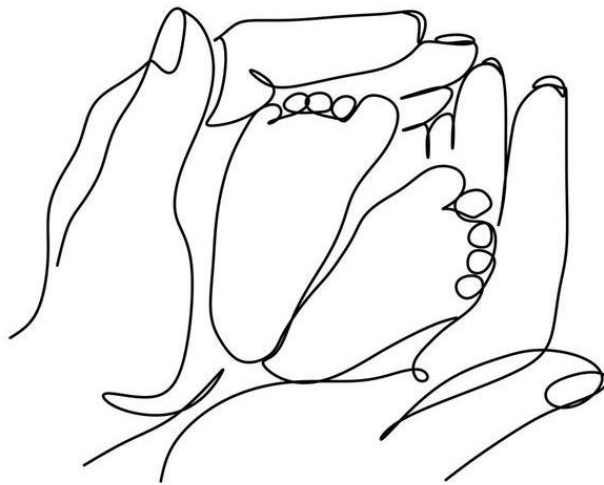


Een roze wolk voor alle ouders in Friesland

Een onderzoek naar de ervaringen van (aanstaande) ouders met psychosociale ondersteuning rondom de zwangerschap

Onderzoeksrapport 28 juni 2024



Naomi Hoogerhuis S3475573

Rijksuniversiteit Groningen

Faculteit Science & Engineering

Biomedical Sciences

Science, Business & Policy

Onder begeleiding van

Drs. Thea Westerink (GGD Fryslân)

Maaïke van der Meulen, MSc. (ROS Friesland)

Dr. Nynke Schuiling-Veninga (Rijksuniversiteit Groningen)

Drs. Michiel Berger (Rijksuniversiteit Groningen)



**Frieze
Preventie
Aanpak**



**ROS
FRIESLAND**



**rijksuniversiteit
groningen**

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.

Persoonlijk voorwoord

Voor u ligt het adviesrapport waar ik de afgelopen 6 maanden aan heb mogen werken in opdracht van GGD Fryslân en ROS Friesland. Dit adviesrapport maakt deel uit van mijn stageproject voor mijn master Science, Business & Policy, waar ik met veel plezier aan heb gewerkt. Graag wil ik van deze gelegenheid gebruikmaken om een aantal mensen te bedanken die tijdens mijn stageperiode een waardevolle bijdrage hebben geleverd.

Allereerst wil ik mijn dagelijkse begeleiders Thea Westerink-Swierstra en Maaïke van der Meulen bedanken voor hun hulp en vertrouwen. Zij hebben mij ondersteund bij het vormgeven van het rapport, het leggen van contacten met betrokken partijen, en hebben mij verwelkomd binnen Kansrijke Start Friesland.

Verder wil ik mijn SBP begeleider Michiel Berger bedanken voor zijn waardevolle feedback en ondersteuning tijdens stressvolle momenten. Zijn begeleiding heeft mij ontzettend geholpen tijdens het afronden van mijn verslag. Ook wil ik mijn wetenschappelijke begeleider Nynke Schuiling-Veninga hartelijk bedanken voor al haar hulp en feedback tijdens deze intensieve periode.

Tot slot wil ik mijn thuisfront bedanken. Zonder jouw steun was dit mij niet gelukt.

Ik wens iedereen die geïnteresseerd is in mijn rapport veel leesplezier toe!

Samenvatting

De eerste 1000 dagen zijn van groot belang voor de ontwikkeling van het kind. Er vinden veel ontwikkelingen plaats in het lichaam van het kind tijdens deze periode, die erg gevoelig is voor invloeden uit te omgeving. Een actieprogramma dat door de overheid in het leven is geroepen om kwetsbare (aanstaande) ouders en hun kinderen te helpen is Kansrijke Start. In Friesland wordt Kansrijke Start provinciaal georganiseerd. Om de werking van het programma in Friesland te evalueren, is in dit rapport onderzoek gedaan naar de ervaringen van (aanstaande) ouders met de geboortezorg, de algemene ondersteuning en de psychosociale ondersteuning.

Psychische klachten bij (aanstaande) ouders zijn een actueel probleem dat veel gevolgen kan hebben voor de ontwikkeling van het kind tijdens de eerste 1000 dagen. Om de symptomen van psychische klachten te verminderen, maken sommige mensen gebruik van psychofarmaca. Echter kunnen psychofarmaca een aantal negatieve effecten hebben op de vruchtbaarheid, zwangerschap en ontwikkeling van het kind. Het is daarom verstandig om te investeren in niet-invasieve ondersteuning. Een effectieve manier om (aanstaande) ouders met psychische klachten te helpen, is door middel van preventieve psychosociale ondersteuning. Meerdere van deze ondersteuning zijn beschikbaar in Friesland.

Uit de vragenlijsten met (aanstaande) ouders over hun ervaringen met de huidige geboortezorg en algemene en psychosociale ondersteuning blijkt dat veel ouders de zwangerschap en de komst van hun kindje positief hebben ervaren. Wel werd er door een aantal personen aangegeven dat er meer duidelijke informatie moet zijn over de verschillende ondersteuning en er behoefte was aan meer nazorg en meer gesprekken over mentale gezondheid.

