie.

- Relatie van moeder met partner, familie en vrienden: geen steunend netwerk.

- Gebruik van gemeenschapsvoorzieningen door moeder: problematische financiële situatie.

3.3 Verantwoording

Belangrijke voorwaarden voor het slagen van het programma is dat er een goede relatie bestaat tussen de verpleegkundige en de moeder. De VoorZorgverpleegkundige fungeert als tijdens de interventie als rolmodel en staat naast de moeder (zone van naaste ontwikkeling). De verpleegkundige werkt samen met de moeder aan gestructureerde gedragsverandering, realistische en haalbare doelen en het versterken van de vaardigheden. Door te bevestigen wat goed gaat (versterken van zelfvertrouwen), aandacht te hebben voor en uitleg te geven over de ontwikkeling van het kind, en in te spelen op opvattingen (waarden en normen) en motivatie ten aanzien van gezond gedrag, wordt preventief en multifocaal gewerkt aan versterking van de krachten in het eigen gezinssysteem en een beter geboorteresultaat en veiliger hechting van het kind. Er wordt tijdens de huisbezoeken gebruik gemaakt van de methodieken motivational interviewing, oplossingsgericht werken en VHT en op de volgende wijze aan de doelen gewerkt:

- Gezondheid van moeder en kind

- De gezondheid van moeder: Dit komt aan bod in vragenlijsten over de gezondheid en in voorlichting over ontspanningsoefeningen. Ingegaan wordt op aanwezige en mogelijke gezondheidsproblemen, via uitleg en advies. Dit leidt tot verbetering van de gezondheidstoestand van moeder en kind (primaire en secundaire preventie, begeleiding naar aanpak overgewicht, tijdige herkenning van zwangerschap gerelateerde aandoeningen, stoppen of verminderen van roken, etc.) (van Rossum et al., 2006; van der Velden, 2009; Lucht et al. 2009).

- Alcohol- en/of drugsgebruik: Dit is een bekende versterkende factor bij kindermishandeling. Door systematisch de gevaren en risico's te bespreken en eventueel te begeleiden naar passende hulp, wordt er naar gestreefd het gebruik te beperken en het risico van kindermishandeling te verkleinen. Bovendien draagt dit bij aan verbetering van de zwangerschapsuitkomsten en aan versterking van de gezondheid en ontwikkeling van het kind. Ook kan dit een positieve invloed hebben op de financiële situatie (minder kosten), het netwerk, waardoor de draagkracht vergroot en zo ook de persoonlijke ontwikkeling en mogelijkheden voor opleiding en werk (Trimbos, 2014; Hasselt, 2010).

- De gezondheid van het kind: Dit komt bij elk bezoek ter sprake, via checklists, vragenformulier, instructie (borstvoeding), voorlichting (gebruik veiligheidshulpmiddelen) of training (babymassage). Door samen met de moeder te kijken naar de ontwikkeling van het kind, kan persoonlijk worden ingegaan op wat er zich voordoet. Op deze manier wordt preventief de gezondheid van het kind bevorderd (Hermanns e.a 2005; Raat, 2009).

- Stressfactor: problematische woonsituatie en financiële situatie: Als onderdeel van de slechte sociaal economische omstandigheden veroorzaken deze stress; dit vergroot de kans op kindermishandeling. De VoorZorgverpleegkundige kijkt samen met de moeder welke mogelijkheden er zijn voor verbetering, en hoe deze zijn te bereiken. Het zo goed mogelijk op orde brengen van de huisvestings- en financiële situatie vergroot de ontwikkelingskansen van het kind en vermindert de kans op kindermishandeling (Poeran 2011, Berg 2012, Dam 2013).

- De rol van de moeder als opvoeder

- De rol van moeder als opvoeder: Dit komt in allerlei oefensituaties aan bod, waarin het om rollenspelen gaat of huiswerkopdrachten om opvoedvaardigheden toe te passen. Bijvoorbeeld bij claimedrag van het kind of in regels en grenzen stellen (Hermanns et al. 2005; de Winter, 2013).

- Onrealistische verwachtingen van zwangerschap en/of moederschap: Samen wordt gekeken naar de realiteit van zwangerschap en moederschap. Door aandacht te hebben voor een gezonde zwangerschap met betere geboorte-uitkomsten en de opvoeding van het kind worden verwachtingen besproken. Hoe ga je met je zwangerschap op, wat komt er allemaal bij kijken? Wat zijn de leuke kanten van het hebben van een kindje, wat zijn de zware kanten, hoe ga je daar mee om, hoe zit dat met verantwoordelijkheid? Een beter beeld van de realiteit én deze bespreken met de VoorZorgverpleegkundige en met het eigen netwerk, vermindert de kans op kindermishandeling (Berg 2012, Velden van der 2009).

- Psychische problematiek (angst, depressie): Dit is een bekende risicofactor voor problemen in de opvoeding, problemen in het werk of opleiding en voor de kans op kindermishandeling. VoorZorg behandelt uiteraard geen psychische problematiek, maar door het bespreekbaar te maken, samen met de moeder te kijken naar mogelijke hulpverlening, het gebruiken van het netwerk etc. wordt er gewerkt om de bestaande psychische problematiek op te lossen, dan wel onder controle te krijgen. Zodat het kind meer kans op een gezonde ontwikkeling heeft, de moeder meer kans om zich in positieve zin te ontwikkelen en uiteindelijk de kans op kindermishandeling vermindert. (Hermanns 2007, Hermans 2005).

- De persoonlijke ontwikkeling van de moeder

- Problemen met betrekking tot opleiding en/of werk: Het ontbreken van een startkwalificatie en/of een dagbesteding (opleiding/werk) hebben verregaande financiële en emotionele gevolgen. De moeder wordt via bewustmakingsessies ("kijk op de toekomst", "wat wil je worden" Lucht e.a., 2006, Kooijman, 2001; Hardeman, 2012; Dodge e.a., 1990) ondersteund bij (terug)begeleiding naar een opleiding of school, bij het vinden van passend werk én bij hoe dit te combineren met de zorg voor een kind. Hierbij worden zowel de persoonlijke ontwikkeling als de mogelijkheden voor werk en inkomen als de ontwikkeling van het kind versterkt en daarmee de kans op kindermishandeling verkleind (Lucht e.a., 2006, Kooijman 2001; Hardeman 2012; Dodge e.a. 1990). Gestreefd wordt naar verbetering van de arbeidssituatie en daarmee een verbetering van de persoonlijke ontwikkeling van de moeder, zodat kansen voor opleiding en werk stijgen en de kans op kindermishandeling wordt teruggedrongen (Hardeman 2012; Beer 2006).

- Steunend netwerk familie, vrienden en partner: Dit is een essentiële erkende factor bij het opvoeden van een kind. Gestreefd wordt naar het versterken van het netwerk, zoals familie, vrienden en de partnerbetrokkenheid. Dit onderwerp krijgt systematisch aandacht, door het te bespreken, gebruik te maken van motivational interviewing en oefeningen in de thuissituatie (hoe ga je om met een meningsverschil, wat zou je kunnen doen om te voorkomen dat het uitloopt op een ruzie, dat je kwaad wegloopt of gaat schreeuwen/slaan, etc.). Ook zit dit in opdrachten als het maken van een netwerk-sociogram of een bewustmakingsoefening over "Wat je de komende week over je baby aan je moeder wil vertellen" (de Winter, 2000; Bartelink, 2012, Coomans, 2013). Versterking van het sociale netwerk versterkt de draagkracht, waardoor de gezondheid en ontwikkeling van het kind ook wordt versterkt c.q. de kans op kindermishandeling verkleind (Dodge 1990; Izzo 2005; Kooiman e.a. 2001; Helsen 1997, Tjhuis 1992).

- Het gebruik van gemeenschapsvoorzieningen: Dit komt aan de orde in probleemoplossende opdrachten, zoals: "Wat zou je doen als ... je kind hoge koorts heeft, dagenlang huilt etc.", of in vragen over kennis van de sociale kaart of een opdracht tot voorbereiding op doktersbezoek met het opschrijven van de te stellen vragen (Berg vd 2012; Hardeman 2012).

