

KANSRIJKE START VOOR ALLE FRIESE KINDEREN

Een geïntegreerd advies over de vroegsignalering bij kwetsbare zwangeren in Friesland gebaseerd op praktijkervaringen en GALA

Margriet Blijham - S2993562

Rijksuniversiteit Groningen
Faculty of science & engineering
Medical Pharmaceutical Sciences
Science, business & policy
Afstudeerstage te GGD Fryslân

Onder begeleiding van:

Dr. Marion van Rijssel (Rijksuniversiteit Groningen)
Drs. Thea Westerink-Swierstra (GGD Fryslân)
Dr. Nynke Schuiling-Veninga (Rijksuniversiteit Groningen)
Anneke Meijer (GGD Fryslân)



Kansrijke
Start



Friese
Preventie
Aanpak



rijksuniversiteit
groningen

VOORWOORD

Adviesrapport “Kansrijke Start voor alle Friese kinderen: een geïntegreerd advies over de vroegsignalering bij kwetsbare zwangeren in Friesland gebaseerd op praktijkervaringen en GALA”.

Dit rapport is tot stand gekomen naar aanleiding van afstudeeronderzoek in de periode van februari 2023 tot en met september 2023, als onderdeel van de masteropleiding Medical Pharmaceutical Sciences aan de Rijksuniversiteit Groningen, binnen de specialisatie Science, Business & Policy. Voor vragen of opmerking n.a.v. dit adviesrapport kan contact opgenomen worden via m.y.blijham@student.rug.nl.

Het onderzoek is uitgevoerd vanuit Gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) Fryslân, onder supervisie van de volgende personen:

Drs. T. (Thea) Westerink-Swierstra: zij is aanjager van Kansrijke Start en weet vanuit die rol inhoudelijk erg veel over wat er speelt binnen dit onderwerp. In het onderzoek vervulde zij de rol van dagelijks begeleider.

A. (Anneke) Meijer: zij is programma manager van de Friese Preventieaanpak, waar Kansrijke Start onder valt. Tijdens mijn stage is ze eindverantwoordelijke binnen de GGD en ondersteunend aan Thea en mij.

Dr. M. (Marion) van Rijssel: zij is docent aan de Rijksuniversiteit Groningen en als docent en begeleider betrokken bij de afstudeertrack Science, Business & Policy (SBP). Binnen dit onderzoek vervulde zij dan ook de functie van SBP-begeleider.

Dr. C.M.M. (Nynke) Schuiling-Veninga: zij is universitair docent in de farmacoepidemiologie en farmacotherapie. Zij heeft mij tijdens dit onderzoek begeleid op de wetenschappelijke diepgang.

Disclaimer

Dit verslag is opgesteld als onderdeel van het educatief programma van het Rijksuniversiteit Groningen, Faculteit Science and Engineering, Science, Business and Policy (SBP) curriculum. Aan dit verslag kunnen geen rechten worden ontleend, anders dan beschreven in het stagecontract. Citaties zijn alleen mogelijk met expliciete referenties dat het verslag een stageproduct betreft en met geschreven toestemming van het SBP personeel.

Voorblad gemaakt met behulp van Canva, www.canva.com

DANKWOORD

Voor u ligt het resultaat van een acht maanden durend onderzoek als stageopdracht van de GGD Fryslân. Ik heb met veel plezier en enthousiasme aan dit project gewerkt. Voordat we in de resultaten en adviezen duiken die hieruit voort zijn gekomen, wil ik graag een heel aantal mensen bedanken.

Allereerst wil ik alle ouders die hebben deelgenomen aan mijn onderzoek enorm bedanken. Deze ouders wilden het met mij hebben over de ondersteuning die ze gehad hebben tijdens hun eerste fase van het ouderschap. Dit kan voor hen een zeer kwetsbaar onderwerp zijn en ik ben deze ouders enorm dankbaar dat ze hun ervaringen uit deze periode met mij hebben willen delen.

Zonder de hulp van alle zorgprofessionals had ik nooit in contact kunnen komen met deze ouders. Zij staan dagelijks met deze ouders in contact en hebben voor mij de eerste contacten met deze ouders kunnen leggen. Enorm bedankt daarvoor.

Ik wil graag mijn collega's bij de GGD Fryslân bedanken die mij met open armen hebben ontvangen en altijd open stonden voor vragen tijdens deze stageperiode, met name Klaus Boonstra en Anneke Meijer. Daarnaast wil ik in het bijzonder Thea Westerink-Swierstra bedanken. Zij heeft mij al deze maanden begeleid en meegenomen in de complexiteit van de organisatie binnen en buiten de GGD waar het Kansrijke Start en ouderschap betreft.

Ook wil ik ook graag mijn dank uitspreken naar mijn begeleiders vanuit de masteropleiding. Nynke Schuiling-Veninga heeft kritisch meegekeken met mijn onderzoek naar de effecten van foliumzuur en mij geholpen dit zo goed mogelijk neer te zetten. Marion van Rijssel heeft mij gedurende het hele proces geholpen om mij een kritisch stagiair te laten zijn. Waarom gaan de dingen zoals ze gaan? Waarom is dat een rol van de GGD? Ik zal mij de 7x "waarom?" die ze geregeld op mij af stuurde, nog lang herinneren.

Ik ben mijn stage begonnen met vier andere studenten: Fokke Walinga, Bas Zwolle, Marije de Vries en Melanie Meyer. Dank voor jullie steun en gezelligheid tijdens deze periode. Ditzelfde geldt voor mijn buddygroep: Melanie Meyer, Edgar Acosta, Jagua Lamfers en Nicole Pruijssers, met wie ik wekelijks online kon sparren over uitdagingen tijdens de stageperiode.

Ik wens u veel plezier met het lezen van dit adviesrapport.

SAMENVATTING

Vijf jaar geleden is het actieprogramma Kansrijke Start landelijk uitgerold. Ondertussen zijn in Friesland alle 18 gemeenten bezig (geweest) met het opzetten van een lokale coalitie die de samenwerking tussen de verschillende partijen in de geboortezorg definieert. Er wordt ook al vijf jaar lang gesproken met beleidsmakers, projectleiders en zorgverleners, maar de ouders die het betreft worden niet betrokken bij het gesprek. Met dit onderzoek is daar verandering in gekomen. Acht gezinnen hebben kunnen vertellen over hun ervaringen met ondersteuning vanuit Kansrijke Start. Daarnaast hebben ze hun mening kunnen geven over hoe het nu gaat, wat er goed gaat, wat er beter kan en welke andere adviezen zij nog hebben. Dit is, samen met landelijke richtlijnen en onderzoek naar de opinie van zorgverleners, omgezet tot een advies aan de GGD over de verdere ontplooiing van Kansrijke Start voor de komende jaren.

Landelijke richtlijnen. IZA en GALA stellen dat er op lokaal niveau gewerkt moet worden aan het verstevigen van de lokale coalities en dat er meer ingezet moet worden op het maken van samenwerkingsafspraken, dus een samenwerking op regionaal of provinciaal niveau. Daarnaast is met het ministerie van VWS afgesproken dat Friesland de rol van koploper mag pakken en daarmee verder mag gaan, en hierin ondersteuning kan krijgen, dan nu door IZA en GALA wordt voorgeschreven.

Lokale overeenkomsten en verschillen. Er zijn op dit moment vier verschillende zorgpaden in de provincie Friesland, waardoor de verschillen tussen regio's groot lijken. Echter, de zorgpaden hebben grote overlap tussen elkaar. Tijdens de bijeenkomsten met alle lokale coalities wordt steeds meer gezocht naar de gezamenlijkheid en gekeken hoe uitdagingen provinciaal opgelost kunnen worden. Actuele thema's zijn het opzetten van een provinciaal zorgpad om de overeenkomsten duidelijk te krijgen en afspraken over vergoeding van kraamzorg bij financiële kwetsbaarheid.

Bijdrage van zorgverleners. Zorgverleners willen meer duidelijkheid over wat ze kunnen met het zorgpad en welk doel het nastreeft. Ook missen ze de bekendheid over het laagdrempelig kunnen aanbieden van extra ondersteuning. Financiering van vroegsignalering en actie ondernemen bij signalen zou volgens hen kunnen bijdragen aan een toename van ondersteuning aan kwetsbare gezinnen.

Bijdragen van ervaringsdeskundigen. Over het algemeen zijn ouders zeer tevreden met de ondersteuning die ze hebben (gehad). Ouders geven aan ze baadt gehad hadden bij een 24h hulplijn voor vragen, een dekkend BabythuisZorg netwerk in heel Friesland en laagdrempelige ondersteuning van een vrijwilliger. Verder geven ze aan dat het niet altijd prettig was om ondersteuning aangeboden te krijgen.

Het advies aan de GGD Fryslân gaat over twee verschillende thema's. De eerste is het optimaliseren van de ondersteuning aan kwetsbare ouders. Hiervoor adviseer ik financiering te regelen voor vroegsignalering en handelen naar signalen, het organiseren van een cursus handelingsverlegenheid en het formuleren van een provinciaal zorgpad. Het tweede onderwerp betreft toekomstige monitoring en evaluatie. Hiervoor heb ik een stappenplan opgesteld: [1] huidige cijfers achterhalen, [2] eenmalig kwalitatief onderzoek voor algemeen beeld gevolgd door [3] jaarlijks kwantitatief onderzoek voor het opvolgen. Tot slot adviseer ik het opstarten, verstevigen en uitbreiden van moederraden, vaderraden en ouderraden.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	3
Dankwoord	4
Samenvatting	5
Gebruikte afkortingen	9
Het belang van een goede start	10
<i>Huidige ontwikkelingen binnen Kansrijke Start</i>	10
<i>Wanneer spreken we van kwetsbaarheid bij zwangeren?</i>	14
<i>Formeel raamwerk</i>	15
<i>Leeswijzer</i>	17
Hoofdstuk 1. De invloed van armoede op de eerste 1000 dagen en de gevolgen hiervan op een kind	19
<i>Risicofactoren en beschermende factoren m.b.t. armoede in de eerste 1000 dagen</i>	20
<i>Armoede in het gezin verlaagd de kansen van het kind</i>	23
Hoofdstuk 2. Wat is het belang van het gebruik van foliumzuur en in welke periodes is gebruik wenselijk? .	25
<i>De medische voordelen van de suppletie van foliumzuur</i>	27
<i>In welke periodes is de suppletie van foliumzuur essentieel?</i>	34
<i>Advies over verdere suppletie van micro nutriënten</i>	35
Hoofdstuk 3. Waar staat de Kansrijke Start landelijk en wat verwachten zij van de regio's?	37
<i>Tijdlijn Kansrijke Start van 2018 tot nu</i>	38
<i>Wat zijn de huidige ontwikkelingen binnen Kansrijke Start?</i>	38
<i>Opdracht van het ministerie van VWS zoals beschreven in GALA</i>	39
Hoofdstuk 4. Hoe ziet de organisatie van de Kansrijke Start eruit in Friesland?	45
<i>Ontwikkeling en organisatiestructuur Kansrijke Start in Friesland</i>	47
<i>Betrokken provinciale actoren bij Kansrijke Start</i>	49
<i>Voortgang acties uit GALA</i>	54
<i>Vervolg van inzet van het zorgpad</i>	56
Hoofdstuk 5. Wat is de visie van zorgverleners uit de geboortezorg op de huidige organisatie van de Kansrijke Start in Friesland?	59
<i>Visie van zorgverleners over organisatie Kansrijke Start en vroegsignalering</i>	63
Hoofdstuk 6. Wat is de visie van ervaringsdeskundigen uit de geboortezorg op de huidige organisatie van de Kansrijke Start in Friesland?	67
<i>Opzet gesprekken ervaringsdeskundigen</i>	68
<i>Met wie zijn de gesprekken gevoerd?</i>	68
<i>Wat kunnen we leren uit de praktijk?</i>	69
Hoofdstuk 7. Conclusie en discussie	75
<i>Conclusies per hoofdstuk</i>	76

<i>Conclusies samengevoegd</i>	77
<i>Discussie</i>	78
Hoofdstuk 8. Advies en implementatieplan	81
<i>De beste start voor elke Friese baby</i>	82
<i>Hoe bereiken we die optimalisatie van de ondersteuning?</i>	85
<i>Monitoring en evaluatie verder verstevigen</i>	86
<i>Stappenplan en tijdlijn</i>	87
Geraadpleegde literatuur	88
Appendices	94
<i>Appendix I. Opzet literatuurstudie</i>	94
<i>Appendix II. Acties ministerie van VWS in IZA</i>	97
<i>Appendix III. Stroomschema's zorgpaden Friesland</i>	103
<i>Appendix IV. Opzet ervaringsdeskundigen onderzoek</i>	107
<i>Appendix V. Kennismaken met de ervaringsdeskundigen</i>	111

GEBRUIKTE AFKORTINGEN

ALL – acute lymfatische leukemie

CAF – Common Assessment Framework

CBSCT – hersen- en ruggenmergtumoren bij kinderen (childhood brain and spinal cord tumors)

CL±P – gespleten lip en/of gehemelte (cleft lip and/or palate)

FPA – Friese Preventieaanpak

GALA – Gezond en Actief Leven Akkoord

GGD – Gemeentelijke gezondheidsdienst

GIDS – Gezond In De Stad

GT - Gebiedsteam

IZA – Integraal Zorgakkoord

JGZ – jeugdgezondheidszorg

JV – Jeugd/JGZ-verpleegkundige

KCC – klant- en contactcentrum

LBW – laag geboortegewicht (low birth weight)

MDO – multidisciplinair overleg

NHG – Nederlands Huisartsen Genootschap

NJI – Nederlands Jeugdinstituut

NNZ – Nu Niet Zwanger

NTDs – neurale buisdefecten (neural tube defects)

PHB – prenataal huisbezoek

PLN – provinciaal lerend netwerk

POP(P) – psychiatrie, obstetrie en pediatrie (poli)

PTB – vroeggeboorte (preterm birth)

RIVM – Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

SBP – Science, business and policy

SES – sociaaleconomische status

SGA – laag gewicht voor de draagtijd (small for gestational age)

SO – Stevig Ouderschap

SPUK – specifieke uitkeringen

VNG – Vereniging van Nederlandse Gemeenten

VSV – verloskundig samenwerkingsverband

VWS – Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Werkgroep monitoring – werkgroep “monitoring ketensamenwerking rondom zwangere in een kwetsbare situatie”

WMO – Wet maatschappelijke ondersteuning

ZN – Zorgverzekeraars Nederland

Zvw – Zorgverzekeringswet

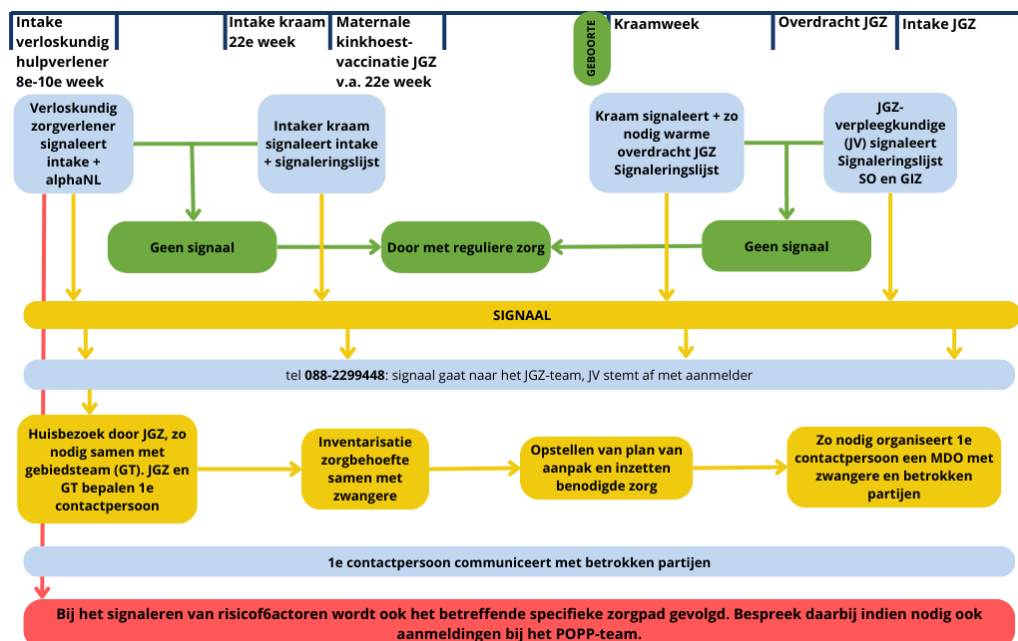
HET BELANG VAN EEN GOEDE START

In 2021 werden er in Friesland 6.320 kinderen geboren. Van deze kinderen werden er 680 baby's te vroeg geboren of geboren met een te laag geboortegewicht, dit is 12,2% (De Friesland e.a., 2023). In 2021 zijn er 40 kinderen voor hun 2^e levensjaar uit huis geplaatst, 40 vrouwen rookten in 2021 tijdens de zwangerschap en 80 zwangeren hadden in 2021 schuldenproblematiek tijdens hun zwangerschap (De Friesland e.a., 2023). Kwetsbaarheden in het begin van het leven, zoals vroeggeboorte, laag geboortegewicht, armoede, uithuisplaatsing of roken kunnen een leven lang effect hebben op de pasgeboren baby. Het fundament van ons hele leven wordt gelegd in de eerste 1000 dagen (Roseboom, 2022). Dit is de periode van vlak voor de conceptie tot de leeftijd van twee jaar. In deze periode vindt de conceptie plaats en vindt tijdens de zwangerschap de ontwikkeling van een eencellige tot volgroeide baby plaats. Eenmaal geboren ontwikkelt een pasgeboren baby zich tot een twee jarige peuter, die kan lopen en begint te praten. De ontwikkeling van een mens in deze fase gaat erg snel en is mede daardoor kwetsbaar voor risicofactoren (Martorell, 2017). Je kan dit vergelijken met het groeien van één zaadje tot een grote tomatenplant die veel tomaten kan geven. Echter, dit kan de tomatenplant alleen doen, wanneer deze in een goede vruchtbare grond geplant wordt, deze voldoende water krijgt en de juiste hoeveelheid zonlicht krijgt. Daarnaast moet deze plant ook sterk genoeg zijn voor overkomende stormen en moet het periodes van droogte kunnen volhouden. Dit kan alleen als de plant in eerste aanleg een goede ontwikkeling heeft doorgemaakt. Daarmee zijn er zoveel factoren van invloed op het uitgroeien van de tomatenplant tot een grote plant die sterk genoeg is om ook nog eens vruchten te kunnen geven. Zo is het bij mensen ook, namelijk als die ene cel niet in een voedzame en vruchtbare omgeving kan groeien, kan deze cel zich minder goed ontwikkelen tot een sterk een weerbaar mens. Tot op heden zijn vroeggeboorte en/of laag geboortegewicht veelgebruikte indicatoren voor het voorspellen van problemen tijdens de eerste 1000 dagen en in het beschrijven van succes binnen Kansrijke Start (GGD Fryslân, 2019). In 2021 was er, zoals eerder gezegd, bij 12,2% van de geboortes in Friesland sprake van deze indicatoren, landelijk is dit 14,8% (De Friesland e.a., 2023). Hiermee is de basis voor kansenverschillen in de toekomst gelegd. Voordat verder uitleg volgt over de stand van zaken en huidige ontwikkelingen van Kansrijke Start is het goed om te weten dat er vaak over drie niveaus gesproken wordt, namelijk lokaal – gemeentelijk, regionaal – provinciaal en landelijk.

HUIDIGE ONTWIKKELINGEN BINNEN KANSRIJKE START

In 2018 is er het actieprogramma Kansrijke Start gepresenteerd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). In dit actieprogramma wordt uiteengezet welke aanpak en actielijnen voor de zorg tijdens de eerste 1000 dagen kunnen worden aangeboden, wanneer er sprake is van kwetsbaarheid voor het kind tijdens de zwangerschap en de twee jaren daarna (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018). Vanuit dit actieprogramma hebben gemeenten individueel geld aangevraagd om vervolgens (in samenwerkingen met andere gemeenten) een lokale coalitie op te zetten. Zo'n lokale coalitie bestaat uit het medische en sociale domein. De betrokken partijen hierbij zijn voor het medische domein

jeugdgezondheidszorg (JGZ), verloskundigen, gynaecologen, kraamzorg, huisartsen en gemeentelijke gezondheidszorg (GGZ). Vanuit het sociale domein is ook het JGZ betrokken met daarnaast welzijn, schuldhulpverlening, werk & inkomen en huisvesting. Vervolgens zijn sommige lokale coalities de samenwerking aangegaan met andere lokale coalities en hebben zij gezamenlijk zorgpaden voor Kansrijke Start gevormd. Zo'n zorgpad beschrijft afspraken met en over de verschillende betrokkenen van de geboortezorg over de organisatie van het aanmelden, coördineren en uitvoeren van de zorg aan kwetsbare zwangeren. Een zorgpad ziet eruit als in figuur 1. De basis is de tijdlijn bovenaan die aangeeft welke contactmomenten er zijn met een vrouw tijdens en na haar zwangerschap. Essentieel is het al dan niet opmerken van signalen van kwetsbaarheid, waarbij vervolgens gehandeld kan worden als deze er zijn. Er wordt dan gebeld met het klant- en contactcentrum (KCC) van de GGD, waarna de gewenste zorg wordt ingesteld. Op dit moment zijn er vier verschillende zorgpaden ingericht in Friesland (appendix 3). De zorgpaden leiden uiteindelijk tot de start van één of meerdere interventieprogramma's. Er zijn 71 verschillende interventies die kunnen worden toegepast op basis van de gemeentelijke problematiek, deze interventies zijn terug te lezen door [hier te klikken](#) (Loket gezond leven, z.d.). Twee voorbeelden van deze interventies zijn VoorZorg en Stevig Ouderschap. Bij VoorZorg wordt in de gehele periode van de eerste 1000 dagen door middel van 40-60 gestructureerde huisbezoeken gewerkt aan ouderschap, hechting, opvoedvaardigheden, gezondheid, veiligheid, persoonlijke ontwikkeling, financiële stabiliteit, relatie met partner en familie en gebruik van gemeenschapsvoorzieningen. Bij Stevig Ouderschap ligt de focus op de verwachtingen en beleving van het ouderschap en de sociale steun voor het gezin. Dit wordt gedaan door middel van 4 prenatale en/of 6-10 postnatale huisbezoeken.



Figuur 1. Opzet Fries zorgpad Kansrijke Start. Dit is een voorbeeld van hoe een zorgpad eruit kan zien (Vb. Zorgpad Noord). Essentieel in het zorgpad is weergave van de manier van aanmelden en de weergave van de samenwerking en overdracht tussen de verschillende ondersteunende organisaties: verloskundige zorg, kraamzorg, jeugdgezondheidszorg (JGZ) en jeugdverpleegkundigen. Gebruikte afkortingen: JGZ – jeugdgezondheidszorg, JV – jeugd/JGZ-verpleegkundige, SO – Stevig Ouderschap, GT – gebiedsteam, MDO – multidisciplinair overleg, POPP – psychiatrie, obstetrie en pediatrie poli.

Gemeenten bepalen zelf welke interventies zij in de lokale coalitie aanbieden. Een lokale coalitie is een samenwerkingsverband op gemeentelijk niveau met diverse betrokken partijen van Kansrijke Start. De eerste gemeente in Friesland die gestart is met Kansrijke Start, is de gemeente Smallingerland. Deze is nog vóór de presentatie van het actieprogramma gestart met een pilot Kansrijke Start, zij noemen dit vroegsignalering kwetsbare zwangeren. Kort daarop volgden Noardeast-Fryslân en Dantumadiel met het implementeren van Kansrijke Start in hun gemeente en sinds de zomer van 2022 zijn alle Friese gemeenten actief bezig met Kansrijke Start. Er zijn niet alleen verschillen tussen de gemeenten, maar er zijn ook overeenkomsten in hoe ze deze zorg organiseren. Dit heeft ertoe geleid dat alle Friese gemeenten samen de GGD Fryslân gevraagd hebben om een coördinerende rol te nemen. Dit voorkomt dat sommige organisaties, zoals kraamzorg en zorgverzekeraars bij alle 18 Friese gemeenten om tafel moeten. Vanuit de samenwerking met de GGD is het provinciaal lerend netwerk (PLN) gevormd. Partijen die onderdeel uitmaken van dit PLN zijn ROS Friesland, kraamzorg, consortium geboortezorg Noord Nederland, Nu Niet Zwanger (NNZ), JGZ, de psychiatrie, obstetrie en pediatrie (POP) polikliniek van het Medisch Centrum Leeuwarden (MCL) en vertegenwoordigers uit de gemeenten Smallingerland, Fryske Marren, Leeuwarden en Tytsjerksteradiel/Achtkarspelen. Dit PLN is een provinciaal samenwerkingsorgaan dat zich richt op het aanpakken van bovenlokale problemen en uitdagingen binnen specifieke thema's.

Er zijn een aantal Friese gemeenten geweest die de GGD gevraagd hebben om cijfers over Kansrijke Start te delen, zoals het aantal deelnemers aan het programma. Voor politici, zoals wethouders, is het van groot belang om te kunnen aantonen wat de functionaliteit en effectiviteit van een bepaalde maatregel is. Een eerste stap hiervoor is erachter komen hoeveel gezinnen hulp hebben gehad vanuit dit programma. Deze cijfers zijn niet goed bekend, dus is er binnen het PLN een werkgroep opgericht genaamd: "monitoring ketensamenwerking rondom zwangere in een kwetsbare situatie", hierna genoemd werkgroep monitoring, om deze cijfers in kaart te brengen. Deze werkgroep is één van de thematafels van het PLN. Tot op heden zijn er nog nauwelijks cijfers bekend en zijn de beschikbare cijfers ook onvolledig. Deze werkgroep heeft als één van de doelen om te werken aan een van de vier doelen van de Quadrupel Aim. De Quadrupel Aim is een veel gebruikte tool in de zorg om prestatie te beoordelen. Het gaat uit van vier domeinen: kosten, gezondheid, medewerker en kwaliteit (Valentijn, 2022). In het geval van dit rapport wordt er gefocust op de categorie kwaliteit: verbeterde ervaring van de cliënt. Dit kan getoetst worden op zes onderwerpen: veiligheid, effectiviteit/doeltreffendheid, cliëntgerichtheid, tijdigheid, efficiëntie en gelijkheid (Pilvis Health, 2019).

Voorafgaand aan de voorliggende evaluatie bij ervaringsdeskundigen is er in het voorjaar van 2022 een evaluatie uitgevoerd over de ervaringen van vroegsignalering van een kwetsbare zwangerschap onder zorgprofessionals (Hildering-Leemhuis, 2022). Dit heeft geleid tot mooie conclusies en aanbevelingen, maar de stem van de ervaringsdeskundige is hierin niet meegenomen. Een belangrijke aanvulling hierop is daarom een evaluatie onder ervaringsdeskundigen, om het beeld over vroegsignalering van kwetsbare zwangerschap

binnen Kansrijke Start compleet maken en naar een hoger niveau tillen. Dit moet ertoe leiden dat er acties ondernomen kunnen worden voor het optimaliseren van vroegsignalering van kwetsbare zwangerschap dat ten goede komt van zowel de zorgprofessionals, als de kwetsbare zwangeren. De initiële implementatiefase is achter de rug en na het uitvoeren van een evaluatie kunnen actuele knelpunten aan de kaak gesteld worden om vervolgens nieuw beleid te formuleren of bestaand beleid aan te passen.

Naast bovengenoemde lokale en regionale impulsen voor evaluatie en monitoring van Kansrijke Start, is er ook een derde, landelijke, impuls. Op 31 januari 2023 is het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) gepresenteerd door het ministerie van VWS, waarin de opdracht wordt gegeven om vanuit de lokale coalities ketenaanpakken te vormen. Zo'n ketenaanpak houdt in dat er samenwerkingen moeten komen tussen de lokale coalities en met externe partijen, zoals zorgverzekeraars en de GGD. Voorafgaand aan het GALA is ook het integraal zorgakkoord (IZA) al gepresenteerd door het ministerie van VWS. Het IZA zet in op het leveren van passende zorg, waarbij zorg aan de voorkant in de vorm van preventie een belangrijke pijler is. Hieronder valt ook het programma Kansrijke Start. Het ministerie van VWS heeft in het IZA een opdracht aan alle gemeenten geformuleerd om een ketenaanpak Kansrijke Start te formeren, verdere duiding van zo'n ketenaanpak staat beschreven in het GALA. Met het presenteren van GALA maakt het ministerie van VWS ook geld vrij dat door gemeenten aangevraagd kan worden om te gebruiken om de opdrachten geformuleerd in GALA tot uitvoer te brengen, deze gelden heten specifieke uitkeringen (SPUK).

In Friesland is er al samenwerking tussen de lokale coalities, doordat de gemeenten de GGD gevraagd hebben een centrale rol in te nemen. Dit heeft geleid tot een ontmoeting tussen alle Friese gemeente eens per kwartaal ten behoeve van kennisoverdracht. Daarnaast zijn de zorgpaden Súdwest en Noord ontwikkeld in een samenwerking van meerdere gemeenten, in tegenstelling tot Smallingerland en Heerenveen. Nu moet er gekeken worden of deze samenwerking voldoet aan de eisen, zoals die gepresenteerd zijn in het GALA en hoe deze samenwerking nog beter kan aansluiten bij de in GALA beschreven ketenaanpak. Friesland liep in delen dus voor op het later gepresenteerde GALA en nu zal er gekeken worden in hoeverre de lijnen die in Friesland zijn uitgezet overeenkomen met de wensen die VWS presenteert met het GALA.

Bovenstaande drie ontwikkelingen hebben geleid tot de opdracht om de GGD een advies te geven hoe de ketenaanpak Kansrijke Start in de toekomst vormgegeven kan worden, hoe de ondersteuning binnen Kansrijke Start geoptimaliseerd kan worden en wat de rol van de GGD is in deze ontwikkelingen. Hiervoor zullen de eerder genoemde ontwikkelingen en stromen van input gebruikt worden. Daarnaast zal een evaluatie onder ervaringsdeskundigen worden uitgevoerd. Samen met de bestaande Friese zorgpaden zullen ook deze twee elementen input zijn voor het advies.

GALA + zorgprofessionals + ervaringsdeskundigen + huidige Friese zorgpaden

=

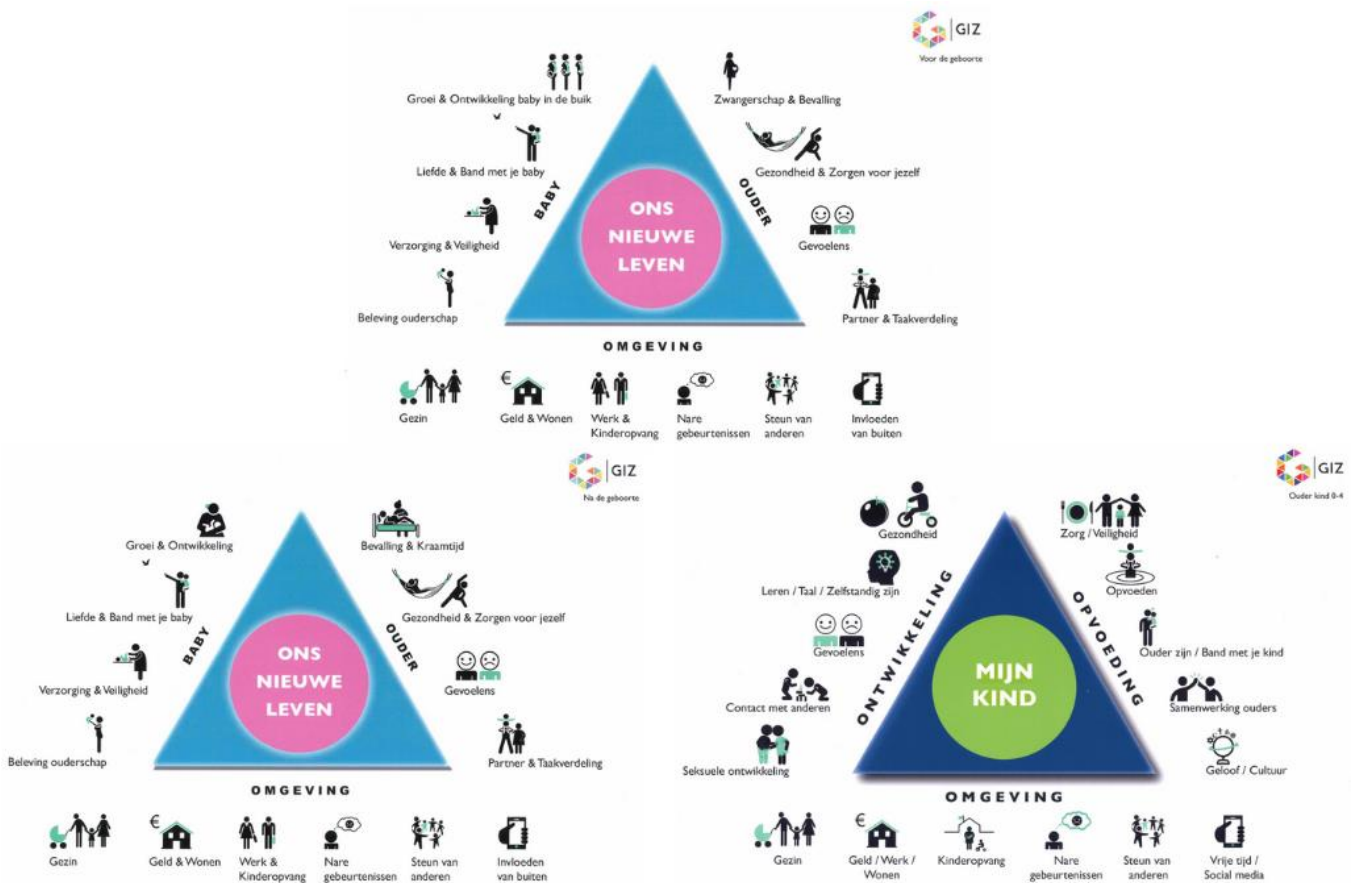
Advies ketenaanpak Kansrijke Start aan GGD

WANNEER SPREKEN WE VAN KWETSBAARHEID BIJ ZWANGEREN?

Interventies binnen Kansrijke Start worden ingezet bij zwangeren of ouders in een kwetsbare situatie. Deze kwetsbare situatie kan ontstaan door een grote diversiteit aan factoren. Daarbij wordt kwetsbaarheid bepaald door de balans tussen risicofactoren en beschermende factoren. Tijdens een zwangerschap kan de zwangere in vier verschillende categorieën van kwetsbaarheid geplaatst worden op basis van de aan- of afwezigheid van zowel beschermende factoren als risicofactoren.

Een vrouw in categorie één wordt een “zelfredzame zwangere vrouw” genoemd. Deze vrouw ondervindt momenteel **geen problemen** ten gevolge van risicofactoren en er zijn **voldoende beschermende factoren** aanwezig om toekomstige risicofactoren op te vangen (Wulffraat e.a., 2019). Een vrouw in categorie twee wordt een “potentieel kwetsbare zwangere vrouw” genoemd, omdat er door professionals wel **één of meerdere risicofactoren** zijn vastgesteld, maar de **beschermende factoren toereikend** genoeg zijn om te voorkomen dat de zelfredzaamheid in het geding komt (Wulffraat e.a., 2019). Een vrouw in categorie drie wordt een “kwetsbare zwangere vrouw” genoemd. Bij deze vrouw is sprake van **één of meer risicofactoren**, vastgesteld door een professional, en zijn de **beschermende factoren ontoereikend** om de zelfredzaamheid in stand te houden (Wulffraat e.a., 2019). Een vrouw in categorie vier wordt een “zeer kwetsbare zwangere vrouw” genoemd, omdat door de professional één of meerdere **urgente risicofactoren** gesignaleerd zijn, die de zwangerschap negatief kunnen beïnvloeden (Wulffraat e.a., 2019). Voorbeelden van beschermde factoren en risicofactoren staan in hoofdstuk 1, pagina 16 en 17.

Er kan een diversiteit van redenen ten grondslag liggen aan de kwetsbaarheid van een zwangere vrouw. In het Common Assessment Framework (CAF) worden verschillende factoren beschreven die invloed hebben op het welzijn van het kind (figuur 2, GGD HM & Bontje, 2012). Deze factoren zijn ingedeeld in drie categorieën: ontwikkelingsbehoeften van een kind, opvoedingscapaciteiten en gezins- en omgevingsfactoren. Opvoedingscapaciteiten en gezins- en omgevingsfactoren zijn aspecten waar de ouders invloed op hebben. Ontwikkelingsbehoeften van een kind gaat om de verschillende elementen waar kinderen de behoefte tot ontwikkeling voelen. In figuur 2 staan voorbeelden van de CAF's die tijdens de eerste 1000 dagen gebruikt kunnen worden. De CAF die gebruikt wordt in de gesprekken heeft ook nog illustraties bij de verschillende termen. Deze thema's worden gebruikt om met ouders, of later met het kind, het gesprek aan te gaan over opvoeding en welzijn. Kwetsbaarheid kan voorkomen binnen alle categorieën en op elk thema dat daaronder valt. In gesprekken zullen dan dus ook alle thema's besproken worden, ook als deze juist heel positief zijn. Het totaal plaatje kan het beste een beeld geven van de mate van kwetsbaarheid in het gezin.



Figuur 2. Common Assessment Framework (GGD HM & Bontje, 2012). Dit zijn de drie varianten van de CAF die van toepassing zijn tijdens de Kansrijke Start periode: voor de geboorte, na de geboorte en als ouder van een kind van 0-4. Deze driehoek wordt gebruikt om gesprekken met ouders (en later ook kinderen) gemakkelijker te laten verlopen. Hierbij zijn de plaatjes bij de verschillende onderwerpen helpend, zeker bij ouders waar een taalbarrière een rol speelt. De basis van de CAF zijn de drie categorieën: ontwikkeling/baby, opvoeding/ouder en omgeving. Wat betreft de thematiek zijn er veel overeenkomsten tussen de verschillende fasen, maar komen ze op een andere manier naar voren.

FORMEEL RAAMWERK

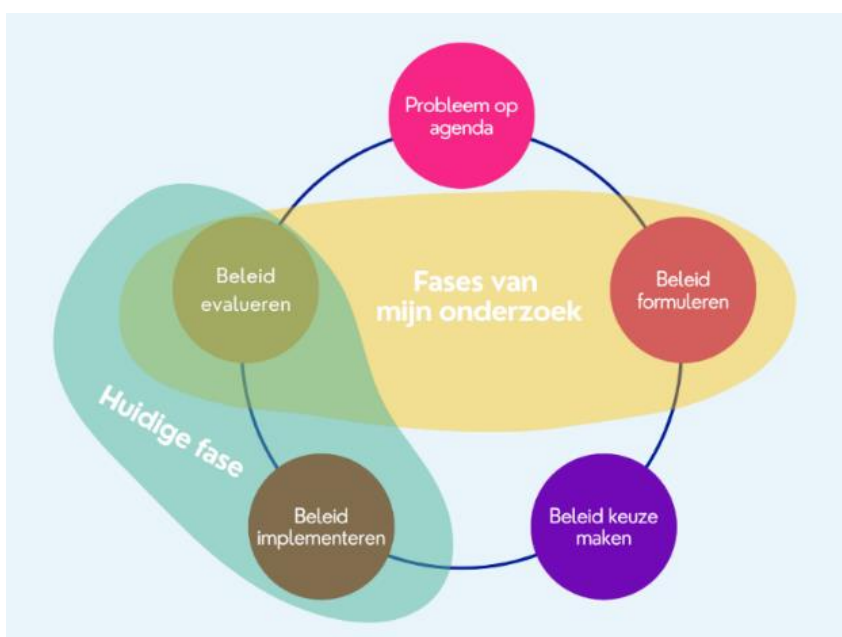
Dit project is in opdracht van de GGD Fryslân en specifiek vanuit de Friese Preventieaanpak (FPA). Hierin ben ik dagelijks begeleid door Thea Westerink-Swierstra, aanjager Kansrijke Start, en begeleidde Anneke Meijer mij vanuit de FPA. Vanuit de Rijksuniversiteit Groningen ben ik inhoudelijk vanuit medical pharmaceutical sciences begeleid door Nynke Schuling-Veninga en ben ik door Marion van Rijssel begeleid op specialisatie science, business en policy, waarbij bij mij de focus ligt op het integreren in beleidsvraagstukken. Deze stage heeft plaatsgevonden in de periode van 6 februari t/m 22 september 2023. De stage is uitgevoerd voor de **GGD afdeling beleid en ondersteuning** bij het programma FPA voor het project Kansrijke Start. De FPA is een regionaal samenwerkingsverband waarbinnen alle 18 Friese gemeenten, GGD Fryslân, De Friesland en meerdere (kennis) organisaties samenwerken (Friese Preventieaanpak, 2023). De GGD heeft met de FPA de ambitie om goede gezondheid en welzijn te realiseren met gelijke kansen voor iedereen. Dit doen ze volgens de leus: “weten wat werkt, delen wat werkt en doen wat werkt”. Binnen de gehele breedte van gezondheid en leefstijl zijn 8 verschillende thema’s beschreven waarbinnen aan deze ambitie gewerkt wordt: opvoeden, leefstijl, financiën, onderwijs, werk en participatie, gezondheidsvaardig, psychosociale gezondheid,

Tabel 1. Overzicht begeleiders stageproject. Vanuit de GGD is Thea Westerink-Swierstra, aanjager Kansrijke Start, mijn dagelijkse begeleider. Anneke Meijer is programma manager van de FPA, waar Kansrijke Start onder valt. Zij kijkt daarom vanuit het grotere geheel mee met mijn project. Marion van Rijssel is mijn beleidsbegeleider vanuit de RUG. Nynke Schuiling-Veninga begeleidt mij in de wetenschappelijke diepgang van mijn stage.