Een aanpassing die kan worden gemaakt in het huidige beleid is om een zorgpad toe te voegen binnen het bestaande zorgpad Vroegsignalering Zwangeren. Dit nieuwe zorgpad zal zich richten op psychische klachten bij (aanstaande) ouders en vereenvoudigt het verwijzen naar psychosociale ondersteuning. Daarnaast wordt benadrukt dat er meer bekendheid moet komen over de aanwezige psychosociale ondersteuning en de samenwerking tussen Kansrijke Start en deze ondersteuning.

Inhoudsopgave

Persoonlijk voorwoord	2
Samenvatting.....	3
Inhoudsopgave	4
Gebruikte afkortingen	6
Introductie	7
Het belang van de eerste 1000 dagen.....	7
Kansrijke Start	8
Raamwerk.....	13
Hoofdstuk 1 – De invloed van psychische klachten bij de (aanstaande) ouders op de ontwikkeling van het kind tijdens de eerste 1000 dagen	16
Risicofactoren.....	17
Beschermdende factoren	21
Hoofdstuk 2 – Het effect van psychofarmaca gebruik door de (aanstaande) ouders op de ontwikkeling van het kind tijdens de eerste 1000 dagen	23
Wat zijn de effecten van psychofarmaca gebruik door de (aanstaande)moeder?	24
Wat zijn de effecten van psychofarmaca gebruik door de (aanstaande) vader?	26
Hoofdstuk 3 – Effectieve psychosociale ondersteuning	30
Effectieve vroegsignalering.....	30
Effectieve psychosociale ondersteuning in Nederland	31
Hoofdstuk 4 – Psychosociale ondersteuning aangeboden binnen Kansrijke Start in Friesland.....	35
Hoe zien de huidige psychosociale ondersteuning vanuit Kansrijke Start er in Friesland uit?.....	36
Welke partijen zijn betrokken bij psychosociale ondersteuning vanuit Kansrijke Start in Friesland?	39
Externe analyse Friese Preventie Aanpak.....	39
Interne analyse GGD Fryslân	44
Hoofdstuk 5 – Ervaringen van (aanstaande) ouders met de huidige invulling geboortezorg Kansrijke Start in Friesland.....	48
Wat zijn de ervaringen betreft de algemene geboortezorg en ondersteuning?	49
Wat zijn de ervaringen betreft de psychosociale ondersteuning?.....	55
Hoofdstuk 6 – Knelpunten huidige geboortezorg Kansrijke Start in Friesland.....	60
Welke knelpunten hebben de (aanstaande) ouders ervaren met het huidige beleid?.....	60

Hoe kunnen deze knelpunten worden verbeterd?.....	62
Toekomstscenario's in een beleidsmodel	64
Afronding	68
Conclusie & discussie	68
Advies & implementatie	69
Literatuur	72
Appendix	86
Risico- en beschermende factoren kwetsbare vrouwen.....	86
EPDS-10 vragenlijst.....	87
Gespreksverslag POP-poli Drachten.....	89
Gespreksverslag GGD Hart voor Brabant.....	93
PREM vragenlijst	98
Vragenlijst (aanstaande) ouders	99
Poster/flyer vragenlijst	105