- Actueel gezinsgeweld/partnergeweld: Huiselijk geweld, als vorm van kindermishandeling, wordt bespreekbaar gemaakt, waarbij er naar wordt gestreefd dit te verminderen of te stoppen. Samen met de moeder/ouders wordt gekeken in welke situaties huiselijk geweld voorkomt, uitgelegd wordt wat de impact is van geweld voor henzelf, maar ook voor het kind. Samen wordt via motivational interviewing gezocht naar alternatieven (oplossingen) en mogelijk verdere hulpverlening. Allemaal interventies die er toe leiden dat het geweld afneemt en daarmee de kans vergroten op een gezondere zwangerschap en geboorte-uitkomst en een betere gezondheid en ontwikkeling van het kind (Dodge 1990; Alink 2011; Eckenrode 2011).

- Zelf mishandeld: Dit is een factor die de kans op kindermishandeling vergroot, als gevolg van de schade die de ouder zelf heeft opgelopen, of een eventuele stoornis in de hechting, of door het ontbreken van een goed rolmodel van de eigen ouders, of door ontbrekende kennis en opvoedvaardigheden. Samen met de moeder wordt gewerkt aan het bewustzijn van de eigen opvoeding en de invloed die dit zou kunnen hebben op de opvoeding van het kind. Vanuit dit versterkte bewustzijn kan de moeder meer afstand nemen tot haar eigen jeugd en op een positievere manier met haar kind omgaan (VHT ondersteunt de positieve benadering van het kind). Zo wordt de gezondheid en de ontwikkeling van het kind gestimuleerd en verkleint de kans op kindermishandeling (Dodge 1990, Meerding 2005).

VoorZorg is gebaseerd op drie theorieën welke de basis vormen in het bewezen effectieve huisbezoek programma Nurse Family Partnership:

1. Bandura's Self Efficacy theorie: Bandura's theorie stelt dat het gedrag van een persoon wordt bepaald door drie factoren: houding, sociale invloeden en eigen effectiviteit. Cognitieve processen spelen een belangrijke rol in het verwerven en behouden van nieuwe gedragspatronen. De VoorZorgverpleegkundige is getraind om via gesprekken iemands houding ten

opzichte van een gedragsverandering te beïnvloeden. VoorZorg is sterk gericht op empowerment van de moeder door het stellen van haalbare doelen en verwachtingen. Hierdoor groeit het zelfvertrouwen van de moeder en het gevoel dat zij zelf grip krijgt op haar leven.

2. Het ecologische model volgens Bronfenbrenner: Bronfenbrenner heeft een model ontwikkeld om de invloed van de omgeving uit te leggen aan de hand van de ontwikkeling van een individu. De directe omgeving is het sterkst bepalend, waarbij de interactie tussen moeder en kind de sterkste voorspeller is van de ontwikkeling van het kind. VoorZorg hanteert dit model om de moeder te leren gebruik te maken van formele en informele bronnen van steun. Hierdoor kan de moeder positieve opvoedingsvaardigheden leren ontwikkelen.

3. Bowlby's hechtingstheorie: Bowlby's hechtingstheorie gaat er vanuit dat de mate waarin volwassenen in staat zijn sensitieve en responsieve relaties aan te gaan (met hun eigen kinderen), voor een belangrijk deel bepaald wordt door zijn of haar eigen opvoeding en vroegere hechtingservaringen. Waar ouders negatieve of traumatische hechtingservaringen hebben opgedaan, zullen zij minder goed in staat zijn om sensitief en responsief op hun kind te reageren. De kwaliteit van de interactie tussen ouder en kind is een belangrijke bepalende factor voor de ontwikkeling van een kind. VoorZorg streeft naar een veilige hechting tussen moeder en kind door in gesprekken in te gaan op het belang van gehechtheid, de eigen opvoeding en kindertijd van de moeder. De VoorZorgverpleegkundige bouwt een empathische en respectvolle relatie op, waardoor de moeder het (negatieve) beeld dat zij van zichzelf in relaties heeft kan bijstellen. Deze relatie is er een van professionele betrokkenheid en hechting.

Naast de theorieën welke vanuit het NFP zijn opgenomen, maakt VoorZorg ook gebruik van twee Nederlandse programma's:

1. Stoppen of verminderen van het roken in de zwangerschap: V-MIS (Minimale interventie strategie) voor het stoppen met roken. Met de methodiek wordt gewerkt aan een beter zwangerschapsresultaat voor het kind en een betere gezondheid voor de moeder.

2. (Kortdurende) Video Home training: Dit programma wil een gezonde (sociaal-emotionele) ontwikkeling van kinderen bevorderen en gedrags- en ontwikkelingsproblemen voorkomen of verminderen door opvoedingsvaardigheden van ouders te versterken en de ouder-kind relatie te verbeteren. Dit gebeurt door middel van positieve feedback op video-opnamen van interacties tussen ouder en kind en het verstrekken van (specifieke) informatie over opvoeding en het benaderen wat er wel goed gaat.

3.4 Werkzame elementen

Net zoals kindermishandeling multicausaal bepaald is, en er sprake is van een cumulatie van factoren die leiden tot kindermishandeling geldt dit ook voor de realisatie van de doelen van de interventie VoorZorg. Onderstaande elementen dragen bij aan de realisatie van de doelen van de interventie, maar steeds dient men zich te realiseren dat het samenspel van elementen, de interventie effectief maakt. Iedere moeder is uniek in haar situatie en verleden, en bij iedere moeder zal de VoorZorgverpleegkundige hier op inspelen en aansluiten.

Om echt het verschil te maken in het leven van deze kansarme kinderen is VoorZorg gericht op de bekende risicofactoren tijdens perioden die gevoelig zijn voor ontwikkelingsachterstand, zoals zwangerschap en vroege jeugd. VoorZorg is in vorm acceptabel voor de doelgroep, wordt uitgevoerd in een zo vroeg mogelijk stadium in de zwangerschap, nog voor er opvoed- en opgroei-problemen zijn ontstaan, bij een eerste kind. Dit om een positief leerproces in gang te kunnen zetten.

Werkzame elementen in de aanpak van VoorZorg zijn:

- VoorZorg bouwt op de voorspelbare en betrouwbare relatie tussen verpleegkundige en a.s. moeder in een kwetsbare fase van het leven van deze moeder en haar kind. Gaandeweg ontstaat vertrouwen, zijn moeders bereid te luisteren en wordt aan gedrag- en leefstijlverandering gewerkt. De relatie tussen moeder en verpleegkundige staat model voor o.a. de relatie die de moeder kan opbouwen met haar kind.

- Door de start in de zwangerschap kan prenatale schade verminderd dan wel voorkomen worden, en wordt er al voor de geboorte een hechtingsrelatie opgebouwd tussen de VoorZorgverpleegkundige en de moeder. Positieve geboorte-uitkomsten kunnen worden bereikt. VoorZorg werkt systematisch aan het verminderen en stoppen van roken en andere middelen tijdens zwangerschap en eerste levensjaren. Voorkomen wordt dat nicotine - met de toxische en ontregelende werking op het brein - zo veel schade kan aanrichten waardoor in vroege kindertijd kinderen zichzelf beter kunnen reguleren en er minder beroep wordt gedaan op de toch al beperkte affectieve en pedagogische vaardigheden van de moeder.

- VoorZorg werkt systematisch aan bewustwording van huiselijk geweld en de consequenties daarvan, aan verbetering van de communicatie en vermindering van agressie tussen partners, aan keuzes ten gunste van veiligheid voor kind en moeder. Huiselijk geweld piekt bij jonge zwangere vrouwen tijdens de zwangerschap. De afname in stress bij de moeder leidt door een afname van cortisol tot een verminderde stressgevoeligheid bij de foetus waardoor het jonge kind zichzelf beter kan reguleren en minder geneigd is tot acting-out gedrag.

- VoorZorg werkt systematisch aan de sensitieve en responsieve interactie tussen moeder en kind met oog voor het belang van hechting door o.a. borstvoeding te stimuleren en regelmatig videohometraining te geven. VoorZorg bereidt moeders voor op

het moederschap, werkt aan veiligheid, betreft het netwerk van de moeder om geschikte voorwaarden te creëren.