Begeleider	Organisatie	Functie
Thea Westerink-Swierstra	GGD Fryslân	Aanjager Kansrijke Start
Anneke Meijer	GGD Fryslân	Programma manager FPA
Nynke Schuiling-Veninga	Rijksuniversiteit Groningen	Senior docent
Marion van Rijssel	Rijksuniversiteit Groningen	Lecturer science and society

leefomgeving, zorg en voorzieningen. Dit project en Kansrijke Start vallen onder het thema “opvoeden”. Dit project heeft als voornaamste doel om inzicht te genereren in de ervaringen van ontvangers van de zorg en ondersteuning. Deze inzichten zijn verkregen door middel van 1-op-1 gesprekken met ervaringsdeskundigen over hun ervaringen met extra ondersteuning tijdens de zwangerschap en de twee jaar daarna. Daarnaast heeft dit project geleid tot een voorzet voor een structurele monitoring en evaluatie.

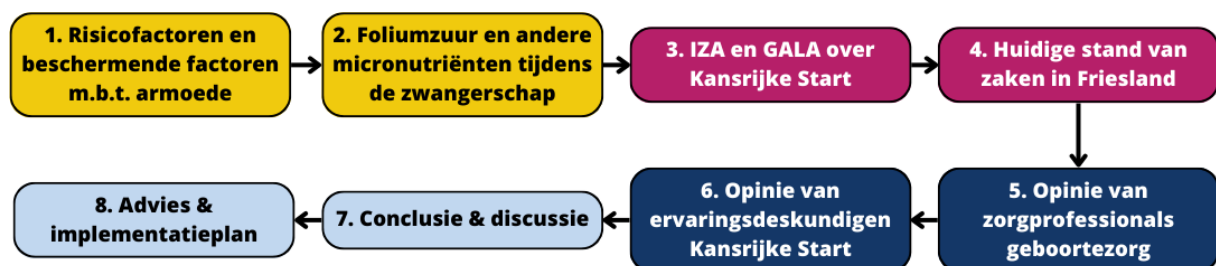
Beleid wordt altijd vormgegeven in doorlopende cycli, de beleidscyclus (figuur 3). Aangezien er al een aantal jaren gewerkt wordt met Kansrijke Start in Friesland en de laatste gemeenten nu bezig zijn met het implementeren van een zorgpad Kansrijke Start, richt dit project zich met name op de evaluatie van het huidige beleid en het formuleren van mogelijke aanpassingen of nieuw beleid. De huidige fase binnen Kansrijke Start in Friesland is het implementeren in nieuwe gemeenten en het evalueren van beleid in gemeenten die al langer met Kansrijke Start werken. Daarnaast zal de informatie die uit de gesprekken met ervaringsdeskundigen naar voren komt, gebruikt worden om nieuw beleid te formuleren of aanbevelingen te geven voor het aanpassen en optimaliseren van het huidige beleid. Hiermee wordt een vinger aan de pols gehouden wat betreft eerder uitgezet beleid en kan waar nodig worden bijgesteld als dit nodig blijkt.



Figuur 3. Beleidscyclus project. In Friesland zijn ze in sommige gemeenten druk met het implementeren van het beleid/zorgpad voor Kansrijke Start, terwijl ze in andere gemeenten al langer bezig zijn en daarom toe zijn aan evaluatie. Ik zal gaan werken aan deze evaluatie en hiermee een advies geven over nieuw te formuleren of aan te passen beleid.

LEESWIJZER

In **hoofdstuk 1** wordt uiteengezet wat het belang is van een stabiele financiële basis in het huishouden op het opgroeien van een kind. Ook worden de gevolgen van het ontbreken van een stabiele financiële basis toegelicht. In **hoofdstuk 2** wordt uiteengezet wat de effecten van foliumzuur gebruik in relatie tot de zwangerschap zijn. Daarnaast wordt breder gekeken naar micronutriënten tijdens de zwangerschap en komt de rol van armoede hierin terug. In **hoofdstuk 3** wordt uitgelegd wat de ontwikkelingen in de landelijke politiek zijn op het gebied van Kansrijke Start. Het gaat over twee akkoorden, IZA en GALA en wat daarin staat aan opdrachten voor o.a. de gemeenten en zorgverzekeraars. In **hoofdstuk 4** wordt uitgelegd hoe Kansrijke Start in Friesland er nu uitziet. De nadruk ligt hier op de lokale coalities en bestaande zorgpaden Kansrijke Start. In **hoofdstuk 5** worden de resultaten van eerder onderzoek onder zorgprofessionals uiteengezet. Dit onderzoek gaat over de mening van zorgprofessionals over de huidige organisatie van Kansrijke Start en wat daar in de toekomst verbeterd moet worden. **Hoofdstuk 6** beschrijft het onderzoek naar de mening van ervaringsdeskundigen. Hier wordt toegelicht hoe het onderzoek gedaan is, wie er meededen aan het onderzoek en wat de uitkomsten waren. In **hoofdstuk 7** worden de bevindingen van hoofdstuk 1 t/m 6 samengevoegd tot conclusies en worden de onderzoeken en resultaten bediscussieerd. In **hoofdstuk 8** worden de conclusies omgevormd tot adviezen aan de GGD met een bijbehorend implementatieplan.



Figuur 4. Overzicht verhaallijn. Deze afbeelding laat de onderwerpen van de verschillende hoofdstukken zien en hoe dit leidt tot een logische verhaallijn.

Hoofdstuk 1

DE INVLOED VAN ARMOEDE OP DE
EERSTE 1000 DAGEN EN DE
GEVOLGEN HIERVAN OP EEN KIND

HS1

HS2

HS3

HS4

HS5

HS6

HS7

HS8

HOOFDSTUK 1. DE INVLOED VAN ARMOEDE OP DE EERSTE 1000 DAGEN EN DE GEVOLGEN HIERVAN OP EEN KIND

RISICOFACTOREN EN BESCHERMENDE FACTOREN M.B.T. ARMOEDE IN DE EERSTE 1000 DAGEN

In de introductie zijn de verschillende definities van kwetsbaarheid bij zwangere vrouwen uitgelegd. In dit hoofdstuk zal nader worden toegelicht welke risicofactoren en beschermende factoren aan de grondslag liggen van kwetsbaarheid als gevolg van armoede zowel tijdens de zwangerschap, als daarna tot een leeftijd van twee jaar. Het thema armoede in relatie tot Kansrijke Start is op dit moment een onderwerp wat veel speelt. Zowel tijdens het symposium dat door de FPA in Friesland is georganiseerd als tijdens de landelijke conferentie Kansrijke Start was dit het hoofdthema. Landelijk wordt er aandacht aan besteed met het idee dat het werken aan financiële stabiliteit kan bijdragen aan het creëren van een betere basis voor een gezin. Afname van financiële stress kan daarmee hopelijk leiden tot meer ruimte bij ouders om in andere dingen te investeren. Zo komt een gezin hopelijk in een positieve spiraal terecht. In dit hoofdstuk staat beschreven waarom dat zo belangrijk is.

RISICOFACTOREN

Risicofactoren die kunnen zorgen voor een kwetsbare financiële situatie, worden beschreven door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) in een rapport over opgroeien en opvoeden in armoede (Kalthoff e.a., 2020). Risicofactoren voor opgroeien en opvoeden in armoede kunnen worden onderverdeeld in risicofactoren bij de ouders, risicofactoren bij het kind en risicofactoren in de omgeving. Bij **ouders** zijn dit een lage opleiding, alleenstaand ouderschap, een niet-westerse migratieachtergrond en langdurig ziek zijn, terwijl bij het **kind** een moeilijk temperament genoemd wordt als risicofactor die een belangrijke rol speelt (Kalthoff e.a., 2020, Arends e.a., 2020). Ook kunnen kinderen extra kwetsbaar zijn voor risicofactoren, doordat ze bijvoorbeeld vroeg geboren zijn of een lichamelijke of verstandelijke beperking hebben, wat een extra inspanning vraagt van de opvoedkundigheden van ouders (Nederlands Jeugdinstituut, 2023). **Omgevingsfactoren** die in een financieel lastige situatie een rol kunnen spelen zijn een slechte woonomgeving en onveiligheid in de buurt (Kalthoff e.a., 2020). Daarnaast kan een fragile financiële situatie ook een oorzaak zijn voor andere risicofactoren, op deze manier is het van directe en indirecte invloed op de kansen van een kind.

Een kwetsbare financiële situatie kan ertoe leiden dat de voeding zowel tijdens de zwangerschap als in de eerste twee levensjaren te wensen overlaat met als gevolg dat zowel moeder als kind een tekort kan krijgen aan bepaalde micronutriënten in het lichaam. Goede voeding is nodig voor de aanleg van alle organen, het instellen van het immuunsysteem, de stofwisseling en het stresssystemen, snelle groei en ontwikkeling en leren eten en drinken (Roseboom, 2022). Daarnaast kan een kwetsbare financiële situatie leiden tot langdurige stress (Davis & Mantler, 2004). Als financiële stress toeneemt, kan dit ertoe leiden dat ouders minder aandacht hebben voor hun kinderen en daardoor minder emotionele ondersteuning kunnen bieden aan hun kinderen (Davis & Mantler, 2004). Daarnaast kan financiële stress, vooral bij vaders, leiden tot een

verminderde gevoeligheid van de vader voor de behoeftes van hun kind. Ook zijn deze ouders vaker inconsistent in hun opvoeding en discipline richting het kind (Davis & Mantler, 2004; Kalthoff e.a., 2020). Deze gevolgen van financiële stress kunnen invloed hebben op de veiligheid, liefde en stimulatie die de ouders hun kinderen kunnen geven. Deze veiligheid, liefde en stimulatie hebben invloed op verschillende mijlpalen in de eerste 1000 dagen, zoals de aanleg van alle organen, de ontwikkeling van het immuunsysteem, de stofwisseling en het stresssysteem, snelle groei en ontwikkeling, hechting aan ouders, leren communiceren, leren kruipen en lopen en leren over oorzaak en gevolg (Roseboom, 2022).

Deze mijlpalen hebben invloed op hoe de persoon fysiologisch en sociaal-emotioneel later functioneert. Als deze mijlpalen maar deels gehaald worden, kan het deze ontwikkeling negatief beïnvloeden. Hierdoor kan het lichaam anders reageren op stress en is er minder reservecapaciteit in de organen, waardoor slijtage tijdens het leven sneller tot problemen kan leiden (Roseboom, 2022). Naast de fysiologische effecten van een mindere ondersteuning tijdens de eerste 1000 dagen, zijn er ook andere ontwikkelingseffecten. Een achterstand in het leren communiceren kan bijvoorbeeld gevolgen hebben op het behalen van voldoende taalbeheersing en de sociaal-emotionele ontwikkeling (Greenwood e.a., 2017).

Concluderend, onvoldoende financiële stabiliteit van de ouders kan leiden tot financiële stress. Deze financiële stress kan leiden tot verminderde aandacht voor en stimulatie van het kind, wat op zijn tijd weer gevolgen heeft op de algemene ontwikkeling van het kind. Dit kan er onder andere toe leiden dat het kind onvoldoende hecht aan ouders, onvoldoende leert communiceren en verstoring in het immuunsysteem of stofwisseling heeft. Het heeft dus zowel gevolgen voor de fysiologische, als de sociaal-emotionele ontwikkeling.

BESCHERMENDE FACTOREN

Naast de risicofactoren zijn er ook een aantal beschermende factoren die kunnen meespelen in situaties van armoede, zoals een goede relatie en veerkracht bij de ouders, een makkelijk temperament van het kind en een goed sociaal netwerk en goed functionerende basisvoorzieningen in de omgeving (Kalthoff e.a., 2020). Er zijn tien beschermende factoren voor armoede beschreven door het NJi (Nederlands Jeugdinstituut, 2023). Dit zijn [1] sociale binding, [2] kansen voor betrokkenheid, [3] pro-sociale normen, [4] erkenning en waardering voor positief gedrag, [5] steun van belangrijke volwassenen en voorzieningen in de omgeving, [6] constructieve tijdsbesteding, [7] emotionele, sociale en gedragsmatige competenties, [8] cognitieve vaardigheden, [9] schoolmotivatie en [10] positieve identiteit (Ince e.a., 2018). Er zijn beschermende factoren op individueel vlak en op sociaal vlak. Belangrijke beschermende factoren die een rol spelen op de vroege ontwikkeling van een kind zijn de beschermende factoren op sociaal vlak. Deze zijn onder te verdelen in [1, 5] “steun en sociale binding” en [2, 3, 6, 9] “betrokkenheid, constructieve tijdsbesteding en pro-sociale normen” (Kalthoff e.a., 2020).

In de categorie “steun en sociale binding” zijn voor de eerste 1000 dagen vooral de steun vanuit het sociale netwerk en deelname aan activiteiten buiten het gezin belangrijk (Kalthoff e.a., 2020). Geld kan een invloed hebben op de deelname van kinderen aan opvang, crèche en de peuterspeelzaal. Er bestaat voor werkende ouders een tegemoetkoming voor de opvang van kinderen, de Kinderopvangtoeslag. Echter, de onzekerheid die hierover bestaat vanwege de huidige Toeslagenaffaire, kan invloed hebben op het gebruik hiervan en dus de deelname van kinderen aan opvang (Nederlands Jeugdinstituut, z.d.). Opvang is niet alleen nodig wanneer ouders werken, maar is ook de eerste plek waar kinderen voor langere periode te maken krijgen met andere kinderen. Uit onderzoek uitgevoerd in opdracht van voormalig staatssecretaris Tamara van Ark blijkt dat ouders met een lagere sociaaleconomische status minder vaak kiezen voor formele kinderopvang (Kinderopvang Totaal, 2019). Ook een goed sociaal netwerk is een belangrijke beschermende factor in het opgroeien van het kind. Dit kan ervoor zorgen dat ouders weerbaarder zijn in moeilijke situaties.

In het Common Assessment Framework (Figuur 2, Introductie) zijn de verschillende onderwerpen die van invloed zijn op een kind tijdens de eerste 1000 dagen ondergebracht in drie verschillende categorieën. Op het gebied van steun en socialisatie worden “bredere familie”, “sociale integratie”, “bronnen van hulp en steun” en “sociaal contact” genoemd als onderwerpen die een positieve bijdrage hebben aan de ontwikkeling van een kind (GGD HM & Bontje, 2012).

Concluderend, risicofactoren bij zowel ouder, als kind, als risicofactoren in de omgeving kunnen ervoor zorgen dat een kind zich op verschillende vlakken minder goed ontwikkelt. Dit kan zijn op cognitief gebied, maar het kan ook invloed hebben op de sociaal emotionele en fysieke ontwikkeling van een kind. Daarnaast zijn er ook een tiental beschermende factoren die invloed hebben op de ontwikkeling van een kind in armoede. De belangrijkste beschermende factoren voor de ontwikkeling van een kind zijn het sociale netwerk van het gezin en de mogelijkheid om deel te nemen aan activiteiten buiten het gezin, zoals kinderopvang.

Tot slot is het belangrijk om te benadrukken dat armoede niet automatisch leidt tot verminderde kansen of vergrote problemen op de lange termijn. Wel is hierbij de balans tussen beschermende factoren en risicofactoren erg belangrijk (Kalthoff, 2020). Op zichzelf staande armoede zorgt dus niet automatisch voor problemen, maar de balans tussen armoede en de aan- of afwezigheid van andere risicofactoren en beschermende factoren kan bepalen of kinderen in armoede minder kansen hebben. Dit geldt overigens ook voor kinderen die niet in armoede leven en hiermee komen we weer terug bij de beschrijving van verschillende categorieën van al dan niet kwetsbare zwangere vrouwen, zoals beschreven in de introductie op pagina 13, waarbij ook beschreven wordt dat het om de balans gaat tussen het voldoende aanwezig zijn van beschermende factoren en zo min mogelijk aanwezig zijn van risicofactoren (Wulffraat e.a., 2019).

ARMOEDE IN HET GEZIN VERLAAGD DE KANSEN VAN HET KIND

Eerder is uitgebreid beschreven wat de effecten van armoede op ouders en kinderen zijn en hoe dit van invloed is op de fysiologische en sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind tijdens de eerste 1000 dagen. Om de gevolgen van armoede op de periconceptie ontwikkeling van het kind concreet weer te geven, zullen we in het volgende hoofdstuk specifiek inzoomen op de gevolgen van het al dan niet **innemen van foliumzuur** door de moeder tijdens de zwangerschap. Dit wordt volgens voorschriften van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) aanbevolen in de periode van vier weken voor de conceptie tot en met tien weken in de zwangerschap (De Jong-Potjes e.a., 2011). Foliumzuur wordt niet vergoed door de zorgverzekeraar, maar kan zonder recept gekocht worden bij de drogist. Bij gezinnen waar armoede problematiek speelt en elke dag de eindjes aan elkaar geknoopt moeten worden, kan het aanschaffen van foliumzuur een probleem zijn. Voor de periode van 14 weken waarvoor foliumzuur wordt voorgeschreven, kost foliumzuur maar een aantal euro's, maar toch kan dit een drempel zijn bij gezinnen waar de financiële situatie erg gecompliceerd is.

Hoewel er geen onderzoeken bekend zijn waar een direct verband wordt gelegd tussen armoede en een verminderde inname van foliumzuur door de zwangere vrouw in de geadviseerde periode, is dit verband er wel tussen foliumzuur gebruik en opleidingsniveau. Daarnaast is een laag opleidingsniveau sterk gecorreleerd met de aanwezigheid van armoede in het gezin (Kalthoff e.a., 2020). Onderzoek van de Walle e.a. (1999) laat zien dat vrouwen met een laag opleidingsniveau in 2,4% van de gevallen foliumzuur slikten gedurende de gehele aanbevolen periode, ook slikte nog eens 17,5% van de gevallen foliumzuur tijdens een deel van de geadviseerde periode (De Walle e.a., 1999). Ditzelfde onderzoek liet zien dat bij vrouwen met een hoog opleidingsniveau deze percentages respectievelijk 9,9% en 38,9% zijn. Dit kan deels te maken hebben met de bekendheid met foliumzuur voor de zwangerschap, want bij laag opgeleide vrouwen was dit percentage 66,7% en bij hoog opgeleide vrouwen was dit percentage 93,1% (De Walle e.a., 1999).

Kwetsbaarheid ontstaat door een disbalans in risicofactoren en beschermende factoren. Risicofactoren voor armoede zijn: eenouder gezinnen, gezinnen met een niet-westerse migratieachtergrond, gezinnen waar een ouder langdurig ziek is en gezinnen met laagopgeleide ouders. Belangrijke beschermende factoren gaan over steun, sociale binding en betrokkenheid. Hiermee kan het sociale vangnet vergroot worden waardoor ouders meer ondersteuning kunnen ervaren.

Een kwetsbare financiële situatie kan voeding van zwangere negatief beïnvloeden, ook t.a.v. benodigde supplementen tijdens de zwangerschap, zoals foliumzuur en vitamine D.

Hoofdstuk 2

WAT IS HET BELANG VAN HET
GEBRUIK VAN FOLIUMZUUR EN IN
WELKE PERIODES IS GEBRUIK
WENSELIJK?

HS1

HS2

HS3

HS4

HS5

HS6

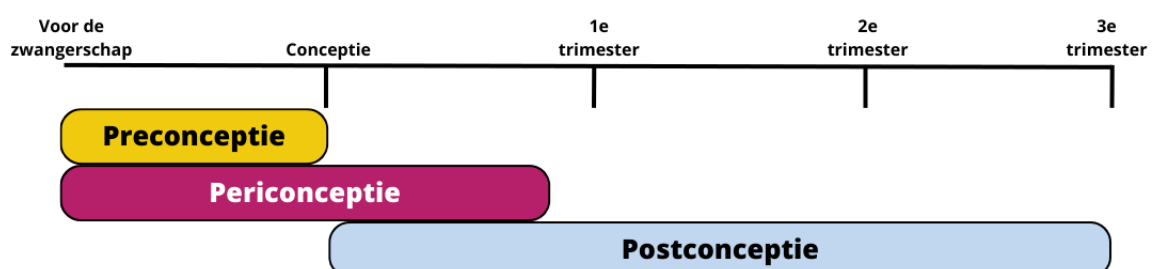
HS7

HS8

HOOFDSTUK 2. WAT IS HET BELANG VAN HET GEBRUIK VAN FOLIUMZUUR EN IN WELKE PERIODES IS GEBRUIK WENSELIJK?

In hoofdstuk 1 werd de negatieve invloed van een financieel kwetsbare situatie op de ontwikkeling van een kind en op de voeding van een zwangere vrouw al even kort aangestipt. Ook werd benoemd dat dit betrekking kan hebben op het gebruik van foliumzuur en andere micronutriënten tijdens de zwangerschap. Foliumzuur wordt door de NHG geadviseerd vanaf vier weken voor de zwangerschap en gedurende de eerste tien weken van de zwangerschap in een dosering van 0,4-0,5mg per dag. In dit hoofdstuk zal dieper ingegaan worden op de werking van foliumzuur en de effecten daarvan op de moeder en het ongeboren kind. Het hoofdstuk zal afsluiten met een overzicht van andere micronutriënten die van betekenis kunnen zijn in de ontwikkeling van een foetus. Foliumzuur is een belangrijke methyl donor voor het lichaam. Tijdens de zwangerschap is dit extra belangrijk, omdat deze methylgroepen essentieel zijn bij de neurotransmissie regulatie en genexpressie (Khan e.a., 2020). De inname van methyl donoren, zoals foliumzuur, door de moeder tijdens de zwangerschap heeft invloed op de methylatie patronen van het DNA van het nageslacht (Pauwels e.a., 2017). Foliumzuur zorgt ervoor dat er voldoende methionine omgezet kan worden in S-adenosyl methionine, wat op zijn manier weer een belangrijke methyl donor is voor DNA, fosfolipiden en neurotransmitters (Thaler, 2014). Door de bijdragen van foliumzuur in de aanmaak van S-adenosyl methionine heeft foliumzuur een belangrijke rol in het voorkomen van neurale buisdefecten (NTDs) en gespleten lip en/of gehemelte (cleft lip and/or palate: CL±P). Deze worden namelijk beïnvloed door neurotransmissie regulatie en genexpressie waarbij methyl donoren een belangrijke rol spelen (Khan e.a., 2020). In dit onderzoek ligt de focus op zwangeren in financieel kwetsbare situaties. Voor deze vrouwen heeft het nemen van foliumzuur een extra uitdaging vanwege deze kwetsbare financiële situatie. Vanwege deze complexiteit zal er nu eerst ingezoomd worden op de positieve effecten van foliumzuur voor en tijdens de zwangerschap op de gezondheid van moeder en kind.

Om een State-of-the-Art te kunnen geven van de effecten van het gebruik van foliumzuur voor en tijdens de zwangerschap, is er een systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd. Hiervoor is gezocht naar artikelen die een verzameling van onderzoeken gebundeld hebben om de effecten van foliumzuur op verschillende aandoening bij zowel moeder als nageslacht te onderzoeken, uitgebreide methode staat beschreven in appendix I. Dit literatuuronderzoek heeft geleid tot een selectie van negentien artikelen die hieronder worden gepresenteerd. In de artikelen worden verschillende termen gebruikt om verschillende periodes voor en tijdens de zwangerschap aan te duiden.



Figuur 5. Pre- peri- en postconceptie. Deze figuur laat zien wanneer je spreekt van de termen pre-, peri- en postconceptie.

Naast de verschillende trimesters, heb je ook de periode voor de zwangerschap die veel besproken is. Deze periode heet de preconceptie periode. Deze preconceptie periode is onderdeel van de periconceptie periode. Deze periconceptie periode begint al voor de zwangerschap en loopt door t/m 10 weken na de conceptie (Maas e.a., 2021; Steegers-Theunissen e.a., 2013). Er is geen duidelijke consensus over de lengte van de periode voor de zwangerschap bij de periconceptie periode. Tot slot heb je nog de postconceptie periode, dit is de gehele periode na de conceptie, de zwangerschap (figuur 5).

DE MEDISCHE VOORDELEN VAN DE SUPPLETIE VAN FOLIUMZUUR

De eerste categorie waarover resultaten naar voren kwamen in de literatuur, zijn de NTDs: de meest bekende afwijking waartegen foliumzuur wordt geslikt. In de periode van 2011 t/m 2020 zijn er in Noord Nederland 138 casussen van geboortes van kinderen met NTDs geregistreerd (EUROCAT Northern Netherlands, 2022). Deze defecten zijn het gevolg van een onvolledige sluiting van de neurale buis tijdens de zwangerschap. De meest voorkomende vorm van NTDs is spina bifida, in de volksmond “open ruggetje” genoemd (Achtenberg & Kramers, 2001). Een mildere vorm van NTDs is CL±P (Weingärtner e.a., 2007). Van de negentien geselecteerde meta-analyses, zijn er zes die het effect van foliumzuur op NTDs beschrijven (tabel 2). Alle zes artikelen beschrijven een positief effect van foliumzuur bij verschillende doseringen en gebruikperiodes in de bescherming tegen NTDs in het algemeen en één beschrijft ook het effect van foliumzuur op het al dan niet ontstaan van CL±P in het bijzonder. De beschreven effecten lopen uiteen van 41% t/m 70% afname van de kans op NTDs (Blencowe e.a., 2010; Dean e.a., 2020; De-Regil e.a., 2015; Imdad e.a., 2011; Partap e.a., 2022). Daarnaast verlaagt foliumzuur de kans op CL±P met 23% (Molina-Solana e.a., 2013). Blencowe e.a. (2010) beschrijven het effect van foliumzuur op de kans op overlijden door NTDs met 13% (Blencowe e.a. 2010). Alle gevonden meta-analyses met betrekking tot het effect van foliumzuur op de bescherming tegen NTDs en CL±P beschrijven positieve effecten, hoewel de omstandigheden waarin de onderzoeken gedaan zijn, wel erg uiteenlopen. Kijkend naar de periode waarin de neurale buis zich ontwikkelt en de positieve effecten die weergegeven worden in de bovengenoemde artikelen, is de huidige richtlijn voor het gebruik van foliumzuur nog steeds actueel. De GGD hoeft hiervoor geen verdere actie te ondernemen.

Andere problemen die kunnen optreden tijdens de zwangerschap zijn dat de baby licht is voor de draagtijd (small for gestational age: SGA), vroeggeboorte (preterm birth: PTB) en laag geboortegewicht (low birth weight: LBW). Deze gegevens worden vaak gebruikt met betrekking tot Kansrijke Start en het meten van een succesvolle zwangerschap en start in het leven. In 2021 was er in Nederland bij 6,6% van de geboortes sprake van PTB (geboorte vóór week 37), bij 5,7% van de geboortes was er sprake van een LBW (lichter dan 2500g) en 9,7% van de kinderen geboren in 2021 in Nederland was SGA (VZinfo-b, 2023). Er zijn vijf artikelen die de invloed van foliumzuur op deze drie uitkomsten beschrijven (tabel 3). Fekete e.a. (2012) toont een significante dosis-response relatie aan tussen inname van foliumzuur en het geboortegewicht.

Tabel 2. Effect van foliumzuur op de kans op NTDs. Er zijn zes meta-analyses gevonden die de effecten van foliumzuur op NTDs en CL±P bij het nageslacht. De studies laten een significante verlaging van de kans op NTDs en CL±P zien tussen de 41 en 70%. Ook verlaagt foliumzuur de kans op overlijden als gevolg van NTDs. N.D. = ongedefinieerd, CI = confidence interval.

NTDs					
Studie referentie	Effect van foliumzuur op kind	Dosering foliumzuur	Placebo	Inname periode	Groepsgrootte
Blencowe et al., 2010	Foliumzuur verlaagt kans op NTDs significant tussen de 46 en 70%. Foliumzuur verlaagt de kans op overlijden als gevolg van NTDs significant met 13%.	0,36mg/dag - 5mg/week 95% CI: resp. 35-86, 37-54 en 33-73.	Geen foliumzuur verrijking of suppletie	Periconceptie	222.970
Dean et al., 2014	Foliumzuur gebruik preconceptie verlaagt de kans op NTDs significant met 69%.	N.D. 95% CI: 0,14-0,66.	N.D.	Preconceptie	Ongedefinieerd
De-Regil et al., 2015	Foliumzuur (met of zonder vitamines en mineralen) verlaagt de kans op NTDs significant met een risico ratio van 0,31 (bescherming met 69%).	0,4mg/dag 95% CI: 017-0.58.	Geen of vitaminen en mineralen	Preconceptie en/of tijdens eerste trimester	6.708
Imdad et al., 2011	Periconceptie foliumzuur gebruik verlaagt de kans op NTDs significant met 41%.	Verrijking eten of 0 - 36mg/dag 95% CI: 0.52-0.68.	Variabel	Periconceptie	Ongedefinieerd
Molina-Solana et al., 2013	Foliumzuur inname verlaagt de kans op CL±P, bij dosering 400 microgram/dag significant met een kansen ratio van 0,77 (kans verlaagt met 23%).	0,4mg/dag 95% CI: 0.61-0.97.	N.D.	N.D.	2.275 cases/8.859 controles
Partap et al., 2022	Pre- en periconceptie foliumzuur gebruik verlaagt kans op geboortedefecten significant , voornamelijk NTDs, met 63%.	N.D. 95% CI: 0.24-0.55.	Variabel: geen supplement, capsule met koper, mangaan, zink en vitamine C, capsule met ijzer en calcium	Vanaf 1-3 maanden voor conceptie	69.367

Tabel 3. Effect van foliumzuur op de kans LBW, SGA en PTB. De geïncludeerde meta-analyses geven geen eenduidig beeld van het effect van foliumzuur op de kans op PTB, SGA en LBW bij het nageslacht. Onderzoeken zien wel een verlaging van de kans op PTB, SGA en LBW door inname van foliumzuur in verschillende periodes van de zwangerschap, maar hiervoor is nog geen significant effect aangetoond. N.D. = ongedefinieerd, CI = confidence interval.

SGA/PTB/LBW					
Studie referentie	Effect van foliumzuur op kind	Dosering foliumzuur	Placebo	Inname periode	Groepsgrootte
Fekete et al., 2012	Significante dosis-response relatie aangetoond tussen foliumzuur en geboortegewicht, regressie coëfficiënt hiervoor is 0,03 (LBW).	0,25 - 5 mg/dag 95% CI: 0.01-0.05	IJzer of visolie	Duur van 12-24 weken in zwangerschap	441 cases/419 controles
Hodgetts et al., 2015	Preconceptie foliumzuur gebruik verlaagt kans op SGA significant met 75%, geen significante verlaging door postconceptie foliumzuur gebruik.	0,4 mg/dag of 5 mg/dag 95% CI: 0.61-0.92	Geen foliumzuur supplement	Pre- en postconceptie	111.736 in populatie, 188.796 in systematisch onderzoek
Mantovani et al., 2014	Conflicterende resultaten over foliumzuur gebruik in voorkomen van PTB. Foliumzuur gebruik in trimester 2 & 3 verlaagt de kans op PTB. Langdurig (1 jaar voor conceptie t/m eerste trimester) slikken van foliumzuur verlaagt de kans op PTB voor 32e week. Geen significantie.	0,2 - 15 mg/dag. CI is N.D.	N.D.	Periconceptie	123.306
Partap et al., 2022	Pre- en periconceptie foliumzuur gebruik verlaagt kans op SGA, zonder significantie. Geen effect op LBW en PTB gemeten.	N.D. 95% CI: 0.66-1.05.	Variabel: geen supplement, capsule met koper, mangaan, zink en vitamine C, capsule met ijzer en calcium	Vanaf 1-3 maanden voor conceptie	69.367
Zhang et al., 2017	Foliumzuur inname tijdens zwangerschap verlaagt niet significant kans op PTB met een relatief risico van 0,89. Foliumzuur inname voor en tijdens zwangerschap verlaagt kans op SGA significant met resp. een relatief risico van 0,70 en 0,84.	0,2 - 5 mg/dag 95% CI: resp. 0.80-1.01, 0.57-0.85 en 0.81-0.89.	Placebo of supplement zonder foliumzuur	Periconceptie	422.151

De regressie coëfficiënt voor deze relatie is 0,03, wat betekent dat een verdubbeling van de dosering van foliumzuur leidt tot een toename van het geboortegewicht met een factor 1,02, want $2^{0,03} = 1,02$ (Fekete e.a., 2012). Hiervoor is geen maximale dosering aangegeven in het onderzoek. Echter, hier dient wel rekening mee gehouden te worden. Hodgetts e.a. (2015) beschrijven een significant positief effect van foliumzuur vóór de zwangerschap op het terugdringen van het aantal SGA gevallen. Dit effect is niet gevonden voor foliumzuur gebruik tijdens de zwangerschap (Hodgetts e.a., 2015). Mantovani e.a. (2014) vindt geen significante effecten van foliumzuur in de bescherming tegen PTB, maar resultaten geven wel een groter effect van foliumzuur in het tweede en derde trimester, dan voor de zwangerschap. Daarnaast lijkt langdurig foliumzuur gebruik (één jaar voor conceptie t/m eerste trimester) de kans te verlagen op een PTB voor week 32, maar hier is geen significant bewijs voor (Mantovani e.a., 2014). Er wordt een significante verlaging voor de kans op LBW en SGA gevonden voor (preconceptie) foliumzuur gebruik (Fekete e.a., 2012; Hodgetts e.a., 2015; Zhang e.a., 2017). Vier artikelen geven duiding in de richting van een afname van de kans op SGA en PTB door (pre- en periconceptie) foliumzuur gebruik (Hodgetts e.a., 2015; Mantovani e.a., 2014; Partap e.a., 2022; Zhang e.a. 2017). De artikelen beschrijven geen effect van foliumzuur op LBW. De effecten van foliumzuur op PTB, SGA en LBW geven geen eenduidig beeld. De GGD hoeft om deze reden geen maatregelen te nemen in de promotie van foliumzuur onder vrouwen met een verhoogde kans op deze drie effecten bij het nageslacht.

Een derde effect van foliumzuur dat naar voren kwam tijdens de literatuurstudie, is het effect van foliumzuur op het ontstaan van verschillende vormen van kanker bij het kind. In 2022 waren er dertien gevallen van kanker bij kinderen onder 15 jaar in Friesland. Acht kinderen waren tussen de 0 en 4 jaar oud, drie kinderen waren tussen de 5 en 9 jaar oud en 2 kinderen waren tussen de 10 en 14 jaar oud (ikNL, z.d.-a). De meest voorkomende vorm van kanker tussen 0 en 15 jaar was in 2022 hematologische maligniteit (ikNL, z.d.-b). Er zijn vier meta-analyses die effecten van foliumzuur op het ontstaan van kanker bij kinderen hebben beschreven (tabel 4). De eerste vorm van kanker die onder de loep is genomen zijn hersen- en ruggenmergtumoren (childhood brain and spinal cord tumors: CBSCT). Chiavarini e.a. (2018) laten zien dat gebruik van foliumzuur vóór de zwangerschap de kans op CBSCT verlaagt met 23% en dat foliumzuur tijdens de zwangerschap de kans op CBSCT met 20% verlaagt (Chiavarini e.a., 2018). Dessypris e.a. (2017) beschrijven het effect van foliumzuur voor de zwangerschap op de kans op het ontstaan van kinderleukemie. Zij tonen aan dat de kans hierop significant afneemt met 31% (Dessypris e.a., 2017). Doganis e.a. (2020) hebben onderzoek gedaan naar het effect van foliumzuur op het ontstaan van Wilms tumoren bij het nageslacht. Zij vonden dat de kans hierop afneemt met 22% (Doganis e.a. 2020). Milne e.a. (2010) beschrijven het effect van foliumzuur in de bescherming tegen acute lymfatische leukemie (ALL), ze vinden geen effect van foliumzuur op de kans op het ontstaan van ALL (Milne e.a., 2010). Foliumzuur lijkt de kans op het ontstaan van CBSCT en Wilms tumor te verlagen, daarnaast lijkt preconceptie gebruik van foliumzuur ook het risico op kinderleukemie te verminderen (Chiavarani e.a., 2018; Dessypris e.a., 2017; Doganis e.a., 2020). Foliumzuur geeft geen verlaging op de kans op ALL (Milne e.a., 2010). Bovenstaande studies beschrijven de

effecten van foliumzuur op vier verschillende vormen van kanker bij het kind. De resultaten laten zien dat het in drie van de vier vormen de kans erop verlaagt. Aangezien er zo weinig gevallen van kanker bij het jonge kind zijn, adviseer ik de GGD niet om actie te ondernemen op het gebruik van foliumzuur tegen kanker. In het geval dat er genetisch een verhoogde kans is op het krijgen van een van deze drie vormen van kanker, is niet onderzocht of foliumzuur hierop de kans kan verlagen, dus ook in die situaties adviseer ik foliumzuur niet preventief. Wel is dit een interessant onderwerp voor een onderzoek, maar hierin zie ik geen rol voor de GGD.

In de geïncludeerde meta-analyses is ook het effect van foliumzuur op het ontstaan van astma bij het nageslacht beschreven (tabel 5). Astma komt veel vaker voor bij kinderen dan de eerder besproken aandoeningen. In 2021 was de incidentie van astma voor de leeftijdscategorie 0-4 jaar 19 nieuwe gevallen per 1.000 kinderen, voor de leeftijdscategorie 5-9 jaar was dat 8,7 per 1.000 en voor 10-14 jaar was het 6 per 1.000 (VZinfo, 2023-a). Twee meta-analyses beschrijven de effecten van foliumzuur op de incidentie van astma. Li e.a. (2019) hebben een significant verhoogde kans (11%) gevonden voor het ontstaan van astma bij het nageslacht na gebruik van foliumzuur voor en tijdens de zwangerschap (Li e.a., 2019). Yang e.a. (2015) beschrijft dat een lage dosis van foliumzuur (< 36.000µg*dag) een beschermend effect heeft tegen astma met 64% en dat een hoge dosis van foliumzuur (<72.000µg*dag) een de kans op astma doet toenemen met 316%. Uitgaande van de voorgeschreven 14 weken, zou dit gaan om een dosering van 0,37 mg/dag en 0,74

Tabel 4. Effect van foliumzuur op de kans op kanker. Foliumzuur verlaagt de kans op CBSCT. Foliumzuur voor de zwangerschap verlaagt de kans op kinderleukemie met 31%. Foliumzuur verlaagt de kans op Wilms tumor met 22%. Foliumzuur verlaagt de kans op ALL niet. N.D. = ongedefinieerd, CI = confidence interval.