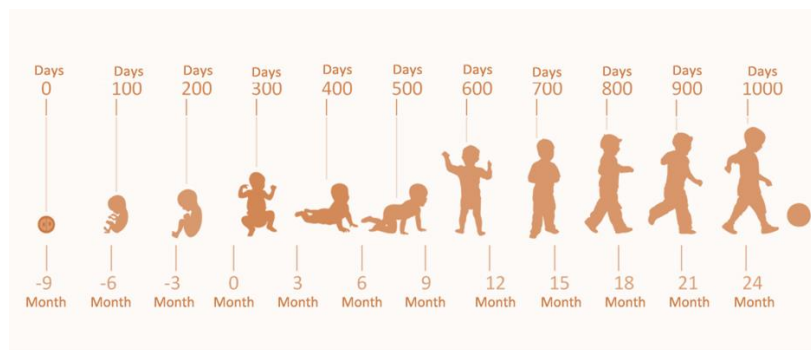
Gebruikte afkortingen

ADHD	-	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
ALPHA(-NL)	-	Antenatal Psychosocial Health Assessment)
ASS	-	Autismespectrumstoornis
CZeGNN	-	Consortium Zwangerschap en Geboorte Noord Nederland
EMDR	-	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
EPDS-10	-	Edinburgh Postnatal (Postpartum) Depression Scale
FPA	-	Friese Preventieaanpak
GALA	-	Gezond en Actief Leven Akkoord
GGZ	-	Geestelijke gezondheidszorg
GIZ	-	Gezamenlijk Inschatten van Zorgbehoeften
GLI	-	Gecombineerde leefstijlinterventie
HOME	-	Home Observation Measurement of the Environment
IHT	-	Intensieve behandeling thuis
IZA	-	Integraal Zorgakkoord
JGZ	-	Jeugdgezondheidszorg
KOPP	-	Kinderen van ouders met psychische problematiek
MCCBA	-	Multi-criteria cost benefit analyse
NNZ	-	Nu Niet Zwanger
PHB	-	Prenataal huisbezoek
POP	-	Psychiatrie, Obstetrie (Verloskunde) en Pediatrie (Kindergeneeskunde)
PPHN	-	Persisterende Pulmonale Hypertensie
PREM	-	Patient Reported Experience Measures
SPB	-	Science, Business & Policy
SPUK	-	Specifieke uitkeringen
SSRI	-	Serotonineheropnameremmer
Triple-P	-	Positive Parenting Programme
VWS	-	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
VSV	-	Verloskundig samenwerkingsverband

Introductie

Het belang van de eerste 1000 dagen

De basis van het leven wordt gelegd in de eerste 1000 dagen. Gedurende deze periode vinden de meeste ontwikkelingen plaats op neurologisch, fysiek en emotioneel gebied (Likhar & Patil, 2022). Deze dagen zijn cruciaal voor de ontwikkeling van een kind en beginnen vanaf een maand voor de conceptie en duren tot twee jaar na de geboorte (zie Figuur 1) (Schwarzenberg & Georgieff, 2018; Stephenson et al., 2018). In beleidsstukken waarin de ontwikkeling van kinderen en goede geboortezorg centraal staat, wordt vaak gesproken over de eerste 1000 dagen.



Figuur 1 – Eerste 1000 dagen zonder preconceptie afgebeeld (IDSMEED, z.d.).

Op neurologisch vlak vinden er veel complexe ontwikkelingen plaats, waaronder de aanleg van neuronale circuits (Tau & Peterson, 2009). Deze circuits vormen de basis voor de ontwikkeling van cognitie, emotieregulatie en sociale verbinding. De hersenen van een kind groeien het snelst tijdens de foetale periode, maar deze groei blijft doorgaan tot ongeveer het 25^e levensjaar (Arain et al., 2013; Martorell, 2017; Pulli et al., 2018). Fysiek ontwikkelen zich belangrijke organen en systemen tijdens de eerste 1000 dagen (Beluska-Turkan et al., 2019; Likhar & Patil, 2022). Onder deze systemen vallen metabolisme, het immuunsysteem en de aanleg van de spieren.

De ontwikkelingen die plaatsvinden in het lichaam tijdens de eerste 1000 dagen zijn erg gevoelig voor invloeden van buitenaf. Het kind is in deze periode dus erg kwetsbaar. De ontwikkelingen worden grotendeels beïnvloed door de genen, maar ook de invloeden uit de omgeving waar het kind in opgroeit en de gezondheid en het welzijn van de ouders spelen een grote rol (Tierney, 2009; Shonkoff et al., 2012). Een aantal risicofactoren die een negatieve invloed kunnen hebben op de ontwikkeling van een kind zijn vroeggeboorte en/of een te laag geboortegewicht, slechte voeding, roken tijdens de zwangerschap,

stress en psychische problemen bij de ouders (Potijk et al., 2011; Mejdoubi et al., 2013; Banderali et al., 2015; Waelput et al., 2017; Beluska-Turkan et al., 2019; Matvienko-Sikar et al., 2020; Hamadneh & Hamadneh, 2021; World Health Organization, 2022). De belemmering in ontwikkeling kan een leven lang effect hebben.