- VoorZorg werkt systematisch aan realistische en haalbare doelen, sluit bij de a.s. moeders aan, versterkt het gevoel van eigenwaarde bij moeders en werkt aan het gevoel competent te kunnen handelen. Veel van deze jonge moeders hebben een gebrek aan eigenwaarde, zijn beschadigd en fatalistisch over hun mogelijkheden.

Voor meer informatie: <http://www.nursefamilypartnership.org/communities/model-elements#sthash.GuMOWJfP.dpuf>

4. Uitvoering

4.1 Materialen

De volgende materialen zijn beschikbaar voor de uitvoering, werving en evaluatie van de interventie.

- Huisbezoekhandleidingen

VoorZorg maakt gebruik van drie handleidingen voor de VoorZorgverpleegkundigen. In totaal zijn in de drie handleidingen 64 huisbezoeken beschreven: zwangerschapsfase 14, babyfase (0-1 jaar) 28 en peuterfase (1-2 jaar) 22. De handleidingen bevatten zowel informatie voor de verpleegkundige als werkbladen voor de moeders. Te bestellen via het besloten gedeelte van de website www.voorzorg.info.

- Werkdocumenten en procesafspraken

Op www.voorzorg.info (besloten gedeelte) staan werkdocumenten en procesafspraken met betrekking tot werving en selectie van de doelgroep, contacten met verwijzers/aanmelders. Hier staan ook basispresentaties welke voor VoorZorg gebruikt worden.

- Materialen voor verwijzers en deelnemers

Er is een folder voor verwijzers en een folder voor moeders die gaan deelnemen aan het programma. Deze zijn te bestellen via het besloten gedeelte van de website.

- Schema videohometraining

Er is een werkschema voor de module videohometraining, waarin staat op welke momenten (leeftijden van het kind) video-opnamen gemaakt moeten worden en welke interactie-aspecten daarbij aan de orde kunnen komen.

- Materialen voor de trainingen

Er is een uitgebreide handleiding voor de trainers en een uitgebreide map met werk- en achtergrondmaterialen voor de op te leiden VoorZorgverpleegkundigen. Beschikbaar via het NCJ.

4.2 Type organisatie

De VoorZorgverpleegkundigen zijn allen in dienst van een JGZ-organisatie (GGD, thuiszorgorganisatie of CJG), welke de lokale uitvoering coördineert en de kwaliteit van de uitvoering bewaakt. Indien een moeder/ gezin uit het werkgebied verhuist, wordt VoorZorg overgedragen aan de nieuwe organisatie (mits deze VoorZorg in haar pakket heeft). Dit vindt plaats via een warme en gestructureerde overdracht bij de moeder in haar nieuwe huisvesting, met de vorige en de "nieuwe"

VoorZorgverpleegkundige, waarbij het verloop tot dan toe wordt besproken evenals de aandachtspunten die er liggen. Door de intensiteit van het programma kan VoorZorg worden uitgevoerd bij moeders met zwaardere problemen en risico's, terwijl het - doordat het wordt aangeboden door de jeugdgezondheidszorg en wordt uitgevoerd door een 'jeugdverpleegkundige' - toch laagdrempelig en niet bedreigend is voor de moeder. Toegevoegde waarde is dat hiermee een extra samenwerking wordt gecreëerd tussen de JGZ en andere vormen van zorg (o.a. verloskundigen, gynaecologen) en hulpverlening (o.a. zorg voor jonge moeders, wijkteams en teams of hulpverlening aan multiprobleem gezinnen).

4.3 Opleidingen en competenties

De interventie wordt uitgevoerd door ervaren HBO-opgeleide jeugdverpleegkundigen met een aanvullende opleiding tot VoorZorgverpleegkundige.

De opleiding tot VoorZorgverpleegkundige bestaat uit de volgende componenten:

- Zwangerschapsmodule: vier dagen. Hiervan drie dagen specifiek over inhoud en vaardigheden m.b.t. VoorZorg. Daarnaast een dagdeel training over gedragsverandering m.b.t. stoppen met roken en een dagdeel training m.b.t. herkenning van en omgaan met LVB-problematiek (betreft herkennen van en omgaan met zwangeren met een licht verstandelijke beperking).

- Babymodule: een dag.

- Peutermodule: een dag.

- VHT-module (Video Hometraining speciaal voor VoorZorg); gericht op hechting, zonder dat er een opvoedvraag aan vooraf gaat. De training bestaat uit 11 bijeenkomsten.

Drie trainingsmodules zijn direct gekoppeld aan de inhoud van de drie handleidingen en de zes domeinen (gezondheid moeder, gezonde omgeving, levensloop moeder, moederschap, familie en vrienden en gebruik van gemeenschapsvoorzieningen). De training tot VoorZorgverpleegkundige met bijbehorende materialen is uitgebreid beschreven door Oudhof en van der Maas

(2012).

4.4 Kwaliteitsbewaking

Het NCJ zorgt in het kader van kwaliteitsbewaking onder meer voor de volgende activiteiten:

- *Programma-integriteit*: Twee VoorZorgtrainers zijn erkend door de University of Denver, de organisatie die in de VS het programma Nurse-family Partnership (NFP) beheert. Het NCJ heeft een licentie-overeenkomst voor implementatie van VoorZorg in Nederland met dezelfde universiteit. JGZ-organisaties die VoorZorg uitvoeren hebben een licentieovereenkomst met het NCJ. In deze licenties zijn kwaliteitseisen geformuleerd, (waaronder het bieden van werkbegeleiding, interventie en supervisie) waaraan partners zich verbinden door het ondertekenen van de licentie.
- *Scholing*: Organiseren van opleiding van de uitvoerders en caseconferenties. In de landelijke caseconference worden inhoudelijk thema's met elkaar besproken en wordt deskundigheidsbevordering geboden. VoorZorgverpleegkundigen nemen verplicht jaarlijks deel aan drie van de vier case conferences. De accreditatie-commissie van de beroepsvereniging V&VN verleent accreditatie aan de trainingen en de case conferences.
- *Expertisecommissie*: Wanneer een VoorZorgverpleegkundige twijfelt of een zwangere in aanmerking komt voor het programma, kan zij dit voorleggen aan de landelijke expertisecommissie, bestaande uit VoorZorgdeskundigen. De commissie spreekt een oordeel uit, dat bindend is voor de vraag of de moeder kan worden toegelaten.
- *Monitoring van de uitvoering*: De uitvoering wordt gemonitord via een digitaal registratiesysteem, dat jaarlijks gevuld wordt door de uitvoerende organisaties. Het NCJ verzorgt de landelijke rapportage en bespreekt de uitkomsten tweemaal per jaar met managers van alle uitvoerende organisaties. In dit managers overleg worden tevens andere beleids- en kwaliteitszaken besproken.
- *Handleidingen*: Verpleegkundigen maken gebruik van diverse handleidingen en kunnen terugvallen op een supervisor in hun eigen organisatie. De handleiding en aanvullende ondersteuningsmaterialen zijn te vinden op het besloten gedeelte van de website www.voorzorg.info.

4.5 Randvoorwaarden

Organisatorische randvoorwaarden voor een goede uitvoering van de interventie:

Uitvoerende organisaties dienen bereid zijn de, in de licentie beschreven, afspraken na te komen voor een goede kwalitatieve uitvoering van VoorZorg. Dit betekent onder andere dat tijd en middelen vrijgemaakt moet worden voor het volgende:

- Training van verpleegkundigen.
- Volgen van landelijke caseconferenties.
- Aanbieden van vormen van supervisie, werkbegeleiding en interventie.
- Aanleveren monitorcijfers over de uitvoering van VoorZorg (jaarlijks).
- Deelnemen van manager aan het periodieke managersoverleg.

Daarbij dienen de VoorZorgverpleegkundigen ruimte te hebben voor relatiebeheer met relevante partners, zoals verloskundigen, ziekenhuis, jeugdhulp, GGZ etc.