KANKER					
Studie referentie	Effect van foliumzuur op kind	Dosering foliumzuur	Placebo	Inname periode	Groepsgrootte
Chiavarini et al., 2018	Voor zwangerschap verlaagt de kans op CBSCT significant met 23% en tijdens zwangerschap verlaagt sign. met 20%.	0,1 µg - > 1,365 mg 95% CI: 0,66-0,90 en 0,67-0,97	N.D.	Voor en tijdens zwangerschap	Ongedefinieerd
Dessypris et al., 2017	Preconceptie foliumzuur gebruik verlaagt kans op kinderleukemie significant met 31% (kansen ratio 0.69).	N.D. 95% CI: 0,50-0,95.	Geen dieet voorschrift	Voor en tijdens zwangerschap	3.511 cases/6.816 controles
Doganis et al., 2020	Foliumzuur gebruik verlaagt de kans op Wilms tumor significant met 22% (kansen ratio 0,78)	Variabel en N.D. 95% CI: 0,69-0,89.	IJzer en vitamine supplementen	Tijdens zwangerschap	46 cases/24 controles
Milne et al., 2010	Foliumzuur gebruik verlaagt de kans op ALL niet . Kansen ratio met foliumzuur 1,06 versus zonder foliumzuur 1,02.	0,1 µg - > 0,45 mg 95% CI: resp. 0,77-1,48 en 0,86-1,20.	IJzer en/of vitamine supplementen	Tussen 1 maand voor zwangerschap tot de bevalling	416 cases/1.361 controles

Tabel 5. Effect van foliumzuur op het ontstaan van astma. Foliumzuur verhoogt de kans op astma met 11% volgens Li e.a. (2019). Yang e.a. (2015) laten zien dat de kans op het ontstaan van astma afhangt van de dosering van foliumzuur voor en tijdens de zwangerschap. N.D. = ongedefinieerd, CI = confidence interval.

ASTMA					
Studie referentie	Effect van foliumzuur op kind	Dosering foliumzuur	Placebo	Inname periode	Groepsgrootte
Li et al., 2019	Foliumzuur gebruik tijdens zwangerschap verhoogt de kans op astma significant , relatief risico is 1,11 (toename van 11%).	N.D. 95% CI: 1.06-1.17.	N.D.	Variabel tussen 16 weken voor conceptie t/m week 32 van de zwangerschap	201.248
Yang et al., 2015	Associatie tussen dosis foliumzuur en de kans op astma. Lage dosis (< 36.000µg*dag) verlaagt significant de kans op astma met 64%. Hoge dosis (> 72.000µg*dag) verhoogt significant de kans op astma met 316%.	0,4 mg * aantal gebruikte dagen tijdens zwangerschap. Meer dan 180 dagen. 95% CI: resp. 0.17-0.77 en 1,15-8,71.	0,4 mg gedurende minder dan 90 dagen	Variabel tussen 16 weken voor conceptie t/m week 32 van de zwangerschap	14.438

mg/dag. Langdurig of verhoogd doseren brengt dus risico's met zich mee (Yang e.a., 2015). Als geredeneerd wordt vanuit de dosering van 0,4 mg/dag, zou het respectievelijk gaan om 90 en 180 dagen. De beide studies laten een negatief effect van foliumzuur zien op het ontstaan van astma bij het nageslacht bij bepaalde doseringen (Li e.a., 2019; Yang e.a., 2015). Daarnaast laten Yang e.a. (2015) ook zien dat foliumzuur een beschermend effect kan hebben op het ontstaan van astma bij het nageslacht bij lagere doseringen (Yang e.a., 2015). Gezien de grote toename die foliumzuur kan hebben op het ontstaan van astma bij het nageslacht, adviseer ik de GGD om dit onderwerp in te brengen bij de kenniswerkplaats Gezond Fryslân, zodat zij in hun netwerk een onderzoek kunnen opzetten om deze effecten verder uit te zoeken in de vorm van een oorzaak gevolg onderzoek.

Naast de effecten die foliumzuur kan hebben op het nageslacht, kan foliumzuur ook effect hebben op de zwangere. Hierbij gaat het om het effect van foliumzuur op het ontstaan van zwangerschapshypertensie en pre-eclampsie (tabel 6). Bij 16% van de zwangerschappen komt zwangerschapshypertensie voor en bij 1,4% is er sprake van pre-eclampsie (St. Anna VSV Geldrop, z.d.). Pre-eclampsie is een ergere vorm van zwangerschapshypertensie waarbij drie symptomen samenkomen: [1] zwangerschapshypertensie, [2] een kleiner geschat kind en [3] een sterk verhoogde hoeveelheid eiwitten in de urine (Máxima MC, z.d.). Dit wordt in de volksmond ook wel zwangerschapsvergiftiging genoemd. Bulloch e.a. (2018) beschrijven dat foliumzuur een significante afname van de kans op pre-eclampsie bij de zwangere heeft van 22% (Bulloch e.a., 2018). Hua e.a. (2016) zijn niet eenduidig in de resultaten van het effect van foliumzuur in de verlaging van de kans

op zwangerschapshypertensie en pre-eclampsie. De resultaten van de gerandomiseerde gecontroleerde studies geven een significant effect voor de verlaging van de kans op zwangerschapshypertensie en pre-eclampsie (RR=0,62; 95% CI: 0,45-0,87), terwijl de cohort studies geen significant effect beschrijven (RR=0,92; 95% CI: 0,79-1,08) (Hua e.a., 2016). Liu e.a. (2018) hebben geen significant effect gevonden van foliumzuur op het ontstaan van zwangerschapshypertensie (Liu e.a., 2018). Daarentegen geeft foliumzuur in combinatie met multivitaminen tijdens de zwangerschap wel een verlaagde kans op het ontstaan van pre-eclampsie (Liu e.a., 2018). De drie meta-analyses die gevonden zijn met betrekking tot foliumzuur op het ontstaan van pre-eclampsie en zwangerschapshypertensie geven geen consistent beeld van de effecten die foliumzuur hierop heeft, daarom geef ik geen verder advies aan de GGD om hier in de toekomst actie op te ondernemen in de preventie of genezing van zwangerschapshypertensie en pre-eclampsie.

Tabel 6. Effect van foliumzuur op de kans op zwangerschapshypertensie en pre-eclampsie. Foliumzuur verlaagt de kans op pre-eclampsie en zwangerschapshypertensie significant volgens sommige onderzoeken en niet significant volgens andere onderzoeken. Er is geen eenduidig beeld, maar er zijn wel aanwijzingen voor verlaagde kans. N.D. = ongedefinieerd, CI = confidence interval.

ZWANGERSCHAPSHYPERTENSIE/PRE-ECLAMPISIE					
Studie referentie	Effect van foliumzuur op de zwangere	Dosering foliumzuur	Placebo	Inname periode	Groepsgrootte
Bulloch et al., 2018	Foliumzuur verlaagt de kans op pre-eclampsie significant met een kans ratio van 0,78 (kans verlaagd met 22%).	N.D. 95% CI: 0,63-0,98.	N.D.	Peri-conceptie	229.067
Hua et al., 2016	Gerandomiseerde gecontroleerde studies geven significant relatief risico (RR) van 0,62 (kans verlaagd met 38%) van foliumzuur op de kans op ontstaan van zwangerschapshypertensie en pre-eclampsie. Cohort studies geven geen significant relatief risico van 0,92 (kans verlaagd met 8%) voor gebruik foliumzuur tegen zwangerschapshypertensie en pre-eclampsie.	0,1 - 5,0 mg/dag 95% CI: resp. 0,45-0,87 en 0,79-1,08.	N.D.	Peri-conceptie	Zwangerschapshypertensie: 147.424 cases/131.862 controles; pre-eclampsie: 145.471 cases/131.715 controles
Liu et al., 2018	Geen significant effect van foliumzuur gebruik op ontstaan zwangerschapshypertensie, risico ratio is 1,19 (toename van 19%). Foliumzuur i.c.m. multivitaminen tijdens de zwangerschap verlaagt de kans op pre-eclampsie significant met risico ratio van 0,70 (bescherming met 30%).	N.D. 95% CI: resp. 0,92-1,54 en 0,53-0,93.	Multi-vitaminen	Peri-conceptie	307.986 cases/136.109 controles

IN WELKE PERIODES IS DE SUPPLETIE VAN FOLIUMZUUR ESSENTIEEL?

In de negentien onderzochte meta-analyses zijn de effecten van foliumzuur gemeten in verschillende periodes van gebruik, in verschillende doseringen en op verschillende gezondheidseffecten voor moeder en kind. De studies die het effect van foliumzuur op het ontstaan van NTDs, SGA/PTB/LBW, zwangerschapshypertensie/pre-eclampsie en verschillende vormen van kanker bij het nageslacht beschrijven, hebben wisselende periodes van foliumzuur gebruik beschreven. In lang niet alle artikelen staat gedefinieerd in welke weken foliumzuur is gebruikt door de zwangeren en ook als het wel gedefinieerd is, is de manier waarop dit vermeld is wisselend. Sommige artikelen beschrijven de specifieke weken van gebruik voor en na conceptie, andere artikelen hebben het over bepaalde periodes, zoals preconceptie of periconceptie. De artikelen die de effecten van foliumzuur op het ontstaan van astma bij het nageslacht beschrijven, hebben alleen foliumzuur gebruik postconceptie meegenomen.

Op basis van deze selectie artikelen kan geen sluitend advies gegeven worden over in welke weken foliumzuur wel of juist niet wordt aangeraden ter preventie of voorkoming van bepaalde klachten of aandoeningen. Dit komt doordat de onderzoeken sterk van elkaar verschillen. Niet alleen de inname periode verschilt sterk tussen de artikelen, ook de dosering en het gebruikte placebo of de gebruikte controlegroep zijn wisselend of niet (goed) gedefinieerd. Daarnaast zijn de groepsgroottes van de verschillende artikelen ook erg wisselend, wat invloed kan hebben op de sterkte van het bewijs van de artikelen.

Er zijn door het NHG zorgstandaarden opgesteld over de zorg voor en tijdens de zwangerschap (Damen e.a., 2023; De Jong-Potjes e.a., 2011). Hierin staan onder andere adviezen over het gebruik van foliumzuur in deze periodes. In de NHG-Standaard preconceptiezorg staat beschreven dat foliumzuur wordt aangeraden vanaf vier weken voor de conceptie tot en met tien weken na de eerste dag van de laatste menstruatie. Voor deze periode wordt een dosering van 0,4 of 0,5 mg/dag geadviseerd, tenzij sprake is van verhoogd risico of foliumzuur deficiëntie (De Jong-Potjes e.a., 2011). In dat geval is het advies een dosering van 5mg/dag. In de NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode wordt 0,4-0,5mg foliumzuur per dag geadviseerd t/m week tien van de zwangerschap (Damen e.a., 2023). Er is o.b.v. de in dit onderzoek aangehaalde literatuur geen reden om het huidige advies omtrent foliumzuur aan te passen. Het advies voor het gebruik van foliumzuur maakte zijn intrede in 1993 en is ondertussen al 30 jaar oud. In de tien jaar na de invoering van dit advies is er een halvering in het voorkomen van NTDs opgetreden. In 1997 werd 12,3 op de 10.000 kinderen geboren met een neurale buisdefect, in 2004 werd 6,3 op de 10.000 kinderen met een NTDs geboren (De Jong-Potjes e.a., 2011). Er kan echter geen directe oorzaak-gevolg conclusie getrokken worden op basis van deze gegevens. In deze periode is ook de prenatale diagnostiek toegenomen, dus dat kan ook invloed hebben gehad op een afname van het aantal NTDs.

Op basis van de resultaten van de negentien geselecteerde artikelen en de informatie over de afname van NTDs sinds de invoering van advies over foliumzuur voor en tijdens de zwangerschap kan geconcludeerd worden dat het gebruik van foliumzuur volgens de huidige richtlijnen de kans op NTDs verlaagt. Met het advies voor vrouwen met een foliumzuur deficiëntie dient voorzichtig omgesprongen te worden, omdat hoge

dosering van foliumzuur de kans op astma bij het nageslacht sterk kan verhogen. Dit kan meegenomen worden in de overweging bij het voorschrijven van hogere dosering foliumzuur. Een advies over foliumzuur gebruik in relatie tot de zwangerschap voor de andere indicaties is niet te geven gezien de wisselende uitkomsten van onderzoek, wisselende doseringen, wisselende inzet van placebo en wisselende periode van gebruik dat getest is.

Concluderend, **ik adviseer de GGD om de invloed van foliumzuur op het verlagen van de kans op astma in te brengen in de kenniswerkplaats Gezond Fryslân**, zodat zij dit onderwerp kunnen oppakken in de vorm van aanvullend onderzoek. Voor het verlagen van de kans op kanker bij het kind adviseer ik niet verdere maatregelen te nemen o.b.v. voorgaande onderzoeken, omdat het om zeer kleine aantallen gaat en het potentieel een toename van de inname duur van foliumzuur teweeg kan brengen. Dit laatste kan negatieve gevolgen hebben op het ontstaan van astma, wat in groten getale geconstateerd wordt en ook een grote toename op de kans op astma kan veroorzaken. De huidige richtlijnen lijken een positief effect te hebben gehad op het terugdringen van de gevallen met NTDs en CL±P, dus hierin zou ik de GGD adviseren niets te veranderen. Wat betreft de zwangerschapshypertensie en pre-eclampsie zijn de onderzoeken zeer verdeeld, dus ook hierover zou ik de GGD geen verdere adviezen tot actie geven.

ADVIES OVER VERDERE SUPPLETIE VAN MICRO NUTRIËNTEN

Naast het innemen van foliumzuur voor en tijdens de zwangerschap, wordt ook het supplement vitamine D aangeraden (Damen e.a., 2023). Dit supplement wordt aangeraden in een dosering van 10µg/dag gedurende de gehele zwangerschap (Damen e.a., 2023; Van Goudoever e.a., 2021). Vitamine D-suppletie wordt geadviseerd in de preventie van osteoporotische fracturen en rachitis, ook wel Engels ziekte genoemd (Damen e.a., 2023; Sahay & Sahay, 2012). Lage vitamine D waarden zijn in eerder onderzoek geassocieerd met LBW en SGA (Leffelaar e.a., 2010). Naast de aanbevolen inname met foliumzuur en vitamine D, zijn voor zwangeren ook afwijkende voorschriften voor andere vitaminen en mineralen. In tabel 7 staan de verschillende doseringen die aangeraden worden voor vrouwen in de vruchtbare leeftijd versus zwangere vrouwen (Brink, 2021). Verschil in aanbevolen dosering is beschreven bij vitamine B2, B6, B12, A en C en bij zink, koper en jodium (Brink, 2021). In alle gevallen is bij de zwangere vrouw een gelijke of hogere dosering aanbevolen dan bij de vrouw in vruchtbare leeftijd. Hoewel er voor een aantal micronutriënten voor de zwangere vrouw een hogere dosering is aanbevolen dan bij de niet zwangere vrouw, heeft dit tot op heden niet geleid tot het advies om voor deze micronutriënten een supplement in te nemen tijdens de zwangerschap. Bij sommige micronutriënten zijn bij de verschillende groepen de eenheden verschillend, dit maakt dat deze gegevens niet direct vergeleken kunnen worden. Dit is het geval bij vitamine B1 en B3 (Brink, 2021). De GGD hoeft geen actie te ondernemen m.b.t. vitamine en mineralen bij zwangeren. Voor de zwangere is het van belang dat er goed op de voeding gelet wordt om voldoende voedingsstoffen binnen te krijgen en dit advies wordt door zorgverleners al gegeven (Damen e.a., 2023; De Jong-Potjer e.a., 2011).

Tabel 7. Micronutriënten tijdens de zwangerschap. Voor 8 van de 17 micronutriënten is het advies tijdens de zwangerschap verhoogt ten opzichte van vrouwen die niet zwanger zijn. Micronutriënten die **dikgedrukt** zijn weergegeven, duiden op een verschil in dosering tussen een zwangere en niet zwangere vrouw. In **zwart** is de adequate inname beschreven, in **rood** de aanbevolen hoeveelheid. De aanbevolen hoeveelheid is een dosering die voldoende is voor vrijwel iedereen in de groep. Als er onvoldoende wetenschappelijk bewijs is om de aanbevolen hoeveelheid te bepalen, kan wel de adequate inname bepaald worden. 1^e, 2^e, 3^e betreffen de verschillende trimesters tijdens de zwangerschap (Gezondheidsraad, 2021).

VITAMINE B						
	<i>Thiamine B1 (mg/dag)</i>	<i>Riboflavine B2 (mg/dag)</i>	<i>Niacine B3 (mg/dag)</i>	<i>B6 (mg/dag)</i>	<i>Foliumzuur B11 (µg/dag)</i>	<i>B12 (µg/dag)</i>
Vrouw 18-69	0,1 mg/MJ	1,6	1,6 mg/MJ	1,5	300	2,8
Zwangere vrouw	1 ^e : 0,9 mg/d 2 ^e : 1,0 mg/d 3 ^e : 1,1 mg/d	1,9	1 ^e : 15 mg/d 2 ^e : 16 mg/d 3 ^e : 17 mg/d	1,8	400	3,3
ANDERE VITAMINEN						
	<i>A (µg/dag)</i>	<i>C (mg/dag)</i>	<i>D (µg/dag)</i>	<i>K1 (µg/dag)</i>		
Vrouw 18-69	680	75	10	70		
Zwangere vrouw	750	85	10	70		
MINERALEN						
	<i>Calcium (mg/dag)</i>	<i>Kalium (mg/dag)</i>	<i>Magnesium (mg/dag)</i>			
Vrouw 18-24/25-50	1000/950	3500	300			
Zwangere vrouw	1000/950	3500	300			
SPOORELEMENTEN						
	<i>IJzer (mg/dag)</i>	<i>Zink (mg/dag)</i>	<i>Koper (mg/dag)</i>	<i>Jodium (mcg/dag)</i>		
Vrouw 18-24/25-50	16	7	0,9	150		
Zwangere vrouw	16 9,1		1	200		

Foliumzuur verlaagt bewezen de kans op het ontstaan van meerdere aandoeningen bij kinderen, waarbij een open ruggetje nog steeds de belangrijkste indicatie is. Daarnaast wordt het aanbevolen om vitamine D supplementen te nemen tijdens de zwangerschap en zijn er voor zwangeren aangepaste adviezen voor B2, B6, B12, A, C, zink, koper en jodium. Deze worden door het NHG niet geadviseerd in tabletvorm, maar hiervoor is wel een aangepaste aanbevolen dagelijkse hoeveelheid. Daarnaast is wat betreft de vitaminen een gezonde leefstijl opgenomen in de NHG-richtlijnen. Het nemen van supplementen tijdens de zwangerschap wordt niet vergoed door de zorgverzekeraar en kan in combinatie met armoede een extra achterstand voor het ongebooren kind opleveren.

Wat betreft de verschillende uitkomsten van de onderzoeken naar foliumzuur op moeder en kind, adviseer ik de GGD om het effect op het ontstaan van astma aan te kaarten bij de Kenniswerkplaats Gezond Fryslân voor onderzoek. Verder kan doorgedaan worden, zoals de richtlijnen momenteel zijn.

Hoofdstuk 3

WAAR STAAT DE KANSRIJKE START
LANDELIJK EN WAT VERWACHTEN ZIJ
VAN DE REGIO'S?

HS1

HS2

HS3

HS4

HS5

HS6

HS7

HS8

HOOFDSTUK 3. WAAR STAAT KANSRIJKE START LANDELIJK EN WAT VERWACHTEN ZIJ VAN DE REGIO'S?

TIJDLIJN KANSRIJKE START VAN 2018 TOT NU

In hoofdstuk 1 staan de effecten van risicofactoren en beschermende factoren op de kansen van een kind beschreven. De logische vervolgvraag is dan: hoe kan er gezorgd worden dat de risicofactoren afnemen en de beschermde factoren toenemen voor een individu of gezin?

Hiervoor is in september 2018 een landelijk Actieprogramma Kansrijke Start gelanceerd met concrete plannen voor de ondersteuning van gezinnen tijdens de eerste 1000 dagen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018). In het Actieprogramma Kansrijke Start was een belangrijk onderwerp het vormen van lokale coalities om een “samenhangende aanpak neer te zetten rondom de eerste 1000 dagen” (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018). Zo'n lokale coalitie wordt onder andere gevormd door middel van een vijftal elementen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2022):

- Een stevige kartrekker als een spin in het web in elke lokale coalitie, lees aanjager.
- Een breed draagvlak tussen alle verschillende betrokken professionals.
- Goede samenwerkingsafspraken tussen de verschillende domeinen: medisch, sociaal en informeel.
- Lokale cijfers, ervaringen en kennis gebruiken om de juiste doelen na te streven. Elke regio is anders en vraagt daarmee om andere interventies.
- Deze interventies kunnen vervolgens goed onderbouwd gekozen worden uit de menukaart Kansrijke Start.

Voor Kansrijke Start kon in drie verschillende tranches geld worden aangevraagd uit het programma Gezond In De Stad (GIDS). Op 15 april, na de derde tranche, hadden 275 van de 355 gemeenten in Nederland dit aangevraagd, wat betekent dat deze 275 gemeenten aan de slag zijn gegaan met het opzetten van een lokale coalitie Kansrijke Start in hun gemeente.

WAT ZIJN DE HUIDIGE ONTWIKKELINGEN BINNEN KANSRIJKE START?

In de afgelopen jaren zijn er door het ministerie van VWS meerdere preventie programma's gelanceerd, waar Kansrijke Start er één van is. Om deze programma's nog meer impact te laten hebben dan ze individueel al hebben, is 31 januari 2023 het GALA gepubliceerd (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2023-a). Hierin staat beschreven wat er wordt verwacht van verschillende preventieprogramma's, waaronder Kansrijke Start, die in verschillende gemeenten door het hele land zijn uitgerold. De hoofdlijn hiervan is dat er voor en met deze preventieprogramma's een zogenoemde ketenaanpak moet komen. Dit houdt in dat er regionale samenwerkingen en afspraken gemaakt dienen te worden. In het GALA is afgesproken hoe de taakverdeling en financiering voor Kansrijke Start moet worden vormgegeven. Deze ketenaanpak geldt voor onderlinge samenwerkingen binnen regio's over Kansrijke Start, maar gaat ook om samenwerking tussen de verschillende preventieprogramma's: Valpreventie voor Ouderen, Gecombineerde Leefsijlinterventie, Aanpak overgewicht en obesitas kinderen en Welzijn op recept.

OPDRACHT VAN HET MINISTERIE VAN VWS ZOALS BESCHREVEN IN GALA

In het eerder benoemde GALA wordt een volgende stap in de organisatie rondom Kansrijke Start, en andere preventieprogramma's, toegelicht. Het ministerie van VWS vat het doel van het GALA zelf kort samen als: "meer aandacht, meer geld en slimme samenwerking voor een gezondere samenleving" (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2023-b).

Als we vervolgens verder in het GALA duiken om te achterhalen wat er verwacht wordt in de praktijk, dan komen er een heel aantal dingen bovendien. Allereerst is duidelijk dat het GALA volledig focust op het organiseren van een ketenaanpak voor verschillende preventieprogramma's, waaronder Kansrijke Start. In GALA zelf hebben ze het over "een **bredere blik** op gezondheid en een **integrale langdurige aanpak** gericht op de **wijken en mensen** die kampen met **gezondheidsachterstanden**" (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2023-a). Hierbij ligt de focus op de thema's: financiële situatie, huisvesting, sociaal netwerk, onderwijs, de gezinssituatie en de arbeidsmarkt.

OPDRACHT GALA

In het GALA staan vervolgens meerdere beoogde resultaten geformuleerd met daarbij de diverse acties die er door gemeenten, VWS en zorgverzekeraars behaald dienen te worden. Voor deze opdrachten zijn SPUK-gelden beschikbaar gesteld, die hiervoor aangevraagd kunnen worden. Hieronder volgt een beschrijving van deze resultaten met bijbehorende acties. Een samenvatting hiervan en hoe ver ze in Friesland zijn met deze acties kan ook teruggevonden worden in hoofdstuk 4, tabel 9.

De eerste drie beoogde resultaten zijn:

- Elke gemeente heeft een lokale aanpak voor het terugdringen van gezondheidsachterstanden.
- VWS agendeert de gevolgen voor gezondheid(sachterstanden) bij andere departementen
- Uitwerking van GALA/SPUK focust op de vraag hoe gezondheidsachterstanden te monitoren.

Om deze resultaten te behalen moeten **de gemeenten** de volgende acties uitvoeren, zoals beschreven in het GALA.

1. Ontwikkelen **brede, domein overstijgende, lokale aanpak** voor het terugdringen van gezondheidsachterstanden bij kwetsbare groepen, langs de sporen goed toegankelijk preventie- en maatschappij stimuleren en zorgen voor een gezonde en sociale leefomgeving.
2. **Differentiatie toepassen** op (wijken met) mensen met gezondheidsachterstanden om daardoor gelijke gezondheidskansen te creëren.

Om deze resultaten te behalen moet **het ministerie van VWS** de volgende acties uitvoeren, zoals beschreven in het GALA.

1. VWS stelt **SPUK**-middelen beschikbaar.
2. VWS zet vernieuwd Stimuleringsprogramma **GezondIn** voort i.v.m. doorontwikkeling lokale aanpak.

3. VWS **agendeert gezondheidsachterstanden** bij andere departementen, belang meewegen in besluitvorming.
4. VWS en het ministerie voor Sociale Zaken en Werkgelegenheid hebben de Sociaal-Economische Raad (SER) gevraagd **advies** te geven over het **terugdringen van gezondheidsachterstanden** d.m.v. maatregelen in sociaal domein, sociale zekerheidsstelsel en arbeidsmarktstelsel.
5. Via Nationaal Programma Leefbaarheid en Veiligheid geeft VWS **aandacht aan gezondheidsachterstanden** via wijkgerichte, integrale aanpak.
6. Binnen het Programma **Gezonde Groene Leefomgeving** wordt door VWS ingezet op wijken waar veel mensen met gezondheidsachterstanden wonen.
7. VWS financiert het kennis- en expertisecentrum **Pharos**.

Om deze resultaten te behalen moeten **de zorgverzekeraars** de volgende acties uitvoeren, zoals beschreven in het GALA.

1. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) gaat aan de slag met verstevigen **samenwerking zorgverzekeraars en gemeenten** t.a.v. schuldhulpverlening en betalingen zorgverzekeraar.
2. Zorgverzekeraars bepalen **passende zorg** voor mensen met gezondheidsachterstanden.

Het vierde beoogde resultaat is:

- Elke gemeente heeft een lokale ketenaanpak Kansrijke Start, inclusief interventies, en maakt samenwerkingsafspraken met partners rondom de eerste 1000 dagen van een kind.

Om dit resultaat te behalen moeten **de gemeenten** de volgende acties uitvoeren, zoals beschreven in het GALA.

1. Per 2024 heeft elke gemeente een **ketenaanpak** Kansrijke Start gericht op de eerste 1000 dagen van elk kind in een kwetsbare situatie. **Structurele (keten)afspraken** maken met relevante partijen via lokale coalities.
2. Gemeenten zorgen voor **regie bij inwoners** in kwetsbare situatie wat betreft de **kinderwens**. Anticonceptie na tussenkomst van erkende interventie wordt indien nodig **vergoed door gemeente**.
3. Gemeenten zorgen in het verlengde van prenatale voorlichting voor **laagdrempelige preconceptievoorlichting en preconceptiezorg/-consult**.

Om dit resultaat te behalen moeten **de zorgverzekeraars** de volgende actie uitvoeren, zoals beschreven in het GALA.

1. Het Zorginstituut geeft **duiding over verzekerde zorg** binnen de ketenaanpak. Hiermee kunnen zorgverzekeraars zorgprofessionals ondersteunen in optimale zorg binnen Kansrijke Start. Vroegsignalering, preconceptieconsult, deelname aan multidisciplinair overleg (MDO) en extra kraamzorg kunnen hieronder gaan vallen.

Om dit resultaat te behalen moet **het ministerie van VWS** de volgende acties uitvoeren, zoals beschreven in het GALA.

1. VWS zorgt voor benodigde **ondersteuning** via ongeveer 30 acties, beschreven in vervolgaanpak actieprogramma Kansrijke Start.
2. **SPUK**-middelen die gemeenten aanvragen worden ingezet voor
 - a. Vormen, versterken en behouden van **lokale coalities**,
 - b. Vaker inzetten van **interventies** Kansrijke Start,
 - c. Maken van **regionale samenwerkingsafspraken** rondom Kansrijke Start.
3. **Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) monitort** de voortgang van actieprogramma Kansrijke Start sinds 2019 kwanti- en kwalitatief.

OPDRACHT IZA

Voorafgaand aan het GALA is ook het IZA gepubliceerd door ActiZ, De Nederlandse ggz, Federatie Medisch Specialisten, InEen, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Nederlandse Zorgautoriteit, Patiëntenfederatie Nederland, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorginstituut Nederland, Zorgthuisnl, Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van VWS. Hierin staat o.a. beschreven welke ketenafspraken er gemaakt dienen te worden tussen overheidsorganisaties als gemeenten en GGD'en met partijen uit de geboortezorg en zorgverzekeraars. In het IZA staat beschreven wat er moet gebeuren op het gebied van ketenafspraken op basis van vier thema's: (regionale) preventie-infrastructuur, netwerkstructuur professionals, kennisontwikkeling en passende bekostiging. Hieronder staat beschreven wat deze drie thema's behelst en welke acties hieraan verbonden dienen te worden.

(Regionale) preventie-infrastructuur:

- Uiterlijk 1 januari 2025 liggen er niet-vrijblijvende regionale samenwerkingsafspraken tussen zorgverzekeraars en gemeenten over gezondheidsbevordering.
- Regionale samenwerkingsafspraken o.b.v. bestaande werkstructuur. Alle betrokkenen uit het sociale, publieke en medische domein worden betrokken.
- Zorgverzekeraars en gemeenten richten per 1 januari 2024 een ketenaanpak Kansrijke Start in.
- VWS is aanjager d.m.v. landelijke implementatie-overleggen en financiering van landelijke en regionale monitoring.
- Zorginstituut adviseert over verantwoordelijkheid zorgverzekeraar (verzekerde zorg/Zvw) en gemeenten (sociaal/publiek domein). Zorginstituut doet voorstel versnelling duidingsproces preventieve en leefstijlinterventies.

Netwerkstructuur professionals:

- Uiterlijk 1 januari 2025 netwerkstructuur met samenwerking tussen gemeentelijke domeinen en zorgprofessionals uit eerste, tweede en derde lijn.
- Risicogroepen en patiënten worden binnen netwerkstructuur naar passende interventie geleid.
- Preventieve of leefstijlinterventies, waar kan buiten de zorg. Wanneer nodig in de zorg, waar kan eerste lijn, waar moet tweede en/of derde lijn. Aanbieden in wijk patiënt/cliënt.
- Alle betrokken partijen maken onderling gezamenlijk afspraken over verantwoordelijkheden en structurele inbedding.

Kennisontwikkeling:

- Kennisfunctie en innovatie- en organisatiekracht van UMC's, ziekenhuizen en GGZ-instellingen worden versterkt door brede zorgveld en sociaal domein.
- Kennisfunctie GGD'en versterken, GGD'en ondersteunen gemeenten inhoudelijk.
- Optimale samenwerking tussen partijen bewerkstelligen om kennis, ervaring en kracht in de regio optimaal te benutten.
- Optimalisatie kennisbevordering en dataverzameling t.b.v. (meer) effectieve inzet van preventieve interventies.

Passende bekostiging:

- Passende bekostiging voor project- en coördinatiekosten zorg en zorgverzekeraar t.a.v. opstellen regionaal plan preventie/gezondheidsbevordering en netwerkstructuur, regionaal/lokaal inrichten ketenaanpak. Regionaal experimenteren met kansrijke aanpakken medisch/sociaal/publiek domein.
- VWS, ZN en Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) werken gezamenlijk passende bekostigingswijze uit.
- Separate bestuurlijke afspraken tussen VWS en gemeenten/GGD'en over project- en coördinatiekosten.

GALA en IZA samenvattend, kan er geconcludeerd worden dat de focus voor gemeenten voornamelijk ligt op het opzetten en onderhouden van een brede domein overstijgende lokale aanpak, waarbij differentiatie wordt toegepast t.b.v. het creëren van gelijke kansen. Daarnaast zullen zij een ketenaanpak formuleren met structurele brede samenwerkingsafspraken over financiering, verantwoordelijkheden en structurele inbedding. Daarnaast maken zij ook afspraken met zorgverzekeraars en zorgen zij voor laagdrempelige consulten m.b.t. de kindwens en het indien nodig vergoeden van anticonceptie. De rol van de GGD ligt hier in het aanjagen en ondersteunen van gemeenten in de taken die zij opgelegd hebben gekregen van het ministerie van VWS.

De focus voor het ministerie van VWS ligt voornamelijk op het ondersteunen aan de hand van dertig acties (zie appendix II). Daarnaast organiseert het de monitoring op regionaal en landelijk niveau door het RIVM en regelt het de bekostiging en de afspraken hierover in samenspraak met ZN en VNG. Daarnaast keert het SPUK-gelden uit aan gemeenten t.b.v. lokale coalities, promotie van interventies en regionale samenwerkingsafspraken. Tot slot brengt VWS het onderwerp van gezondheidsachterstanden onder de aandacht bij andere departementen.

De focus voor zorgverzekeraars ligt op het maken van niet-vrijblijvende samenwerkingsafspraken met gemeenten en het bieden van passende zorg aan mensen met een gezondheidsachterstand. Daarnaast ondersteunt het zorgprofessionals voor optimale zorg binnen Kansrijke Start en formuleren ze in samenspraak met VWS en VNG passende bekostiging van de ketenaanpak.

Het GALA en IZA hebben uitgebreide opdrachten beschreven wat betreft het vormgeven van een ketenaanpak Kansrijke Start. Dit hebben ze gedaan aan de hand van beoogde resultaten en daaraan gekoppelde acties. Het is nu aan de regio's om hiermee aan de slag te gaan vanuit zorgverzekeraars, gemeenten (GGD) en de betrokken partners uit de lokale coalities. IZA en GALA geven voornamelijk de opdracht aan gemeenten om lokale coalities te verstevigen en de interventies en samenwerkingsafspraken te verbeteren.

Hoofdstuk 4

HOE ZIET DE ORGANISATIE VAN
KANSRIJKE START ERUIT IN
FRIESLAND?

HS1

HS2

HS3

HS4

HS5

HS6

HS7

HS8

HOOFDSTUK 4. HOE ZIET DE ORGANISATIE VAN KANSRIJKE START ERUIT IN FRIESLAND?

Het vorige hoofdstuk, hoofdstuk 3, beschrijft de opdracht die er ligt vanuit IZA en GALA met betrekking tot de doorontwikkeling van Kansrijke Start in de vorm van een ketenaanpak. Vervolgens moet er in de regio's mee aan de slag gegaan worden. Binnen Friesland zijn er al samenwerkingsverbanden, door de inzet van de GGD, maar deze dienen nog verder ontwikkeld en uitgebreid te worden aan de hand van GALA en IZA. Dit hoofdstuk zal dan ook verder inzoomen op Friesland en de stappen die gezet zijn en gezet gaan worden.

In Friesland is Kansrijke Start al begonnen voor publicatie van het actieprogramma in de gemeente Smallingerland. Zij zijn in 2016 al begonnen met nadenken over hoe de zorg rondom de zwangerschap ingericht moest worden en welke partijen daarbij welke rol zouden moeten krijgen. Hieruit is toentertijd een pilot Kansrijke Start gerold in deze gemeente.

Na de derde tranche van GIDS-gelden, beschreven in hoofdstuk 3, waren er uiteindelijk 15 van de 18 Friese gemeenten die hier geld voor hebben aangevraagd en zijn begonnen met het opzetten van lokale coalities en vormgeven van een zorgpad Kansrijke Start. De drie missende gemeenten zijn op dat moment Vlieland, Terschelling en Schiermonnikoog. Sinds de zomer van 2022 zijn alle Friese gemeenten bezig met Kansrijke Start. Sommige gemeenten zitten in de uitvoerende fase, anderen zijn bezig met het vormgeven van een zorgpad passend bij de lokale behoeften en lokale structuur. Tot op heden zijn er vier verschillende zorgpaden vormgegeven in Friesland. Dit zijn zorgpad Smallingerland (in gebruik door de gemeenten Smallingerland, Achtkarspelen en Tytsjerkstradiel), zorgpad Noord (in gebruik door de gemeenten Harlingen, Waadhoeke, Leeuwarden, Noardeast-Fryslân, Dantumadiel, Opsterland en indien nodig de wadden gemeenten), zorgpad Súdwest (in gebruik door de gemeente Súdwest Fryslân, Fryske Marren en Noordoost polder) en zorgpad Heerenveen (in gebruik door de gemeente Heerenveen, Weststellingwerf en Ooststellingwerf).

Er zijn niet alleen op lokaal niveau stappen ondernomen. Door gemeenten is namelijk de GGD erbij geroepen om een overkoepelende rol te nemen, waaruit de rol van aanjager is ontstaan. Hieruit is het PLN ontstaan, bestaande uit vertegenwoordigers van ROS Friesland, kraamzorg, consortium geboortezorg Noord Nederland, NNZ, JGZ, POP-poli en vier gemeenten (Smallingerland, Fryske Marren, Leeuwarden en Tytsjerkstradiel/Achtkarspelen). Door dit regionale samenwerkingsverband hoeven organisaties niet bij elke gemeente langs te komen, maar kunnen ze in één keer meepraten in de provincie over thema's die in alle gemeenten overkoepelend zijn. Dit PLN werkt aan de hand van thematafels: werkgroepen waarbij in kleinschalig verband specifieke thema's en problemen besproken en aangepakt worden. Vanuit het PLN zijn ook drie actielijnen opgezet:

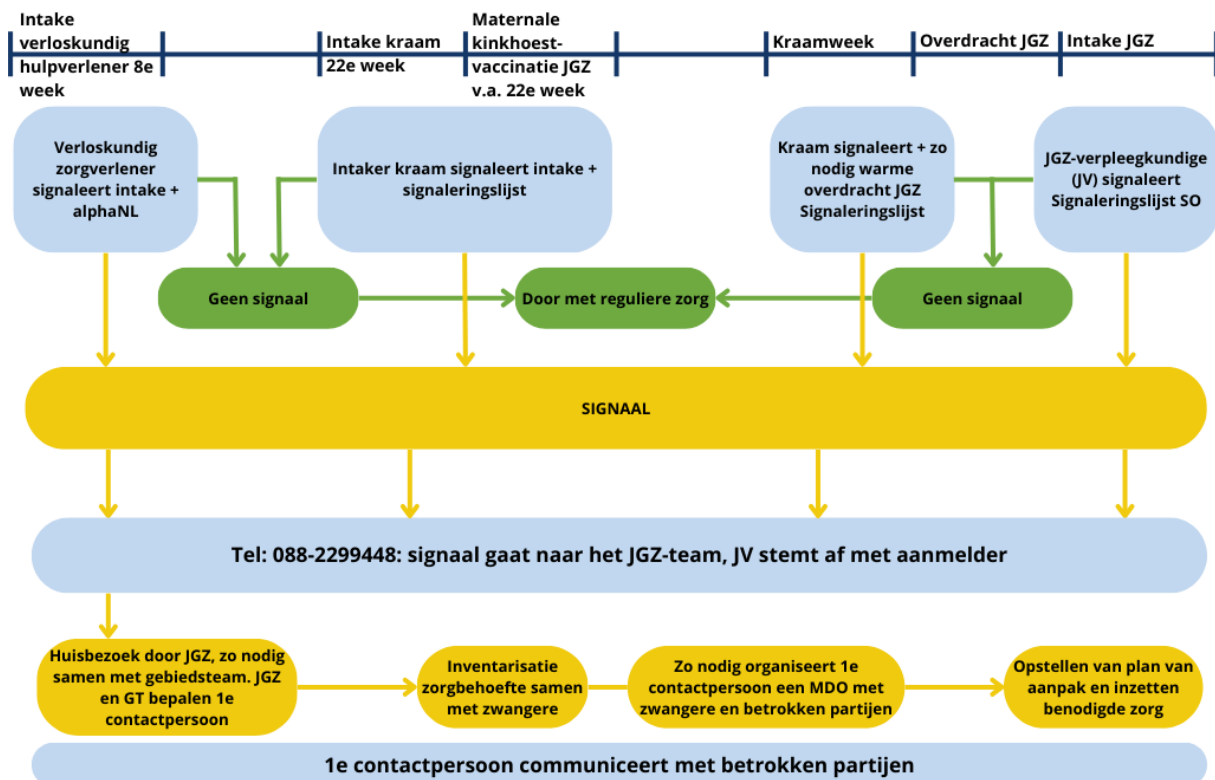
- Actielijn 1: voor de zwangerschap
 - o Meer aanstaande kwetsbare ouders start goed voorbereid met hun zwangerschap

- Minder ongeplande en onbedoelde zwangerschappen komen voor in kwetsbare gezinnen
- Actielijn 2: tijdens de zwangerschap
 - Beter signaleren van medische en sociale problemen bij (aanstaande) kwetsbare ouders
 - Meer aanstaande kwetsbare ouders krijgen de juiste hulp
- Actielijn 3: na de geboorte
 - Meer kwetsbare ouders zijn toegerust voor het ouderschap en de opvoeding.
 - Minder baby's en jonge kinderen worden uit huis of onder toezicht geplaatst.