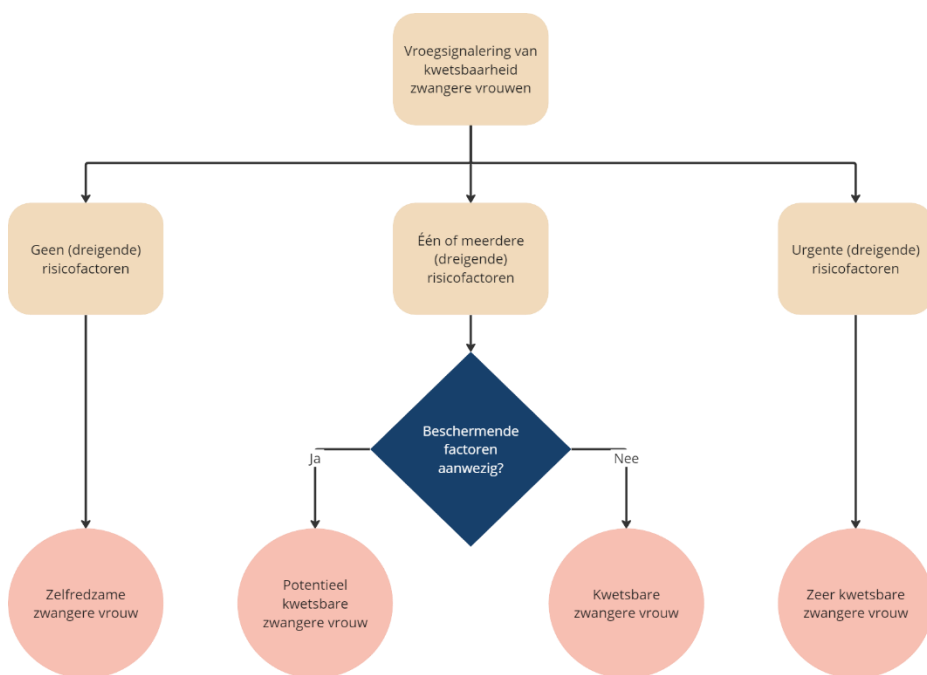
Het effect van deze risicofactoren kan zich op verschillende manieren uiten; het kind kan last krijgen van een ontwikkelingsachterstand, gedragsproblemen en heeft verhoogde gezondheidsrisico's op latere leeftijd, zowel fysiek als mentaal (Potijk et al., 2011; Koletzko et al., 2019; Likhari & Patil, 2022). Het is belangrijk dat ieder kind de beste zorg krijgt aan het begin van het leven. Om ervoor te zorgen dat ieder kind in Nederland de beste zorg krijgt aan het begin van het leven, is het landelijke actieprogramma 'Kansrijke Start' opgezet (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2024). Kansrijke Start is een programma waarin de samenwerking tussen geboortezorg organisaties centraal staat.

Kansrijke Start

Kansrijke Start is één van de vijf ketenaanpakken, gepresenteerd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), die zich richt op de zorg van het kind tijdens de eerste 1000 dagen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2024). Dit kunnen ouders zijn die zich in een kwetsbare positie bevinden, maar ook ouders die wat meer hulp nodig hebben met de transitie naar ouderschap. Iedere aanstaande ouder heeft natuurlijk een bepaalde mate van kwetsbaarheid; het leven komt plots op zijn kop te staan met de komst van een kindje. Echter kunnen er verschillende mate van kwetsbaarheid zijn waarin een kind wordt geboren en opgroeit (Wulffraat et al., 2019; Kalthoff, 2020).

Met vroegsignalering kan de mate van kwetsbaarheid bij (aanstaande) ouders worden gemeten door te kijken naar de risico- en beschermende factoren (zie Appendix – Risico- en beschermende factoren kwetsbare vrouwen). Enkele risicofactoren die een zwangere vrouw kwetsbaarder kunnen maken, zijn: financiële problemen, een (licht) verstandelijke beperking, psychiatrische problematiek en huiselijk geweld. Een aantal beschermende factoren die een zwangere vrouw meer zelfredzaam kunnen maken zijn: een stabiel gezinsklimaat, bereidheid om hulp te vragen, steun vanuit het sociale netwerk en motivatie. In de literatuur wordt er gesproken over vier verschillende categorieën van kwetsbaarheid, gericht op de moeder, namelijk (zie Figuur 2) (Wulffraat et al., 2019):

- a. **De zelfredzame zwangere vrouw** – een zwangere vrouw bij wie risicofactoren geen rol spelen, en waar voldoende beschermende factoren zorgen voor zelfredzaamheid.
- b. **De potentieel kwetsbare zwangere vrouw** – een zwangere vrouw bij wie één of meerdere risicofactoren zijn gesignaleerd, maar bij wie er wel beschermende factoren aanwezig zijn.
- c. **De kwetsbare zwangere vrouw** – een zwangere vrouw bij wie één of meerdere risicofactoren zijn gesignaleerd, en bij wie er geen of weinig beschermende factoren aanwezig zijn.
- d. **De zeer kwetsbare zwangere vrouw** – een zwangere vrouw bij wie één of meerdere urgente risicofactoren zijn gesignaleerd.



Figuur 2 – Mate van kwetsbaarheid bij een zwangere vrouw. (Bron: Wulffraat et al., 2019)