Contextuele randvoorwaarden voor een goede uitvoering van de interventie:

Financiers (meestal de gemeente) moeten bereid zijn om de uitvoerende JGZ-organisaties de financiële middelen te verstrekken om VoorZorg uit te voeren. Draagvlak bij zowel gemeenten als uitvoerende organisaties is nodig om hiervoor middelen vrij te maken. Voorwaarde is dat zij het belang en de waarde van VoorZorg inzien binnen het lokale aanbod van preventie en jeugdhulp. In 2015 zijn circa 49 gemeenten bereid financieel te investeren in de uitvoering van VoorZorg. Om gemeenten bereid te blijven vinden tot financiering is zowel landelijk (door licentiehouders) als lokaal (door JGZ-organisaties) inspanning nodig op het gebied van promotie en bekendmaking van het programma.

4.6 Implementatie

VoorZorg is in 2002 in Nederland geïntroduceerd door A. Crijnen. De ontwikkeling en implementatie bestond vervolgens uit drie fases, namelijk:

- Een proeffase met een zeer kleinschalige uitvoering. De NFP interventie werd vertaald naar VoorZorg en vervolgens door twee VoorZorgverpleegkundigen uit twee organisaties bij een beperkt aantal moeders getoetst op haalbaarheid, uitvoerbaarheid en (mogelijke) toegevoegde waarde. In deze fase is een procesevaluatie uitgevoerd (De Graaf & Riper, 2006). Het doel hiervan was inzicht krijgen in de toepasbaarheid en werkbaarheid van het programma in Nederland. De resultaten hiervan waren positief en begin 2007 is gestart met de small-scale implementatie.
- Een small scale uitvoering (8 organisaties) vergezeld door een gerandomiseerde effectstudie (Randomized Controlled Trial).
- Een fase van landelijke uitrol. De RCT heeft voldoende goede resultaten geboden, in 2012 is de instroom in de RCT afgerond; het (promotie)onderzoek liep door tot november 2014. Hiermee is sinds voorjaar 2015 de weg vrij voor de landelijke uitrol vanuit het NCJ.

Er is een (concept) stappenplan waarin staat beschreven hoe VoorZorg op organisatieniveau ingevoerd kan worden. Ook staat hierover iets opgenomen over de activiteiten bij de landelijke implementatie. Zie bijlage.

4.7 Kosten

Een volledig VoorZorgtraject van twee en een half jaar kost ca. €13.000,- per moeder (tarief 2013). In dit bedrag zijn verdisconteerd de kosten voor:

- uren voorbereiding, uitvoering en nawerk (verslaglegging etc.) van de huisbezoeken door de verpleegkundige;
- uren begeleiding en supervisie vanuit de uitvoerende organisatie;
- uren voor kennismakingsgesprekken/intake (inclusief intakes die vervolgens niet tot deelname aan het programma leiden);
- kosten basistraining en landelijke bijeenkomsten ;
- kosten netwerkcontacten en multidisciplinaire overleggen;
- licentiekosten per organisatie.

De kosten kunnen in de uitvoering variëren, afhankelijk van in de organisatie geldende tarieven, de formatie omvang van de VoorZorgverpleegkundigen, en de in- en uitstroom van medewerkers.

Bij de overgang naar grootschalige implementatie in Nederland is ook sprake van een andere wijze van landelijke aansturing en zijn er mogelijk wijzigingen in de licentiekosten. Het NCJ gaat een businesscase ontwikkelen, zodat de landelijke kwaliteit geborgd is; de verwachting is dat dit met het huidige prijspeil per traject, met een verschuiving van kosten, goed mogelijk is. Aangezien het nieuwe rekenmodel nog niet is vastgesteld, is uitgegaan van de huidige werkwijze.

6. Onderzoek naar effectiviteit

6.1 Onderzoek in Nederland

- a) Graaf I de & Riper H. (2006). Zorg voor moeder en kind. Programma VoorZorg: huisbezoeken door een verpleegkundige tijdens de zwangerschap en eerste twee levensjaren van een kind. Evaluatie-onderzoek. Utrecht: Trimbosinstituut.
- b) Evaluatie-onderzoek. De gegevens van 32 dossiers van deelnemende moeders zijn in dit verslag geanalyseerd, waarvan vijftien dossiers uit Zaanstreek-Waterland en zeventien dossiers uit Rotterdam, over een periode van respectievelijk veertien en tien maanden. Er zijn 23 moeders geïnterviewd middels een gestructureerde vragenlijst door twee onderzoekers. En er zijn diepte-interviews gedaan bij 2 VoorZorgverpleegkundigen.
- c) Het onderzoek heeft de volgende conclusies opgeleverd:
 1. De beoogde doelgroep is bereikt.
 2. De moeders die VoorZorg ontvingen waren jong, kwamen in een vroege fase van de zwangerschap en stonden vaak ambivalent t.o.v. de zwangerschap. Ook waren de moeders vaak slecht opgeleid of werkloos, hadden weinig financiële middelen en hadden een beperkt netwerk van belangrijke anderen die hen konden ondersteunen. Vaak waren de moeders mishandeld of verwaarloosd in hun eigen jeugd.
 3. De moeders hadden veel steun aan de relatie die zij met de VoorZorg-verpleegkundige opbouwden. Ook voldeed het programma grotendeels aan de behoeften van de moeders.
 4. De verpleegkundigen waren op de hoogte van de protocollen van de huisbezoeken en het gebruik van de materialen. Ze hadden de intentie om het programma strikt uit te voeren.
 5. De ondersteunende materialen voldeden grotendeels aan de behoeften van de moeders en de verpleegkundigen.
 6. De besprekingen in de supervisie over de dilemma's en problemen die de verpleegkundigen zelf tegenkwamen tijdens de uitvoering van het programma, werden door hen als zeer zinvol ervaren.

Er werd een aantal aanbevelingen geformuleerd. Onder andere over het behouden van de doelgroep binnen het programma. De mate waarin de VoorZorgverpleegkundigen flexibel kunnen omgaan met de 6 verschillende domeinen per huisbezoek. Het eventueel herzien van een aantal werkbladen in de handleidingen. De afstemming met de reeds bestaande hulpverlening. En tot slot de registratie door de verpleegkundigen.

Deze aanbevelingen hebben geleid tot aanpassingen van de werkbladen en registratieformulieren. En tijdens de case conferenties met de VoorZorgverpleegkundigen is aandacht besteed aan deze aanbevelingen en zijn afspraken gemaakt. Dit heeft plaatsgevonden voor de start van de RCT.

De eerste 5 artikelen zijn het resultaat van een promotie-onderzoek wat heeft plaatsgevonden aan het VU medisch centrum, afdeling Sociale Geneeskunde, EMGO+ instituut.

1 a) Mejdoubi J, van den Heijkant S, Struijff E, van Leerdam F, HiraSing R, Crijnen A. (2011). Addressing risk factors for child abuse among high risk pregnant women: design of a randomized controlled trial of the nurse family partnership in Dutch preventive health care. BMC public health 11: 823.

1 b) Design-studie. Intention-to-treat model.

1 c) Het is een beschrijving van de RCT.

Hieronder volgt de beschrijving van de RCT die bij onderzoeken 1 t/m 5 hoort, punt b. Bij de beschrijving per onderzoek worden de specifieke meetinstrumenten van dat betreffende onderzoek genoemd.

Voor de RCT zijn 460 vrouwen geïncludeerd door middel van een twee-staps selectieprocedure (zoals beschreven in paragraaf 1.1 en 1.3). De deelnemers werden daarna gestratificeerd naar regio en etniciteit en gerandomiseerd naar een controlegroep (gebruikelijke zorg; n = 223) en een interventiegroep (VoorZorg; n = 237).

In de RCT waren zes meetmomenten waar vragenlijsten zijn afgenomen door getrainde interviewsters: tijdens 16-28 weken en 32 weken van de zwangerschap en tijdens 2, 6, 12 en 24 maanden na de geboorte. De interviews vonden plaats bij de deelnemers thuis. Na elke meting kregen de vrouwen een cadeaubon als dank voor hun medewerking.