ONTWIKKELING EN ORGANISATIESTRUCTUUR KANSRIJKE START IN FRIESLAND

In figuur 6 is een opzet gegeven tot een Fries zorgpad. Dit houdt in dat alle overkoepelende elementen tussen de vier individuele zorgpaden zijn meegenomen in het totaal plaatje. Tussen de vier zorgpaden in Friesland zijn overeenkomsten en verschillen. Dit Friese zorgpad is niet af, maar er wordt op dit moment wel over gesproken. Door vanuit het Friese zorgpad uitdagingen te gaan benaderen, kan er in de gezamenlijkheid een oplossing gevonden worden. Er zijn regionale verschillen in hoe zaken georganiseerd zijn, daarvoor blijft ruimte. Op dit Friese zorgpad heeft elk individuele zorgpad zijn uitzonderingen en deze staan weergegeven in tabel 8. Wat bij alle zorgpaden overeenkomt is de samenwerking tussen het gebiedsteam (GT) en JGZ, waarbij uiteindelijk één van deze partijen de regie over de casus neemt. Ook kan in alle gevallen, afhankelijk van de problematiek in de casus een MDO gestart worden en wordt de zorgbehoefte ingeschat in overleg met de zwangere. Daarnaast staat het signaal en de aanmelding daaropvolgend in alle zorgpaden centraal. Een signaal is wanneer een zorgprofessional een combinatie van risicofactoren en (afwezigheid van) beschermende factoren signaleert waardoor een zwangere baat zou kunnen hebben bij extra ondersteuning. In de introductie werd het verschil tussen potentieel kwetsbare zwangeren, kwetsbare zwangeren en zeer kwetsbare zwangeren gedefinieerd, vrouwen in al deze categorieën kunnen in aanmerking komen voor ondersteuning vanuit het zorgpad. We zullen nu verder inzoomen op de vier verschillende zorgpaden en vertellen wat de onderlinge verschillen zijn.

Zorgpad Smallingerland is het eerste zorgpad dat in Friesland ontwikkeld is. Vanaf 2016 zijn ze in Smallingerland al bezig gegaan met het vormgeven van dit zorgpad en in 2018 zijn ze begonnen met de pilot hiervan, gevolgd door het definitief invoeren van zorgpad Smallingerland. Specifiek voor dit zorgpad is dat er standaard gewerkt wordt vanuit het vier-ogen-principe. Dit betekent dat wanneer een zwangere bij het KCC van de GGD wordt aangemeld voor het zorgpad de JGZ-medewerker altijd samen met een medewerker van het GT het eerste bezoek aan de zwangere doet. Nadat zij samen bij de zwangere zijn geweest om een plan van aanpak op te stellen, wordt ook bepaald wie de 1^e contactpersoon van de casus wordt. Deze 1^e contactpersoon is aanspreekpunt voor de zwangere, maar ook voor de verloskundigen en kraamverzorgsters. Het stroomschema van dit zorgpad is te lezen in appendix III-A.



Figuur 6. Voorbeeld provinciaal zorgpad. Dit stroomschema is een eerste opzet voor het vormen van een Fries zorgpad. Een basis zorgpad waar de verschillende regio's/gemeenten nog een eigen verdere uitwerking/invulling aan kunnen geven. JGZ – jeugdgezondheidszorg, JV – JGZ-verpleegkundige, SO – Stevig Ouderschap, GT – gebiedsteam, MDO – multidisciplinair overleg.

Smallingerland werd gevolgd door zorgpad Súdwest vanuit een samenwerking tussen de gemeenten Súdwest Fryslân, de Fryske Marren en Noordoost Polder (Flevoland). Deze gemeenten hebben allemaal het Antonius Ziekenhuis in Sneek als uitvalsbasis, daar is dit samenwerkingsverband op gebaseerd. Als er tijdens de verschillende contactmomenten tussen zwangere vrouw en zorgverlener een signaal wordt waargenomen, één of meer risicofactoren, wordt er contact opgenomen met het KCC van de GGD om de juiste zorg in te schakelen. Vanuit de GGD wordt een huisbezoek geregeld door het plaatselijk JGZ-team, indien nodig samen met het GT. Het JGZ-team bepaalt samen met de zwangere waar de behoeftes liggen, stellen een plan van aanpak op en bepalen wie 1^e contactpersoon is. Stroomschema van dit zorgpad is te lezen in appendix III-B.

Een derde zorgpad in Friesland is het zorgpad Noord (appendix III-C). Hieronder vallen de gemeenten Harlingen, Waadhoeke, Leeuwarden, Noardeast-Fryslân, Dantumadiel, Ooststellingwerf, Weststellingwerf, Opsterland en indien nodig de wadden gemeenten. Deze is volledig hetzelfde als zorgpad Súdwest, behalve dat er verdergaande afspraken zijn gemaakt met de POP-poli. Dit houdt in dat wanneer een zwangere in de 2^e lijnzorg terecht komt, zij daarnaast ook nog wordt gezien door de 1^e lijn verloskundige voor een intake, omdat zwangeren hier vaak weer terugkomen tijdens de zwangerschap of na de bevalling. Bij deze intake in de 1^e lijn wordt gebruik gemaakt van de ALPHA-NL vragenlijst (of andere signaleringsmethode afhankelijk van de verloskundige praktijk). De ALPHA-NL vragenlijst is een instrument dat verloskundigen kan helpen in het vroegtijdig signaleren van mogelijk ongunstige opgroei-omstandigheden voor kinderen. Specifiek gaat

het dan om ongunstige zwangerschapsuitkomsten, kindermishandeling en psychosociale problemen bij (aanstaande) ouders.

Het vierde zorgpad in Friesland is die van de gemeente Heerenveen. De afwijking van Heerenveen t.o.v. de andere drie zorgpaden zit in de aanmeldingen. Deze komen binnen bij het team Jeugd en Gezin van de gemeente Heerenveen in plaats van dat dit via het KCC van de GGD gaat. Team Jeugd en Gezin pakt de aanvraag dan per gemeente op door een adviesvraag te formuleren en een verwijzing te doen naar het voorliggend veld. Hieruit volgt de aanmelding, triage en overdracht naar betreffende gemeente. De gezinswerker van team Jeugd en Gezin doet onderzoek en stelt een integraal ondersteuningsplan op. Stroomschema van zorgpad Heerenveen is terug te lezen in appendix III-D.

Tabel 8. Verschillen tussen de vier zorgpaden De afwijkingen van gemeenten t.o.v. het overkoepelend zorgpad. Smallingerland begint altijd met het vier-ogen-principe. Noord heeft een samenwerking gedefinieerd met de POP-poli van het MCL, dat heeft Súdwest niet met het Antonius Ziekenhuis. In Heerenveen gaan de aanmeldingen via de gemeente in plaats van de GGD, waardoor hun schema anders begint.

Zorgpad	Verschillen
Smallingerland	Standaard beginnen met vier-ogen-principe.
Súdwest	Geen gedefinieerde afspraken met POP-poli, verdergaande terugkoppeling/communicatie vastgelegd.
Noord	Wel gedefinieerde afspraken met POP-poli.
Heerenveen	Aanmelden via gemeente i.p.v. centraal nummer KCC GDD.

BETROKKEN PROVINCIALE ACTOREN BIJ KANSRIJKE START

Nu duidelijk is wat er gebeurt in Friesland en hoe de verschillende dingen georganiseerd zijn, is het belangrijk om ook duidelijk te hebben welke partijen er betrokken zijn bij de geboortezorg en Kansrijke Start en wat zij doen. Hieronder volgt een beschrijving van de rollen en taken van allerlei betrokkenen bij Kansrijke Start.

DE 18 FRIESE GEMEENTEN

De 18 verschillende gemeenten zijn individueel of in samenwerking met andere gemeenten (binnen en buiten Friesland) gestart met het opzetten van een zorgpad Kansrijke Start. Hierin kan onderscheid gemaakt worden tussen de waddengemeenten en de gemeenten aan de vaste wal. De vier waddengemeenten hebben niet actief actie ondernomen in de richting van een zorgpad Kansrijke Start, maar indien nodig maken zij gebruik van zorgpad Noord. De gemeenten aan de vaste wal hebben vier verschillende zorgpaden ontwikkeld, zoals eerder al beschreven werd. De eilander gemeenten kunnen indien nodig gebruik maken van zorgpad Noord. Gemeenten hebben een leidende rol in de acties rond de organisatie van Kansrijke Start. Zij voeren uit wat het ministerie van VWS voorschrijft wat ze kunnen of moeten doen. Financieel kunnen zij geld aanvragen bij het Rijk voor het uitvoeren van wat het ministerie van VWS voorschrijft. Eerder waren dit de GIDS-gelden, sinds de presentatie van het GALA is dit geld gewaarborgd in SPUK.

GGD FRYSLÂN

De GGD is door de gemeenten gevraagd een overkoepelende rol te nemen in Kansrijke Start in Friesland. Hierdoor is de GGD een brug geworden tussen het Rijk en de gemeenten, maar ook spelen ze een belangrijke rol in de communicatie met uitvoeringsorganisaties. De GGD zorgt ervoor dat er Friesland breed homogener gehandeld wordt en maakt daarmee het maken van afspraken met derden gemakkelijker. De GGD biedt de mogelijkheid om als provincie Friesland met de zorgverzekeraar De Friesland om tafel te gaan zitten om afspraken te maken over de bekostiging van bepaalde zorg binnen Kansrijke Start. De zorgverzekeraars zijn behoorlijk gebonden aan de Zvw, maar sinds het werkbezoek van staatssecretaris Maarten van Ooijen is er in Friesland meer ruimte om verdergaande stappen te ondernemen. De samenwerking met De Friesland kan een voorbeeld zijn voor verdere samenwerking met zorgverzekeraars of uitbreiding van het basispakket in de Zvw. De GGD, in de rol van aanjager, wordt op dit moment gefinancierd vanuit bestemmingsreserves van de GGD vanuit een opdracht van de bestuurscommissie Gezondheid. Vanaf 2024 kan de aanjager van de GGD betaald worden vanuit SPUK/IZA als ketenaanpak Kansrijke Start.

Door de centrale rol die de GGD heeft, kan de GGD het hele netwerk rondom Kansrijke Start aanspreken. De GGD heeft in de rol als aanjager de taak om Kansrijke Start aan de gang te houden en door te ontwikkelen in het belang van gemeenten/lokale coalities en de hele provincie Friesland. Daarnaast heeft de GGD de taak om basale cijfers over het programma te verzamelen, omdat alle aanmeldingen (behalve die uit Heerenveen) via de GGD gaan en bij de GGD in het systeem gezet worden. Hier liggen kansen om extra stappen te zetten en deze cijfers aan te vullen met kwalitatieve en kwantitatieve data, zodat er een duidelijk beeld ontstaat van hoe Kansrijke Start er in Friesland voor staat. De GGD is in eerste instantie geen onderzoeksinstituut, dus grotere onderzoeken, zoals eerder benoemd onderzoek naar de invloed van foliumzuur op het ontstaan van astma, past niet bij de GGD. Wel zit de GGD in de Kenniswerkplaats Gezond Fryslân, dus daar kan een dergelijk onderwerp ingebracht worden. In de Kenniswerkplaats kan dan een student aan de slag met dergelijke vraagstukken. Kortom, de GGD heeft de taak om data te verzamelen en in beeld te hebben hoe het gaat met Kansrijke Start in Friesland, de GGD heeft de taak om lokale coalities te ondersteunen en verbinden en provinciale problemen neer te leggen in het PLN en de GGD heeft niet de taak om grootschalige onderzoeken op te zetten en uit te voeren. Voor de toekomst zal de functie van aanjager gefinancierd worden uit SPUK gelden, waardoor deze functie structureel en met meer zekerheid ingevuld kan worden. Dit biedt ook de mogelijkheid om flexibeler om te gaan met hoe en door wie (en hoeveel) deze functie ingevuld zal worden.

ZWANGERE VROUWEN

De kwetsbare zwangere vrouwen kunnen in aanraking komen met interventies binnen Kansrijke Start, wanneer een zorgprofessional signaleert dat extra ondersteuning wenselijk kan zijn. De zwangere vrouw heeft een leidende rol in de ondersteuning die wordt geboden. Dit betekent ook dat er geen zorg kan worden ingeschakeld zonder aanmelding van de zwangere, eventueel met ondersteuning van een zorgverlener.

DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR

Op dit moment heeft De Friesland nog geen rol in Kansrijke Start. Ze willen wel meedenken, maar door het ontbreken van een duiding van IZA en GALA vanuit het Zorginstituut is het op dit moment niet haalbaar om een grotere rol te spelen. Wel blijft het voor de toekomst een belangrijke partij om mee in gesprek te gaan vanuit de GGD. Vanuit GALA liggen er wel specifieke opdrachten ook voor de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraars hebben in GALA de opdracht gekregen om ervoor te zorgen van dat zorgprofessionals optimaal kunnen bijdragen aan Kansrijke Start. ZN heeft om duiding gevraagd over de thema's: vroegsignalering (toekomstige) kwetsbare gezinnen, preconceptieconsulten, deelname aan MDO en meer uren kraamzorg. Op termijn zullen er dus meer vergoedingstaken in de preventiesfeer bij de zorgverzekeraar terecht komen.

KLANT- EN CONTACTCENTRUM GGD

Het KCC van de GGD is de afdeling waar alle meldingen van kwetsbare zwangeren voor het zorgpad telefonisch of digitaal binnenkomen. Zij registreren de melding en zorgen ervoor dat het wordt doorgestuurd naar de juiste gemeente. Aanmelden gebeurt door de zwangeren zelf, eventueel onder begeleiding van een zorgprofessional. Het KCC registreert de aanmelddatum, voor- en achternaam, geboortedatum, postcode, huisnummer en tot welke gemeente zij behoort. Tot slot worden ook contactgegevens van de zwangere genoteerd. Deze gegevens worden doorgestuurd naar het desbetreffende JGZ-team, die vervolgens stappen onderneemt n.a.v. deze melding. De enige gemeente die niet via het KCC werkt is Heerenveen. Zij organiseren de meldingen zelf.

ROS FRIESLAND

ROS staat voor regionale ondersteuningsstructuur. ROS Friesland zet zich in voor een hoogwaardige betaalbare eerstelijnszorg in Friesland. Binnen Kansrijke Start zijn zij onderdeel van het PLN en werken zij mee in de thematafels die werken aan specifieke probleemstellingen. Daarnaast bieden zij ondersteuning aan gemeenten in o.a. het vormgeven van zorgpaden. ROS Friesland is dus een kennisinstituut die vanuit die kracht ondersteuning biedt aan Kansrijke Start in Friesland.

GEBIEDSTEAM/WIJKTEAM

Het gebiedsteam is een team vanuit het sociaal domein van de gemeente. Binnen gemeenten staan zij dicht bij de problematiek die gezinnen ervaren en zijn zij daardoor vaak goed op de hoogte van wat er speelt. Een gebiedsteam kan ondersteuning bieden bij een breed scala aan hulpvragen: emotionele of psychische problemen, beperkingen, huishoudelijke hulp, woonvoorzieningen, vervoer, begeleiding of dagbesteding. Bij kwetsbare zwangeren kunnen ook deze problemen spelen, dus kan het zijn dat bij het starten van het zorgpad het gebiedsteam mee komt kijken of de regie neemt over desbetreffende casus.

In de gemeente Smallingerland werken ze met het vier-ogen-principe, waardoor het eerste contact met de kwetsbare zwangere altijd door een JGZ-medewerker én een medewerker van het gebiedsteam plaatsvindt.

In alle andere gemeenten wordt de casus eerst opgepakt door een JGZ-medewerker en wordt het gebiedsteam erbij gehaald wanneer daar indicatie voor is.

VERLOSKUNDIG SAMENWERKINGSVERBAND

Een verloskundig samenwerkingsverband (VSV) is een orgaan waarbinnen verloskundige zorgverleners, regionaal actieve kraamzorgorganisaties en andere regionale geboortezorg professionals samenwerken. Deze VSV's zijn meestal georganiseerd rondom ziekenhuizen. Met deze samenwerkingsverbanden kunnen professionals uit de geboortezorg regionaal beleid organiseren en kwaliteit van geboortezorg in de regio waarborgen. In verband tot Kansrijke Start zijn de VSV's vertegenwoordigd in het PLN, waardoor de belangen van de geboortezorg behartigd kunnen worden in provinciaal beleid met betrekking tot Kansrijke Start. Daarnaast is het belangrijk om goed contact te hebben als beleid verandert.

ZORGVERLENINGSINSTANTIES

Geestelijke gezondheidszorg

Deze partij heeft geen prominente plek in het netwerk van Kansrijke Start. Wel kan dit orgaan ondersteunend zijn aan ouders, wanneer er sprake is van mentale problematiek. GGZ is geen vaste partner in het netwerk Kansrijke Start, maar kan wel al in beeld zijn bij ouders op het moment dat er gestart wordt met ondersteuning vanuit Kansrijke Start. Dan zal de GGZ onderdeel uitmaken van het MDO. Daarnaast kunnen zorgverleners altijd een ouder adviseren contact op te nemen met de GGZ als dat hen van toegevoegde waarde lijkt voor de ouder en/of het gezin.

Kraamzorg

Als een van de partijen in de VSV's is de kraamzorg belangrijk voor het aan de ene kant vormgeven en aan de andere kant uitvoeren van de geboortezorg. Kraamzorg heeft een kortdurend contact met de gezinnen in de eerste week na de bevalling. In deze week is het voor ouders bijna niet mogelijk om dingen te verdoezelen, dus daarmee kan een kraamverzorgende ook heel goed in die signaleringsrol fungeren. Een uitdaging in de kraamzorg is het altijd hebben van te weinig tijd, wat een negatieve invloed kan hebben op het inschakelen van extra ondersteuning.

POP-poli

Wanneer sprake is van medische of psychische problematiek komt een moeder in aanraking met de POP-poli. Op deze poli worden de krachten van verschillende zorgprofessionals in het ziekenhuis gebundeld om ervoor te zorgen dat de moeder de optimale ondersteuning krijgt tijdens de zwangerschap en bevalling. De POP-poli's zijn ook onderdeel van de VSV's.

Consultatiebureau

Alle ouders komen in principe met hun jonge kinderen meermalen op het consultatiebureau. Hier hebben ze controles door jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen en krijgen ze kindervaccinaties. In de eerste vier maanden komt het kind elke maand bij het consultatiebureau. Daarna komt het kind met 6, 7,5, 9, 11, 14 en 18 maanden, 2 jaar, 3 jaar en 3 jaar en 9 maanden. De vaccinaties vinden plaats met (2,) 3, 5, 11 en 14 maanden. De medewerker bij het consultatiebureau doet reguliere gezondheidschecks bij het kind, dus kan op die manier signalen opmerken wanneer een kind zich op een bepaald vlak minder voorspoedig ontwikkelt.

Verloskundige

Belangrijk bij de verloskundige is, dat deze de vrouw langdurig volgt. Dit kan in sommige gevallen al beginnen voor de zwangerschap en loopt door tot en met de kraamtijd. Hierdoor bouwt de verloskundige een vertrouwensband op met de vrouw. De taak van de verloskundige is om de vrouw gedurende deze hele periode goed voor te lichten over de verschillende fasen die de vrouw doormaakt. Denk hierbij aan leefstijl voorschriften, voorbereiding op de bevalling en ondersteuning bij het geven van borstvoeding.

Verloskundigen hebben door hun lange betrokkenheid en vertrouwensband de mogelijkheid om signalen op te pikken en daarmee aan de slag te gaan door het aanbieden van extra ondersteuning. Daarnaast zijn verloskundigen vertegenwoordigers in lokale coalities Kansrijke Start. Daarnaast zitten ze in Friesland in het PLN via de VSV's

JGZ-team

Het JGZ-team bestaat uit alle jeugdverpleegkundigen, pedagogen en jeugdartsen. Bij alle kinderen komen deze professionals in beeld bij het consultatiebureau en als schoolarts. Daarnaast zijn ze altijd beschikbaar voor ouders en kinderen met vragen over opvoeden en opgroeien. Doordat de JGZ al in beeld is vanaf de zwangerschap, heeft deze partij een belangrijke rol als het gaat om het signaleren van risico's, korte ondersteuning en indien nodig doorverwijzing naar verdergaande ondersteuning.

Team Jeugd en Gezin/Gebiedsteam

Deze partij is een gemeentelijk orgaan dat zich bezig houdt met alle onderwerpen aangaande de Participatiewet, Jeugdwet en Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). In het kader van Kansrijke Start gaat het voornamelijk om de Jeugdwet. Hierbij kan een ouder ondersteuning krijgen in de opvoeding of kan er individuele begeleiding in gang gezet worden. De ondersteuning op het gebied van de Participatiewet en WMO kunnen zodanig ondersteunend zijn voor de ouder, waardoor deze een betere opvoeder kan zijn.

LANDELIJKE ACTOREN DIE VAN INVLOED ZIJN OP FRIESE KEUZES EN FRIES BELEID

Naast hierboven beschreven organisaties zijn er nog een aantal landelijke organisaties die invloed hebben op de lokale en regionale uitwerking van Kansrijke Start. Allereerst, **het ministerie van VWS**. Het ministerie

van VWS bepaalt uiteindelijk wat er gedaan moet worden op het gebied van preventieprogramma's en dus ook Kansrijke Start. Zij hebben in 2018 in samenwerking met anderen het actieprogramma Kansrijke Start gelanceerd en de daarbij behorende GIDS-gelden uitgekeerd aan gemeenten die dat hebben aangevraagd. Ondertussen geeft het ministerie van VWS eens in de zoveel tijd een voortgangsrapportage. Hierbij gaan ze in op de landelijke monitoring van het RIVM, stand van zaken bij lokale coalities en landelijke voortgang. De monitoring vanuit het RIVM wordt gevoed door data aangeleverd door de JGZ (onderdeel van de GGD). Tot op heden leverden deze monitors Friesland niet voldoende passende informatie, waardoor in Friesland besloten is om ook zelf data te verzamelen en evaluaties uit te voeren. Het ministerie van VWS geeft dus opdracht aan gemeenten en tegelijkertijd geeft het geld aan de gemeenten en zorgt het voor informatievoorziening/rapportage. Een tweede belangrijke organisatie is Pharos. Zij doen landelijke monitoring van Kansrijke Start en voeren reguliere evaluaties uit.

VOORTGANG ACTIES UIT GALA

In hoofdstuk 3 staat beschreven wat er vanuit het ministerie van VWS opgelegd wordt aan resultaten en acties voor VWS zelf, gemeenten en zorgverzekeraars. In tabellen 9 en 10 staan overzichten van de voortgang van deze acties in de provincie Friesland. In Friesland heeft op dit moment elke gemeente op papier een lokale coalitie Kansrijke Start gevormd. Elke gemeente heeft geld aangevraagd om deze te vormen en is in meerdere of mindere mate betrokken bij de samenwerkingsbijeenkomsten van de Friese lokale coalities, waardoor er niet alleen samenwerkingsafspraken binnen de lokale coalities gevormd zijn, maar ook daarbuiten. Dit zorgt ervoor dat sommige thema's in gezamenlijkheid kunnen worden opgepakt en er afspraken voor de hele provincie gemaakt kunnen worden. Dit geeft duidelijkheid voor zorgverleners en verkleint de verschillen tussen de postcodes. Ook bieden alle gemeenten verschillende ondersteuningsprogramma's aan, zodat er gedifferentieerd kan worden om gelijke kansen na te streven. Verder is tijdens het werkbezoek van staatssecretaris Van Ooijen aan de FPA gesproken over de gehele breedte aan domeinen waarin leefstijlpreventie zich afspeelt en is toen ook gesproken over de betrokkenheid van andere departementen die hierin een rol kunnen spelen. De aandacht voor achterstandswijken in Friesland is op zich niet nieuw en er wordt al uitvoerig gewerkt aan het terugdringen van o.a. gezondheidsachterstanden in Leeuwarden-Oost.

Tabel 9. Voortgang resultaten GALA 1. In hoofdstuk 3 staan verschillende acties beschreven voor gemeenten, VWS en zorgverzekeraars. Deze tabel geeft een overzicht van de voortgang van deze acties richting de drie beoogde resultaten voor alle Friese gemeenten.

Instituut	Beoogde resultaten	Voortgang
	Elke gemeente heeft lokale aanpak Kansrijke Start	
	VWS agendeert gezondheidsachterstanden bij andere departementen	
	N.a.v. GALA/SPUK gezondheidsachterstanden monitoren	
Gemeenten	Ontwikkelen brede, domein overstijgende lokale aanpak	18 van de 18 gemeenten hebben lokale coalitie
	Differentiatie toepassen om gelijke gezondheidskansen tweeweg te brengen	Alle gemeenten
VWS	VWS stelt SPUK-middelen beschikbaar	✓
	VWS zet vernieuwd Stimuleringsprogramma GezondIn voort	✓
	VWS agendeert gezondheidsachterstanden bij andere departementen	✓ besproken tijdens werkbezoek staatssecretaris Van Ooijen
	SER geeft advies over terugdringen gezondheidsachterstanden	Onbekend
	VWS geeft aandacht aan gezondheidsachterstanden via wijkgerichte, integrale aanpak	✓ Vb. Leeuwarden-Oost
	VWS zet in op wijken waar veel mensen met gezondheidsachterstanden wonen	✓ Vb. Leeuwarden-Oost
	VWS financiert Pharos	✓
Zorg-verzekeraars	Versteving samenwerking zorgverzekeraars en gemeenten t.a.v. schuldhulpverlening	Onbekend
	Passende zorg voor mensen met gezondheidsachterstanden	Onbekend

Tabel 10. Voortgang resultaten GALA 2. In hoofdstuk 3 staan verschillende acties beschreven voor gemeenten, VWS en zorgverzekeraars. Deze tabel geeft een overzicht van de voortgang van deze acties richting het bereiken van een lokale ketenaanpak incl. interventies en samenwerkingsafspraken in elke gemeente in Friesland.

Instituut	Beoogde resultaten	Voortgang
	Elke gemeente heeft lokale ketenaanpak incl. interventies en samenwerkingsafspraken	
Gemeenten	Structurele ketenaanpak maken met relevante partijen via lokale coalities	✓
	Prenatale voorlichting en evt. vergoeding anticonceptie	✓ NNZ
	Laagdrempelige preconceptievoorlichting- zorg en -consult.	✓ PHB
VWS	30 acties o.b.v. vervolgaanpak actieprogramma Kansrijke Start	Wordt aan gewerkt
	SPUK-middelen beschikbaar voor diverse doelen	✓
	RIVM monitort Kansrijke Start	✓ incl. nieuwsbrieven
Zorg-verzekeraars	Zorginstituut geeft duiding verzekerde zorg ketenaanpak	Onbekend of en wanneer dit komt.

VERVOLG VAN INZET VAN HET ZORGPAD

Inzet van het zorgpad bij een kwetsbare moeder leidt uiteindelijk in samenspraak met JGZ, Gebiedsteam/Team Jeugd en Gezin en de moeder tot ondersteuning in de vorm van één (of meer) programma's die de gemeente waar deze moeder in woont aanbiedt in het kader van Kansrijke Start. Programma's die veel (of overal) in Friesland voorkomen zijn:

- NNZ: in dit programma wordt het gesprek gevoerd met een vrouw over een eventuele kinderwens. Deze gesprekken sturen niet op een uitkomst, maar zorgen voor een open gesprek dat vervolgens kan leiden tot ondersteuning om de wensen (wel of geen kind) van de moeder te ondersteunen. Dit kan betekenen dat de gemeente anticonceptie vergoed als de vrouw niet (opnieuw) zwanger wil worden, maar er kan ook hulp komen voor het optimaliseren van de situatie van de moeder, zodat een kind op een fijne en veilige plek ter wereld kan komen. Dit programma wordt in alle Friese gemeenten aangeboden.
- Stevig Ouderschap: dit is een preventie interventie voor gezinnen die extra ondersteuning nodig hebben, omdat de omstandigheden zwaarder zijn dan gebruikelijk. Deze ondersteuning wordt aangeboden d.m.v. huisbezoeken voor een gespecialiseerd verpleegkundige. Dit programma wordt pre- en postnataal aangeboden met als doel de ouders extra klaar te stomen voor het ouderschap. Dit programma wordt in 10 van de 18 Friese gemeenten aangeboden. Verdere uitleg over de inhoud en vormgeving van dit programma staat op pagina 10.
- VoorZorg: dit programma is een intensieve begeleiding voor de moeder/ouders voor ondersteuning tijdens en na de zwangerschap. Het heeft als doel om zwangerschap en geboorte te optimaliseren, gezondheid en ontwikkeling van het kind te verbeteren en de moeder een persoonlijke ontwikkeling te laten doormaken op vlakken waar voor haar de behoefte ligt. Dit programma wordt aangeboden in 12 van de 18 Friese gemeenten. Verdere uitleg over de inhoud en vormgeving van dit programma staat op pagina 10.
- Centering Pregnancy/Parenting: in dit programma komen (aanstaande) ouders samen om met een zorgprofessional te praten over de uitdagingen van de zwangerschap of het ouderschap. Dit wordt aangeboden in alle vier VSV regio's. Verloskundige praktijken bieden dit zelf aan, maar het wordt niet bij alle verloskundige praktijken in Friesland aangeboden. Vanaf 1 januari 2024 wordt dit vergoed vanuit het basispakket, dus dan zal hier mogelijk een toename in komen.

Deze ondersteuning wordt aangeboden door specialistisch verpleegkundigen of jeugdartsen van de JGZ. Ondersteuning is altijd in samenspraak met de moeder en wordt ook ingevuld op een manier die voor de moeder prettig en nuttig is.

Naast deze programma's van het JGZ, zijn er ook andere vormen van ondersteuning, zoals Home Start. Zij kunnen gezinnen ondersteunen door vrijwilligers in te schakelen. Deze vrijwilliger ondersteunt het gezin dan in de opvoeding van de kinderen, maar kan ook een luisterend oor bieden voor ouders die iemand missen om mee te praten. Home Start heeft op dit moment nog geen vastgelegde rol in de zorgpaden.

Uit dit hoofdstuk blijkt dat Friesland, met de GGD als aanjager, al belangrijke stappen heeft gezet richting de formatie van een ketenaanpak Kansrijke Start. Hierbij zit de kracht hem in de provinciale samenwerking van de lokale coalities. Provinciaal wat provinciaal kan, lokaal wat lokaal moet. Hierbij staat het formuleren van een provinciaal zorgpad hoog op de lijst en ook vragen op het gebied van financiering zullen provinciaal aangepakt kunnen worden. Vervolgens kunnen de lokale coalities deze besluiten lokaal gaan implementeren op een manier die voor de specifieke lokale coalitie passend is. Hiermee zal Friesland voldoen aan de IZA/GALA opdrachten en met financiering zelfs extra stappen zetten.

Hoofdstuk 5

WAT IS DE VISIE VAN
ZORGVERLENERS UIT DE
GEBORTEZORG OP DE HUIDIGE
ORGANISATIE VAN KANSRIJKE START
IN FRIESLAND?

HS1

HS2

HS3

HS4

HS5

HS6

HS7

HS8

HOOFDSTUK 5. WAT IS DE VISIE VAN ZORGVERLENERS UIT DE GEBOORTEZORG OP DE HUIDIGE ORGANISATIE VAN KANSRIJKE START IN FRIESLAND?

Vanuit het Rijk is de opdracht gegeven om een ketenaanpak Kansrijke Start te vormen en hebben ze in IZA en GALA beschreven waar de organisatie en zorg vanuit Kansrijke Start aan moet voldoen. Daarnaast is er de bestaande structuur van Kansrijke Start in Friesland waarop dit moet worden toegepast. Er zijn lokale coalities in alle gemeenten, er zijn samenwerkingen tussen gemeenten waaruit o.a. de verschillende zorgpaden gevormd zijn en er is een provinciaal aanjager en een provinciaal overleg, het PLN. Een volgende stap is inzoomen op de zorgprofessionals en wat zij vinden van Kansrijke Start op dit moment. Hiermee komen we aan bij eerder onderzoek wat hiernaar gedaan is.

In 2022 is er een onderzoek naar de opinie van zorgprofessionals over het zorgpad Vroegsignalering in de regio's Smallerland en Súdwest Fryslân gedaan (Hilderling-Leemhuis, 2022). Dit zorgpad Vroegsignalering komt overeen met de in hoofdstuk 4 besproken zorgpaden Kansrijke Start. De termen Kansrijke Start en vroegsignalering kwetsbare zwangeren worden in de praktijk door elkaar heen gebruikt. De term Kansrijke Start wordt voornamelijk gebruikt bij beleidsmakers en vroegsignalering kwetsbare zwangeren wordt meer gebruikt door uitvoerende instanties. In deze regio's zijn 1^e en 2^e lijn verpleegkundigen, gynaecologen, kraamverzorgenden, jeugdverpleegkundigen en gebiedsteammedewerkers geïnterviewd over hun ervaringen met het zorgpad. Deze resultaten zijn vervolgens gebundeld tot conclusies en adviezen per zorgspecialisatie over het zorgpad Vroegsignalering, wat heeft geleid tot de inzichten in tabel 11.

Uit de gesprekken is voornamelijk duidelijk geworden dat de zorgprofessionals bij wie de rol van signalering en het starten van het zorgpad het beste zou passen, hier onvoldoende middelen en tijd voor hebben. Het gaat hierbij dan om de eerstelijns verloskundige, jeugdverpleegkundigen en gebiedsteam medewerkers. Daarnaast is bekendheid over het gebruik van het zorgpad onvoldoende, waardoor zorgprofessionals deze niet gebruiken.

Als vervolgens gekeken wordt naar **verbeterpunten voor de organisatie van de zorg**, is de wens vanuit zorgprofessionals dat **huisartsen en POP-poli's** een (grotere) rol krijgen in het zorgpad. Daarnaast is het belangrijk dat er financiële middelen beschikbaar komen om de **zorgprofessionals tijd te geven voor het signaleren van kwetsbaarheid en bespreken van mogelijke ondersteuning**. Dit kan via de zorgverzekeraars, maar als hier geen landelijke regelingen voor zijn, zal vanuit het provinciaal lerend netwerk de samenwerking met De Friesland gezocht kunnen worden. Op dit moment zijn **zorgprofessionals terughoudend als er sprake is van multiproblematiek**, omdat er dan al hulpverlening actief is in het gezin. Vanuit het zorgpad is juist de **regierol van de jeugdverpleegkundige of gebiedsteam medewerker hierin geschikt**. Deze zorgprofessional kan dan ook overzicht creëren voor het gezin en door het initiële contact met de zorgprofessional is het vervolg contact laagdrempeliger. Verder is het belangrijk dat projectteams vergoed worden voor hun werk met het zorgpad vanuit de gemeente, omdat deze **maatwerk leveren**.

Tabel 11. Sterke en zwakke punten zorgpad per beroepsgroep. Verschillende zorgprofessionals zijn geïnterviewd over hun ervaringen met het zorgpad Vroegsignalering bij kwetsbare zwangeren. Dit heeft geleid tot een overzicht van sterke/zwakke punten bij deze zorgprofessionals ten opzichte van het zorgpad.

Zorgprofessional	Sterke punten m.b.t. het zorgpad	Zwakke punten m.b.t. het zorgpad
Eerstelijns verloskundige	Regelmatig contact met zwangere gedurende maanden. Goed vertrouwen van zwangeren.	Getraind in gespreksvoering in eigen vakgebied, niet voor specifieke sociale problematiek . Geen tijd voor uitgebreide signalering. Vertrouwelijk contact met zwangeren, angst voor verslechteren relatie .
Tweede lijn: verloskundigen en gynaecologen	Toenemende aandacht voor signalering van sociale kwetsbaarheid onder beide beroepsgroepen.	Zorg is sterk gefocusd op medische problematiek. Tijd per cliënt is zeer beperkt. Grote kans dat sociale problematiek niet aan de orde komt. Cliënt komt vaak pas later in de zwangerschap bij hen.
Kraamverzorgenden	Heeft heel intensief contact met de kersverse ouders, op zo'n manier dat het vrijwel onmogelijk is om kwetsbaarheid te verdoezelen.	Is eigenlijk maar heel kort bij de zwangere betrokken, ziet en doet veel , maar heeft daar maar heel weinig tijd voor.
KCC medewerkers	Centraal telefoonnummer voor heel Friesland (uitgezonderd van de gemeente Heerenveen).	Zijn niet inhoudelijk betrokken bij de zorgpaden of op de hoogte van hoe deze georganiseerd zijn.
Jeugdverpleegkundigen	Kan bij gezinnen betrokken blijven tot het kind volwassen wordt, kan zelf best wat ondersteuning geven, heeft (over het algemeen) een aardig goed beeld van wat er aan verdere hulpverlening mogelijk is (ook qua sociaal domein).	Komen normaal gesproken pas na de geboorte in beeld (met uitzondering van de dkt-vaccinatie, 22 weken). Bij erg kwetsbare zwangeren is soms angst voor JGZ vanwege spookverhalen over uithuisplaatsingen .
Gebiedsteam medewerkers	Kan altijd bij het gezin betrokken blijven en ondersteuning geven. Heeft een heel goed beeld van wat aan verdere hulpverlening mogelijk is. Gebiedsteammedewerkers vervullen vaak regisseursrollen en zijn dit dus al gewend.	Hebben veel kennis en zijn breed inzetbaar, maar hun kennis over/ervaring met zwangerschap kan beperkt zijn , zeker in kleinere dorpen.