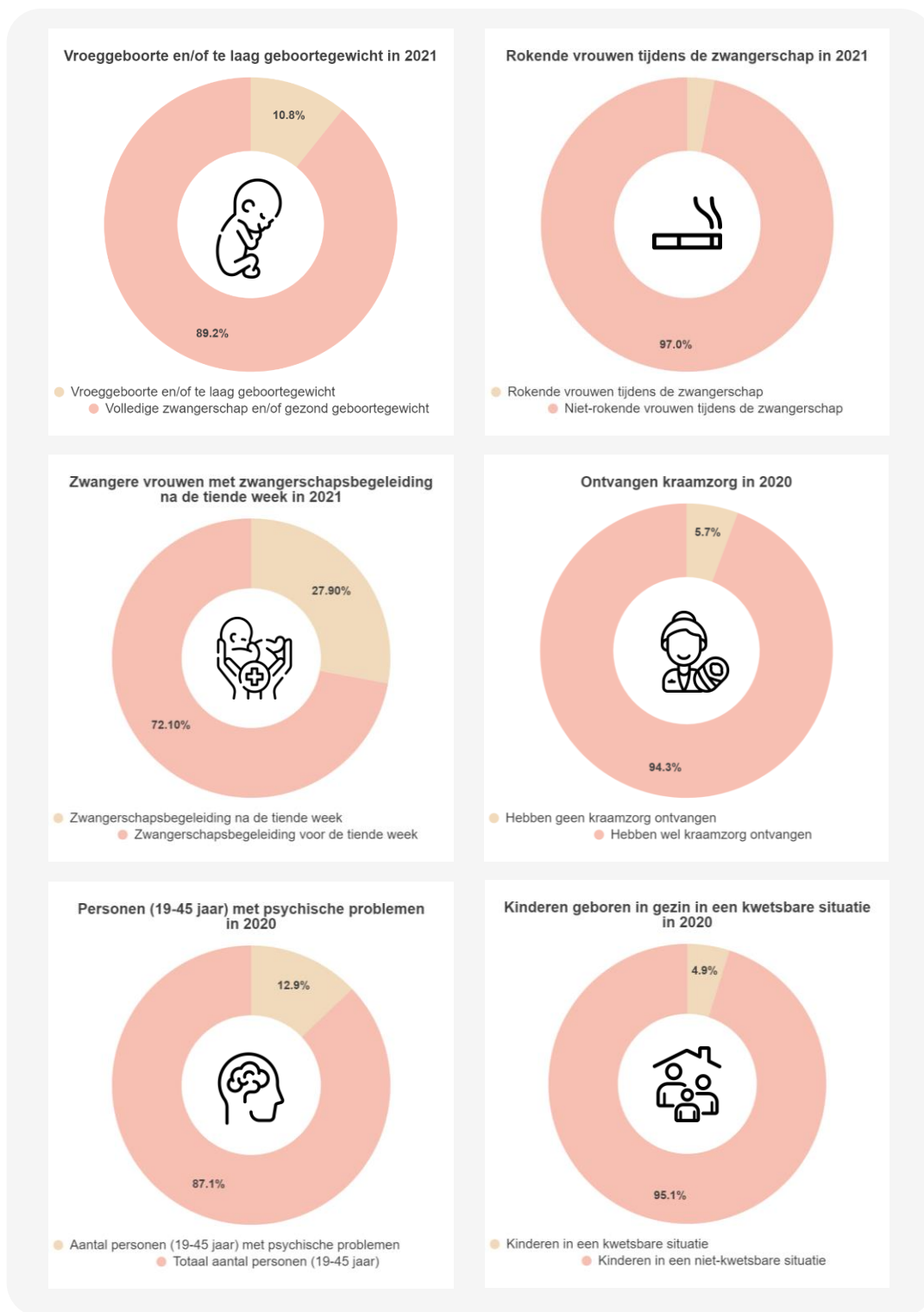
Wanneer de mate van kwetsbaarheid in kaart is gebracht, kan passende hulp worden aangeboden vanuit het lokale zorgpad (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2023b). Zo een zorgpad is bedoeld als ondersteuning voor zorgverleners die kwetsbaarheden kunnen signaleren en die de ouders graag wil doorverwijzen naar de passende hulp. Deze zorgverleners kunnen onder andere de verloskundige en kraamzorg zijn. Via een zorgpad kunnen de zorgverleners achterhalen welke samenwerkingsafspraken er lokaal zijn gemaakt, welke soorten ondersteuning er beschikbaar zijn, door wie deze ondersteuning worden verleend en hoe zijn in contact kunnen komen. Op dit moment zijn er 57 soorten ondersteuning (ook wel interventies genoemd) bekend in Nederland (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, z.d.). Specifieke interventies kunnen worden toegepast op basis van de

behoefte van het gezin en kunnen zowel voor, tijdens als 2 jaar na de zwangerschap worden ingezet. Een aantal voorbeelden van deze interventies zijn onder andere Stevig Ouderschap, VoorZorg en Nu Niet Zwanger (NNZ). Deze interventies richten zich onder andere op het voorbereiden van de komst van een kindje, het creëren van een gezond opvoedklimaat in gezinnen in zeer kwetsbare situaties, en het bespreken van een kinderwens en het voorkomen van onbedoelde zwangerschappen bij kwetsbare mensen.