Op 1 mei 2009 is de inclusie voor de RCT afgerond en waren er 460 deelnemers geïncludeerd. In totaal waren er 14 uitvallers (3 miskramen en 1 overleden kind in de care-as-usual groep, respectievelijk 5 miskramen en 5 overleden kinderen in de VoorZorg interventiegroep). De intentie was om per deelnemer 6 interviews af te nemen; met 14 uitvallers komt dit totaal aantal op 2676 interviews. Bij de care-as-usual groep zijn uiteindelijk 722 interviews afgenomen (55%) en bij de interventie groep 973 interviews (71%).

Van de respondenten is 9% (41 vrouwen) lost-to-follow-up, 31 vrouwen in de controlegroep en 10 vrouwen in de interventiegroep. Deze vrouwen waren onvindbaar voor JGZ instellingen of woonden buiten het werkgebied van VoorZorg. In de interventiegroep bleven de vrouwen beter in beeld, vanwege de regelmatige huisbezoeken door de VoorZorgverpleegkundigen. Deze vrouwen waren ook meer gemotiveerd om deel te nemen aan de metingen, omdat ze het belang van het onderzoek beter begrepen. Hieruit kan worden geconcludeerd dat VoorZorg deze moeilijk bereikbare groep bereikt en er ook in slaagt het contact te onderhouden.

Om te voorkomen dat de respondenten onbereikbaar zouden raken, werd bij elke meting een contactformulier ingevuld, met gegevens van het sociaal netwerk.

Het feit dat er relatief meer metingen zijn afgenomen in de interventiegroep in vergelijking met de controlegroep kan de resultaten beïnvloeden. De hypothese is dat juist de vrouwen met de meeste problemen uitvallen. In de interventiegroep bleven deze vrouwen wel in het onderzoek. Hier zou sprake kunnen zijn van attrition bias. Om hiervoor te corrigeren is een analyse toegepast, waarbij gegevens zijn gebruikt van voor de randomisatie procedure. Deze gegevens zijn opgevraagd bij de VoorZorgverpleegkundigen. Deze methode is besproken met de ontwikkelaar/eigenaar van het NFP, David Olds en met een statisticus van het VU medisch centrum. Uit de analyse is gebleken dat er geen sprake is van attrition bias in deze RCT. Om te corrigeren voor de uitval in ons onderzoek is gebruik gemaakt van multi-pele imputatie technieken.

Metingen die zijn afgenomen door de interviewsters werden opgestuurd naar de promovenda Jamila Mejdoubi, die deze op volledigheid heeft gecontroleerd. Wanneer een meting niet volledig was ingevuld, werd contact opgenomen met de betreffende interviewster.

2 a) Mejdoubi J, van den Heijkant S, Struijff E, van Leerdam FJM, Crijnen A, Hirasings RA. (2015). The identification of pregnant woman at risk for child abuse. *Gynecol Obstet Res Open J*; 1(1):18-25.

2 b) Demografische karakteristieken zijn verzameld. Er is gevraagd naar de geschiedenis van huiselijk geweld en naar middelengebruik. Verder is ook de EPDS afgenomen (Edinburgh Postnatal Depression Score).

2 c) Bij de 460 vrouwen die middels de 2-stapsselectieprocedure aan het onderzoek deelnamen is gekeken naar de prevalentie van risicofactoren voor kindermishandeling: alleenstaande ouder 76%, drugs of alcohol misbruik 25%, depressie 19%, geweld in het verleden en/of heden 68%, geen baan of opleiding 74%. In totaal bleek dat 98% van de vrouwen 4 of meer risicofactoren had voor kindermishandeling. De doelgroep zoals bedoeld werd bereikt.

Er werd ook gevraagd of de zwangerschap gewenst was of niet: 31% gaf aan dat de zwangerschap niet gewenst was. In de algemene populatie is deze prevalentie 11%.

Depressie (gemeten met de EPDS) kwam voor bij 19% van de deelnemers. De VoorZorgverpleegkundigen vragen ook naar psychosociale problemen; dit werd aangegeven door 99% van de deelnemers. In de algemene populatie is dit 12%.

3 a) Mejdoubi J, van den Heijkant S, van Leerdam F et al. (2014). Effects of nurse home visitation on cigarette smoking, pregnancy outcomes and breastfeeding. *A randomized controlled trial. Midwifery*, 30, 6, 688-695.

3 b) Specifieke vragen werden gesteld over het aantal sigaretten dat gerookt is in de periode tussen 16 tot 28 weken van de zwangerschap en tijdens 32 weken zwangerschap en 2 maanden na de bevalling. Het stoppen met roken was op basis van zelfrapportage en werd gemeten bij 32 weken zwangerschap en 2 maanden na de bevalling. Wat betreft de zwangerschaps uitkomsten werd zowel het nominale als het ordinale geboortegewicht bestudeerd, waarbij 4 categorieën werden aangemaakt: erg laag laag 1000-2500 g., normaal 2500-4000 g. en hoog >4000g. Zwangerschap werd gecategoriseerd in: extreem prematuur < 32 weken, prematuur normaal 37 tot 41 weken en serotien > 42 weken.

3 c) Een korte samenvatting van de resultaten:

Roken:

- Het percentage rokers was significant lager in de interventie groep (40%) in vergelijking met de controle groep (48%) gedurende de zwangerschap ($p=0.03$) en 2 maanden na de geboorte (49% en 62%; $p=0.02$).
- Gedurende de zwangerschap was het aantal sigaretten in beide groepen significant afgenomen, maar de afname was groter in de interventiegroep (multilevel analyse).
- Na de geboorte rookten de vrouwen in de interventiegroep 50% minder sigaretten in vergelijking met de controle groep (C: 8 ± 10 ; I: 4 ± 7 (gemiddelde \pm standaard deviatie (SD)), $p=0.01$).
- De vrouwen in de interventiegroep rookten niet waar de baby bij was (C: 2 ± 5 ; I: 0 ± 0 (gemiddelde \pm SD) $p=0.03$).

Geboortegewicht en zwangerschapsduur:

Het geboortegewicht en zwangerschapsduur waren in beide groepen vergelijkbaar (gebruikelijke zorg groep: gemiddeld 3147 g, zwangerschapsduur 40 wkn; VoorZorggroep: geboortegewicht 3144 g, zwangerschapsduur 39 wkn ($p=0.94$, $p=0.17$)).

Borstvoeding:

Significant meer vrouwen in de interventiegroep gaven na 6 maanden nog steeds borstvoeding (C: 6%; I: 13%, $p=0.04$).

Gezien de resultaten ten aanzien van roken en borstvoeding blijkt VoorZorg in staat de leefstijl van de doelgroep positief te beïnvloeden. Men kan zich afvragen wat de meerwaarde is van een VoorZorgverpleegkundige naast een jeugdverpleegkundige. Want zowel de VoorZorggroep als de controlegroep krijgt de V-MIS aangeboden door de verloskundige en beide groepen krijgen voorlichting over negatieve effecten van roken door de jeugdverpleegkundige. Ook het stimuleren van het geven van borstvoeding hoort bij de reguliere taken van de verloskundige en de jeugdverpleegkundige. Men zou kunnen suggereren dat het verschil tussen beide groepen dus vooral lijkt te zitten in de frequentie. Maar behalve dat weten we inmiddels dat de vertrouwensband met de VoorZorgverpleegkundigen de leefstijlveranderingen teweeg brengt. De adviezen van een VoorZorgverpleegkundige, die dichter bij de (aanstaande) moeder staat dan de andere professionals, worden wellicht eerder aangenomen en opgevolgd.

Dit is ook te zien bij de langere duur van de borstvoeding: de eerste paar maanden borstvoeding geven lukt blijkbaar wel voor een groot deel van de vrouwen, maar op langere termijn (bij 3-4 mnd.) blijkt dit zonder VoorZorgbegeleiding moeilijk te continueren en is een groter deel gestopt. Dit verschil wordt dan merkbaar bij 6 mnd.

4 a) Mejdoubi J, van den Heijkant S, van Leerdam F et al. (2013). Effect of nurse home visits vs usual care on reducing intimate partner violence in young high-risk pregnant women: a randomized controlled trial. Plos One, 10.1371/journal.pone.0078185.