Verder zijn de signalen die gelinkt kunnen worden aan kwetsbaarheid niet goed gedefinieerd bij het zorgpad, dus dit zou voor duidelijkheid kunnen zorgen en hierin kan dan een breed scala aan signalen opgenomen worden, dus naast bijvoorbeeld lage sociaaleconomische status en verslavingsproblematiek, kan o.a. dan ook financiële problematiek en roken worden toegevoegd. Het is daarbij wel belangrijk dat de **professional op de hoogte is van de diversiteit aan ondersteuning** die geboden kan worden vanuit het zorgpad, zodat deze professional goed kan uitleggen aan wat voor soort ondersteuning de zwangere kan denken als het zorgpad wordt ingeschakeld. **Verbeterpunten voor de zorgprofessional** die (gaan) werken met het zorgpad en vroegsignalering zijn vooral het werken met een signaleringsinstrument en het tijdig doorzetten van het zorgpad. Op dit moment werkt niet iedereen met een signaleringsinstrument, zoals eerder genoemde

ALPHA-NL en CAF, waardoor niet alle risicofactoren worden uitgevraagd. Hierdoor kunnen kwetsbaarheden gemist worden en zwangeren **niet of te laat** doorgestuurd worden voor extra ondersteuning. Daarnaast heeft de manier waarop de professional het gesprek voert invloed op de antwoorden van de zwangere en daarmee beïnvloedt dat of en wanneer kwetsbaarheid gesignaleerd wordt. Kwetsbaarheid wordt geassocieerd met lage sociaaleconomische status (SES), wat invloed kan hebben op zowel lage SES als niet-lage SES groepen. Daardoor kan dit invloed hebben op **of en wanneer** kwetsbaarheid gesignaleerd wordt. Bij het inschakelen van het zorgpad moet gewerkt worden op basis van huidige problematiek en wensen van de zwangere voor de toekomst en moet stigmatisering op basis van problematiek uit het verleden voorkomen worden. Naast bovengenoemde factoren die al dan niet leiden tot een aanmelding bij het zorgpad, kan ook handelingsverlegenheid een rol spelen bij de zorgverleners. Zorgverleners gaven in het onderzoek aan dat ze zich soms afvragen of het wel aan hen is om actie te ondernemen of dat ze soms het idee hebben dat het nog te vroeg is en dan afwachten tot een volgend consult. In de gemeente Smallingerland is eerder een cursus handelingsverlegenheid aangeboden aan zorgverleners en deze wordt in het najaar van 2023 ook in De Fryske Marren aangeboden. Als dit van toegevoegde waarde blijkt voor de zorgprofessionals die dit gevolgd hebben, zou dit ook in de andere gemeenten aangeboden kunnen worden. Voor de GGD of andere mensen uit de geboortezorg, zoals VSV's en projectteams is het belangrijk om uitvoerende instanties te blijven stimuleren dat ze signaleren. Hiervoor is het krijgen van de juiste training en ondersteuning om signaleren te doen essentieel. Daarnaast is het belangrijk dat zorgprofessionals na aanmelding bij het zorgpad duidelijke afspraken maken onderling over acties & terugkoppeling. Op dit moment vindt er niet of onvoldoende terugkoppeling plaats na aanmelding bij het zorgpad. Hierbij is het ook belangrijk dat duidelijk is wie welke rol vervult en wie voor welke ondersteuning **wel en niet** kan worden ingezet.

Tot slot is er op dit moment onvoldoende aandacht voor potentieel kwetsbare zwangeren. Als er kwetsbaarheid bij deze groep gesignaleerd wordt, pakt de desbetreffende zorgprofessional dit zelf op of regelt ondersteuning via eigen lijntjes. Hierdoor bestaat het risico op het mislopen van nodige ondersteuning, omdat niet het zorgpad gebruikt wordt en een deel van de keten gemist wordt. Dit kan opgelost worden door nuance aan te brengen in het zorgpad en zorgprofessionals duidelijk te maken dat het inschakelen van het zorgpad kan leiden tot laagdrempelig advies, het inschakelen van hulpinstaties en alles daartussenin.

Wat betreft de zwangere zelf is het belangrijk dat zorgprofessionals het bespreken van niet-medische problematiek normaliseren en zorgprofessionals leren in het durven vragen te stellen. Daarnaast is het van essentieel belang hoe de zorgprofessional het zorgpad aankondigt bij de zwangere, omdat voorkomen moet worden dat het gezien wordt als een negatieve spiraal van bemoeienis. Daarentegen is het doel juist dat het zorgpad en de daaropvolgende ondersteuning gezien wordt als **vraagbaak en een positieve bijdrage** levert op een manier die passend is voor de zwangere vrouw. Hierbij is het ook belangrijk dat flyers en formulieren de juiste teksten en benamingen hebben, waarbij 'zorgpad', 'kwetsbaarheid', 'aanmelden' en 'doorverwijzen' vermeden wordt.

VISIE VAN ZORGVERLENERS OVER ORGANISATIE KANSRIJKE START EN VROEGSIGNALERING

Kort samengevat zijn er meerdere factoren die ertoe kunnen leiden dat (potentieel) (zeer) kwetsbare zwangeren niet de ondersteuning krijgen die ze nodig hebben: vooroordelen bij de verloskundige, angst bij de zwangere, terughoudendheid van zorgprofessionals in het inschakelen van extra ondersteuning en onduidelijkheid over mogelijkheden voor niet-medische zorg. Daarom is het belangrijk dat er ingezet wordt op het durven signaleren, betere framing, informatievoorziening over zorgpaden, betere financiële middelen, betrekken van huisartsen en POP-poli's en structurele activatie en aansporing tot gebruik van het zorgpad. Vanuit bovenstaande conclusies en adviezen zijn diverse verbeterpunten geformuleerd voor het zorgpad. Dit is toegespitst op gemeenten, projectteams en VSV's.

Drie acties voor de gemeente:

- Actie 1: **stel een aanjager aan, via de GGD**. Deze heeft de taak om het zorgpad lokaal te stimuleren onder professionals, de lokale coalitie te coördineren en evaluatie uit te voeren. Daarnaast delen van kennis en in contact blijven met alle betrokken partijen in de geboortezorg.
- Actie 2: **projectteams vergoeden** voor hun cruciale rol binnen de lokale coalitie.
- Actie 3: elke gemeente moet **VoorZorg** beschikbaar hebben in de gemeente.

Zes acties voor projectteams:

- Actie 1: nieuwe benaming zorgpad formuleren, waarbij “kwetsbare zwangeren” en “zorgpad” worden vermeden.
- Actie 2: extra schil van actoren toevoegen met o.a. de huisarts, dit zijn incidentiele actoren. Verder overwegen om “stoppen met roken” onderdeel te maken van het zorgpad
- Actie 3: alternatieve aanmeldopties voor individuele interventies buiten het zorgpad om.
- Actie 4: specifieke doelgroep omschrijvingen o.b.v. van casuïstiek met toelichting meerwaarde zorgpad. Benadruk: zorgpad is ook **zinnig bij preventie**, wanneer er geen problematiek heerst.
- Actie 5: communicatiemomenten (+ wat wordt er gecommuniceerd) weergeven in zorgpad. Werk aan verwachtingsmanagement tussen zorgprofessionals en met de zwangeren.
- Actie 6: zorgpad combineren met prenataal huisbezoek (PHB)

Twee acties voor VSV's:

- Actie 1: afspraken maken met zorgverzekeraars over declaratie signalering (15 min.) en bespreking zorgpad (15 min.)
- Actie 2: scholing niet-medische problematiek, thema gericht o.b.v. behoeftes zorgprofessionals en evaluaties.

Deze acties zijn, zoals eerder benoemd, geformuleerd in juni 2022. Ondertussen is er een hoop ontwikkeling geweest bij Kansrijke Start in Friesland met de komst van een provinciale aanjager, Thea, en de daaruit volgende samenwerkingsverbanden binnen Friesland. Zo is er elk kwartaal overleg met alle lokale coalities en is er provinciaal lerend netwerk wat op provinciaal niveau uitdagingen op- en aanpakt. In tabel 12 staat een overzicht van deze acties en de ontwikkeling die op dat gebied geweest is van juni 2022 tot september 2023.

Tabel 12. Voortgang acties advies o.b.v. zorgprofessionals. Een evaluatie onder zorgprofessionals heeft geleid tot een advies in de vorm van 11 acties voor gemeenten, projectteams en VSV's. Een deel van deze acties zijn al uitgevoerd, van sommige acties is besloten dat deze niet verder uitgevoerd gaan worden en andere acties staan nog op de planning.

Acties	Voortgang
Gemeenten	
Actie 1	Alle Friese gemeenten hebben een lokale coördinator bij de gemeente. Deze lokale coördinatoren komen vier keer per jaar samen in het gemeentelijk overleg.
Actie 2	Dit kan iedere lokale coalitie zelf bepalen en meenemen in de SPUK aanvraag
Actie 3	Op dit moment bieden 12 van de 18 gemeenten VoorZorg aan hun inwoners. De ontbrekende gemeenten zijn Leeuwarden, Waadhoeke, Schiermonnikoog, Ameland, Terschelling en Vlieland.
Projectteams	
Actie 1	Hierover is gesproken, maar er is besloten de benamingen “zorgpad” en “kwetsbare zwangeren” onder professionals aan te houden, nu er steeds meer bekendheid ontstaat. Ook is daarbij benadrukt dat deze termen niet richting de doelgroep gebruikt worden.
Actie 2	Lokale gesprekken met huisartsen indien interesse van huisarts. Pilot Rookvrije Start in Leeuwarden in samenwerking met VSV. Gratis en laagdrempelig aanbieden “rookstop telefoon”.
Actie 3	Er is besloten om dit niet te doen. Juist door clustering van alle ondersteuning in het zorgpad, inclusief PHB, is de hoop dat dit voor een toename in aanmeldingen en daarmee een toename in ondersteuning op de juiste plek zorgt.
Actie 4	Speciale focus voor AZC's en programma voor Eritreeërs over seksualiteit en ouderschap: Shkorey. Nu meer focus op universele elementen als basis: o.a. Rookvrije Start, NNZ, GIZ-methodiek.
Actie 5	Wordt over nagedacht
Actie 6	Dit is gebeurd. Alle aanmeldingen komen nu op hetzelfde nummer binnen, m.u.v. Heerenveen
VSV's	
Actie 1	Dit is nog niet gebeurd, maar staat wel op de planning in het kader van de te vormen ketenaanpak. In het GALA worden, zoals beschreven in hoofdstuk 3 pagina 35, afspraken met zorgverzekeraars over te verzekeren zorg besproken.
Actie 2	Eerste stap gezet met handelingsverleggenheid cursus in De Fryske Marren.

VERBETERPUNTEN VANUIT ZORGPROFESSIONALS T.A.V. MONITORING EN EVALUATIE

Eerder onderzoek heeft laten zien dat er verbetering te behalen valt bij het bereik van het zorgpad (Hildering-Leemhuis, 2022). Hierbij dient meer aandacht besteed te worden aan het belang van een aanmelding bij het zorgpad voor de kwetsbare zwangeren en is het belangrijk dat alle zorgprofessionals weten dat ze het KCC van de GGD moeten bellen voor een aanmelding. Daarnaast zal gewerkt kunnen worden aan **monitoring en evaluatie** van de tevredenheid van professionals, d.m.v. **casuïstiekbespreking en periodieke vragenlijsten**. RIVM en Pharos voeren al monitoring uit, maar deze beantwoordt niet alle vragen die er in Friesland gesteld worden. In Friesland is een aantal jaar geleden al besloten om ook zelf monitoring en evaluatie uit te voeren.

Op deze manier kan er gericht gewerkt worden aan de provinciale vragen en kan er een completer beeld ontstaan van de stand van zaken en ontwikkeling op het gebied van Kansrijke Start. De basis hierin is het op tafel krijgen van cijfers over het gebruik van Kansrijke Start. Dat is er nog niet volledig, en dus onbetrouwbaar, maar er wordt wel hard aan gewerkt om deze op tafel te krijgen. Tot slot gaf een eerder adviesrapport ook advies over monitoring en evaluatie bij de doelgroep, wat door middel van korte vragenlijsten zou moeten plaatsvinden (Hildering-Leemhuis, 2022). Dit is ook een vraag die meegenomen wordt in het onderzoek met ervaringsdeskundigen, dus hierover zal later een uitgebreider antwoord komen.

Deze adviezen m.b.t. monitoring & evaluatie werden ook nader uitgewerkt in de vorm van implementatie stappen, waar vier acties uit zijn gekomen:

- Actie 1: opdracht naar KCC om een **lijst van aanmeldingen bij te houden** met datum aanmelding en postcode. Ga hierover in gesprek met KCC en bespreek ook al bestaande afspraken over aanmelding.
- Actie 2: **pilot monitoring opzetten** door VSV's, in samenwerking met de GGD. 2 verloskundigenpraktijken per zorgpad (Smallingerland, Heerenveen, Noord en Zuidwest).
- Actie 3: **tevredenheidsvragenlijsten afnemen onder professionals** en verwerken door studenten.
- Actie 4: maak duidelijke **planning van monitoring** en casuïstiekbespreking.

Dit advies is gegeven in juli 2022 en er zijn ondertussen al wat ontwikkelingen geweest op het gebied van monitoring en evaluatie. Zo is er vanuit het PLN door de werkgroep monitoring een tevredenheidsvragenlijst ontwikkeld om onder zorgprofessionals te peilen hoe het gaat met de zorgpaden Kansrijke Start. **Op dit moment wordt de laatste hand gelegd aan de voorbereiding hiervan, zodat deze in het najaar van 2023 verspreid kan worden.** Deze vragenlijst gaat over de volgende thema's:

1. Kenmerken van de zorgprofessional en verbondenheid aan VSV.
2. Tevredenheid zorgpad vroegsignalering en verbeterpunten.
3. Bekendheid met en gebruik van zorgpad vroegsignalering.

Daarnaast moeten aanmeldingscijfers boven water komen, dus is in het PLN afgesproken hierover hard op de deur te kloppen bij de GGD. Op dit moment is er een gespreksformulier dat door het KCC wordt ingevuld. Hierin staat de aanmelddatum, voornaam, achternaam, adresgegevens, gemeente en contactgegevens. Hier wil de werkgroep monitoring graag aan toevoegen wie de aanmelding heeft gedaan en hoeveel weken de vrouw zwanger was op moment van aanmelden. Er zijn dus voornamelijk ontwikkelingen in actie 1 en actie 3. Wat betreft actie 4 is er voor dit jaar een planning van monitoring onder zorgprofessionals. **In het najaar van 2023 wordt de tevredenheidsvragenlijst voor het eerst verspreid en is daarmee informatie opgehaald. Begin 2024 wordt er een statisch rapport gepresenteerd over het jaar 2022**

Met betrekking tot het monitoren en evalueren van de vroegsignalering kwetsbare zwangere en Kansrijke Start kan er geconcludeerd worden dat de focus dient te liggen op het ophalen van de resultaten en daaropvolgend opzetten van periodieke evaluatie onder zorgprofessionals. Daarnaast is een daaropvolgende

bespreking of briefing ook van belang om het zorgpad en zijn vorderingen onder de aandacht te brengen van zorgprofessionals. Het is de taak van het PLN om aan de slag te gaan met de monitoring en evaluatie in de werkgroep monitoring. De GGD kan dit onderwerp inbrengen in de vergadering van het PLN. De GGD dient zelf de systemen op orde te krijgen om in de toekomst de cijfers hier goed uit te kunnen halen. Verder dient er tot die tijd een korte termijn oplossing bedacht te worden om de cijfers van dit moment op tafel te krijgen. De resultaten van de monitoring en evaluatie dienen teruggekoppeld te worden naar de lokale coalities, zodat zij, indien nodig ondersteund door de GGD, hun lokale beleid kunnen aanpassen op deze resultaten.

Vanuit zorgverleners is het wenselijk dat er meer duidelijkheid komt over wat ze met het zorgpad kunnen en wat ze ermee kunnen bereiken. Bekendheid over het **ook** laagdrempelig kunnen inzetten van ondersteuning is daarbij wenselijk. Daarnaast is het belangrijk dat zorgprofessionals meer tijd (en dus geld vanuit de zorgverzekeraar) krijgen om aandacht te besteden aan vroegsignalering en het handelen wanneer er een signaal opgepikt wordt.

Er was vraag naar monitoring en evaluatie, hieraan wordt ondertussen hard gewerkt. De eerste resultaten worden begin 2024 verwacht.

Hoofdstuk 6

WAT IS DE VISIE VAN
ERVARINGSDESKUNDIGEN UIT DE
GEBORTEZORG OP DE HUIDIGE
ORGANISATIE VAN KANSRIJKE START
IN FRIESLAND

HS1

HS2

HS3

HS4

HS5

HS6

HS7

HS8

HOOFDSTUK 6. WAT IS DE VISIE VAN ERVARINGSDESKUNDIGEN UIT DE GEBOORTEZORG OP DE HUIDIGE ORGANISATIE VAN KANSRIJKE START IN FRIESLAND?

In hoofdstuk 3 is uitgebreid uiteengezet welke landelijke impulsen invloed hebben op Kansrijke Start met GALA en IZA. Hoofdstuk 4 geeft een uitgebreid beeld van de huidige stand van zaken van Kansrijke Start in Friesland en de ontwikkelingen daarbinnen met het PLN en de verschillende zorgpaden in de provincie. Met daarnaast ook de toevoeging van de flexibiliteit in de toepassing van GALA in Friesland, omdat de staatssecretaris Friesland een uitzonderingspositie heeft gegeven. Hoofdstuk 5 geeft duidelijk weer wat er op dit moment speelt bij professionals en waar winst te behalen valt in zowel de uitvoering als de monitoring en evaluatie van Kansrijke Start door de bril van deze professionals. Om het plaatje dan compleet te maken, zal in dit hoofdstuk verder ingezoomd worden op de meningen en belangen van ervaringsdeskundigen.

OPZET GESPREKKEN ERVARINGSDESKUNDIGEN

De gesprekken met ervaringsdeskundigen zijn gebaseerd op de PREM vragenlijst (CPZ, n.d.; appendix IV-A). Dit is een vragenlijst die landelijk gebruikt wordt om cliëntervaringen in de geboortezorg uit te vragen. Deze worden normaal gesproken gebruikt door zorgprofessionals, maar omdat het doel vergelijkbaar is met die van dit onderzoek, namelijk het achterhalen van de positieve en negatieve ervaringen met de geleverde ondersteuning, heeft deze vragenlijst als basis gediend voor het protocol van de gesprekken in dit onderzoek. Dit onderzoek is kwalitatief ingestoken en wordt gebruikt als eerste inventarisatie van de stand van zaken vanuit het perspectief van de ontvangers van extra ondersteuning. Het open gesprek is tijdens dit onderzoek als uitgangspunt genomen. Daarnaast zijn de thema's uit de PREM vragenlijst gebruikt als leidraad voor de gesprekken. Het protocol voor de gesprekken is terug te lezen in appendix IV-C; dit is een rode draad voor het gesprek, maar de moeder is verder leidend in hoe het gesprek gaat.

De thema's die aan bod komen in de gesprekken zijn: [1] ervaringen van de moeder, [2] wat er goed ging bij de ondersteuning, [3] wat er niet goed ging of gemist is bij de ondersteuning, [4] ervaren regie van de moeder, [5] vertrouwen van de moeder in de zorgverlening, [6] het gebruik van foliumzuur in relatie tot de zwangerschap en [7] aanzien ten opzichte van toekomstige monitoring en evaluatie.

MET WIE ZIJN DE GESPREKKEN GEVOERD?

Binnen dit onderzoek zijn gesprekken gevoerd met acht gezinnen (tabel 13). In zes gesprekken is alleen met de moeder gesproken, in twee gesprekken was, naast de moeder, ook de vader aanwezig. De gesprekken zijn gevoerd tussen 25 mei en 20 juli 2023. De leeftijd van de moeders lag tussen de 19 en 41 jaar oud met een gemiddelde leeftijd van 32 jaar. De leeftijd van het eerste kind was tussen de 21 jaar en 5 maanden met een gemiddelde van 4,5 jaar. Vier moeders hadden ook een tweede kind en twee moeders hadden ook een derde kind. Van de acht moeders was er bij zes moeders een relatie met de vader van de kinderen, bij twee moeders was die relatie er niet. Bij zes moeders was er op het moment van het gesprek nog ondersteuning actief in het gezin, waarvan in vijf gevallen o.a. geboden door de GGD. Twee moeders kregen geen

ondersteuning meer. De geïncludeerde gezinnen kwamen uit zes verschillende gemeenten, namelijk Súdwest Fryslân, Smallingerland, Noardeast-Fryslân, Waadhoeke, Harlingen en Leeuwarden. Deze zes gemeenten behoren tot drie verschillende zorgpaden, namelijk Súdwest, Smallingerland en Noord. Het enige zorgpad wat niet is meegenomen is dat van Heerenveen. Een korte introductie van de acht gezinnen staat in appendix V. Hierin staat verteld wat de situatie van de gezinnen is, waar ze ondersteuning bij hebben gehad en wat ze de GGD zouden willen meegeven in de toekomst ter verbetering van deze ondersteuning.

Tabel 13. Algemene informatie deelnemers. Er waren acht gezinnen. Vier moeders hadden één kind, twee hadden twee kinderen en twee hadden drie kinderen. Bij zes van de acht moeders is een partner in beeld. Bij zes van de acht moeders is ondersteuning nog steeds actief. De moeders wonen in zes verschillende gemeenten die vallen onder drie verschillende zorgpad regio's.

#	Leeftijd moeder	Leeftijd kind 1	Leeftijd kind 2	Leeftijd kind 3	Met partner (ja/nee)	Ondersteuning actief (ja/nee)	Gemeente	Zorgpad regio
1	19 jaar	5 mnd	X	X	Ja	Nee	Súdwest Fryslân	Súdwest
2	34 jaar	10 mnd	X	X	Ja	Ja (niet GGD)	Smallingerland	Smallingerland
3	27 jaar	5 mnd	X	X	Nee	Ja	Noardeast-Fryslân	Noord
4	26 jaar	15 mnd	X	X	Ja	Ja	Waadhoeke	Noord
5	41 jaar	21 jaar	5 jaar	7 wk	Ja	Ja	Harlingen	Noord
6	37 jaar	2 jaar	7 mnd	X	Ja	Ja	Waadhoeke	Noord
7	40 jaar	3,5 jaar	15 mnd	X	Nee	Nee	Leeuwarden	Noord
8	31 jaar	7 jaar	3 jaar	1 jaar	Ja	Ja	Noardeast-Fryslân	Noord
Gem.	32 jaar	4,5 jaar	2,5 jaar	7 mnd	2x nee; 6x ja	2x nee; 6x ja		

WAT KUNNEN WE LEREN UIT DE PRAKTIJK?

Alle moeders hebben positieve ervaringen met de ondersteuning die ze hebben gekregen en geven aan dat ze de juiste ondersteuning hebben gekregen (tabel 14). Daarnaast geven vijf van de acht moeders aan dat ze negatieve ervaringen hebben met de ondersteuning die ze hebben ontvangen. Deze negatieve ervaringen komen op alle momenten voor. Drie van de acht moeders geven aan niet altijd de juiste ondersteuning te hebben gehad. Dit kwam één keer voor tijdens de zwangerschap, twee keer tijdens de bevalling en drie keer na de zwangerschap.

Tabel 14. Tevredenheid met ondersteuning. Alle ouders hebben positieve ervaringen met de ondersteuning en hebben ook (gedeeltelijk) de juiste ondersteuning ontvangen. Vijf van de acht moeders heeft naast positieve ook negatieve ervaringen met de ondersteuning, dit kwam voor in alle periodes van zwangerschap t/m jonge ouder. Drie moeders hebben deels niet de juiste ondersteuning ontvangen.

Ervaringen met zorg/ondersteuning	Totaal	Percentage (%)	Juiste ondersteuning ontvangen	Totaal	Percentage (%)
Zwangerschap positief	6	75%	Zwangerschap ja	6	75%
Zwangerschap negatief	3	38%	Zwangerschap nee	1	13%
Bevalling positief	3	38%	Bevalling ja	4	50%
Bevalling negatief	3	38%	Bevalling nee	2	25%
Na zwangerschap positief	8	100%	Na zwangerschap ja	8	100%
Na zwangerschap negatief	5	63%	Na zwangerschap nee	3	38%
Totaal positief	8	100%	Totaal ja	8	100%
Totaal negatief	5	63%	Totaal nee	3	38%

Wat de ervaringsdeskundigen positief vonden aan de ondersteuning vanuit Kansrijke Start interventies is de flexibele inzet van de ondersteuning, op maat van het gezin. Hierbij benoemden de respondenten de mogelijkheid om ondersteuning te krijgen bij de dingen waar zij op dat moment tegenaan liepen i.p.v. een gestandaardiseerde ondersteuning. Ook hebben sommige moeders/gezinnen kunnen besluiten (eerder) te stoppen met de ondersteuning dan het programma normaal gesproken voorschrijft, omdat zij zelf het idee hadden dat ze daar aan toe waren. Daarnaast zijn ze ook erg tevreden over de expertise van de verpleegkundige en de samenwerking tussen verschillende instanties, als dat aan de orde was. Een aantal moeders gaf aan dat ze door ondersteuning vanuit Kansrijke Start voor het eerst het idee hadden dat er overzicht kwam in de ondersteuning die ze kregen. Tot slot hebben de ouders het ook als positief ervaren dat ze een vaste vraagbaak hadden in de overweldigende periode. De negatieve ervaringen die de ervaringsdeskundigen deelden tijdens de gesprekken, gingen soms over ervaringen met andere instanties dan de GGD. Moeder 6 gaf aan dat het regelen van extra hulp via de gemeente erg stroef verloopt. Moeder 7 had wel negatieve ervaringen met de GGD, maar niet met de extra ondersteuning. Zij heeft negatieve ervaringen met het consultatiebureau dat zij bezocht met haar dochters.

Naast de negatieve ervaringen, hebben sommige gezinnen ook bepaalde ondersteuning gemist tijdens de zwangerschap en het prille moederschap (tabel 15). Moeder 2 gaf aan een **24 uurs hulplijn** gemist te hebben. Zij zou dit in de toekomst een enorme positieve bijdrage vinden tijdens het prille moederschap. Moeder 4 gaf aan dat ze de **begeleiding in welke keuzes je als moeder/ouders kan maken** gemist heeft. Dit heeft ze gemist in alle fasen, dus zowel voor, tijdens als na de bevalling. Moeder 7 gaf aan dat ze graag **BabythuisZorg** had gekregen toen het voor haar fysiek moeilijk was om haar kind te verzorgen. BabythuisZorg kan ingezet worden als een gezin tijdelijk niet voldoende een veilig en beschermd gevoel kan geven aan het kind t/m één jaar. Dit kan zijn als verlengstuk van de kraamzorg, maar kan ook los van de kraamzorg gestart worden. Daarnaast had ze graag informele ondersteuning gehad van een moeder met wie zij had kunnen praten over de dingen die zij doormaakte. Ook zou zo'n moeder een laagdrempelige vraagbaak kunnen zijn voor moeders die uitdagingen ondervinden in het jonge moederschap.

Tabel 15. Mate van gemiste ondersteuning. Drie van de acht moeders/ouders gaven aan ondersteuning gemist te hebben. Bij één moeder was dit het geval tijdens de zwangerschap, bij twee moeders was dit het geval tijdens de bevalling en bij drie moeders was dit het geval in de periode na de zwangerschap.

Gemiste ondersteuning	Totaal	Percentage (%)
Zwangerschap	1	13%
Bevalling	2	25%
Na zwangerschap	3	38%

Een ander punt van aandacht ligt in de manier waarop extra ondersteuning wordt aangeboden het wordt aangeboden (tabel 16). Hoewel 6 van de 8 moeders het fijn vond dat er hulp werd aangeboden, ging dat soms ook gepaard met andere gevoelens. Twee moeders vonden het erg indringend, onnodig, maar ook

twee moeders hadden de angst dat dit kon leiden tot het weghalen van het kind door Veilig Thuis. Daarnaast speelden gevoelens van onrust en het gevoel van falen bij de ouders.

Tabel 16. Ervaring aanbod ondersteuning. Zes van de acht moeders gaf aan dat ze het erg fijn vonden dat de hulp werd aangeboden. Daarnaast is de extra ondersteuning soms ook negatief ervaren, namelijk indringend, onnodig, onwennig, angst voor weghalen kind, onrust en gevoel van falen.

Ervaring met aanbod extra hulp/ondersteuning	Totaal	Percentage (%)
Indringend	2	25%
Onnodig	2	25%
Onwennig (wat moet ik hier nou mee?)	2	25%
Fijn dat het wordt aangeboden	6	75%
Angst (kind weghalen)	2	25%
Onrustig/veel instanties	2	25%
Gevoel van falen	2	25%

Van de acht moeders geven zes moeders aan volledige regie te hebben gehad tijdens de ondersteuning, twee moeders hebben deels wel en deels geen regie ervaren over de aangeboden ondersteuning (tabel 17). Moeder 2 gaf aan dat het gevoel van regie over de situatie minder was, omdat ze het idee had dat woorden zomaar verdraaid konden worden en daarmee haar mening anders geïnterpreteerd kon worden. Zij wilde daarom alles zwart op wit hebben, om deze regie weer terug te pakken. Moeder 7 had voornamelijk in het begin, kort na de bevalling, het idee dat iedereen beslissingen voor haar en haar kind nam en dat ze daar zelf onvoldoende inspraak in had. Toen ze sterker werd, heeft ze dit aangegeven en de controle stukje bij beetje weer terug genomen. Moeder 7 heeft ook in de periode in het ziekenhuis, zowel tijdens als na de bevalling, het gevoel gehad dat de regie haar uit handen is genomen en het overleg over het kind met de vader ging. Dit heeft de ervaringsdeskundige als zeer onprettig ervaren.

Tabel 17. Ervaren regie. Alle moeders/ouders hebben het gevoel gehad dat ze regie hadden over de ondersteuning die ze kregen. Bij twee gezinnen was dit niet van alle tijden, zij hebben in sommige periodes het gevoel van regie gemist.

Regie in ondersteuning die geboden werd	Totaal	Percentage (%)
Wel regie gehad	8	100%
Geen regie gehad	2	25%

Over het algemeen was het vertrouwen in zorgverleners wisselend (6 van de 8; tabel 18). Dit komt omdat zorgverleners het vertrouwen van de moeders elke keer weer voor ze winnen, omdat de moeders er in de regel erg sceptisch instappen. Vaak heeft eerdere ondersteuning, buiten Kansrijke Start, het vertrouwen van de moeders geschaad. Aan de andere kant kwam in de gesprekken ook duidelijk naar voren dat de ondersteuning vanuit Kansrijke Start het vertrouwen van de moeders in de zorgverlening heeft verbeterd en dat, soms direct en soms na verloop van tijd, het vertrouwen van de moeders in de hulp vanuit Kansrijke Start erg goed was.

Tabel 18. Vertrouwen in zorgverleners. Vier moeders hebben goed vertrouwen in de zorgverleners, zes moeders gaven aan dat het vertrouwen in zorgverleners wisselend is. Drie moeders/ouders gaven aan geen vertrouwen te hebben in zorgverleners.

Vertrouwen in zorgverleners	Totaal	Percentage (%)
Wel vertrouwen	4	50%
Wisselend vertrouwen	6	75%
Geen vertrouwen	3	38%

Alle ervaringsdeskundigen hebben foliumzuur gebruikt tijdens de zwangerschap (tabel 19). Hiervan gebruikten twee moeders foliumzuur in de voorgeschreven periode, de andere zes moeders slikten foliumzuur geheel of gedeeltelijk buiten de voorgeschreven periode. Dit had een aantal keer te maken met het op voorhand niet weten dat ze zwanger is geworden. Andere moeders gingen informatie opzoeken over de zwangerschap toen ze zwanger waren en kwamen toen op het advies over foliumzuur. Alle moeders waren tijdens het gesprek op de hoogte van het gebruik van foliumzuur i.r.t. de zwangerschap en zijn ook gestart met foliumzuur, zodra ze erachter kwamen dat dit nodig was (ofwel door de gevonden informatie ofwel door het ontdekken van de zwangerschap).

Tabel 19. Gebruik van foliumzuur. Alle moeders waren bekend met het gebruik van foliumzuur en hebben foliumzuur gebruikt. Twee van de acht ouders hebben foliumzuur volgens de richtlijnen gebruikt (Damen e.a., 2023; De Jong-Potjes e.a., 2011).

Foliumzuur	Totaal	Percentage (%)
Bekend met foliumzuur	8	100%
Foliumzuur gebruikt	8	100%
Foliumzuur gebruikt zoals voorgeschreven	2	25%
Foliumzuur niet gebruikt zoals voorgeschreven	6	75%
Foliumzuur niet gebruikt	0	0%

Wat betreft toekomstige monitoring geven zeven moeders de voorkeur aan fysieke monitoring, dus een gesprek met de onderzoeker (tabel 20). Hiervan geven drie moeders de voorkeur aan een gesprek thuis en geven vier moeders aan dat de locatie hiervoor niet uitmaakt. Eén moeder gaf aan de voorkeur te geven aan monitoring via een brief of digitale omgeving. Eén moeder gaf de voorkeur aan monitoring d.m.v. een klankbordgroep of moederraad waar dan de lopende thema's besproken kunnen worden met de moeders die hieraan deelnemen als afgevaardigden.

Tabel 20. Toekomstige monitoring. De ouders gaven in de gesprekken aan dat ze positief aankijken tegen monitoring via een fysiek gesprek. Drie ouders gaven aan de voorkeur te hebben voor een gesprek aan huis, anderen maakt de locatie niet uit. Eén ouder geeft de voorkeur aan een digitale monitoring of monitoring met een invulformulier. Eén ouder gaf aan een monitoring via klankbordgroep of moederraad prettig te vinden.

Toekomstige monitoring	Totaal	Percentage (%)
Voorkeur voor fysiek	7	88%
Thuis	6	75%
Op CB	3	38%
Voorkeur voor digitaal/brief	1	13%
Klankbordgroep/moederraad CB	1	13%

Toevoegend aan het hierboven beschreven onderzoek is er ook door het UMCG en Amsterdam UMC een kwalitatief onderzoek uitgevoerd naar de ervaringen van ouders met extra hulp tijdens de eerste 1000 dagen (Feijen-de Jong e.a., 2022). Voor dit onderzoek zijn zeventien kwetsbare zwangere vrouwen of kwetsbare moeders gesproken. Deze gesprekken gingen over de achtergrond van de vrouw, welke ondersteuning ze heeft ontvangen en hoe deze haar bevallen is en welke ondersteuning de vrouw gemist heeft. Uit dit onderzoek komt nadrukkelijk naar voren dat aandacht voor het opbouwen van een vertrouwensband tussen de hulpverlener en de ouders in kwestie essentieel is voor deze hulpverlening. Het is volgens de onderzoekers van dit artikel erg belangrijk dat de zorgverleners zich hiervan bewust zijn of worden. Bij deze vertrouwensband is voor het bouwen aan empathie en wederzijds respect belangrijk met als doel dat de vrouwen krachtiger, zelfstandiger en meer zelfvoorzienend worden (Feijen-de Jong e.a., 2022).

Over het algemeen zijn de geholpen ouders erg tevreden met de ondersteuning die ze hebben gekregen. Ze waarderen voornamelijk **personalisatie van de ondersteuning en het hebben van een vraagbaak** tijdens deze prille periode.

Punten van verbetering die ouders aangeven betreffen de manier waarop de extra ondersteuning wordt aangeboden. Dit gaan nog steeds gepaard met een **gevoel van angst, een indringend gevoel en een gevoel van falen**. Dit verdient extra aandacht. Drie van de acht ouders heeft in bepaalde fasen ondersteuning gemist, nog **beter overleg met de ouders** zou dit kunnen verbeteren. Hiermee kan ook het gevoel van regie bij de ouders vergroot worden.

Gemiste ondersteuning:

- **24h hulplijn** waar ouders laagdrempelig naartoe kunnen bellen met hun vragen en uitdagingen,
- **BabythuisZorg** in heel Friesland (en Nederland).
- **Vrijwilligers** met vergelijkbare ervaringen als vraagbaak of laagdrempelige hulp.

Hoofdstuk 7

CONCLUSIE EN DISCUSSIE

HS1

HS2

HS3

HS4

HS5

HS6

HS7

HS8

HOOFDSTUK 7. CONCLUSIE EN DISCUSSIE

CONCLUSIES PER HOOFDSTUK

Afgelopen hoofdstukken zijn uitgebreid de verschillende perspectieven op Kansrijke Start uiteengezet. Er is ingegaan op de landelijke ontwikkelingen, op de Friese stand van zaken, op de mening van zorgprofessionals en op de mening van ervaringsdeskundigen.

Uit hoofdstuk 1 kunnen we concluderen dat een financieel stabiele basis van groot belang is voor het opgroeien van een kind. Kwetsbaarheid ontstaat door een disbalans in risicofactoren en beschermende factoren. Veel voorkomende risicofactoren voor armoede zijn: eenouder gezinnen, gezinnen met een niet-westerse migratieachtergrond, gezinnen waar een ouder langdurig ziek is en gezinnen met laagopgeleide ouders. Belangrijke beschermende factoren gaan over steun, sociale binding en betrokkenheid. Hiermee kan het sociale vangnet vergroot worden en kan de weerbaarheid van een gezin vergroot worden.

Uit hoofdstuk 2 kan geconcludeerd worden dat foliumzuur bewezen de kans op het ontstaan van meerdere aandoeningen bij kinderen verlaagt, waarbij een open ruggetje nog steeds de belangrijkste indicatie is. Daarnaast wordt het aanbevolen om vitamine D supplementen te nemen tijdens de zwangerschap en zijn er voor zwangeren aangepaste adviezen voor B2, B6, B12, A, C, zink, koper en jodium. Het nemen van supplementen tijdens de zwangerschap wordt niet vergoed door de zorgverzekeraar en dus kan dit in combinatie met armoede een extra achterstand voor het ongeboren kind opleveren.

Uit hoofdstuk 3 over de landelijke opdracht Kansrijke Start kan geconcludeerd worden dat er een ketenaanpak gevormd dient te worden. De opdracht hiervoor is gegeven met het aanbieden van meerdere acties voor verschillende actoren, VWS, gemeenten en zorgverzekeraars. Hierbij is het belangrijk dat de samenwerking wordt opgezocht tussen gemeenten, dat er voldoende financiële middelen beschikbaar komen vanuit het ministerie van VWS en dat er afspraken vanbinnen de keten gemaakt worden met de zorgverzekeraars over extra vergoedingen voor zorgprofessionals voor het uitvoeren van screening op kwetsbaarheid en het in gang zetten van het zorgpad indien nodig. Daarnaast heeft de staatssecretaris eerder dit jaar aangegeven dat er in Friesland op het gebied van preventie, waar Kansrijke Start onder valt, al grote stappen gezet worden en dat Friesland wat verder kan gaan denken dan de kaders van IZA en GALA beschrijven.

Uit hoofdstuk 4 kan geconcludeerd worden dat er een bestaande structuur van Kansrijke Start in Friesland is waarbij alle gemeenten een lokale coalitie hebben en er op sommige plekken wordt samengewerkt tussen deze lokale coalities. Daarnaast zijn er ondersteuningsprogramma's die door de hele provincie, door alle lokale coalities, worden aangeboden, maar er zijn ook vormen van ondersteuning die alleen in een aantal gemeenten wordt aangeboden. Binnen Friesland wordt wel steeds meer de samenwerking tussen de

verschillende gemeenten opgezocht en wordt er gewerkt aan een basis aanbod Kansrijke Start die vanuit de provinciale structuur georganiseerd wordt. Denk hierbij aan een provinciale dekking van specifieke ondersteuningsprogramma's, zoals NNZ en VoorZorg, maar ook regelingen m.b.t. financiering van kraamzorg om de afname van kraamzorg te stimuleren en het opzetten van een provinciaal zorgpad. Dit laatste is dan een algemeen zorgpad dat door de hele provincie terugkomt en op lokaal niveau specifiek gemaakt kan worden.

Hoofdstuk 5 beschrijft de resultaten van een onderzoek uitgevoerd onder zorgprofessionals, waarbij zij in gesprekken hebben kunnen aangeven wat zij vinden van de huidige gang van zaken binnen Kansrijke Start, wat er goed gaat en wat nog aandacht verdient of aangepast dient te worden. Zorgverleners gaven voornamelijk aan dat meer bekendheid over het zorgpad en de mogelijkheden binnen Kansrijke Start belangrijk is en dat het daarbij ook belangrijk is dat bij zorgprofessionals bekend wordt dat Kansrijke Start zowel laagdrempelige eenmalige ondersteuning kan bieden als een intensief langdurig traject en alles daar tussenin. Daarnaast gaven de zorgprofessionals aan dat duidelijk moet zijn wie wat kan doen binnen Kansrijke Start, maar ook wie wat niet kan doen. Tot slot vinden de zorgprofessionals het belangrijk dat er tijd (en dus geld) beschikbaar komt om te besteden aan signaleren en aan handelen naar opgepikte signalen.