Kansrijke Start in Friesland

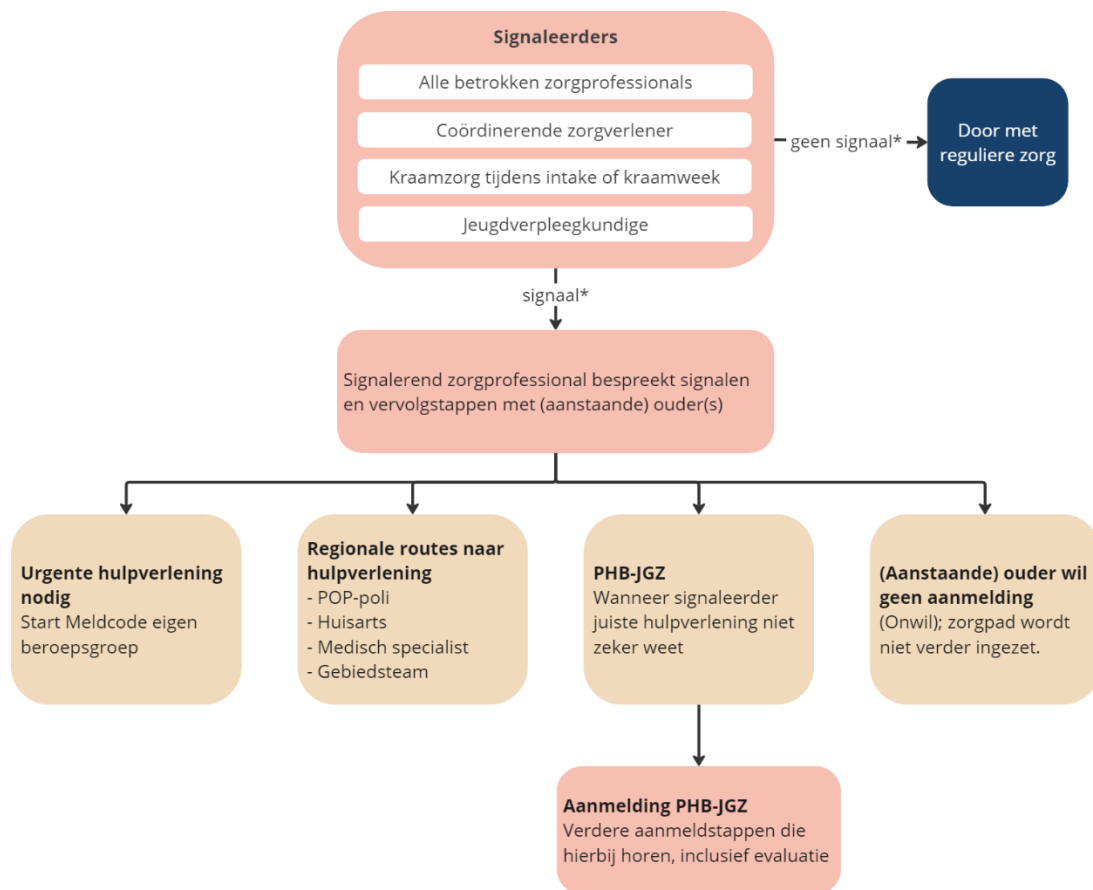
Ook de kinderen en (aanstaande) ouders in Friesland kunnen deze interventies en ondersteuning tijdens de eerste 1000 dagen goed gebruiken. In Figuur 3 zijn een aantal cijfers rondom geboortezorg in Friesland weergegeven. Een aantal dingen die opvallen zijn dat, van de kinderen die in 2021 in Friesland zijn geboren, 12,2% te vroeg is geboren en/of een te laag geboortegewicht had, en kreeg 27,9% van de zwangere pas na de 10^e week van de zwangerschap zwangerschapsbegeleiding, ook al streeft men naar het zo vroeg mogelijk beginnen van begeleiding (rond de achtste week) (“Regiobeeld Friesland 2023”, 2023). Daarnaast waren er 22.940 personen (12,9%) in 2020 met een vruchtbare leeftijd (19-45 jaar) die last hadden van psychische problemen en werden er 280 kinderen geboren in een gezin die zich in een kwetsbare situatie bevond (4,9%) (“Regiobeeld Friesland 2023”, 2023).

Binnen Friesland wordt Kansrijke Start vormgegeven vanuit het provinciaal lerend netwerk Kansrijke Start, welke georganiseerd is vanuit de Friese Preventieaanpak (FPA), waar de samenwerking binnen (zorg)organisaties op het gebied van preventie centraal staat (zie Figuur 8) (Westerink, 2023; Kansrijke Start Fryslân, z.d.). Het provinciaal lerend netwerk is een samenwerking van onder andere de 18 Friese gemeenten, GGD Fryslân, ROS Friesland, Consortium Zwangerschap en Geboorte Noord Nederland (CZeGNN), Zorgverzekeraar De Friesland, jeugdgezondheidszorg (JGZ) Fryslân, Sociaal Domein Fryslân en verschillende zorgorganisaties, waaronder verloskundig samenwerkingsverbanden (VSV's) en kraamzorg (Pharos, 2023). De functie van dit netwerk is om actief contact te behouden tussen de lokale coalities, zodat verschillende gemeente-overstijgende vraagstukken en knelpunten kunnen worden opgepakt. Ook kan het netwerk worden gebruikt voor het delen van informatie tussen de lokale coalities.