4 b) Bij de aanvang van de studie werd gevraagd of in het verleden en/of in de huidige relatie enige vorm van geweld was ervaren. Daarnaast werd de Revised Conflict Tactics Scale (CTS2) afgenomen bij 32 weken zwangerschap en bij 24 maanden na de geboorte. De Composite Abuse Scale (CAS) werd afgenomen bij 16 tot 28 weken van de zwangerschap.

4 c) Een korte samenvatting van de resultaten:

Huiselijk geweld is afgenomen bij de VoorZorggroep ten opzichte van de gebruikelijke zorggroep (significante verschillen benoemd):

- tijdens de zwangerschap met name wat betreft het psychische (C: 56% vs. I: 39%) en het fysieke geweld (niveau 1 C: 58% vs. I: 40% en niveau 2 C: 31% vs. I: 20%).
- tijdens de zwangerschap nam seksueel geweld meer af in de interventiegroep dan in de controlegroep (C: 16% vs. I: 8%).
- 2 jaar na de geboorte waren de verschillen vooral wat betreft het fysieke geweld (C: 44% vs. I: 26%) en seksueel geweld (C: 18% vs. I: 3%).
- daarnaast bleek de vrouwen in de VoorZorggroep zelf ook minder vaak geweld te gebruiken: psychisch geweld (C: 60% vs. I: 46%), fysiek geweld (C: 65% vs. I: 52%) en verwondingen (C: 27% vs. I: 17%).

Multilevel logistische regressie analyse laat zien dat er een significante vermindering is van zowel slachtoffer als dader van huiselijk geweld bij de vrouwen in de VoorZorggroep 2 jaar na de geboorte van hun baby.

VoorZorgverpleegkundigen worden opgeleid en gecoacht, op het opbouwen van een empathische en respectvolle relatie, waarbij gewerkt wordt aan het streven naar haalbare doelen. Door het versterken van de eigen mogelijkheden (empowerment) kan de moeder het (negatieve) beeld dat zij van zichzelf heeft bijstellen en wordt ze bevestigd in wat ze wel kan. Dit resultaat is dus meer dan alleen het aantal contacten (hoewel het frequente contact en de opgebouwde vertrouwensband wel bijdragen). Overigens zijn de bezoeken van de VoorZorgverpleegkundige afgestemd met de reguliere bezoeken aan de JGZ. Alle VoorZorgverpleegkundigen zijn ook jeugdverpleegkundige; dus zij weten prima wat er in de verschillende bezoeken aan de jeugdgezondheidszorg aan bod komt. Er is ook overleg tussen beiden (gestructureerd, volgens een vastgestelde procedure); uiteraard in overleg met de moeder.

5 a) Mejdoubi J, Heijkant S van den, Leerdam F van, Heymans M, HiraSing RA, Crijnen A. (2015). The effect of VoorZorg, the Dutch Nurse Family Partnership, on child maltreatment and development: a randomized controlled trial. Plos One;

10.1371/journal.pone.0120182.

5 b) Data over de prevalentie van kindermishandeling zijn verkregen vanuit Advies & Meldpunt Kindermishandeling in verschillende regio's.

De ontwikkeling van het kind werd gemeten tijdens verschillende momenten: op de leeftijd van 6 maanden werd de Home Observation for Measurement of the Environment uitgevoerd (HOME). Bij 24 maanden werd de Child Behavior Checklist (CBCL) afgenomen.

5 c) In de VoorZorggroep komen bijna twee keer minder meldingen van kindermishandeling voor dan in de gebruikelijke zorggroep. Respectievelijk 16 meldingen (10%) tegenover 29 meldingen (18%). Dit is een significant verschil.

In de interventiegroep en de controlegroep zijn dezelfde groepen buitenstaanders aanwezig die een melding zouden kunnen doen bij het AMK (jeugdgezondheidszorg, andere hulpverlening, burens, familie, kennissen). Het verschil is dat de interventiegroep een VoorZorgverpleegkundige heeft. Nu was het idee (ook van de begeleidingscommissie) dat het aantal AMK-rapportages mogelijk hoger zou zijn in de interventiegroep, omdat zij zo dicht in het gezin aanwezig zijn. En ze uit hoofde van hun beroep ook zullen melden als ze dat nodig achten, conform de regels van elke geregistreerde verpleegkundige. Bij een gelijke hoeveelheid kindermishandeling (KM) in de interventie- en de controlegroep, mag op basis van dit idee verwacht worden dat het aantal AMK-rapportages in de interventiegroep hoger zou uitvallen. Nu het aantal AMK-rapportages bijna 2 keer zo hoog is in de controlegroep, kan gevoelig aangenomen worden dat ook de hoeveelheid KM in de controlegroep hoger is.

Verder is er nog het argument van de tijdsduur: bezochte gezinnen kunnen eerder (in de tijd dus) gemeld worden dan niet bezochte gezinnen.

Peer reviewed papers beschouwen een afname van het aantal geverifieerde meldingen van kindermishandeling wel als afname van kindermishandeling. Ondersteuning hiervoor is te vinden in Olds et al 1995. Hieruit blijkt een samenhang tussen het plaatsvinden van kindermishandeling en andere variabelen/factoren die indicatief zijn voor het plaatsvinden van kindermishandeling, oftewel als een interne validering van de aanwijzing dat meer meldingen wel degelijk op meer kindermishandeling duiden. Ondersteunend is dat het in deze interventie om dezelfde interventie gaat als VZ.

Zoals ook in het desbetreffende artikel van J. Mejdoubi wordt gezegd (zie 4.2.5) is er een goede correlatie tussen het aantal AMK-rapportages en het aantal aangetoonde kindermishandelingen (Chaffin, 2006). Zeker omdat de AMK-meldingen in onze studie voornamelijk door professionals zijn gedaan.

Een andere manier om KM te meten is te kijken naar het aantal kinderen wat op de SEH (Spoed Eisende Hulp) komt. Dit is moeilijk, omdat de te meten populatie niet in 1 gebied rondom 1 ziekenhuis woont (zoals het in een van de studies naar NFP is gedaan). Bovendien is het bekend dat hoogrisico gezinnen bij een tweede trauma van hun kind, geneigd zijn om bij een ander ziekenhuis aan te kloppen. Bang als ze zijn voor de kinderbescherming.

Zeer recent is de kindcheck vastgelegd in wetgeving en is de kindcheck uitgerold en geïmplementeerd bij alle SEH's in Nederland. Dus aankloppen bij een ander ziekenhuis heeft nu geen zin meer (voor oudermeldingen). Dat was echter wel het geval ten tijde van de RCT VoorZorg.

Van 6 tot 18 maanden na de geboorte zijn de scores voor de HOME gestegen in beide groepen (in de controle groep van 33.0 ± 6.0 tot 36.8 ± 6.1 en in de interventie groep van 33.4 ± 6.9 tot 36.0 ± 6.0). Het verschil tussen beide groepen was niet significant. Op het tijdstip 24 maanden scoorde de interventiegroep significant beter op de HOME (36.4 ± 5.9 voor de controle groep en 38.3 ± 4.8 voor de interventie groep). Dat betekent een verbetering van de thuisomgeving (speelgoed, boeken, veiligheid etc).

Op het tijdstip 24 maanden was er een significante verbetering van het internaliserende gedrag (RR 0,56; $p=0,04$), maar geen verschil in externaliserend gedrag, vergeleken met de controle groep (RR 0,71; $p=0,12$). De trend voor het externaliserende gedrag was in dezelfde richting als het internaliserende gedrag, met minder probleem gedrag in de interventiegroep.

Gezien de vermindering in huiselijk geweld en minder meldingen van vermoeden van kindermishandeling bij de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling blijkt VoorZorg ook in staat om daadwerkelijk de leef- en veiligheidssituatie van de moeders en hun kinderen te verbeteren. En gezien wat bekend is over de korte- en lange-termijn gevolgen van huiselijk geweld en kindermishandeling betekent dit ook dat het programma kansen biedt om het toekomstperspectief van deelnemers en hun kinderen op vele gebieden te verbeteren.