Hoofdstuk 6 beschrijft een evaluatie onder ervaringsdeskundigen, ouders die ondersteuning vanuit Kansrijke Start hebben gehad. De positieve punten uit dit onderzoek betroffen voornamelijk de tevredenheid over de personalisatie van de ondersteuning. Punten voor verbetering genoemd door de ouders gingen over de manier waarop de ondersteuning werd aangeboden. Ouders hielden hier een gevoel van angst aan over, vonden het indringend en voelden alsof ze gefaald hadden in de opvoeding. Daarnaast is door ouders aangegeven dat een 24h hulplijn, BabythuisZorg in heel Friesland en toegang tot ondersteuning van vrijwilligers erg van toegevoegde waarde kan zijn voor de gezinnen.

CONCLUSIES SAMENGEVOEGD

De hoofdstukken 1 t/m 6 zijn geschreven vanuit verschillende perspectieven, respectievelijk armoede op de ontwikkeling van het kind in de eerste 1000 dagen, foliumzuur tijdens de zwangerschap, de landelijke veranderingen, de Friese veranderingen, de meningen en belangen van zorgprofessionals en de meningen en belangen van de ervaringsdeskundigen. Deze zes hoofdstukken samengevat dient er:

- beleid gemaakt te worden waarbij meer samenwerking tussen gemeenten gezocht wordt en ook tussen verschillende domeinen van de gemeenten
- binnen Friesland nagedacht te worden over welke elementen er provinciaal aangevlogen moeten worden en welke elementen lokaal besloten kunnen worden
- geld en tijd geregeld te worden om signaleren en actie nemen op signalen mogelijk te maken voor zorgprofessionals én dient er daarnaast meer duidelijkheid gegeven te worden aan de

zorgprofessionals over de grote diversiteit aan ondersteuning die vanuit Kansrijke Start geboden kan worden

- meer aandacht geschonken te worden aan hoe ondersteuning aan ouders wordt aangeboden en zal er nagedacht moeten worden over het opzetten en een 24h hulplijn voor ouders, BabythuisZorg en hulp van vrijwilligers in de hele provincie.

DISCUSSIE

Als we kijken naar de inventarisatie onder ervaringsdeskundigen, dan valt allereerst op te merken dat dit inderdaad een inventarisatie is geweest en geen kwalitatief onderzoek. Het onderzoek is uitgevoerd onder acht gezinnen in Friesland, verspreid over zes verschillende gemeenten, maar dit is geen representatieve steekproef van de groep kwetsbare zwangeren in Friesland die ondersteuning vanuit Kansrijke Start heeft ontvangen. Hierbij valt op te merken dat het lastig is om te bepalen hoe de steekproef van kwetsbare zwangeren in Friesland die ondersteuning vanuit Kansrijke Start heeft ontvangen eruit zou moeten zien, omdat tot op heden onduidelijk is hoeveel gezinnen te maken hebben gehad met dergelijke ondersteuning. Hieraan toevoegend valt ook op te merken dat we wél van alle gezinnen weten welke soort ondersteuning ze gehad hebben, maar we weten niet of deze zorg is aangeboden na een aanmelding via het zorgpad of dat dit door de verloskundige of verpleegkundige die al betrokken was bij het gezin direct in gang is gezet. De gezinnen die mee hebben gedaan aan dit onderzoek hebben dus wél allemaal ondersteuning gehad vanuit een (of meer) interventies van Kansrijke Start, maar ze hoeven niet aangemeld te zijn bij het zorgpad Kansrijke Start.

Toegevoegd hieraan is het belangrijk om te realiseren dat er met acht gezinnen uit zes verschillende gemeenten gesproken is. Deze zes gemeenten werken met drie verschillende zorgpaden. Hiermee is er dus wel een spreiding van de gezinnen over verschillende aandachtsgebieden, maar het aantal gezinnen per gemeente is erg laag, dus er valt onmogelijk iets te zeggen over een specifieke gemeente op basis van deze selectie gezinnen. Hetzelfde geldt voor specifieke ondersteuningsprogramma's, omdat deze acht gezinnen een grote diversiteit aan ondersteuning gekregen hebben, zowel binnen als buiten de GGD.

Tot slot is er tijdens deze inventarisatie niet ingezoomd op speciale doelgroepen, zoals mensen met een migratieachtergrond, nieuwkomers en mensen uit asielzoekerscentra. Er zijn vanuit de GGD allerhande programma's voor deze doelgroepen, maar dit is niet meegenomen in deze inventarisatie.

Ondanks dat er zeer waardevolle informatie naar voren is gekomen uit de acht gevoerde gesprekken, geeft het deels een zeer eenzijdig beeld weer. De gezinnen die gesproken zijn, waren erg divers, maar het zijn alle acht gezinnen waar hulp is opgestart en waar de hulp positief is ontvangen en positief heeft uitgepakt. Gezinnen die je mist in dit onderzoek, maar die mogelijk wel een belangrijke boodschap kunnen hebben richting Kansrijke Start zijn:

- De gezinnen waar géén hulp is opgestart, omdat signalen niet zijn opgepikt of er niet gehandeld is naar aanleiding van signalen.
- De gezinnen waar wel hulp is opgestart, maar waar deze hulp geen positief effect heeft gehad op het gezin.

De gezinnen uit deze twee groepen kijken mogelijk heel anders aan tegen de organisatie en ondersteuning van Kansrijke Start en kunnen mogelijk vanuit dat perspectief een heel andere feedback geven op Kansrijke Start. In 2022 zijn er 5.801 kinderen geboren in Friesland. Ongeveer 14% van de kinderen in Friesland krijgt niet de start die ze zouden moeten krijgen en hebben om die reden extra ondersteuning nodig vanuit het programma Kansrijke Start (GGD Fryslân, 2019). Dat gaat om ongeveer 812 kinderen in 2022. Op dit moment zijn de aantallen gezinnen die ondersteuning krijgen vanuit Kansrijke Start niet helemaal duidelijk, maar wel is duidelijk dat deze 14%, 812 kinderen, niet gehaald wordt. Hierdoor blijft dus een deel liggen, die het volgens de cijfers wel nodig gehad zouden hebben. Van hen zouden we ook graag horen wat er gedaan moet worden om ook met deze groep in contact te komen om ze de gewenste ondersteuning te geven.

De manier waarop de gezinnen geïncludeerd zijn, kan van invloed zijn geweest op de gezinnen die geïncludeerd zijn. De gezinnen zijn geïncludeerd via het brede netwerk van zorgverleners die te maken hebben met Kansrijke Start, verloskundigen, jeugdverpleegkundigen, jeugdartsen, specialistische verpleegkundigen van de interventies en secundaire organisaties, zoals wijkteams. De eerste invloed op de selectie van gezinnen begint daarmee al met welke zorgverleners wilden meehelpen in het werven van gezinnen voor dit onderzoek. Hiermee betrek je bepaalde groepen gezinnen wel en anderen juist niet. Vervolgens hebben deze zorgverleners de contacten gelegd met de gezinnen en vervolgens als deze gezinnen wilden meewerken, kon contact met de gezinnen opgenomen worden. Het kan zijn dat de zorgverleners specifieke gezinnen hebben uitgekozen voor dit onderzoek, bijvoorbeeld omdat het contact met deze gezinnen goed was en daarmee de kans op medewerking groot. Daarnaast kan het zijn dat gezinnen die een positieve ervaring hebben met Kansrijke Start gemakkelijker hun hele verhaal willen vertellen en daarom eerder meedoen aan dit onderzoek. Gezinnen waar ondersteuning niet goed is gegaan of waarbij gezinnen zeer vroegtijdig zijn afgehaakt, zullen hierdoor mogelijk minder gauw geïncludeerd worden.

Vanuit de gemeente Heerenveen hebben er geen gezinnen deelgenomen aan het onderzoek. Deze gemeente heeft een ander zorgpad die ook alleen in die gemeente gebruikt wordt. Deze gemeente hanteert een heel andere organisatie structuur, waardoor het ook interessant is om te zien hoe het in die gemeente gaat. De regie van het zorgpad Heerenveen ligt bij de gemeente/het wijkteam, i.p.v. bij de GGD en daarmee worden de aanmeldingen lokaal doorgestuurd naar de desbetreffende medewerkers. Informatie over of dit beter werkt en tot betere resultaten leidt, vanuit het perspectief van de ontvangende gezinnen, mist in deze analyse verder geheel.

In hoofdstuk 3 wordt onder andere gesproken over de rol van de zorgverzekeraars. Hierbij wordt gesproken over de duiding t.a.v. de verzekerde zorg vanuit het Zorginstituut. Voor alsnog is er geen duiding vanuit het Zorginstituut betreffende de zorg en ondersteuning die bij Kansrijke Start past. Daarnaast is ook niet bekend of een dergelijke duiding nog komt. Dit maakt het voor zorgverzekeraars lastig om te bepalen wat ze kunnen en mogen en dat maakt het gesprek van de GGD met De Friesland t.a.v. de vraag over vergoeding van het screenen op signalen en daar eventuele acties aan verbinden lastig.

Wat betreft het onderzoek naar de opinie van zorgverleners t.a.v. Kansrijke Start en vroegsignalering kwetsbare zwangerschappen is het goed om stil te staan bij de gemeenten waaruit de deelnemende zorgverleners kwamen. Voor dit onderzoek is gekozen voor inclusie van zorgprofessionals uit twee gemeenten: Smallingerland en Súdwest Fryslân. Positief hieraan is dat dit twee gemeenten zijn met verschillende zorgpaden, dus daarmee zijn ook twee verschillende zorgpaden onder de loep genomen. Aan de andere kant is het lastig om op basis van twee gemeenten conclusies te trekken over de hele provincie. Er is niet gesproken met zorgprofessionals uit de regio van zorgpad Noord, die door een grote hoeveelheid gemeenten gebruikt wordt, dus blijft het gissen hoe het in die gemeenten gaat met Kansrijke Start en wat de zorgprofessionals daar vinden van de gang van zaken. Het is positief dat er in de volledige breedte van zorgprofessionals mensen bereid zijn gevonden om hierover het gesprek aan te gaan, daarentegen is er van elke beroepsgroep maar één persoon per gemeente gesproken. Het is daarom ook lastig om op basis van deze ene persoon een conclusie te trekken over wat deze hele beroepsgroep in die gemeente vindt van Kansrijke Start en bijbehorend zorgpad.

Tot slot is een kanttekening op het gebied van haalbaarheid en praktische uitvoerbaarheid wel op zijn plaats. Het positieve aan de huidige ontwikkelingen is dat er via de SPUK extra geld beschikbaar komt om in te zetten op preventie in het algemeen, waar Kansrijke Start ook onder valt. Dit geld wordt aangevraagd door gemeenten en de GGD, dus daarmee kan op verschillende lagen structureel geld beschikbaar komen en dus mankracht gefinancierd worden voor deze projecten. Belangrijk om hierbij te vermelden is dat er momenteel sprake is van krapte op de arbeidsmarkt, dus dat het vinden van de juiste mensen voor deze uitvoering nog behoorlijk lastig is. De wil en middelen zijn er wel, nu nog de mensen vinden.

Provinciaal samenwerken moet centraal komen te staan, waarbij er wanneer nodig en mogelijk ruimte moet zijn voor lokale toepassingen. Daarnaast moeten zorgverleners tijd en geld krijgen voor het signaleren en acteren. Voor ouders is het belangrijk dat er wordt nagedacht over hoe de extra zorg wordt aangeboden en de ouders hebben ook een drietal praktische tips gegeven voor het verbeteren van de ondersteuning. Het onderzoek onder ervaringsdeskundigen is een eerste inventarisatie van wat er speelt onder ouders in een dergelijke situatie. Het is geen steekproef van de provincie of een deel daarvan en kan dus ook niet gezien worden als een representatie van de populatie gezinnen die ondersteuning krijgen of hebben gekregen.

Hoofdstuk 8

ADVIES EN IMPLEMENTATIE

HS8

HS7

HS6

HS5

HS4

HS3

HS2

HS1

HOOFDSTUK 8. ADVIES EN IMPLEMENTATIE

DE BESTE START VOOR ELKE FRIESE BABY

Voor het optimaliseren van de ondersteuning aan kwetsbare ouders met kinderen in de eerste 1000 dagen is het belangrijk dat een grotere groep ouders deze ondersteuning aangeboden krijgt. Hiervoor zijn een aantal dingen belangrijk om in gang te zetten:

1. Handelingsverlegenheid minimaliseren.
2. Tijd en geld beschikbaar maken om te kunnen signaleren en de opgepikte signalen om te zetten in benodigde acties in gesprek te gaan met zowel De Friesland als de lokale coalities.

Wat betreft de handelingsgelegenheid in punt één is het belangrijk om dit aan de orde te brengen bij de zorgverleners die in de verschillende fasen van de zwangerschap bij de kwetsbare gezinnen in beeld komen. Hierbij gaat het om de zorgverleners uit de standaard zorg aan zwangeren. Handelingsverlegenheid verminderen kan onder andere door een cursus aan te bieden aan de zorgverleners. In gemeente de Fryske Marren wordt nu een proef gedraaid met deze cursus. Het zou waardevol zijn om deze cursus bij alle zorgverleners uit de geboortezorg in de hele provincie te bieden. Wel raad ik aan om deze cursus lokaal te organiseren. **Daarom adviseer ik de GGD om deze cursus op de agenda te zetten tijdens lokale coalitie overleggen en de lokale coalities waar nodig te ondersteuning in het organiseren van deze cursussen in de regio.** Bijvoorbeeld per gemeente of met een paar gemeenten gezamenlijk, als nauwe samenwerkingen al bestaan. Tussen Ooststellingwerf, Weststellingwerf en Opsterland is al een samenwerkingsverband, dus daar zou het ook als collectief georganiseerd kunnen worden. Hetzelfde geldt voor de gemeenten Noardeast-Fryslân en Dantumadiel, daar ligt een samenwerking ook voor de hand. Een samenwerking kan door de gemeenten zelf worden ingeschat op basis van het verwachte aantal geïnteresseerden voor de cursus. Aanvullend hierop kan de drempel voor het aanbieden van extra ondersteuning verlaagd worden door de ondersteuning te schakelen aan langlopende uitdagingen en problematiek in het gezin. Dit verlaagt de drempel voor de zorgverlener en het voelt voor het gezin alsof ze gehoord worden.

Punt twee gaat om het beschikbaar stellen van geld en tijd om signaleren op te pikken en daaraan de juiste acties te verbinden. Dit advies dient provinciaal opgepakt te worden, omdat dit voor duidelijkheid zorgt bij de zorgverleners. Als dit lokaal wordt aangevlogen, kunnen er verschillen ontstaan tussen de regelingen bij de verschillende gemeenten, wat kan leiden tot onduidelijkheid bij de zorgverleners. Een provinciaal beleid schept duidelijkheid en zorgt er daarmee ook voor dat er maximaal gebruik van gemaakt wordt. **Ik adviseer de GGD om een centrale rol te nemen in het regelen van vergoedingsmogelijkheden m.b.t. signaleren en handelen.** Zij moeten niet de vergoeding op zich gaan nemen, maar dienen wel een bemiddelende rol te nemen in het treffen van regelingen hiervoor. Vanuit de FPA zijn er al nauwe contacten met De Friesland, zorgverzekeraar. Deze contacten kunnen ook gebruikt worden om te spreken over bovengenoemde regelingen. De Friesland zou dit mogelijk kunnen organiseren onder de noemer van proefballon of pilot, omdat Friesland het voortouw mag gaan nemen in verdere organisatie van preventie sinds het bezoek van staatssecretaris Maarten van Ooijen en afspraken die toen gemaakt zijn. Mocht het niet lukken om dit met

De Friesland te regelen, dan kan dit ook in de lokale coalities uitgezet worden. Door binnen gemeenten samen te werken tussen de verschillende domeinen, kan mogelijk extra geld vrijkomen voor Kansrijke Start waarmee dit vergoed zou kunnen worden. Het organiseren via lokale coalities heeft niet de voorkeur, vanwege de tijdelijkheid dat dat geld dan heeft i.v.m. politieke wisselingen binnen een gemeente. De wens is om dit geld structureel te regelen. Op dit moment wordt er veel ingezet op de basiszorg, eerste- en tweedelijns zorg en is er minder aandacht voor de sociale basis. Binnen deze basiszorg, eerste- en tweedelijns zorg is er al wel aandacht voor de sociale basis, vooral in de basiszorg, maar dit is nog onvoldoende. **Ik adviseer de GGD om dit punt mee te nemen naar de lokale coalities, waar vier keer per jaar mee gesproken wordt om na te denken over het verbinden van verschillende teams en domeinen binnen de gemeenten om o.a. de sociale basis te versterken.** Deze samenwerking tussen domeinen wordt ook benoemd in GALA en op pagina 36 met het punt “Zorgverzekeraars Nederland (ZN) gaat aan de slag met verstevigen samenwerking zorgverzekeraars en gemeenten t.a.v. schuldhulpverlening en betalingen zorgverzekeraar.” Voor het versterken van de sociale basis is niet alleen de ondersteuning vanuit het zorgteam nodig, maar kan het meedenken en meehelpen van teams die gaan over WMO, uitkeringen of schuldhulpverlening ook helpen. Door gezinnen financieel sterker te maken, kunnen zij hun bestaanszekerheid verbeteren en daardoor meer meedoen in de maatschappij. Je kan dit vergelijken met het planten van een zaadje. Als je een zaadje plant in een voedingsarme bodem en weinig zonlicht en water geeft, zou het kunnen dat er een plantje begint te groeien, maar dit plantje wordt nooit zo groot en sterk als het had kunnen zijn in een voedzame bodem met voldoende zonlicht en water. Ditzelfde geldt voor gezinnen die in verwachting zijn van een kind. Als dit kind geboren wordt in een kwetsbare situatie, dan kan het kind wel opgroeien, maar zal het misschien nooit zo goed ontwikkelen als het had gedaan in een stabiele, liefdevolle, stimulerende omgeving. Door het versterken van de sociale basis en het wegnemen van zorgen rondom de eerste behoeften en financiën, kan in kind in een voedzame bodem opgroeien. Net werden al even de verschillende lagen in ondersteuning aangestipt. De nadruk ligt nu voornamelijk op de basiszorg en eerstelijns zorg. Ook in de zorgpaden in Friesland komt voornamelijk de samenwerking tussen deze twee lagen aan bod. Voor een betere toepassing van het zorgpad zou het mooi zijn als binnen deze zorgpaden ook de link gelegd wordt met ondersteuning van de sociale basis en extra zorg in de tweede lijn. In het zorgpad van de regio Noord is de link met de tweedelijns zorg al wel gelegd, doordat er expliciet benoemd wordt dat er verwezen kan worden naar de POP-poli (= tweedelijns zorg). Binnen de regio Noord zijn er ook overleggen geweest met de POP-poli van het MCL. Voor de andere regio’s is deze link met de tweedelijns zorg er nog niet. Hoewel op dit moment gewerkt wordt aan een optimalisatie van het zorgpad van Zuidwest, lijkt het er niet op dat deze link er in die regio komt, dus dat verdient nog de nodige aandacht. Ook in het zorgpad Smallingerland en Heerenveen ontbreekt deze verwijzing. Voor een optimale samenwerking tussen de verschillende zorgverleners is het van essentieel belang dat ook de tweedelijns zorg meegenomen wordt in het signaleren en organiseren van ondersteuning aan kwetsbare gezinnen. **Ik adviseer daarom de GGD om de link met POP-poli’s mee te nemen richting het PLN om te bespreken of dit provinciaal dekkend opgenomen kan worden in het zorgpad.**

Daarnaast is het zorgpad op dit moment erg gericht op de formele ondersteuning aan gezinnen, maar bleek uit de gesprekken met de gezinnen dat ook een sparringpartner of ervaringsdeskundige die de gezinnen kunnen raadplegen erg wenselijk zou zijn. **Dergelijke ondersteuning staat nu niet opgenomen in het zorgpad, maar ik wil dit in hetzelfde advies meegeven aan de GGD.** Dit heeft twee grote voordelen:

1. Ouders kunnen laagdrempeliger contact met iemand opnemen voor vragen of om even hun verhaal kwijt te kunnen.
2. Zorgverleners kunnen zich focussen op de zorgtaken en hoeven minder tijd te besteden aan sociale taken.

In Friesland kan Home Start deze rol goed vervullen en kan het zeker bij gezinnen met een smal sociaal netwerk van grote toegevoegde waarde zijn. (Alleenstaande) moeders met jonge kinderen komen relatief weinig buiten de deur en kunnen met de hulp van een vrijwilliger wat gemakkelijker wat dingen ondernemen met de kinderen. Daarnaast biedt het voor de kwetsbare ouders een luisterend oor en kunnen de vrijwilligers mogelijk vanuit hun eigen ervaringen advies geven aan de ouders. Het is dan belangrijk dat vanuit het PLN contact gelegd wordt met Home Start om te kijken wat de mogelijkheden zijn om dit structureler te organiseren. De mogelijkheid om aan te melden bij Home Start is er altijd, maar door het een plek te geven in het zorgpad, is de link makkelijker gelegd.

Het literatuuronderzoek in hoofdstuk 2 liet zien dat de richtlijnen zoals die door het NHG gehanteerd worden goed te onderbouwen zijn met de huidige literatuur over de effecten van foliumzuur. Daarnaast is ook bekend dat lang niet alle vrouwen foliumzuur gebruiken zoals voorgeschreven. Tijdens de interviews kwam naar voren dat twee van de acht vrouwen foliumzuur had gebruikt zoals voorgeschreven en ook uit de landelijke cijfers is bekend dat veel zwangeren foliumzuur niet correct gebruiken (De Walle, 1999). Ik zie geen rol voor de GGD om dit te verbeteren. De landelijke overheid zou hierin wel een rol kunnen hebben. De nadruk hoeft niet te liggen op dat vrouwen ermee bekend raken, want de meeste vrouwen weten er wel vanaf. Wel dient de nadruk te liggen op het correct gebruiken van foliumzuur, dus beginnen voor de zwangerschap en gebruik in het eerste trimester. **Verder wil ik de GGD adviseren om de gevolgen van hoge dosering of langdurig gebruik van foliumzuur op het ontstaan van astma bij het kind mee te nemen naar de Kenniswerkplaats Gezond Fryslân, zodat zij dit vraagstuk verder kunnen onderzoeken.** Dit zou een goede stageopdracht kunnen zijn van een aankomend stagiair vanuit de SBP specialisatie. Deze stage zou binnen de GGD uitgevoerd kunnen worden, maar kan ook i.c.m. bijvoorbeeld ROS Friesland. Dit heeft als voordeel dat ROS Friesland meer dan de GGD de focus heeft op kennis opdoen en op basis daarvan advies geven. Vervolgens kan het beleidsdeel meer ondersteund worden vanuit de GGD, die op zijn beurt meer kennis over het politieke en bestuurlijke veld in huis heeft.

Het IZA en GALA beschrijven uitgebreid dat lokale coalities moeten werken aan samenwerkingsafspraken. Ik geef geen specifiek advies hierover, omdat door het PLN en het structurele overleg met alle lokale coalities deze samenwerkingsafspraken er al zijn. Met de andere adviezen beschreven in dit rapport, met name die m.b.t. een Fries provinciaal zorgpad, zullen deze samenwerkingsafspraken automatisch verstevigen.

Op dit moment zijn er vier verschillende zorgpaden in Friesland, die behoorlijk wat overlap met elkaar vertonen, maar waar ook verschillen te zien zijn (hoofdstuk 4, pagina 42 en 43). Het werken aan een provinciaal zorgpad gonst al langer rond, maar er zijn nog geen concrete stappen op ondernomen. **Ik adviseer de GGD om de bestaande zorgpaden te houden zoals deze momenteel zijn en daarnaast een provinciaal zorgpad te ontwikkelen binnen het PLN om vanuit dat provinciale zorgpad de gezamenlijkheid te kunnen vinden.** Dit provinciale zorgpad laat dan de gelijkenissen tussen de lokale zorgpaden zien, wat de mogelijkheid biedt om in bepaalde gevallen ook de gezamenlijkheid op te zoeken. Essentiële elementen in een provinciaal zorgpad is de rol van het PHB, de samenwerking tussen de verschillende medische en niet-medische domeinen, de terugkoppeling naar alle betrokken partijen en de verbinding met vrijwillige organisaties (o.a. Home Start) aan de ene kant en tweedelijns zorg (o.a. POP-poli) aan de andere kant. **Daarom wil ik de GGD adviseren om dit op korte termijn vorm te geven en vast te leggen, zodat daarna de focus vooral gericht kan worden op het communiceren en bekender maken van het zorgpad, omdat er onder zorgverleners nog onvoldoende bekendheid is over het zorgpad en de diversiteit van zijn inzet.** Het vastleggen van de verschillende samenwerkingen en communicatiestromen kan meegenomen worden bij het vormgeven van het provinciaal zorgpad door de betreffende werkgroep van het PLN. Vervolgens kan het in het PLN worden vastgesteld en verspreid worden richting de JGZ en VSV's.

De ouders gaven in de gesprekken ook nog een drietal concrete voorbeelden van wat ze graag anders hadden gezien. **Eén daarvan wil ik graag bij de GGD neerleggen om de haalbaarheid daarvan uit te zoeken. Dit betreft het provinciaal dekkend maken van de ondersteuning vanuit BabythuisZorg.** Op dit moment wordt BabythuisZorg nog niet overal in de provincie aangeboden, terwijl dit juist een zeer belangrijke bijdrage kan leveren wanneer ouders zelf in de eerste periode (fysiek of mentaal) niet goed in staat zijn hun kind te verzorgen. Door dit in de hele provincie aan te bieden, verkleint dit de kans op verschillen tussen kinderen op basis van de postcode waar ze geboren worden. BabythuisZorg wordt aangeboden door kraamzorgorganisaties. In Friesland bieden niet alle kraamzorgorganisaties dit aan, waardoor niet alle vrouwen BabythuisZorg kunnen krijgen als dit nodig zou zijn. **Ik wil de GGD adviseren dit onderwerp mee te nemen naar het PLN, zodat de werkgroep die zich bezig houdt met kraamzorg hier in de toekomst aandacht aan kan gaan besteden.**

HOE BEREIKEN WE DIE OPTIMALISATIE VAN DE ONDERSTEUNING?

Op korte termijn dient een gesprek met De Friesland gepland te worden, waarbij gesproken moet worden over het vergoeden van signaleren en acteren wanneer nodig. Deze gesprekken dienen neutraal ingestoken te worden, dus niet met het idee dat De Friesland dat moet gaan betalen. Wel is het belangrijk dat er in deze gesprekken constructief wordt nagedacht over hoe deze financiën in de toekomst gedekt kunnen gaan worden. De Friesland zit deels met de handen gebonden aan de Zvw, maar het is goed als beide partijen het belang van deze financiering inzien en vervolgens **gezamenlijk op zoek gaan naar een structurele oplossing.** Deze rol is weggelegd voor de aanjager Kansrijke Start van de GGD. De tweede actie die genomen moet

worden o.b.v. de adviezen, is het op de agenda zetten van de aandachtspunten voor de zorgpaden. Op 5 december 2023 is de volgende vergadering van het PLN, georganiseerd door de aanjager Kansrijke Start, dus dan zal er gesproken moeten worden over het **definitief vormgeven van een provinciaal zorgpad**, waarbij ook aandacht geboden wordt aan de informele zorg en tweedelijns zorg. De laatste actie die dient te gebeuren is het aankaarten van de **cursus handelingsverlegenheid** bij de lokale coalitietrekkers. Dit zal de GGD doen, ondersteund door Michel van der Vaart (gemeente De Fryske Marren), tijdens de bijeenkomst met alle lokale coalities op 14 december 2023. Hierbij kan aandacht gevraagd worden voor het probleem, kunnen alle lokale coalitietrekkers hun vragen stellen en kunnen onderlinge samenwerkingen worden opgezocht voor het organiseren van deze cursussen.

MONITORING EN EVALUATIE VERDER VERSTEVIGEN

Tijdens het werken aan dit project is er vanuit het PLN gewerkt aan een evaluatie onder zorgverleners. Deze evaluatie wordt dit najaar voor het eerst uitgezet en zal daarna op reguliere basis elk jaar terugkomen. Hiermee wordt de opinie van zorgverleners in de geboortezorg gevolgd, kan vinger aan de pols gehouden worden en worden bijgestuurd wanneer nodig. Gezien de gesprekken met de ouders in dit onderzoek van zulke toegevoegde waarde zijn, zou ik de GGD willen adviseren om ook evaluaties onder ervaringsdeskundigen mee te nemen in deze jaarlijkse evaluatie. Dit kan ervoor zorgen dat ook vanuit het perspectief van de ontvangers meegedacht kan worden. **Ik adviseer de GGD om eenmalig een grootschalig kwalitatief onderzoek uit te voeren onder ervaringsdeskundigen om een vertrekpunt vast te stellen en de huidige knelpunten boven water te krijgen. Vervolgens adviseer ik de GGD dit op te volgen met een jaarlijks terugkerend kwantitatief onderzoek d.m.v. gestructureerde gesprekken met ervaringsdeskundigen.** Op deze manier kunnen ook de ervaringen van de ontvangers van de ondersteuning meegenomen worden bij eventuele aanpassingen en verbeteringen.

Wat betreft de implementatie van het kwalitatieve onderzoek en de kwantitatieve onderzoeken, **adviseer ik de GGD om voor 2024 een student aan te nemen voor een stage van de studierichting SBP aan de Rijksuniversiteit Groningen om dat onderzoek uit te voeren.** Om het voor deze student haalbaar te maken om dat uit te voeren en te analyseren, **dient de GGD vóór 1 januari 2024 al contacten te hebben gelegd met zorgverleners en te zorgen dat er al moeders worden geïncludeerd voor het onderzoek.** Dit zorgt ervoor dat de student na wat voorbereidend werk de interviews in maart en april 2024 kan uitvoeren.

Een belangrijke voorwaarde voor het kwalitatief onderzoek is het boven water krijgen van de cijfers. De cijfers die hiervoor belangrijk zijn, betreffen de aantallen aanmeldingen van gezinnen die zich melden voor het zorgpad en/of PHB. Daarnaast zijn er ook gezinnen die ondersteuning krijgen zonder aanmelding via het zorgpad/PHB, het is wenselijk om ook hiervan een schatting van de aantallen te krijgen. Hiervoor kan de GGD in gesprek gaan met de verpleegkundigen die in Friesland VoorZorg en Stevig Ouderschap aanbieden.

Voor de effecten van langere termijn wil ik graag verwijzen naar het grootschalige onderzoek wat op dit moment in Amsterdam wordt uitgevoerd. Dit onderzoek heet het Sarphati Cohort en gaat voor een periode

van jaren kinderen volgen die bij de GGD of team Jeugd en Gezin komen met als doel om te kijken welke factoren invloed hebben op het beter of minder goed ontwikkelen van een kind (Sarphati Amsterdam, 2023). Tot slot, de bijdrage van ouders aan het optimaliseren van de ondersteuning vanuit Kansrijke Start heeft al een hoop nieuwe mooie inzichten en aandachtspunten opgeleverd. **Daarom adviseer ik de GGD om in samenwerking met de VSV's meer in te zetten op het vormen en structureel onderhouden van (al bestaande) moederraden.** Deze moederraden kunnen in de toekomst een spreekbuis zijn van een grotere ouderpopulatie in Friesland en de GGD of andere organisaties van advies voorzien. Dit advies kan vanuit de moederraden zelf komen, maar kan ook in opdracht van de GGD of andere organisatie gegeven worden. **Aansluitend hierop zou ik willen adviseren om de moederraden uit te breiden tot ouderraden of daarnaast ook ouderraden/vaderraden op te zetten.** Niet alleen de stem van de moeder, maar ook die van de vader is zeer van belang.

STAPPENPLAN EN TIJDLIJN

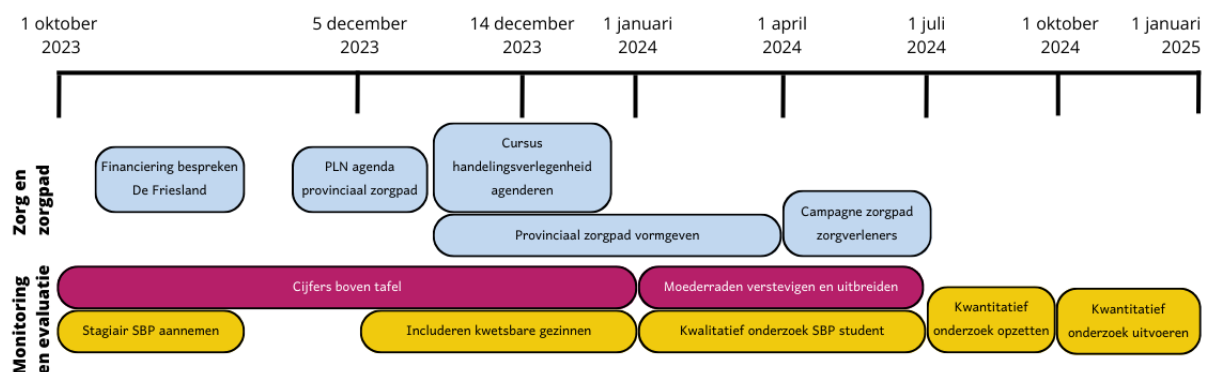
Tijdljn en actiepunten optimalisatie ondersteuning aan kwetsbare gezinnen:

- o **Oktober 2023:** contact De Friesland financieringsafpraak maken.
- o **5 december 2023:** PLN agenda provinciaal zorgpad.
- o **14 december 2023:** lokale coalities agenda cursus handelingsverlegenheid.
- o **Vóór 1 april 2024:** provinciaal zorgpad af hebben.
- o **Na 1 april 2024:** zorgpad breed communiceren en promoten bij zorgverleners in de geboortezorg.

Tijdljn en actiepunten verstevigen monitoring en evaluatie:

- o **Vóór 1 januari 2024:** cijfers boven water & includeren kwetsbare gezinnen opstarten & stagiair SBP aannemen.
- o **Eerste helft 2024:** kwalitatief onderzoek laten uitvoeren door student SBP & moederraden verstevigen en uitbreiden.
- o **Eind 2024:** kwantitatief onderzoek opzetten.
- o **Begin 2025:** kwantitatief onderzoek uitvoeren.

Het samenvoegen van beide actiepunten tot een tijdljn is weergegeven in figuur 7.



Figuur 7. Tijdljn implementatieplan. Deze tijdljn geeft alle implementatiestappen weer die nodig zijn voor het optimaliseren van de zorg en het zorgpad en het opzetten en onderhouden van monitoring en evaluatie.