Figuur 3 – Algemene cijfers geboortezorg Friesland. Online cijfers laten zien hoeveel kinderen in Friesland te vroeg en/of met een te laag gewicht werden geboren in 2021; hoeveel vrouwen in Friesland rookten tijdens hun zwangerschap in 2021; hoeveel vrouwen zwangerschapsbegeleiding hebben ontvangen na de tiende week in 2021; hoeveel gezinnen kraamzorg hebben ontvangen in 2020; hoeveel personen in Friesland met een vruchtbare leeftijd (19-45 jaar) last hadden van psychische problemen in 2020; en hoeveel kinderen in een gezin werden geboren in een kwetsbare situatie in Friesland in 2020. (Bron: CBS Statline, z.d.; GGD Fryslân, 2022; “Regiobeeld Friesland 2023”, 2023)

Binnen de samenwerking van het provinciaal lerend netwerk zijn lokale zorgpaden voor vroegsignalering van kwetsbaren naast elkaar gelegd en is samen één Fries zorgpad Vroegsignalering Zwangeren gevormd (zie Figuur 4). Dit zorgpad vormt de basis voor de geboortezorg rondom Kansrijke Start in alle Friese gemeenten, maar geeft ook ruimte om daar een lokale invulling aan te geven. Een essentieel onderdeel van het zorgpad is het prenataal huisbezoek (PHB), welke wordt uitgevoerd door de JGZ (ROS Friesland et al., 2024). Tijdens deze PHB's kan de jeugdverpleegkundige extra hulp en ondersteuning aanbieden aan gezinnen in een kwetsbare situatie (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2022). Door het Friese zorgpad Vroegsignalering Zwangeren wordt de samenwerking tussen alle betrokken organisaties eenvoudiger. Daarnaast zorgt het ervoor dat alle kinderen in Friesland gelijke kansen krijgen tijdens de start van hun leven; het maakt niet meer uit waar je wieg staat.



Figuur 4 – Vereenvoudigd zorgpad Vroegsignalering Zwangeren (ROS Friesland et al., 2024). *Signaal op basis van definitie 'Kwetsbaarheid zwangere vrouw' (zie Figuur 2).

Het zorgpad is op dit moment opgesteld en er hebben evaluaties plaatsgevonden onder de zorgprofessionals (Hildering-Leemhuis, 2022; Van der Meulen et al., 2024). In 2023 is er een evaluatie uitgezet onder ouders in een kwetsbare situatie die hulp hebben ontvangen vanuit Kansrijke Start Friesland, waar al veel informatie en advisering uit voort is gekomen (Blijham, 2023). Echter is er nog steeds veel informatie nodig over de ervaringen van (aanstaande) ouders met Kansrijke Start in Friesland. Dit onderzoek zal zich dan ook focussen op de ervaringen met de huidige geboortezorg, de (psychosociale) ondersteuning die worden aangeboden en de knelpunten in het huidige beleid.

Raamwerk

Dit rapport is onderdeel van mijn afstudeerstage voor de master Biomedical Sciences met een richting in Science, Business & Policy (SBP). Dit onderzoek heb ik mogen uitvoeren vanuit de GGD Fryslân, waar ik werd begeleid door Thea Westerink, en ROS Friesland, waar ik werd begeleid door Maaïke van der Meulen (zie Tabel 1). Vanuit de Rijksuniversiteit Groningen ben ik voor het wetenschappelijke onderdeel van dit onderzoek begeleid door Nynke Schuiling-Veninga, en voor het beleidsonderdeel ben ik begeleid door Michiel Berger. Het onderzoek heeft plaatsgevonden van 8 januari 2024 tot en met 28 juni 2024 te Leeuwarden en Heerenveen.

Tabel 1 – Overzicht van stagebegeleiders.

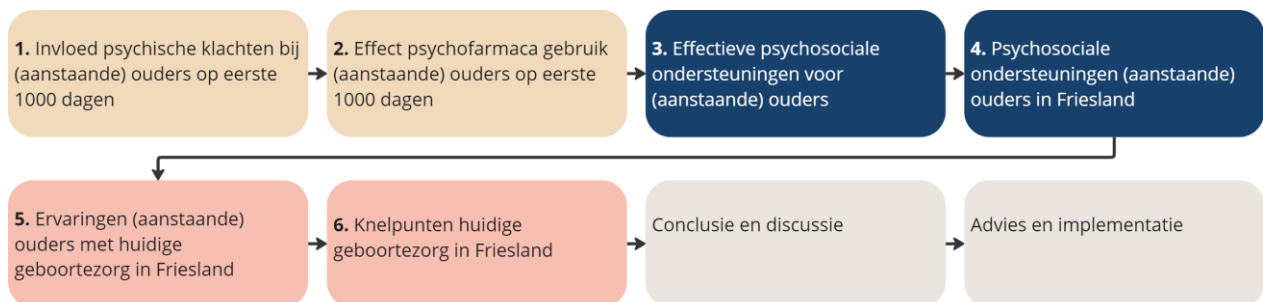
Naam	Instituut	Functie	Rol in begeleiding
Drs. Thea Westerink-Swierstra	GGD Fryslân	Beleidsadviseur FPA	Dagelijkse begeleider
Maaïke van der Meulen, MSc.	ROS Friesland	Adviseur en Projectleider	Dagelijkse begeleider
Dr. Nynke Schuiling-Veninga	University of Groningen - Faculty of Science and Engineering	Senior Docent	Wetenschappelijk begeleider
Drs. Michiel Berger	University of Groningen - Science, Business & Policy Master track	Docent	SBP-begeleider