6 a) Dam P & Prinsen B. (2013). Investeren in opvoeden en opgroeien loont! Utrecht: ActiZ en GGD Nederland.

6 b) Dam en Prinsen hebben onderzoek gedaan naar de kosten en baten van enkele interventies binnen het domein van opvoeden en opgroeien, uitgevoerd vanuit de jeugdgezondheidszorg. Er wordt gekeken naar behaalde resultaten van de RCT en daar wordt een doorberekening op gemaakt voor de toekomst aan de hand van ander (gedegen) onderzoek. Dit is gedaan voor roken, huiselijk geweld, afname kindermishandeling en het feit dat de moeders aan het einde van de interventie vaker een baan of opleiding hebben.

6 c) Op basis van de in de RCT gevonden resultaten van VoorZorg berekenden zij dat, bij een investering van €12.500 per volledig traject (tarief 2012) het economisch rendement ruim €2.300 per traject oftewel 20% bedraagt.

Batige effecten van het programma VoorZorg zijn:

- Productiviteitstoename door betere arbeidsparticipatie (€ 7.321 / 38%),
- Verbeterde kwaliteit van leven door minder huiselijk geweld (€ 1.374 / 7%)
- Productiviteitstoename door minder kindermishandeling (€ 1.712 / 9%)
- Vermeden kosten politie en justitie door minder huiselijk geweld (€ 1.750/9%)
- Productiviteitstoename door meer onderwijs (€ 4.712 / 25%)

De vijf genoemde bedragen vormen 88 procent van de totale baten. De overige opbrengsten (€ 2.341 / 12%) bestaan onder meer uit vermeden kosten van jeugdcriminaliteit, verbeterde levensverwachting door minder roken, vermeden zorgkosten op lange termijn vanwege kindermishandeling en vermeden kosten van speciaal onderwijs en justitiële jeugdzorg. Zie de link:

<https://www.actiz.nl/stream/investereninopvoedenenopgroeienloont092013.pdf>

Terugkomend op de gestelde doelen in Hoofdstuk 1.2. kan het volgende gezegd worden:

Hoofddoel: terugdringen van (het risico op) kindermishandeling.

De zwangerschaps- en geboorte-uitkomsten voor moeder en kind zijn verbeterd.

- *Gezonde leefstijl:* minder roken is aangetoond, minder gebruik van alcohol of drugs tijdens de zwangerschap kon niet worden aangetoond.
- *Stressreductie:* Er is stressreductie door de afname van huiselijk geweld, zoals aangetoond in de RCT. De cijfers die vanuit de RCT zijn aangeleverd aan het kosten baten onderzoek laten zien dat meer vrouwen in de VoorZorggroep een baan hebben en/of hun opleiding afmaken .
- *Gezonde voeding:* De moeder wordt gestimuleerd borstvoeding te geven en dit is aangetoond in de RCT. Er is niet gemeten of de zwangeren van mening waren of ze meer inzicht kregen in het belang van gezonde voeding.
- *Netwerk:* Het is zeer aannemelijk dat de VoorZorggroep meer gebruik maakt van bestaande voorzieningen aangezien de VoorZorgverpleegkundigen dit hebben gestimuleerd.
- *Geboortegewicht en zwangerschapsduur:* hier is geen verschil gevonden tussen interventie- en controlegroep (zie 4.2.3. voor de cijfers).

De gezondheid- en ontwikkelingskansen van het kind zijn verbeterd.

- *Hechting:* hier is met name gekeken naar het gedrag op 24 maanden. In de interventiegroep was er een significante verbetering van het internaliserende gedrag (gemeten met de Child Behavior Checklist, zie 4.2.5). De trend voor het externaliserende gedrag was in dezelfde richting als het internaliserende gedrag, met minder probleem gedrag in de interventiegroep.
- *Rolopvatting:* Dit is niet specifiek gemeten.
- *Veiligheid:* Dit is gemeten met de HOME (Home Observation for Measurement of the Environment, zie 4.2.5.): van 6 tot 18 maanden na de geboorte was er geen verschil tussen de interventie- en de controlegroep. Op 24 maanden is er een significant betere score in de interventiegroep. Dat betekent een verbetering van de thuisomgeving (speelgoed, boeken, veiligheid etc).

De persoonlijke ontwikkeling van de moeder is versterkt, zodat zij meer kan betekenen voor haar kind.

- *Opleiding - werk:* VoorZorgmoeders hebben minder vaak een uitkering en volgen vaker een schoolopleiding (deze cijfers zijn uit de RCT aangeleverd aan het kosten baten onderzoek) .
- *Informeel en formeel steunend netwerk:* hier zijn geen metingen naar verricht, maar dit is door de VoorZorgverpleegkundigen telkens gestimuleerd.
- *Zelfreflectie:* inzicht in de eigen rol bij partnergeweld is wel verkregen, aangezien ook het geweld van de vrouwen zelf is afgenomen (zie 4.2.4).]

6.2 Onderzoek naar vergelijkbare interventies

Zie boven

7. Overige informatie

7.1 Ontwikkeld door

Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ)

Telefoon : 030-7600405

E-mail : centrumjeugdgezondheid@ncj.nl

7.2 Websites

8. Aangehaalde literatuur

- Alink, L., IJzendoorn, R. van, Bakermans-Kranenburg, M. et al. (2011). *Kindermishandeling 2010. Tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van kinderen en Jeugdigen*. Leiden: Leiden Attachment Research Program Universiteit Leiden en TNO Child Health.
- Bartelink, C. (2012). *Wat werkt bij het versterken van het sociale netwerk van gezinnen?* Utrecht <http://www.nji.nl/>
- Baker, T. (2003). What is the relevance of attachment to parenting assessments? In: *Studies in the assessment of parenting*. Reder P, Duncan S & Lucey C (editors) Routledge, London.
- Beer, P. de (2006). *Perspectieven voor de laagopgeleiden*. Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken.
- Berg, G. van de & Baat, M. de. (2012). *Gezinnen met meervoudige problemen*. In: M. de Klerk et al. (red.): *Mensen met meervoudige problemen en hun zorggebruik*. Den Haag: RVZ.
- Dam, P. & Prinsen, B. (2013). *Investeren in opvoeden en opgroeien loont!* Utrecht: ActiZ en GGD Nederland.
- Chaffin, M., Bard, D (2006). Impact of intervention surveillance bias on analyses of child welfare report outcomes. *Child maltreatment* 11;301-312.
- Coomans, L.L.A. (2013). *De invloed van de opvoeding op het persoonlijk sociaal netwerk van moeders*. Utrecht: Faculty of Social and Behavioural Sciences Theses.
- Dodge, K.A., Bates, J.E., Pettit, G.S. (1990). Mechanisms in the cycle of violence. *Science* 250: 1678-1683.
- Eckenrode, J., Ganzel, B., Henderson, C.R. et al. (2000). Preventing child abuse and neglect with a program of nurse home visitation; the limiting effects of domestic violence. *JAMA*, 280(11), 1385-91.
- Eckenrode, J., Zielinski, D., Smith, E., Marcynyszyn, L.A., Henderson, C.R. Jr., Kitzman, H., Cole, R., Powers, J., Olds, D.L. (2001). Child maltreatment and the early onset of problem behaviors: can a program of nurse home visitation break the link? *Development & Psychopathology* 13(4):873-90.
- Graaf, I. de & Riper, H. (2006). *Zorg voor moeder en kind. Programma VoorZorg: huisbezoeken door een verpleegkundige tijdens de zwangerschap en eerste twee levensjaren van een kind*. Evaluatie-onderzoek. Utrecht: Trimbosinstituut.
- Groot, J. de (2009a). *Handleiding kennismakingsgesprek VoorZorg*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Groot, J. de (2009b). *Formulier kennismaking en selectie VoorZorg*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Hardeman, R. (2012). *Interventies die leiden tot een succesvolle preventie van de gevolgen van een lage socio economische status in relatie tot zwangerschap en geboorte*. De Bilt: RIVM
- Hasselt, N. van (2010). *Preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik onder jongeren*, Utrecht.
- Helsen, M., Vollenbergh, W., Meeus, W. (1997). *Sociale Steun van ouders en vrienden en emotionele problemen in de adolescentie*. Kind en Adolescent.
- Hermanns, J., Öry, F. & Schrijvers, G. (2005). *Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter*. <http://www.integratedcare.nl>
- Hermanns, J. (2007). *Opvoeden en opgroeien: een visie achter het beleid*. Amsterdam.
- Hermanns, J. (1999). *Preventie als voorkeursstrategie, Jeugd- en Gezinsbeleid*.
- Izzo, C.V., Eckenrode, J.J., Smith, E.G., Henderson, C.R., Cole, R., Kitzman, H., Olds, D.L. (2005). Reducing the impact of uncontrollable stressful life events through a program of nurse home visitation for new parents. *Prevention Science* 6(4):269-74.
- Kitzman, H., Olds, D.L., Henderson, C.R. et al. (1997). Effect of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing. A randomized controlled trial. *JAMA*;278(8), 644-52.
- Kooijman, K. & Zwikker, M. (2001). *Kindermishandeling voorkomen door gezinnen te steunen*. Utrecht: NIZW.
- Kooijman, K., Struijf, E., van Coeverden, S., Crijnen, A., van Leerdam, F. (2008). *VoorZorg: opvoedingsondersteuning van zwangerschap tot peutertijd*. Tijdschrift JGZ;3:60-63.
- Kooijman, K., Blokland, G., Prinsen, B. & Zoon, M. (2012). *VoorZorg Zwangerschapshuisbezoeken handleiding*. 3e Herziene druk. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Kooijman, K., de Bruijn, R. & Zoon, M. (2012a). *VoorZorg Babyhuisbezoeken handleiding*. 2e Herziene druk. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Kooijman, K., de Bruijn, R. & Zoon, M. (2012b). *VoorZorg Peuterhuisbezoeken handleiding*. 2e Herziene druk. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Kooijman, K. & As, A. van (2014). *Monitoring 2013 VoorZorg*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Leerdam, F.J.M. van, Struijf, E., van Coeverden S.C.C.M., HiraSing, R.A. (2008). *VoorZorg: voor een betere toekomst door ondersteuning vanaf de zwangerschap*. TSG;2:82
- Lucht, F. van der & Picavet, H. (2006). *Sociaal economische verschillen in persoonsgebonden kenmerken*. Verkregen mei 2009 van RIVM.
- Meerding, W.J. (2005). *De maatschappelijke kosten van kindermishandeling*. In: H. Baartman et al. (red.): *Kindermishandeling: de politiek een zorg*. Amsterdam: SWP.