GERAADPLEEGDE LITERATUUR

- Achtenberg, P.W., Kramers, P.G.N. (2001). *Een gezonde start?: Sterfte rond de geboorte in Nederland: trends en oorzaken vanuit internationaal perspectief*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Geraadpleegd op 12-04-2023 van <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/271558003.pdf>
- Arends, J., Arts, K., Bleker, S., Boot, N., Van den Brakel, M., Coumans, M., Gidding, K., Huynen, B., Janssen-Jansen, S., Knoops, K., Michiels, J., Nieuweboer, J., Otten, F., Pouwels-Urlings, N., Scmeets, H. (2021). *Armoede en sociale uitsluiting: 2021*. Centraal bureau voor de Statistiek. Geraadpleegd op 24-03-2023 van <https://www.cbs.nl/nl-nl/publicatie/2021/49/armoede-en-sociale-uitsluiting-2021>
- Blencowe H., Cousens, S., Modell, B., Lawn, J. (2010). Folic acid to reduce neonatal mortality from neural tube disorders. *International journal of epidemiology*, 39 suppl 1(suppl 1), i110-i121. DOI: 10.1093/ije/dyq028
- Boeije, H. (2010). *Analysis in qualitative research* (eerste druk). SAGE, Los Angeles.
- Brink, E. J. (2021). *Aanbevelingen voor vitamines, minderalen en spoorelementen: factsheet*. Voedingscentrum. Geraadpleegd op 14-04-2023 van <https://mobiel.voedingscentrum.nl/Assets/Uploads/voedingscentrum/Documents/Professionals/Pers/Factsheets/Factsheet%20Aanbevelingen%20voor%20vitamines,%20mineralen%20en%20spoor%20elementen.pdf>
- Bulloch, R. E., Lovell, A. L., Jordan, V. M. B., McCowan, L. M. E., Thompson, J. M. D., Wall, C. R. (2018). Maternal folic acid supplementation for the prevention of preeclampsia: A systematic review and meta-analysis. *Paediatric and prenatal epidemiology*, 32(4), 346-357. DOI: 10.1111/ppe.12476
- Chiavarani, M., Naldini, G., Fabiani, R. (2018). Maternal folate intake and risk of childhood brain and spinal cord tumors: A systematic review and meta-analysis. *Neuroepidemiology*, 51(1-2), 82-95. DOI: 10.1159/000490249
- CPZ. (n.d.). *PREM Geboortezorg*. Geraadpleegd op 13-09-2023 van <https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/dossiers/prem-geboortezorg/>
- Damen, K., Haga, P., Meijer, S., Mertens, V. C., Repelaer, N., Schep, A., Stevens, N., Van Asselt, K. M., Wittenberg, J. (2023). *NHG-Standaard: Zwangerschap en kraamperiode (M32)*. Nederlands Huisartsen Genootschap. Geraadpleegd op 16-03-2023 van <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/zwangerschap-en-kraamperiode>
- Davis, C. G., Mantler, J. (2004). The Consequences of Financial Stress for Individuals, Families, and Society. *Doyle Salewski Inc.* <https://doylesalewski.ca/how-we-help/the-consequences-of-financial-stress-for-individuals-families-and-society/> geraadpleegd op 16-04-2023
- Dean, S. V., Lassi, Z. S., Imam, A. M., Bhutta, Z. A. (2014). Preconception care: nutritional risks and interventions. *Reproductive health*, 11 suppl 3(suppl 3), S3. DOI: 10.1186/1742-4755-11-S3-S3
- De Friesland, Gemeente Smallingerland, DataFryslân. (2023). *Regiobeeld Friesland 2023*. Geraadpleegd op 17-08-2023 van <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/regiobeelden/#friesland>

- De Jong-Potjes, L.C., Beentjes, M., Bogchelman, M., Jaspar, A.H.J., Van Asselt, K.M. (2011). *NHG-Standaard: Preconceptiezorg (M97)*. Nederlands Huisartsen Genootschap. Geraadpleegd op 16-03-2023 van <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/preconceptiezorg>
- De-Regil, L. M., Peña-Rosas, J. P., Fernández-Gaxiola, A. C., Rayco-Solon, P. (2015). Effects and safety of periconceptional oral folate supplementation for preventing birth defects. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2015(12). DOI: 10.1002/14651858.CD007950.pub3
- Dessypris, A., Karalexi, M. A., Ntouvelis, E., Diamantaras, A. A., Papadapis, V., Baka, M., Hatzipantelis, E., Kourtji, M., Moschovi, M., Polychronopoulou, S., Sidi, V., Stiakaki, E., Petridou, E. T. (2017). Association of maternal and index child's diet with subsequent leukemia risk: A systematic review and meta analysis. *Cancer epidemiology*, 47, 64-75. DOI: 10.1016/j.canep.2017.01.003
- De Walle, H. E. K., Van der Pal, K. M., De Jong-van den Berg, L. T. W., Jeeninga, W., Schouten, J. S. A. G., De Rover, C. M., Buitendijk, S. E., Cornel, M. C. (1999). Effect of mass media campaign to reduce socioeconomic differences in women's awareness and behaviour concerning use of folic acid: cross sectional study. *British Medical Journal*, 319:291. DOI: 10.1136/bmj.319.7205.291
- Doganis, D., Katsimpris, A., Panagopoulou, P., Bouka, P., Bouka, E., Moschovi, M., Polychronopoulou, S., Papakonstantinou, E., Tragiannidis, A., Katzilakis, N., Dana, H., Antoniadis, K., Stefanaki, K., Strantzia, K., Dessypris, N., Schüz, J., Petridou, E. T. (2020). Maternal lifestyle characteristics and Wilms tumor risk in the offspring: A systematic review and meta-analysis. *Cancer epidemiology*, 67. DOI: 10.1016/j.canep.2020.101769
- EFSA (European Food Safety Authority). (2017). Dietary Reference Values for nutrients Summary report. *EFSA supporting publication 2017: 14(12):e15121*. 98 pp. DOI: 10.2903/sp.efsa.2017.e15121
- EUROCAT Northern Netherlands. (2022). *Prevalence of congenital anomalies: time trends 2011-2020*. Geraadpleegd op 19-04-2023 van <https://umcgresearch.org/w/eurocat-time-trends>
- Feijen-de Jong, E. I., Dalmaijer, M., Van der Stouwe, R. A., Jansen, D. E. M. C., & Warmelink, J. C. (2022). Experiences and needs of women in vulnerable situations receiving additional interventions in maternity care: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 536. DOI: 10.1186/s12884-022-04847-0
- Fekete, K., Berti, C., Trovato, M., Lohner, S., Dullemeijer, C., Souverein, O. W., Cetin, I., Decsi, T. (2012). Effect of folate intake on health outcomes in pregnancy: a systematic review and meta-analysis on birth weight, placental weight and length of gestation. *Nutrition journal*, 11, 75. DOI: 10.1186/1475-2891-11-75
- Friese Preventieaanpak. (2023). *Over de Friese Preventieaanpak*. Geraadpleegd op 23-08-2023 van <https://www.friesepreventieaanpak.nl/over-de-friese-preventieaanpak/>
- Gezondheidsraad. (2021). *Vaststelling en toepassing van gemiddelde behoefte of adequate inname bij volwassenen*. Geraadpleegd op 19-04-2023 van https://www.gezondheidsraad.nl/binaries/gezondheidsraad/documenten/adviezen/2021/06/22/v-oedingsnormen-voor-vitamines-en-mineralen-voor-zwangeren/Achtergronddocument_Vaststelling-en-toepassing-van-gemiddelde-behoefte-of-adequate-inname-bij-volwassenen.pdf

- GGD Fryslân. (2019). *Een Friese coalitie: Actieprogramma Kansrijke Start*. Geraadpleegd op 09-03-2023 van <https://docplayer.nl/223567005-Een-friese-coalitie-actieprogramma-kansrijke-start.html>
- GGD HM, Bontje, M. (2012). *Common Assessment Framework: Bewezen Engelse werkwijze bruikbaar voor Nederland?* Geraadpleegd op 24-03-2023 van <https://www.ncj.nl/wp-content/uploads/media-import/docs/85588261-a1e0-42ad-8471-6220dfb7cd4c.pdf>
- Greenwood, C. R., Carte, J. J., Walker, D., Watson-Thompson, J., Gilkerson, J., Larson, A. L., Schnitz, A. (2017). Conceptualizing a public health prevention intervention for bridging the 30 million word gap. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 20, 3-24. DOI: 10.1007/s10567-017-0223-8
- Hildering-Leemhuis, M. (2022). *Gezamenlijke geboortezorg: evaluatie en monitoring van zorgpaden 'Vroegsignalering zwangere in een kwetsbare situatie' in Friesland*. Geraadpleegd op 19-04-2023 van <https://publiekegezondheid.nl/docs/publicatie/evaluatie-zorgpad-vroegsignalering-kwetsbare-zwangeren.pdf>
- Hodgetts, V. A., Morris, R. K., Francis, A., Gardosi, J., Ismail, K. M. (2015). Effectiveness of folic acid supplementation in pregnancy on reducing the risk of small-for-gestational age neonates: a population study, systematic review and meta-analysis. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 122(4), 478-490. DOI: 10.1111/1471-0528.13202
- Hua, X., Zhang, J., Guo, Y., Shen, M., Gaudet, L., Janoudi, G., Walker, M., Wen, S. W. (2016). Effect of folic acid supplementation during pregnancy on gestational hypertension/preeclampsia: A systematic review and meta-analysis. *Hypertension in pregnancy*, 35(4), 447-460. DOI: 10.1080/10641955.2016.1183673
- ikNL. (z.d.-a). *Incidentie per jaar, aantal: alle kankersoorten*. Geraadpleegd op 19-04-2023 van <https://nkr-cijfers.iknl.nl/#/viewer/1f52f1ad-c54d-4429-85ef-62af04e2aac3>
- ikNL. (z.d.-b). *Incidentie per jaar, aantal*. Geraadpleegd op 19-04-2023 van <https://nkr-cijfers.iknl.nl/#/viewer/b53ddac5-6ef7-450c-a114-3feb0d11a357>
- Imdad A., Yakoob, M. Y., Bhutta Z. A. (2011). The effect of folic acid, protein energy and multiple micronutrient supplements in pregnancy on stillbirths. *BMC public health*, 11 suppl 3(suppl 3), S4. DOI: 10.1186/1471-2458-11-S3-S4
- Ince, D., Van Yperen, T., Valkestijn, M. (2018). *Top tien beschermende factoren: voor een positieve ontwikkeling van jeugdigen* (gewijzigde herdruk, maart 2018). Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd op 19-05-2023 van https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-05/Top-tien-positieve-ontwikkeling-jeugd_0.pdf
- Kalthoff, H., Darwish, L., Van Beekhoven, E., Van As, A., Ince, D., Lusse, M. (2020). *Opgroeien en opvoeden in armoede* (derde herziene versie). Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd op 24-03-2023 van <https://www.nji.nl/system/files/2021-04/Opgroeien-en-opvoeden-in-armoede.pdf>
- Katz, I., Corlyon, J., La Placa, V., Hunter, S. (2007). Review Paper: *The Relationship Between Parenting and Poverty*. Joseph Rowntree Foundation, York. DOI:10.13140/RG.2.1.4360.6161

- Khan, M. Z., Khan, A., Xiao, J., Dou, J., Lui, L., Yu, Y. (2020). Overview of Folic Acid Supplementation Alone or in Combination with Vitamin B12 in Dairy Cattle during Periparturient Period. *Metabolites*, 10(6), 263. DOI: 10.3390/metabo10060263
- Kinderopvang Totaal. (2019). *Hoe krijgen we kinderen van kwetsbare gezinnen naar de kinderopvang?*. Geraadpleegd op 18-04-2023 van <https://www.kinderopvangtotaal.nl/hoe-krijgen-we-kinderen-van-kwetsbare-gezinnen-naar-de-kinderopvang/>
- Leffelaar, E. R., Vrijkotte, T. G., Van Eijdsden, M. (2010). Maternal early pregnancy vitamin D status in relation to fetal and neonatal growth: results of the multi-ethnic Amsterdam born children and their development cohort. *British Journal of Nutrition*, 104, 108-117. DOI: 10.1017/S000711451000022X
- Li, W., Xu, B., Cao, Y., Shao, Y., Wu, W., Zhou, J., Tan, X., Wu, X., Kong, J., Hu, C., Xie, K., Wu, J. (2019). Association of maternal folate intake during pregnancy with infant asthma risk. *Scientific reports*, 9(1). DOI: 10.1038/s41598-019-44794-z
- Liu, C., Liu, C., Wang, Q., Zhang, Z. (2018). Supplementation of folic acid in pregnancy and the risk of preeclampsia and gestational hypertension: a meta-analysis. *Archives of gynecology and obstetrics*, 298(4), 697-704. DOI: 10.1007/s00404-018-4823-4
- Loket gezond leven. (z.d.). *Interventies zoeken*. Geraadpleegd op 08-09-2023 van <https://www.loketgezondleven.nl/interventies-zoeken#/InterventionSearchResults?page=1&themesFilter=kansrijkestart&subthemesFilter=borderline&subthemesFilter=schizofrenie&subthemesFilter=vermaatschappelijking>
- Maas, V. Y. F., Poels, M., Lamain-de Ruyter, M., Kwee, A., Bekker, M. N., Franx, A., Koster, M. P. H. (2021). Association between periconceptional lifestyle behaviours and adverse pregnancy outcomes. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 492. DOI: 10.1186/s12884-021-03935-x
- Mantovani, E., Filippini, F., Bortolus, R., Franchi, M. (2014). Folic acid supplementation and preterm birth: results from observational studies. *BioMed research international*, 2014. DOI: 10.1155/2014/481914
- Martorell, R. (2017). Improved Nutrition in the First 1000 Days and Adult Human Capital and Health. *American journal of human biology: the official journal of the Human Biology Council*, 29(2). DOI: 10.1002/ajhb.22952
- Máxima MC. (z.d.). *Pre-eclampsie en zwangerschapshypertensie*. Geraadpleegd op 05-09-2023 van <https://webshare.zenya.work/t25004jn9vryq9ss/Document.aspx?webshareredocumentid=c290d01d-11a5-4f69-a77b-e571cfe8fcb9>
- Milne, E., Royle, J. A., Miller, M., Bower, C., De Klerk, N. H., Bailey, H. D., Van Bockxmeer, F., Attia, J., Scott, R. J., Norris, M. D., Haber, M., Thompson, J. R., Fritschi, L., Marshall, G. M., Armstrong, B. K. (2010). Maternal folate and other vitamin supplementation during pregnancy and risk of acute lymphoblastic leukemia in the offspring. *International journal of cancer*, 126(11), 2690-2699. DOI: 10.1002/ijc.24969
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018). *Actieprogramma Kansrijke Start*. Geraadpleegd op 16-03-2023 van <https://www.kansrijkestart.nl/actieprogramma-kansrijke-start/documenten/publicaties/2018/09/12/actieprogramma-kansrijke-start>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022). *Checklist Basisprincipes lokale coalities Kansrijke Start*. Geraadpleegd op 30-03-2023 van <https://www.kansrijkestartnl.nl/documenten/publicaties/2022/11/30/checklist-basisprincipes-lokale-coalities-kansrijke-start>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2023-a). *GALA: Gezond en Actief Leven Akkoord*. Geraadpleegd op 16-03-2023 van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/01/31/gala-gezond-en-actief-leven-akkoord>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2023-b). *Nieuwsbrief Kansrijke Start – Kansrijke Start in het GALA*. Geraadpleegd op 31-03-2023 van <https://www.kansrijkestartnl.nl/actueel/nieuwsbrieven/kansrijke-start/2023/nieuwsbrief-kansrijke-start-februari-2023>

Molina-Solana, R., Yáñez-Vico, R. M., Iglesias-Linares, A., Mendoza-Mendoza, A., Solano-Reina, E. (2013). Current concepts on the effect of environmental factors on cleft lip and palate. *International journal of oral and maxillofacial surgery*, 42(2), 177-184. DOI: 10.1016/j.ijom.2012.10.008

Nederlands Jeugdinstituut. (2023). *Beschermende en risicofactoren bij kindermishandeling*. Geraadpleegd op 12-04-2023 van <https://www.nji.nl/kindermishandeling/beschermende-en-risicofactoren>

Nederlands Jeugdinstituut. (z.d.). *Financiering kinderopvang*. Geraadpleegd op 18-04-2023 van <https://www.nji.nl/kinderopvang/financiering>

Partap, U., Chowdhury, R., Taneja, S., Bhandari, N., De Costa, A., Bahl, R., Fawzi, W. (2022). Preconception and periconception interventions to prevent low birth weight, small for gestational age and preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Glob Health*, 7(8). DOI: 10.1136/bmjgh-2021-007537

Pauwels, S., Ghosh, M., Duca, R. C., Bekaert, B., Freson, K., Huybrechts, I., Langie, S. A. S., Koppen, G., Devlieger, R., Godderis, L. (2017). Maternal intake of methyl-group donors affects DNA methylation of metabolic genes in infants. *Clinical epigenetics*, 9, 16. DOI: 10.1186/s13148-017-0321-y

Privis Health. (2019). *What is the Quadruple Aim and What Role Does it Play in Healthcare?* Geraadpleegd op 26-05-2023 van <https://www.privishealth.com/what-is-the-quadruple-aim-and-what-role-does-it-play-in-healthcare/>

Roseboom, T. (2022). *Gelijk goed beginnen* (eerste druk). De Tijdstroom.

Sahay, M., Sahay, R. (2012). Rickets-vitamin D deficiency and dependency. *Indian journal of endocrinology and metabolism*, 16(2), 164–176. DOI: 10.4103/2230-8210.93732

Sarphati Amsterdam. (2023). *Het Sarphati Cohort*. Geraadpleegd op 22-08-2023 van <https://sarphati.amsterdam/sarphati-cohort/>

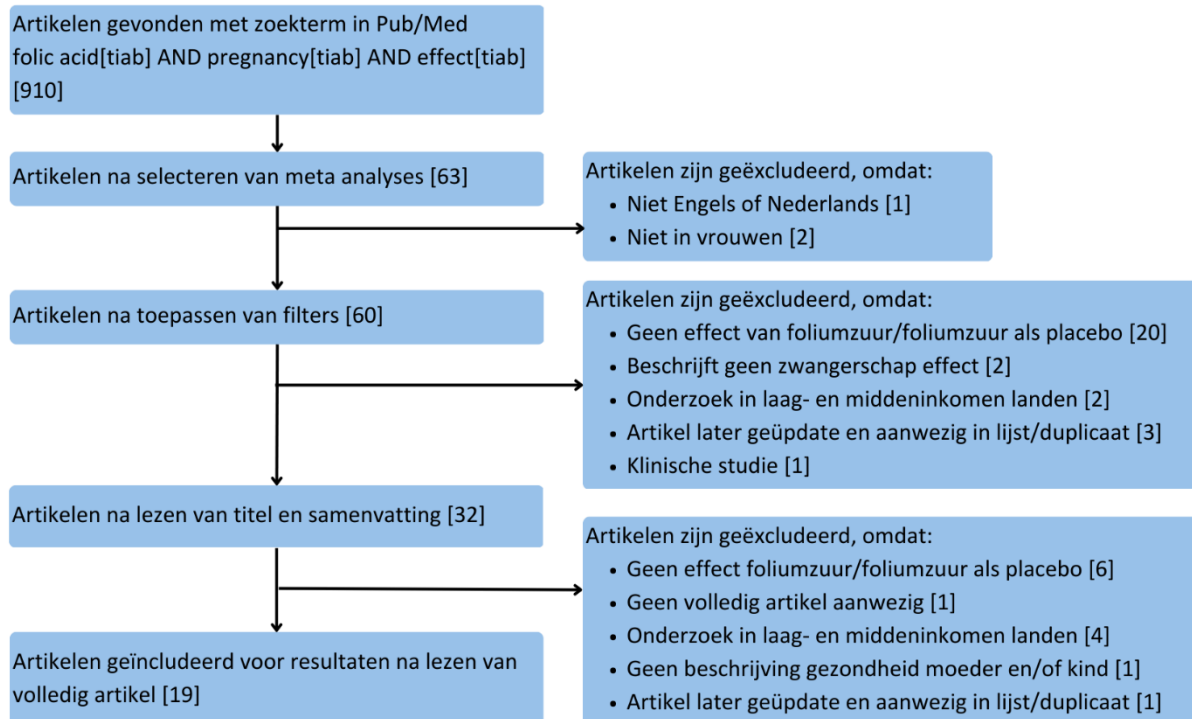
St. Anna VSV Geldrop. (z.d.). *Zwangerschapshypertensie, diagnostiek en behandeling*. Geraadpleegd op 19-04-2023 van https://werkgroepen.kennisnetgeboortezorg.nl/uploads/VSV_Anna_-_Zwangerschapshypertensie.docx

- Stegers-Theunissen, R. P. M., Twigt, J., Pestinger, V., Sinclair, K. D. (2013). The periconceptional period, reproduction and long-term health of offspring: the importance of one-carbon metabolism. *Human reproduction update*, 19(6), 640-655. DOI: 10.1093/humupd/dmt041
- Thaler, C. J. (2014). Folate metabolism and human reproduction. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 74(9), 845-851. DOI: 10.1055/s-0034-1383058
- Valentijn, P. (2022). *Wat is het Quadruple Aim Model?* Geraadpleegd op 26-05-2023 van <https://www.essenburgh.com/wat-is-het-quadruple-aim-model/>
- Van Goudoever, J. B., Bonsel, G. J., Corpeleijn, E., Gubbels, J. S., Kieft, J. C., Kremers, S., Melse-Boonstra, A., Painters, R. C., Rietjens, I. M. C. M., Stehouwer, C. D. A., Thijs, C., Vrijkotte, T.G.M., Zwietering, M.H., Joosten, K.F.M. (2021). *Voedingsaanbevelingen voor zwangere vrouwen*. Gezondheidsraad. Geraadpleegd op 16-03-2023 van <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2021/06/22/voedingsaanbevelingen-voor-zwangere-vrouwen>
- VZinfo. (2023-a). *Astma | Leeftijd en geslacht*. Geraadpleegd op 19-04-2023 van <https://www.vzinfo.nl/astma/leeftijd-en-geslacht>
- VZinfo. (2023-b). *Vroeggeboorte, ondergewicht en/of groeivertraging*. Geraadpleegd op 19-04-2023 van <https://www.vzinfo.nl/vroeggeboorte-ondergewicht-en-of-groeivertraging>
- Weingärtner, J., Lotz, K., Fanghänel, J., Gedrange, T., Bienengraber, V., Proff, P. (2007). Induction and prevention of cleft lip, alveolus and palate and neural tube defects with special consideration of B vitamins and the methylation cycle. *Journal of orofacial orthopedics*, 68(4), 266-277. DOI: 10.1007/s00056-007-0701-6
- Wulffraat, A., Blanchette, L., Bertens, L., Ernst, H., Van der Meer, L., De Graaf, H., Steegers, E. (2019). *Definitie kwetsbaarheid – zwangere vrouwen*. Geraadpleegd op 21-03-2023 van https://www.dvprijmond.nl/wp-content/uploads/2019/10/003-2019-09-02-Definitie-Kwetsbaarheid_def.pdf
- Yang, L., Jiang, L., Bi, M., Jia, X., Wang, Y., He, C., Yao, Y., Wang, J., Wang, Z. (2015). High dose of maternal folic acid supplementation is associated to infant asthma. *Food and chemical toxicology: an international journal published for the British Industrial Biological Research Association*, 75, 88-93. DOI: 10.1016/j.fct.2014.11.006
- Zhang, Q., Wang, Y., Xin, X., Zhang, Y., Liu, D., Peng, Z., He, Y., Xu, J., Ma, X. (2017). Effect of folic acid supplementation on preterm delivery and small for gestational age births: A systematic review and meta-analysis. *Reproductive toxicology*, 67, 35-41. DOI: 10.1016/j.reprotox.2016.11.012

APPENDICES

APPENDIX I. OPZET LITERATUURSTUDIE

Voor dit literatuuronderzoek is de databank van PubMed gebruikt. De zoekterm die gebruikt is voor dit onderzoek is “folic acid[tiab] AND pregnancy[tiab] AND effect[tiab]”. De filters die gebruikt zijn, filteren op meta analyses, beschikbaarheid van het volledige artikel, geschreven in Nederlands of Engels, getest in mensen, specifiek vrouwen.



Figuur 8. Stroomschema selectie artikelen literatuuronderzoek. Voor het selecteren van artikelen voor het literatuuronderzoek naar de effecten van foliumzuur voor en tijdens de zwangerschap is de database van PubMed gebruikt. Voor het vinden van de gewenste artikelen is gefilterd op Nederlandse en Engelse meta analyse artikelen waarbij de studies gebruikt voor de meta analyse uitgevoerd zijn in vrouwen. Alle artikelen die geen effect van foliumzuur beschrijven, geen effect op zwangerschapseffecten beschrijven, uitgevoerd zijn in laag- en middeninkomen landen zijn uitgesloten van verdere analyse.

De zoekterm zelf leverde 910 artikelen op. Na de keuze voor meta analyses bleven hiervan 63 artikelen over. Hiervan was één artikel niet in het Engels of Nederlands en waren er twee artikelen waarin foliumzuur niet in vrouwen was getest. Dit resulteerde in zestig meta analyses die gescreend konden gaan worden. De inclusiecriteria voor de artikelen waren: effect van foliumzuur gemeten, onderzoek uitgevoerd in zwangere vrouwen en onderzoek uitgevoerd in westerse landen.

Eerst is er gescreend op titel en samenvatting van de artikelen, hierbij zijn 28 artikelen uitgesloten. Twintig artikelen vielen af, omdat er geen effect van foliumzuur beschreven werd of omdat foliumzuur als placebo werd gebruikt. Twee artikelen vielen af, omdat er geen effect op de zwangerschapsperiode beschreven werd. Twee artikelen vielen af, omdat de artikelen gefocust waren op laag- en middeninkomen landen. Drie

artikelen werden uitgesloten, omdat de geüpdatete versie van het artikel tussen de geselecteerde artikelen zat of er een duplicatie was. Nog één artikel viel af, omdat het een klinische studie was.

Daarna zijn de volledige artikelen gelezen en zijn er nog eens 13 artikelen afgevallen. Zes artikelen voldeden niet, omdat ze geen effect van foliumzuur beschreven en/of foliumzuur als placebo werd gebruikt. Vier artikelen vielen af, omdat de onderzoeken zich richten op de effecten in laag- en middeninkomen landen. Eén artikel viel af vanwege afwezigheid van een volledig artikel, één vanwege afwezigheid van beschrijving van effect van foliumzuur op gezondheid van moeder en kind en één, omdat het artikel later geüpdatete is en deze versie al in de lijst stond.

De negentien overgebleven artikelen zijn opnieuw volledig doorgelezen om de beschreven effecten van het gebruik van foliumzuur voor en tijdens de zwangerschap te extraheren. Er zijn uiteindelijk beschrijvingen gevonden over de effecten van foliumzuur gebruik op vier verschillende type afwijkingen bij kinderen – astma, kanker, NTDs en SGA/PTB/LBW – en op zwangerschapshypertensie en pre-eclampsie bij zwangeren.

Tabel 21. Geïnccludeerde artikelen literatuuronderzoek foliumzuur. Deze tabel laat de informatie van de artikelen zien die in de uiteindelijke selectie zitten. Ook is in de tabel de effectgroep opgenomen, dit is de aandoening die waarnaar onderzoek gedaan is in het artikel.

Auteur	Publicatie jaar	Titel	Effectgroep
Blencowe e.a.	2010	Folic acid to reduce neonatal mortality from neural tube disorders.	NTDs
Bulloch e.a.	2018	Maternal folic acid supplementation for the prevention of preeclampsie: a systematic review and meta-analysis.	Hypertensie/ pre-eclampsie
Chiavarani e.a.	2018	Maternal folate intake and risk of childhood brain and spinal cord tumors: A systematic review and meta-analysis.	Kanker
Dean e.a.	2014	Preconception care: nutritional risks and interventions.	NTDs
De-Regil e.a.	2015	Effects and safety of periconceptional oral folate supplementation for preventing birth defects.	NTDs
Dessypris e.a.	2017	Association of maternal and index child's diet with subsequent leukemia risk: A systematic review and meta analysis.	Kanker
Doganis e.a.	2020	Maternal lifestyle characteristics and Wilms tumor risk in the offspring: A systematic review and meta-analysis.	Kanker
Fekete e.a.	2012	Effect of folate intake on health outcomes in pregnancy: a systematic review and meta-analysis on birth weight, placental weight and length of gestation.	SGA/PTB/LBW
Hodgetts e.a.	2015	Effectiveness of folic acid supplementation in pregnancy on reducing the risk of small-for-gestational age neonates: a population study, systematic review and meta-analysis.	SGA/PTB/LBW
Hua e.a.	2016	Effect of folic acid supplementation during pregnancy on gestational hypertension/preeclampsia: A systematic review and meta-analysis.	Hypertensie/ pre-eclampsie
Imdad e.a.	2011	The effect of folic acid, protein energy and multiple micronutrient supplements in pregnancy on stillbirths.	NTDs
Li e.a.	2019	Association of maternal folate intake during pregnancy with infant asthma risk.	Astma
Liu e.a.	2018	Supplementation of folic acid in pregnancy and the risk of preeclampsia and gestational hypertension: a meta-analysis.	Hypertensie/ pre-eclampsie

Mantovani e.a.	2014	Folic acid supplementation and preterm birth: results from observational studies.	SGA/PTB/LBW
Milne e.a.	2010	Maternal folate and other vitamin supplementation during pregnancy and risk of acute lymphoblastic leukemia in the offspring.	Kanker
Molina-Solana e.a.	2013	Current concepts on the effect of environmental factors on cleft lip and palate.	NTDs
Partap e.a.	2022	Preconception and periconception interventions to prevent low birth weight, small for gestational age and preterm birth: a systematic review and meta-analysis.	SGA/PTB/LBW
Yang e.a.	2015	High dose of maternal folic acid supplementation is associated to infant asthma.	Astma
Zhang e.a.	2017	Effect of folic acid supplementation on preterm delivery and small for gestational age births: A systematic review and meta-analysis.	SGA/PTB/LBW

APPENDIX II. ACTIES MINISTERIE VAN VWS IN IZA

30 concrete acties van het ministerie van VWS

Wat?	Hoe?	Met wie? Onder andere:
Vakmanschap professionals		
<p><u>Pijn scholing en opleiding</u></p> <p>Medisch & sociaal domein: Kennis vanuit Kansrijke Start opnemen in bij- en nascholing en idealiter ook in beroepsopleidingen en beroepsprofielen.</p> <p>Regionaal en landelijk zijn multidisciplinaire, domein overstijgende en geaccrediteerde deskundigheidsbevorderingen voor professionals gericht op de eerste 1000 dagen en worden gezien als verelste scholing die bijdraagt aan de competenties die verelst zijn voor de uitoefening van het beroep.</p> <p>Kansrijke Start/werken vanuit de 1e 1000 dagen gedachte in ieder geval in de zorgstandaard Integrale geboortezorg (ZIG) en landelijk professioneel kader (LPK) van de JGZ en in de bijbehorende richtlijnen opnemen. Indien relevant ook in andere zorgstandaarden en richtlijnen.</p> <p>Belang van kennis over en gebruik van signalering-instrumenten en bijbehorende gespreksvaardigheden vormgeven en implementeren + dit koppelen aan rol gemeenten binnen Kansrijke Start. Daarnaast het gebruik van gevaldeerde screeningsinstrumenten stimuleren voor professionals in de eerste 1000 dagen en borgen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aanjagen dat partijen, waar mogelijk, gaan inzetten op accreditatie voorwaarde zodat werken gericht op de eerste 1000 dagen ook in beroepsprofielen kan landen en beroepsopleidingen daarop kunnen volgen. • Aanjagen dat partijen inzetten op multidisciplinaire na-, - en bijscholingsmodules en interventie rondom Kansrijke Start. • Aanjagen dat partijen bijdragen aan bekendheid en bewustwording voor belang van Kansrijke Start en eerste 1000 dagen scholing (=kennis) en training (=vaardigheden). • Deskundigheidsbevordering rondom eerste 1000 dagen en Kansrijke Start opnemen in zorgstandaarden (in ieder geval ZIG en LPK), richtlijnen, beroepskaders en protocollen + regionale/ lokale samenwerkingsafspraken rondom Kansrijke Start <ul style="list-style-type: none"> • Aanjagen dat beroepsgroepen hierop gaan inzetten. <ul style="list-style-type: none"> • Aanjagen via traject beter signaleren. Inzetten op bij-, - en nascholing, opnemen in richtlijnen en inzetten op bewustwording/ bekendheid. • Regionale/lokale afspraken maken over uniform gebruik gevaldeerde screeningsinstrumenten. • Regionale afspraken/richtlijnen maken over informatie uitwisselen (overdracht). • Aanjagen dat partijen/beroepsgroepen bekendheid en bewustwording genereren voor belang van Kansrijke Start in ieder geval specifiek voor 'beter signaleren' en preconceptioneel gezondheid. • Gebruik screeningsinstrument opnemen in in ieder geval ZIG/ LPK. • Afspraken maken over toegankelijkheid van screeningsinstrumenten voor laag (digi)taal vaardigen en anderstaligen. 	<p>Medisch: beroepsverenigingen, FMS/medisch specialisten Ikhv preconceptie zorg, federatie van VSV's. Lokale coalities – Pharos.</p> <p>Sociaal: beroepsgroepen, Divosa, SZW, CJG, wijkteams.</p> <p>Beroepsverenigingen, ZN, patiëntenfederatie NL, NCI.</p> <p>Medisch: Beroepsgroepen, Federatie van VSV's.</p> <p>Sociaal: Divosa, SZW, CJG, wijkteams.</p> <p>Lokale coalities – Pharos G4- G20, eventueel VNG.</p>

Wat?	Hoe?	Met wie? Onder andere:
Meer en beter vroegsignaleren gezinnen in een kwetsbare situatie.	<ul style="list-style-type: none"> • Belang van breed vroegsignaleren landelijk communiceren. • Vroegsignaleren opnemen in ZIG en LPK • Gevalideerde (vroeg)signaleringsinstrumenten opnemen in werkwijze en idealiter ook in informatiesystemen van professionals. • Opnemen in bestuurlijke afspraken rondom Kansrijke Start. 	Beroepsverenigingen, CPZ, Federatie VSV's, ZN, patiëntenfederatie NL, NCI, Lokale coalities – Pharos.
Goed vervolg geven na signaleren.	<ul style="list-style-type: none"> • Actueel houden van sociale kaart/zorgpaden Kansrijke Start. • Erkende interventies opnemen in werkwijze en informatiesystemen professionals. • (Warme) overdracht aan JGZ bij aanvraag PHB en daaruit voortvloeiend is de (warme) overdracht tussen zorgprofessionals voor (aanstaande) ouders in kwetsbare situaties. Vastgelegd en geïmplementeerd in werkafspraken/zorgpaden. • Zorgpaden Kansrijke Start opnemen in werkwijze en informatiesystemen professionals. 	Beroepsverenigingen, CPZ, Federatie VSV's, ZN, Patiëntenfederatie NL, NCI, JGZ.
preconceptionele gezondheid: vergroten bewustwording en inzet van professionals en de doelgroep zelf door de vraag 'wilt u het komende jaar zwanger worden?' zonder terughoudendheid te stellen en handelingsverlegenheid weg te nemen.	<ul style="list-style-type: none"> • Inventariseren en uitdragen van handelingsopties. • Beslisboom preconceptionele gezondheid voor (zorg) professionals agenderen. • Afspraken maken over zes inhoudelijke thema's. • Aanjagen. 	Pledge partijen preconceptie, partijen betrokken bij uitwerking zes thema's, samen met (aanstaande) ouders.
Kenniss ontsluiten / beschikbaar Instrumentarium (zoals zelfscan, netwerkkarta) voor professionals onderdeel maken van reguliere werkwijze, waaronder standaard opname in informatiesystemen van professionals.	<ul style="list-style-type: none"> • Verankeren als onderdeel van de duurzame leerinfrastructuur. • Opnemen in werkwijze kansrijke ontmoetingen. • Opnemen in checklist regionale samenwerking. 	Beroepsverenigingen.
Cultuur- en traumasensitief werken door professionals.	<ul style="list-style-type: none"> • Kennis, scholing, bewustwording over cultuur en traumasensitief werken aanjagen. • Afspraken maken met de beroepsgroepen om hier aandacht aan te besteden en meer bewustwording te creëren. 	Pharos, beroepsverenigingen, CPZ, ervaringsdeskundigen.
Implementatie prenataal huisbezoek: professionals toerusten door kennis te delen, doelgroep bereiken door informatie te delen en bewustwording van het nut en doel van het prenataal huisbezoek vergroten. Daarnaast wordt de wetswijziging geëvalueerd.	<ul style="list-style-type: none"> • Via kennisdeling middels webinar, brochure en scholing. • Handreiking actueel houden. • Evaluatie wet voor 1-7-2024. 	NCI, geboortezorgpartijen.

Ketsamenwerking

Klantrels Kansrijke Start – aanpak	<ul style="list-style-type: none"> • Keten van zorg en hulp tijdens de eerste 1000 dagen zo sluitend mogelijk maken vanuit hulpbehoefte en perspectief van (aanstaande) ouders, aan de hand van een klantrel, inclusief ondersteuning bij het voorkomen van onbedoelde zwangerschappen. 	
------------------------------------	--	--

Wat?	Hoe?	Met wie? Onder andere:
Aanpak Integrale gezinspoll.	<ul style="list-style-type: none"> Aanjagen en verspreiden van kennis uit de MKBA. 	Pharos, Haga, LC Den Haag, POP-poll's.
Stimuleren/versterken samenwerking JGZ, geboortezorg en VSV's op regionaal niveau in samenspraak met lokale coalities (JGZ in elke VSV, PHB als vehikel).	<ul style="list-style-type: none"> Regionale samenwerkingsafspraken via SPUK – Checklist regionale samenwerking. Goede voorbeelden verspreiden. 	JGZ, GGD, beroepsverenigingen, Pharos, CPZ, Actiz, GGD-GHOR NL, Federatie VSV's, Regionale ondersteuningsstructuur (ROS), consortia zwangerschap en geboorte.
Vanuit traject beter signaleren vindt er regionaal/lokaal systematisch Intercollegiaal, multidisciplinair overleg plaats tussen medisch en sociaal domein.	<ul style="list-style-type: none"> Aanjagen regionale/lokale samenwerkingsafspraken maken en opnemen in lokale richtlijnen/protocollen. Intervisie/multidisciplinair overleg. 	Beroepsverenigingen, federatie VSV's, CPZ, JGZ, (ideaaliter in aanwezigheid van huisarts, sociaal-wijkteam). Lokale coalities – Pharos, ZN.
Huisartsen zijn bekend met Kansrijke Start, zijn zich bewust van het belang van een kansrijke start en zijn betrokken bij lokale coalities.	<ul style="list-style-type: none"> Aanjagen en verkennen met beroepsgroepen en zorggroepen huisartsen. Kennis en bewustwording. 	LHV/NHG/InEen, zorggroepen huisartsen, Pharos.
Uitkomsten van Kansrijke Start dragen bij aan een handlingsperspectief van huisartsen binnen de eerste 1000 dagen.	<ul style="list-style-type: none"> Kennis, scholing, opleiding. Bestaande tools meer onder de aandacht brengen. 	LHV/NHG/InEen, zorggroepen huisartsen, Pharos.
Betere verbinding tussen de huisartsenpraktijk en medewerkers uit het sociaal domein.	<ul style="list-style-type: none"> Zorgpadentool, actuele sociale kaart. Samenwerkingsafspraken met korte lijnen tussen professionals. 	LHV/NHG/InEen, zorggroepen huisartsen, Pharos, partijen sociaal domein.
Versterken van rol informeel netwerk en informele steunorganisaties (incl. kennis, training etc.) en verbinden met formele hulpverlening.	<ul style="list-style-type: none"> Opnemen in checklist lokaal en regionaal. Netwerkaart onderdeel maken van werkwijze professionals en lokale coalities. Onder de aandacht brengen van lokale coalities via leertrajecten stimuleringsprogramma samenwerken met de mensen om wie het gaat. 	Pharos, collectief informele ondersteuning.
Nu Niet Zwanger landelijk beschikbaar maken en houden (regle op eigen kinderwens om onbedoelde zwangerschappen te voorkomen).	<ul style="list-style-type: none"> Verankeren in afspraken en regelgeving. 	GGD-GHOR, GGD, VNG.

Wat?	Hoe?	Met wie? Onder andere:
------	------	---------------------------

Lokale en regionale coalities

Wat?	Hoe?	Met wie? Onder andere:
Opschalen aanpak Kansrijke Start naar alle gemeenten.	<ul style="list-style-type: none"> Middelen structureel beschikbaar stellen via SPUK. 	
Vormen en versterken van lokale coalities door het maken van afspraken en toepassen in de praktijk (partijen voelen en zijn verantwoordelijk voor samenwerking en maken daar bindende afspraken over (eigenaarschap).	<ul style="list-style-type: none"> Middelen voor lokale samenwerking structureel beschikbaar stellen via SPUK. Inzet om KS op te nemen in opnemen in afspraken samenwerkingsagenda Rijk – VNG – ZN over preventie Infrastructuur. 	VNG, GGD.
Regionale samenwerking waarbij op basis van regio-beelden afspraken worden gemaakt hoe gezinnen in een kwetsbare situatie goed zorg en ondersteuning krijgen (partijen voelen en zijn verantwoordelijk voor samenwerking en maken daar bindende afspraken over (eigenaarschap)).	<ul style="list-style-type: none"> Middelen voor regionale samenwerking beschikbaar stellen via SPUK. Kansrijke Start Indicatoren opnemen in regio-beelden Zorg en Preventie. KS opnemen in brede SPUK preventie. Inzet om KS op te nemen in afspraken samenwerkingsagenda Rijk – VNG – ZN over preventie Infrastructuur. Via afspraken over preventie-Infrastructuur. JGZ/zorgstandaarden. 	VSV's, zielehuizen, GGD, ZN, VNG.
Stimuleren van de inzet van bestaande erkende interventies door gemeenten.	<ul style="list-style-type: none"> Actueel houden van menukaart Kansrijke Start en inbedden in database CGL erkende interventies. 	Pharos, Interventie-eigenaren, NCJ, NJI.
Elke lokale en/of regionale coalitie heeft: <ul style="list-style-type: none"> • een stevige trekker om te zorgen dat afspraken gemaakt worden, nagekomen worden en actueel blijven • een actuele sociale kaart voor professionals met gebruik van ontwikkelde klantroutes en zorgpaden • maakt gebruik van tools voor samenwerking zoals checklist, zorgpaden, klantroutes en analysetool • betreft doelgroep bij het maken van afspraken • zet informeel steunnetwerk in waar mogelijk • zet bestaande erkende interventies in waar mogelijk om de doelgroep juiste hulp en ondersteuning te bieden. 	<ul style="list-style-type: none"> Opnemen in checklist lokaal en regionaal. Actueel houden van menukaart Kansrijke Start en inbedden in database CGL erkende interventies. Leertrajecten stimuleringsprogramma samenwerken met de mensen om wie het gaat. 	Pharos, VNG, Patiëntenfederatie NL, RIVM.
Ondersteuning van de lokale coalities o.a. door actuele kennis te ontwikkelen, delen en verspreiden en door gezamenlijk leren (goede voorbeelden).	<ul style="list-style-type: none"> Stimuleringsprogramma lokale coalities Kansrijke Start. Verankeren als onderdeel van de duurzame leerinfrastructuur. 	Pharos, RIVM, ZonMW, kennisinstellingen, universiteiten/hogescholen.
Doelgroep participatie op landelijk niveau.	<ul style="list-style-type: none"> Plan van aanpak hoe doelgroep landelijk goed te betrekken. 	Ouderberaad.
Kansrijke Start als vast onderdeel van landelijk en lokaal beleid.	<ul style="list-style-type: none"> Checklist. Verankeren in strategisch akkoord. Verkennen mogelijkheden regelgeving/Wet PG. Landelijke nota. Lokale nota gezondheidsbeleid (wet PG). 	VNG, Pharos.

Wat?	Hoe?	Met wie? Onder andere:
------	------	---------------------------

Duurzame financiering

Drempels wegnemen bij doelgroep om gebruik te maken van anticonceptie, preconceptiezorg, prenatale voorlichting en kraamzorg.	<ul style="list-style-type: none"> Flyer/Infographic maken over kosten AC/PC/PN/KZ. 	
Opnemen Kansrijke Start in zorgstandaard Integrale geboortezorg (ZIG) en landelijk professioneel kader (LPK) JGZ en in de bijbehorende richtlijnen.	<ul style="list-style-type: none"> Tekstvoorstellen maken en Inbrengen bij Goede Starttafel. Aanjagen dat beroepsgroepen hierop gaan inzetten. 	Beroepsverenigingen, ZN, patiëntenfederatie NL.
Komen tot geoordeelde financiële middelen voor kansrijke start.	<ul style="list-style-type: none"> Middelen voor lokale en regionale samenwerking beschikbaar stellen via SPUK. 	
Stimuleren inzet interventies.	<ul style="list-style-type: none"> Middelen beschikbaar stellen via SPUK. Menukaart Kansrijke Start inbedden in CGL databank 'erkende interventies'. 	
Financiering doelgroep participatie.	<ul style="list-style-type: none"> Via SPUK-middelen. 	
KS laten landen in preventie-infrastructuur.	<ul style="list-style-type: none"> KS opnemen in brede SPUK preventie. Inzet om KS op te nemen in afspraken samenwerkingsagenda Rijk – VNG – ZN over preventie infrastructuur. 	BZK, VNG VNG, ZN.
Financiering professionals niet-toewijsbare zorg.	<ul style="list-style-type: none"> Via afspraken over preventie-infrastructuur (O&I component verzekeraars)? JGZ/zorgstandaarden. 	BZK, VNG, ZN.

Leerinfrastructuur

Realiseren van een actuele, interactieve leerinfrastructuur Kansrijke Start voor lokale coalities en professionals.	<ul style="list-style-type: none"> Leerinfrastructuur bouwen. 	Pharos, RIVM, kennisinstituten, ZonMW.
Kennisonwikkeling rondom thema Kansrijke Start stimuleren.	<ul style="list-style-type: none"> Kennisbehoefte inventariseren. 	ZonMW.

Monitoring

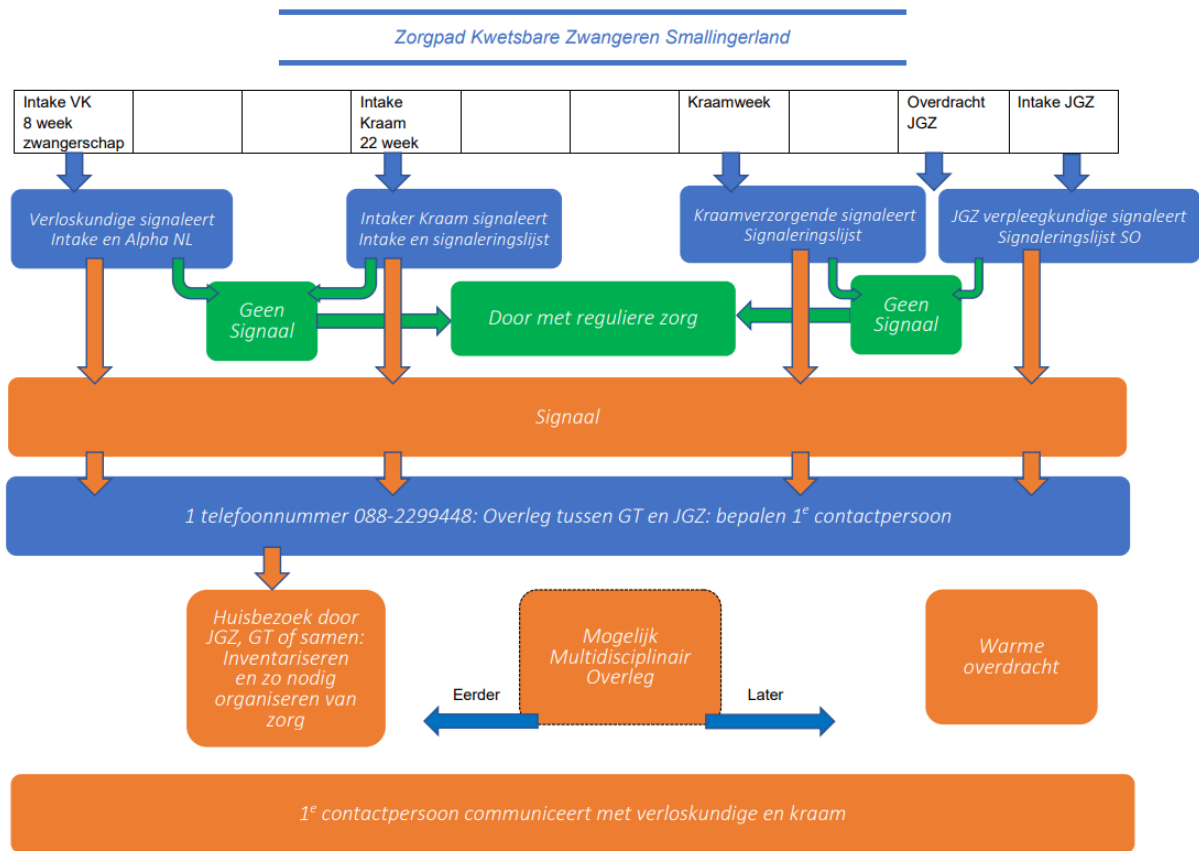
<p>Levende lokale monitor: lokale basisindicatorenset en ondersteuning van lokale coalities bij opzet en gebruik monitor.</p> <p>Doorontwikkelen indicatoren en vragenlijst landelijke monitor en verkennen verbinding andere monitors.</p> <p>De Landelijke monitor wordt voortgezet en bestendigd. Daar waar nodig zal de monitor worden doorontwikkeld door oa een herijking van de indicatoren. Ook wordt verkend in hoeverre de Landelijke monitor kan worden geïntegreerd met de monitor Onbedoelde Zwangerschappen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Verankeren als onderdeel van de duurzame leerinfrastructuur. 	RIVM i.s.m. Pharos.
	<ul style="list-style-type: none"> Verankeren als onderdeel van de duurzame leerinfrastructuur. 	RIVM i.s.m. Pharos.

Wat?	Hoe?	Met wie? Onder andere:
<p>Verkennen inrichten structurele monitor eerste 1000 dagen. Verkend wordt de komende periode in hoeverre toegewerkt kan worden naar een monitor voor de eerste 1000 dagen, waarbij ook een perinatale monitoringsfunctie zou kunnen worden opgenomen in de monitor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verankeren als onderdeel van de duurzame leerinfrastructuur. 	<p>RIVM.</p>
<p>JGZ monitor Om op landelijk en gemeentelijk niveau inzicht te krijgen in de groei en ontwikkeling van kinderen/jongeren van 0 tot 18 jaar zullen JGZ-data landelijk worden ontsloten. In 2022 wordt een pilotfase met een aantal JGZ-organisaties gestart om een indruk te krijgen van de kwaliteit van gegevens voor de JGZ monitor. Na deze pilotfase is de intentie de JGZ-monitor breed te gaan implementeren.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verankeren als onderdeel van de duurzame leerinfrastructuur. 	<p>CBS, Actiz, JGZ organisaties, NCJ.</p>

APPENDIX III. STROOMSCHEMA'S ZORGPADEN FRIESLAND

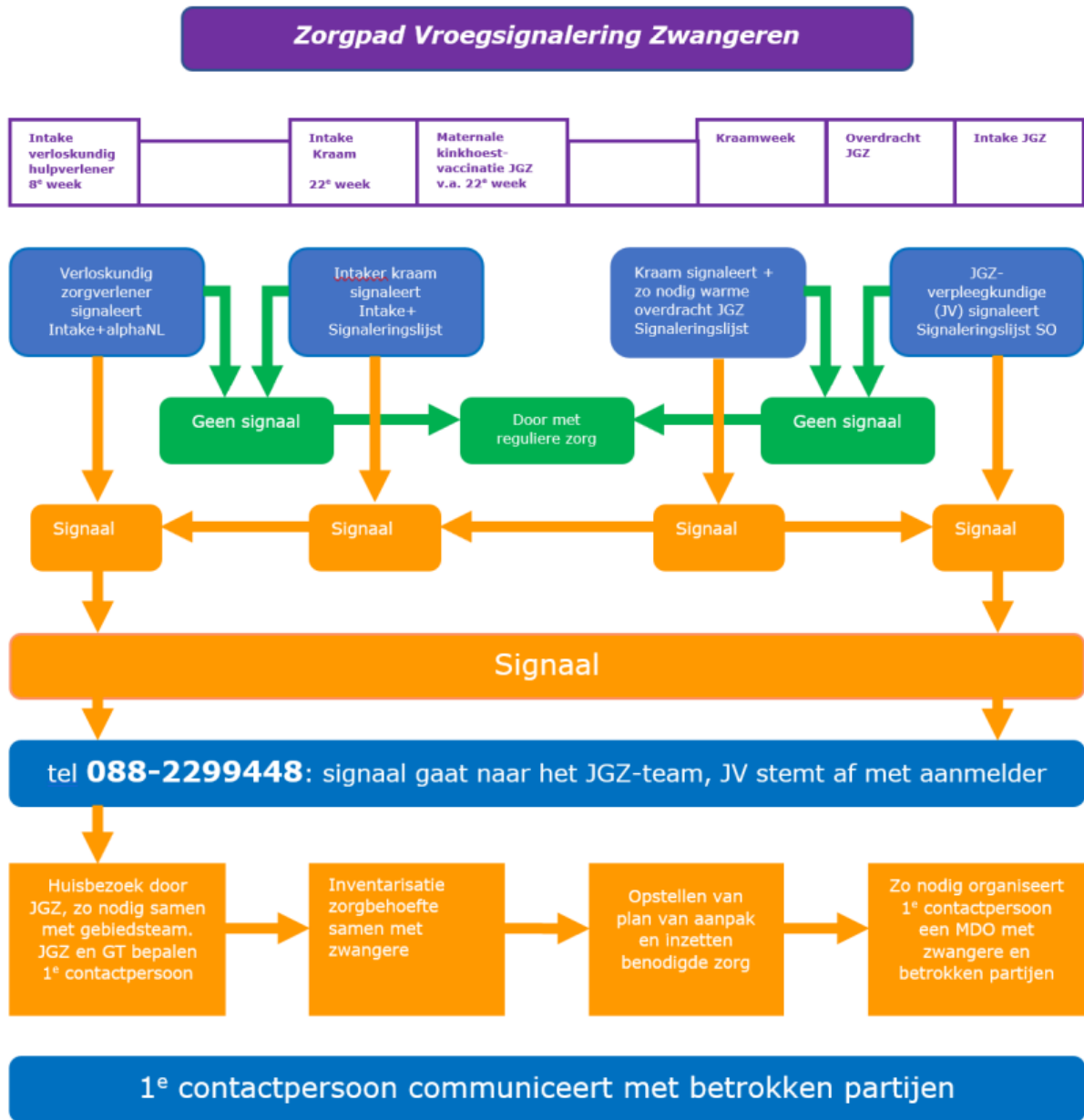
APPENDIX III-A. ZORGPAD SMALLINGERLAND

Figuur 9. Zorgpad Smallingerland. Zorgpad Smallingerland, gebruikt door gemeente Smallingerland, Tytsjerkstradiel en Achtkarspelen.



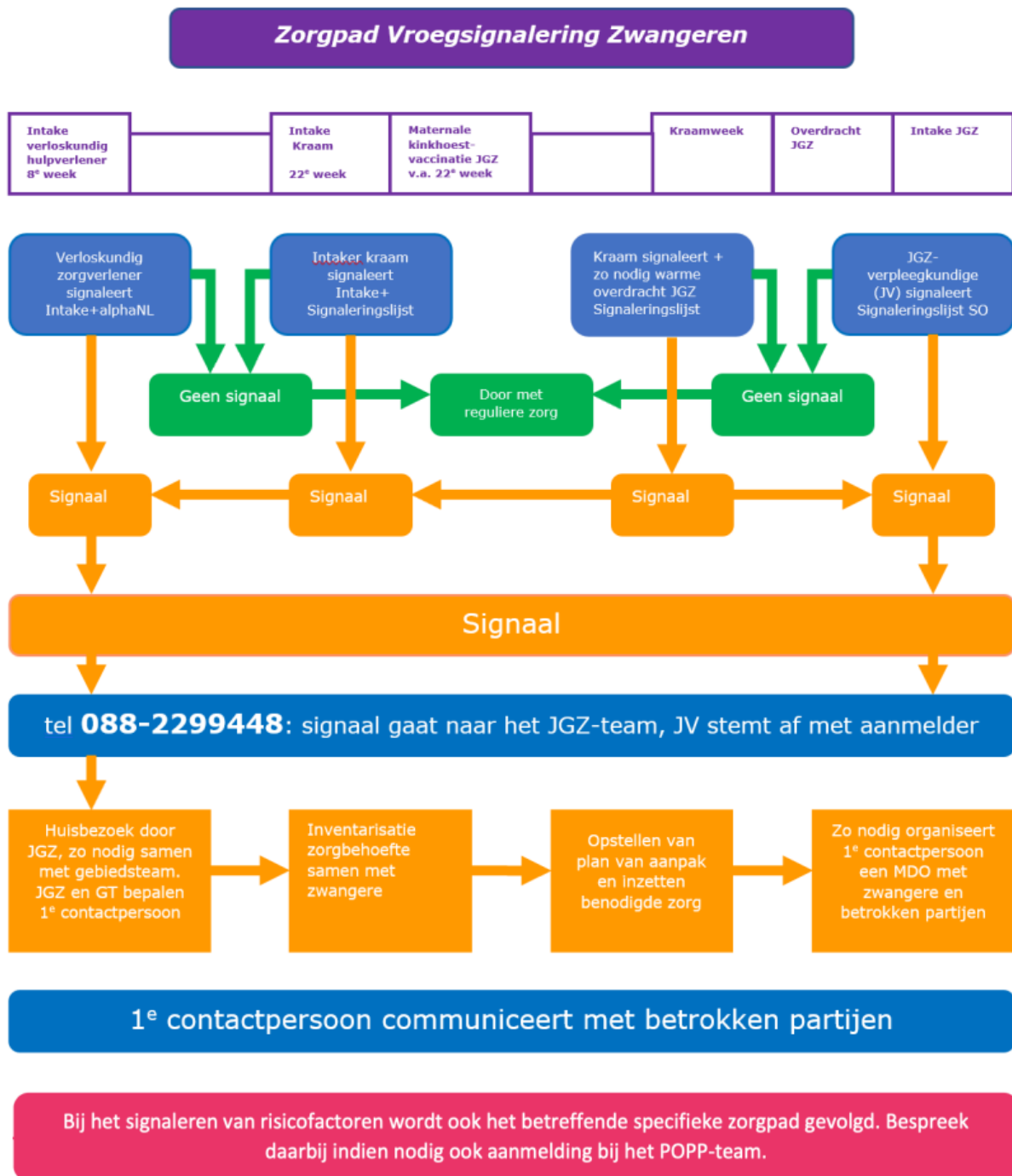
APPENDIX III-B. ZORGPAD SÛDWEST

Figuur 10. Zorgpad Sûdwest. Zorgpad Sûdwest, gebruikt door gemeente Sûdwest Fryslân, De Fryske Marren en Noordoost Polder (FL).



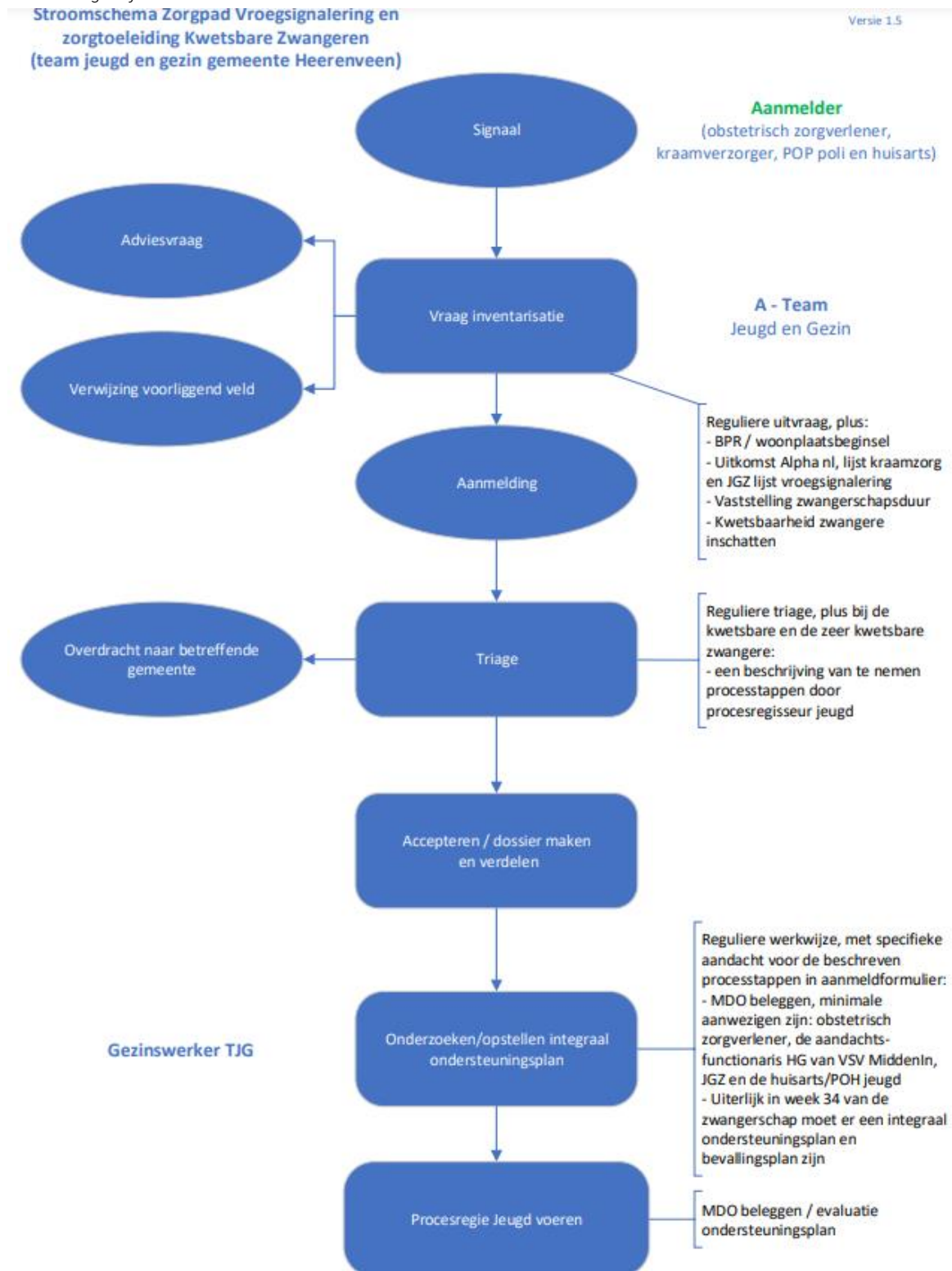
APPENDIX III-C. ZORGPAD NOORD

Figuur 11. Zorgpad Noord. Zorgpad Noord, gebruikt door gemeente Harlingen, Waadhoeke, Noardeast-Fryslân, Dantumadiel, Leeuwarden en indien nodig de Wadden gemeenten.



APPENDIX III-D. ZORGPAD HEERENVEEN

Figuur 12. Zorgpad Heerenveen. Zorgpad Heerenveen, gebruikt door gemeente Heerenveen, Weststellingwerf en Ooststellingwerf.



APPENDIX IV. OPZET ERVARINGSDESKUNDIGEN ONDERZOEK

APPENDIX IV-A. PREM VRAGENLIJST

De PREM vragenlijst bestaat uit 14 gestructureerde vragen die gescoord kunnen worden (CPZ, n.d.):

- Luisteren de zorgverleners goed naar je?
- Hadden de zorgverleners genoeg aandacht?
- Kreeg je genoeg informatie om je te helpen keuzes te maken?
- Vroegen de zorgverleners om jouw toestemming voordat er een onderzoek of (be)handeling werd uitgevoerd?
- Bepaal je samen met de zorgverleners welke zorg en behandeling jij en jouw kind kregen?
- Hielden de zorgverleners rekening met jouw keuzes?
- Wisten al je zorgverleners genoeg van de situatie?
- Kon je partner meedenken en meepraten over de zorg die jullie kregen?
- Kon je jouw zorgen of angsten bespreken met de zorgverleners?
- Had je vertrouwen in je zorgverleners?
- Vind je dat jouw kind goed is behandeld na de geboorte?
- Denk je dat jij en jouw kind goed zorg hebben ontvangen tijdens de zwangerschap, bevalling en kraamtijd?
- Hoe heb je jouw zwangerschap, bevalling en kraamtijd ervaren?
- Heb je nog complimenten of tips voor verbetering van onze zorg?

APPENDIX IV-B. BESCHRIJVING ERVARINGSDESKUNDIGEN ONDERZOEK

Voor het onderzoek zijn ervaringsdeskundigen benaderd via hun behandelaren. Via deze weg is het contact gelegd met 8 ervaringsdeskundigen. De behandelaren gaven hun naam en contactgegevens door. Hierop heeft de onderzoeker contact opgenomen met de ervaringsdeskundigen om een afspraak met hen te maken. De onderzoeker heeft vervolgens de gesprekken gevoerd volgens protocol in appendix IV-B, terwijl deze zijn opgenomen. Na het gesprek heeft de onderzoeker de opname getranscribeerd om het vervolgens te coderen.

ERVARING MET DE ZORG TIJDENS EN KORT NA DE ZWANGERSCHAP

Welkom heten en kort vertellen wat de bedoeling van deze afspraak is:

1. Informed consent doornemen
2. Uitleggen waarom we dit onderzoek doen.
3. Eventuele vragen beantwoorden.
4. Formulier ondertekenen (2x!!!) en in één ontvangst nemen.
5. Akkoord vragen voor geluidsopname van gesprek.
6. Opname starten.

Dan start het gesprek. Het is de bedoeling dat het geen vraag antwoord gesprek wordt, maar zoveel mogelijk de ervaringsdeskundige aan het woord laat. Vragen kunnen gebruikt worden om sturing aan het gesprek te geven of het gesprek op gang te helpen.

- Hoe heb je jouw zwangerschap, bevalling en kraamtijd **ervaren**?
- Denk je dat jij en jouw kind de **juiste zorg en ondersteuning** hebben ontvangen tijdens de zwangerschap, bevalling en kraamtijd?
- Heb je **ondersteuning gemist** tijdens de zwangerschap, bevalling en kraamtijd?
- Heb je zelf **regie** gehad in de ondersteuning die jullie ontvangen hebben?
- Had je **vertrouwen** in de zorgverleners?
- Hoe heb je het **ervaren dat er extra hulp** werd aangeboden? (Bijvoorbeeld aan emoties en aversie)
- Ben je bekend met **foliumzuur** gebruik tijdens de zwangerschap en heb ik dit zelf geslikt?
 - Zo ja, in **welke periodes** heb je foliumzuur geslikt?

Afsluiten met vragen m.b.t. gereguleerde monitoring.

- Hoe zou je **toekomstige monitoring** over deze onderwerpen voor je zien? Vind je een gesprek prettig? Of vind je een vragenlijst prettiger? Doorvragen o.b.v. antwoorden die gegeven worden > hoe vaak, fysiek, telefonisch, online, op papier...

Opname stopzetten en Ervaringsdeskundige bedanken voor openheid tijdens het gesprek en deelname aan dit onderzoek.

APPENDIX IV-D. ANTWOORDENFORMULIER

GGD Fryslân ERVARING MET DE ZORG TIJDENS EN NA DE ZWANGERSCHAP

ONDERZOEKER: _____



DEELNEMER # _____

(1) ERVARINGSDESKUNDIGE EIGENSCHAPPEN DATUM __/__/__

Leeftijd _____ Met/zonder partner _____

Aantal kinderen _____ Foliumzuur ja/nee _____ periode: _____

(2) POSITIEVE ERVARINGEN

ZWANGERSCHAP	BEVALLING	KRAAMTIJD

(3) NEGATIEVE ERVARINGEN

ZWANGERSCHAP	BEVALLING	KRAAMTIJD

(4) REGIE ONDERSTEUNING EN ZORG

Regie ervaren/gehad/genomen ja nee
 Ervaring met regie

(5) VERTROUWEN ZORGVERLENERS

Hoe groot is het vertrouwen in zorgverleners (geweest)?
 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 Waarmee wordt dat beschreven? Voorbeelden

(6) GEMISTE ONDERSTEUNING/ZORG

.....

(7) ERVARING AANBOD EXTRA ONDERSTEUNING/ZORG

Aversie, inbreuk privacy, emoties....

(8) VORMGEVEN GEREGULEERDE EVALUATIE

MONDELING Fysiek Telefonisch FORMULIER Online Papier HOE VAAK? 1x per

Extra aantekeningen/toelichting hieronder of op de achterkant

DOEL VAN HET ONDERZOEK

Doel van het onderzoek is om een beter beeld te krijgen van de ondersteuning die vrouwen of gezinnen krijgen tijdens de zwangerschap en kort daarna. Er wordt veel met beleidsmakers en zorgprofessionals gesproken, maar er is weinig bekend over hoe dit in de praktijk ervaren wordt. Daarom zijn wij blij dat u met ons in gesprek wil, zodat wij hiervan beter beeld kunnen krijgen.

Met uw informatie hopen wij daarom ook deze ondersteuning te kunnen optimaliseren vanuit het oogpunt van de gebruiker/ontvanger.

UITVOERING VAN HET ONDERZOEK

In de praktijk betekent dit dat wij graag **eenmalig** met u in gesprek willen om uw ervaringen met ons te delen. Dit gesprek zal 1-1,5 uur duren en kan bij u thuis of bij ons op kantoor plaatsvinden, afhankelijk van uw eigen voorkeur. Het is een open gesprek, waarin u alle ervaringen die u heeft opgedaan met ons kan delen. Om zo goed mogelijk alle informatie mee te kunnen nemen in adviezen voor de toekomst, zouden wij graag een audio-opname van het gesprek maken.

VERZAMELEN, GEBRUIK EN BEWAREN VAN UW GEGEVENS

Deze audio-opname wordt volledig anoniem en veilig opgeslagen. Uw naam en andere persoonsgebonden gegevens zullen dus niet gekoppeld worden aan de opname. Ook de uitwerking die wij van het gesprek maken, zal volledig geanonimiseerd worden.

Tot slot willen wij graag benadrukken dat deelname aan dit onderzoek volledig vrijwillig is en dat u op elk moment kan stoppen. Ook tijdens het gesprek kan u nog besluiten om te stoppen met deelname aan dit onderzoek. De gegevens die tot dat moment zijn verzameld, worden gebruikt voor het onderzoek, tenzij u aangeeft dit niet te willen.

Als u vindt dat u voldoende geïnformeerd bent en alle vragen die u had, zijn beantwoord, kan u hieronder tekenen voor deelname en kan het onderzoek gestart worden.

Ik wil meedoen aan dit onderzoek

Naam deelnemer:

Handtekening:

Datum:

APPENDIX V. KENNISMAKEN MET DE ERVARINGSDESKUNDIGEN

ERVARINGSDESKUNDIGE 1

Hallo, ik ben ervaringsdeskundige 1. Ik ben 19 jaar oud en ik woon met onze zoon van 5 maanden en man in de gemeente Súdwest Fryslân. Tijdens mijn zwangerschap is mijn relatie met de vader van mijn zoon uitgegaan, omdat hij drugs gebruikte. Ik ben tijdens de zwangerschap wel met hem in contact gebleven en na de bevalling kwam hij steeds weer meer in beeld. Hij is ondertussen van de drugs af en sinds een tijdje zijn wij ook weer samen en gaan wij samenwonen. In de tussentijd heb ik bij mijn ouders gewoond en ik heb dus ook daar de eerste maanden met mijn zoontje gezeten.

Tijdens de zwangerschap nam de jeugdverpleegkundige contact met mij op. Ik was hier verder niet mee bekend, maar ben achteraf erg blij met de hulp die ze mij vanaf dat moment heeft kunnen bieden. Ze is een fijn contactpersoon geweest met wie ik kon praten over dingen waar ik tegenaan loop in het moederschap. Gelukkig gaat het ondertussen allemaal erg goed en heb ik haar hulp bijna niet meer nodig.

Ik ben blij met de ondersteuning die ik heb gekregen en ook dat mijn vriend en ik ondertussen weer bij elkaar zijn en samen wonen met onze zoon.

ERVARINGSDESKUNDIGE 2

Hallo, ik ben ervaringsdeskundige 2. Ik ben 34 jaar oud en ik woon met mijn zoon van 10 maanden in de gemeente Smallingerland. Vanaf mijn 14^e loop ik bij verschillende zorginstanties, waaronder GGZ en de verslavingszorg. Toen ik zwanger werd, wist ik dat niet en heb ik de eerste vier weken van de zwangerschap nog geblowd. Toen ik wist dat ik zwanger was, ben ik meteen gestopt, maar ik ben wel onder controle gebleven.

Ik heb ondersteuning gekregen vanuit een programma dat VoorZorg heet, dit biedt intensieve ondersteuning aan zwangeren en moeders met kinderen tot 2,5 jaar. In eerste instantie was ik wat angstig toen ze mij hulp aanboden, omdat ik vooral de verhalen ken uit de jeugdzorg en Veilig Thuis waarbij kinderen uithuisgeplaatst worden. Uiteindelijk heb ik erg veel gehad aan de ondersteuning vanuit VoorZorg, maar negen maanden na de zwangerschap vond ik het wel genoeg geweest en ben ik ermee gestopt. Ik vond VoorZorg te schools vormgegeven, omdat ik ook allerlei opdrachten moest maken die ook nog eens best kinderachtig waren en hierdoor ben ik uiteindelijk gestopt. Daarbij komt dat ik al veel dingen deed waar de verpleegkundige mij mee wilde helpen, dus dat was erg positief. Naast VoorZorg krijg ik ook praktische ondersteuning vanuit Carins.

Ik zou de GGD willen meegeven dat informatie vanuit zo'n grote organisatie vaak afschrikt, omdat ik bang ben voor alle andere consequenties die het kan hebben. Ik zou wel veel baad gehad hebben bij een 24/7 telefoonlijn waar ik met vragen naartoe kan bellen, vooral buiten kantooruren, als je kind 's nachts weer veel moet huilen en je niet weet wat je moet doen bijvoorbeeld.

ERVARINGSDESKUNDIGE 3

Hallo, ik ben ervaringsdeskundige 3. Ik ben 27 jaar oud en ik woon met mijn zoon van 5 maanden in de gemeente Noardeast-Fryslân. Toen ik zwanger werd werkte ik op een Waddeneiland en kon ik daar niet blijven werken. Ondertussen ging het ook niet goed tussen mij en de vader en kreeg ik financiële problemen. Daarnaast woont mijn familie niet in Nederland, waardoor ik daar ook geen hulp van kon krijgen. Door financiële ondersteuning van de kerk heb ik mijn huidige woning kunnen behouden en daarna is via de gemeente extra hulp ingeschakeld, waardoor ik in het VoorZorg programma ben gekomen.

De verpleegkundige van VoorZorg heeft mij heel goed en altijd in overleg met mij ondersteund in het (aanstaande) ouderschap. Daardoor ben ik nu financieel stabiel, heb ik goed contact met de vader van mijn zoon en ben ik goed voorbereid op het moederschap. Naast VoorZorg neem ik ook deel aan een Centering Pregnancy (nu Parenting) groep. Ik heb veel steun aan de andere moeders in de groep.

ERVARINGSDESKUNDIGE 4

Hallo, ik ben ervaringsdeskundige 4. Ik ben 26 jaar oud en ik woon met mijn man en onze een dochter van 15 maanden in de gemeente Waadhoeke. Ik heb een hele goede zwangerschap gehad, maar helaas ging de bevalling heel moeizaam en is mijn dochter uiteindelijk met een spoedkeizersnee geboren. Door deze heftige bevalling kwam ik in een negatieve spiraal en is door de GGD Stevig Ouderschap aangeboden.

In eerste instantie dacht ik dat ik het zelf wel kon en voelde het ook als falen als dat niet lukte, maar uiteindelijk ben ik erg blij met de hulp die ik heb gekregen. Ik zou achteraf zelfs zeggen dat ik er eerder mee had moeten instemmen. Stevig Ouderschap heeft vooral geholpen met het kijken naar het hele gezin, zij verlegde de focus van het kind ook naar de moeder en vader. Hierdoor zijn wij meer in balans gekomen op allerlei vlakken.

Tijdens de zwangerschap heb ik goede begeleiding richting de bevalling, waar ik best bang voor was, gemist. Daarnaast is alle zorg erg gericht op het kind of de foetus, wat natuurlijk absoluut belangrijk is, maar soms worden de ouders daarin voor mijn gevoel wat vergeten. Ik zou graag zien dat daar in het hele proces meer aandacht voor is.

ERVARINGSDESKUNDIGE 5

Hallo, ik ben ervaringsdeskundige 5. Ik ben 41 jaar oud en woon samen met mijn man, zoon van 5 jaar en zoon van 7 weken in de gemeente Harlingen. Ik ben 6 dagen na de geboorte van mijn zoon van 5 erg ziek geworden en opgenomen in het ziekenhuis. Tegelijkertijd had mijn zoon toen ook altijd erg last van zijn buik, waardoor hij maanden achter elkaar gehuild heeft. Op een gegeven moment was ik ten einde raad en heb ik de GGD gebeld voor hulp. Zij hebben mij toen geholpen binnen het programma van Stevig Ouderschap. De verpleegkundige heeft ons super geholpen met allerlei tips om onze baby rustig te krijgen. Ik heb van deze periode psychisch best wat last gehad en gehouden en krijg nog steeds, nu met onze jongste zoon, ondersteuning van de verpleegkundige van Stevig Ouderschap.

Het is fijn om een vast aanspreekpunt te hebben waar je terecht kan met vragen of als je met je handen in het haar zit. Als ik onzeker was over zijn gewicht, kwam ze langs met de weegschaal, maar ik kon ook met vragen over borstvoeding bij haar terecht.

Ik vind het lastig dat andere ouders het doen voorkomen alsof altijd alles rozengeur en maneschijn is, terwijl dat in geen enkel gezin het geval is. Meer bekendheid over de uitdagingen van het ouderschap en op welke manieren je hulp kan krijgen, zou ik echt van toegevoegde waarde vinden voor elk (aanstaand) gezin. Doorbreek de taboe rondom de uitdagingen van het hebben van kinderen, soms is je kind een dag (of meer) een pain-in-the-ass. Daarnaast zou ik het goed vinden als de verpleegkundige van het consultatiebureau niet alleen twee weken na de bevalling thuis op bezoek komt, maar dat ze ook voor de bevalling al een keer langs komt om de situatie van de aanstaande ouders door te spreken en te pijlen of er nog vragen of uitdagingen zijn bij de aanstaande ouders.

ERVARINGSDESKUNDIGE 6

Hallo, ik ben ervaringsdeskundige 6. Ik ben 37 jaar oud en woon samen met mijn man, zoon van 2 jaar en dochter van 7 maanden in de gemeente Waadhoeke. Door mijn fysieke beperkingen kan ik niet goed voor onze kinderen zorgen. Daarom hebben wij hulp in huis nodig voor de kinderen op de momenten dat de kinderen thuis zijn, maar mijn man naar het werk is. Mijn man werkt in de zorg en heeft daardoor onregelmatig werk.

Op dit moment helpt de BabythuisZorg met het uit bed halen en klaarmaken van onze kinderen tot ze naar de gastouder gaan en is de BabythuisZorg er ook weer als ze thuis komen van de gastouder tot mijn man thuis is of de kinderen in bed liggen. Daarnaast hebben wij ondersteuning gekregen vanuit Stevig Ouderschap. Tijdens mijn eerste zwangerschap hadden wij heel veel vragen over het ouderschap i.c.m. mijn beperking en hebben wij hiervoor bij de GGD aangeklopt, toen is Stevig Ouderschap gestart. Wij zijn nog steeds met deze verpleegkundige in contact en zij helpt ons ondertussen niet meer met het ouderschap, maar wel met alle organisatie van zorg eromheen. Als onze dochter straks 1 jaar oud wordt, houdt de BabythuisZorg op en hebben wij andere ondersteuning nodig, dit gaat via de gemeente en loopt erg stroef. De verpleegkundige van Stevig Ouderschap helpt o.a. ons als wij vastlopen met de medewerkers van de gemeente. Wij hebben hierdoor een vast aanspreekpunt waar wij met onze vragen naartoe kunnen en door haar staan wij er niet alleen voor.

Over de ondersteuning vanuit de GGD zijn wij ontzettend tevreden en daar hebben wij ook erg veel aan gehad. De ondersteuning en gang van zaken van de kant van de gemeente gaat daarentegen niet zoals wij zouden willen. Wij ervaren hier veel weerstand en onbegrip. Helaas krijgen wij geregeld het idee dat ze onze vraag niet begrijpen en niet luisteren naar de uitdagingen waar wij hulp voor vragen. Uit dit hele proces neem ik vooral mee dat het de toon is die de muziek maakt.

Wij zouden het fijn zijn als er een plek of iemand is waar wij terecht kunnen met vragen over praktische tips voor het ouderschap i.r.t. het hebben van een fysieke beperking zoals ik heb. Of als er iemand is die wij

kunnen raadplegen over de regelingen bij de gemeente, want in elke gemeente werken de WMO regelingen weer anders. Dit zou ervoor kunnen zorgen dat wij niet elke keer het wiel opnieuw hoeven uit te vinden. Misschien is dit wel aan de GGD om de regie te nemen en een stevig MDO op te zetten voor complexe uitzonderlijke gevallen.

ERVARINGSDESKUNDIGE 7

Hallo, ik ben ervaringsdeskundige 7. Ik ben 40 jaar oud en woon met mijn dochter van 3,5 en dochter van 15 maanden in Leeuwarden. Ik heb deze kinderen in gedeeld ouderschap met een goede vriend, waar ik niet mee samenwoon. Tijdens mijn eerste bevalling heb ik veel bloed verloren, wat uiteindelijk geleid heeft tot een bloedtransfusie. Omdat ik erg zwak was na de bevalling, kreeg ik drie keer per week ondersteuning in huis door de thuiszorg. Ik was erg blij met de thuiszorg, maar heb zelf snel weer de zorg voor mijn dochter opgepakt. Na drie maanden is de thuiszorg weer vertrokken, daar was ik toen ook wel blij om.

Wat ik heb gemist in ondersteuning in het ouderschap is iemand met vergelijkbare ervaringen waarmee ik kan praten over de dingen waar ik tegenaan loop. Een soort sparringmaatje, ervaringsdeskundige, vrijwillige moeder. Ik ga zelf als vrijwilliger werken bij Home Start om deze rol daar te vervullen voor andere moeders, maar heb dit zelf in de periode van ziekte, met ook nog een dochter met darmklachten, wel enorm gemist. Aankijkend tegen toekomstige monitoring en evaluatie vanuit de GGD zou ik een praatgroep/klankbordgroep erg leuk en handig vinden. Een groep moeders of ouders die kunnen praten over verschillende thema's waar de GGD vervolgens mee aan de slag kan.

ERVARINGSDESKUNDIGE 8

Hallo, ik ben ervaringsdeskundige 8. Ik ben 31 jaar oud en woon met mijn man van 31, dochter van 7, zoon van 3 en zoon van 1 in Holwerd. Toen onze dochter wat ouder werd, merkten wij dat ze ook behoorlijk druk was. Wij hadden wat vragen over ADHD en hebben daarvoor het consultatiebureau geraadpleegd. Zij hebben ons Stevig Ouderschap aangeboden en dit heb ik ook bij ons tweede en derde kind weer gekregen. Ze komen niet alleen langs voor de ondersteuning die binnen Stevig Ouderschap valt, maar komen ook thuis de vaccinaties aan de kinderen geven. Wij hebben geen auto en dus is een afspraak bij het consultatiebureau voor ons een hele onderneming.

Naast Stevig Ouderschap hebben wij ook nog meer ondersteuning vanuit de GGD en krijgen wij ondersteuning vanuit de gemeente voor onze kinderen en voor onszelf, bijvoorbeeld vanuit de WMO. Mijn man is vaak, veel en ernstig ziek en daardoor krijgen wij onder andere ondersteuning in de vorm van huishoudelijk hulp. Wij zijn ontzettend tevreden over de ondersteuning die wij tot nu toe hebben ontvangen. Als wij vragen hebben of het idee hebben dat we ergens nog hulp bij kunnen gebruiken, geven wij dat aan bij de GGD of de gemeente en dan weten zij er altijd wel een mouw aan te passen.