Mejdoubi, J., van Coeverden, S.C.C.M., Struijf, E., van Leerdam, F.J.M., Hirasing, R.A. (2009). Eerste voorlopige resultaten van VoorZorg. Tijdschrift JGZ;3:48-49.

Mejdoubi, J., Heijkant, S. van den, Struijf, E., van Leerdam, F., HiraSing, R., Crijnen, A. (2011). Addressing risk factors for child abuse among high risk pregnant women: design of a randomized controlled trial of the nurse family partnership in Dutch preventive health care. BMC public health 11: 823.

Mejdoubi, J., Heijkant, S. van den, van Leerdam, F. et al. (2013). Effect of nurse home visits vs usual care on reducing intimate partner violence in young high-risk pregnant women: a randomized controlled trial. Plos One, 10.1371/journal.pone.0078185.

Mejdoubi, J., Heijkant, S. van den, van Leerdam, F. et al. (2014). Effects of nurse home visitation on cigarette smoking, pregnancy outcomes and breastfeeding. A randomized controlled trial. Midwifery, 30, 6, 688-695.

Mejdoubi, J., Heijkant, S. van den, Leerdam, F. van, Heymans, M., HiraSing, R.A., Crijnen, A. (2015). The effect of VoorZorg, the Dutch Nurse Family Partnership, on child maltreatment and development: a randomized controlled trial. Plos One; 10.1371/journal.pone.0120182.

Mejdoubi, J., Heijkant, S. van den, Struijf E, van Leerdam, F.J.M., Crijnen, A., Hirasing, R.A. (2015). The identification of pregnant woman at risk for child abuse. Gynecology and Obstetrics Research Open Journal; 1(1):18-25.

Olds, D.L., Henderson, C.R. Jr., Phelps, C., Kitzman, H., Hanks, C. (1993). Effect of prenatal and infancy nurse home visitation on government spending. Med Care;31(2):155-74.

Olds, D.L., Henderson, C.R., Kitzman, H., Cole, R. (1995). Effects of Prenatal and Infancy Nurse Home Visitation on Surveillance of Child Maltreatment. Pediatrics;95(3).

Olds, D.L., Eckenrode, J., Henderson, C. et al. (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;278(8), 637-43.

Olds, D., Hill, P.L., Mihalic, S.F. & O'Brien, R. (2001). Nurse-Family Partnership. Blueprints for Violence Prevention, book seven. Boulder: Center for the Study and prevention of Violence, Institute of Behavioral Science, Regents of University of Colorado.

Olds, D., Eckenrode, J., Kitzman, H. (2004). Clarifying the impact of the Nurse-Family Partnership on child maltreatment: response to Chaffin. Child Abuse Negl. 2005;29(3):229-33; author reply 241-9.

Olds, D.L., Kitzman, H., Cole, R., Robinson, J., Sidora, K., Luckey, D.W., Henderson, C.R. Jr., Hanks, C., Bondy, J., Holmberg, J. (2004). Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: age 6 follow-up results of a randomized trial. Pediatrics;114(6):1550-9.

Oudhof, M. & van der Maas, N. (2012). Draaiboek: Basistraining 'VoorZorg' (zwangerschaps-, baby- en peutertraining)'. Trainingsopbouw en draaiboek. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Oudhof, M. & van der Maas, N. (2012). Trainingsmap voor VoorZorgverpleegkundigen. Zwangerschapstraining, Babytraining, Peutertraining. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Poeran, J., Denktas, S., Birnie, E., Bonsel, G.J., Steegers, E.A. (2011). Urban perinatal health inequalities, Journal of Maternal Fetal Neonatal Medicine. Medline.

Raat, H. (2005). Effectiviteit van veiligheidsvoorlichting op het consultatiebureau volgens de methodiek 'Veiligheidsinformatiekaarten. Den Haag: Zonmw.

Reder P & Fitzpatrick: Can adolescents parent? In: Studies in the assessment of parenting. Reder P, Duncan S & Lucey C (editors) Routledge, London (2003).

Rooijen, K. van, Bartelink, C., Berg, T. (2013). Risicofactoren en beschermende factoren voor kindermishandeling. www.nji.nl.

Rossum, C.T.M. van, F.L. Büchner, J. Hoekstra (2006). Quantification of health effects of breastfeeding. Review of the literature and model simulation. De Bilt: RIVM

Silverman JG, Raj A, Mucci LA, Hathaway JE (2001) Dating violence against adolescent girls and associated substance use unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy and suicidality JAMA 286:572-579.

Struijf, E. & Kooijman, K. (2007). Berekening aantal klanten dat in aanmerking komt voor VoorZorg (schatting). N.g.

Tijhuis, M.A.R., H.D. Flap, M. Foets en P.P. Groenewegen (1992). Netwerken in Nederland. Een onderzoek naar persoonlijke netwerken van Nederlanders. Mens en Maatschappij.

Trimbos Instituut (2014). Wat je moet weten over alcohol en roken vóór, tijdens en na de zwangerschap. www.trimbos.nl

Van der Velden, J. (2009). Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Utrecht: Stuurgroep zwangerschap en Geboorte.

Winter, M. de (2013). Verbeter de wereld, begin bij de opvoeding. Vanachter de voordeur naar democratie en verbinding. Utrecht.

Winter, M. de (2000). Beter Maatschappelijk opvoeden. Utrecht.

Website www.voorzorg.info; VoorZorg, verpleegkundige ondersteuning bij zwangerschap en opvoeding.

Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