Vanuit GGD Fryslân en ROS Friesland is mij gevraagd om voor het actieprogramma Kansrijke Start onderzoek te doen naar hoe (aanstaande) ouders de zorg vanuit Kansrijke Start in Friesland hebben ervaren en op welke punten het huidige zorgpad Vroegsignalering Zwangeren mogelijk zou kunnen worden aangepast om deze ervaring te verbeteren. Om dit onderwerp te verbinden met de wetenschap, heb ik besloten om mij te richten op het actuele onderwerp ‘psychische klachten bij de ouders’. De uiteindelijke onderzoeksvraag die zich hieruit heeft gevormd luidt:

Hoe wordt de algemene en psychosociale ondersteuning vanuit Kansrijke Start Friesland ervaren door (aanstaande) ouders en op welke punten kan het huidige zorgpad worden aangepast?

Om antwoord te kunnen geven op deze onderzoeksvraag en meer diepgang te creëren in het onderwerp, is het onderzoek onderverdeeld in aantal deelvragen. De deelvragen die passen bij dit onderzoek zijn:

1. Wat is de invloed van psychische klachten bij de (aanstaande) ouders op de ontwikkeling van het kind tijdens de eerste 1000 dagen?
2. Wat voor effecten heeft het gebruik van psychofarmaca door de (aanstaande) ouders op de ontwikkeling van het kind tijdens de eerste 1000 dagen?
3. Welke psychosociale ondersteuning voor (aanstaande) ouders hebben bewezen effectief te zijn?
4. Wat voor psychosociale ondersteuning wordt op dit moment aangeboden vanuit Kansrijke Start in Friesland?
5. Wat zijn de ervaringen van (aanstaande) ouders met de huidige invulling van geboortezorg vanuit Kansrijke Start in Friesland?
6. Op welke punten kan de huidige geboortezorg en (psychosociale) ondersteuning vanuit Kansrijke Start in Friesland worden aangepast?

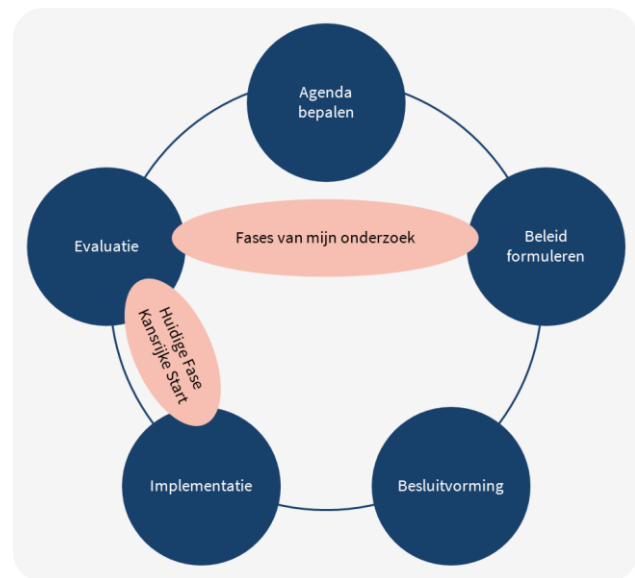


Figuur 5 – Overzicht verhaallijn.

Voor het beantwoorden van de hoofd- en deelvragen, zullen er meerdere onderzoeksmethoden worden uitgevoerd (zie Figuur 5). In hoofdstuk 1 zal het effect van psychische klachten bij de (aanstaande) ouder op de ontwikkeling van het kind tijdens de eerste 1000 dagen worden onderzocht door middel van literatuuronderzoek. In hoofdstuk 2 zal een literatuuronderzoek worden uitgevoerd om te achterhalen

wat het effect is van psychofarmaca gebruik door (aanstaande) ouders op de ontwikkeling van het kind tijdens de eerste 1000 dagen. Hoofdstuk 1 en 2 vormen samen de basis om het belang van zorg en ondersteuning bij psychische klachten bij (aanstaande) ouders te benadrukken. In Hoofdstuk 3 zal, door middel van literatuuronderzoek en interviews met zorgprofessionals in andere regio's, worden gekeken naar effectieve psychosociale ondersteuning voor (aanstaande) ouders met psychische klachten. In hoofdstuk 4 zal worden gekeken naar de psychosociale ondersteuning die op dit moment worden aangeboden in Friesland en welke partijen hierbij betrokken zijn. Dit onderdeel zal worden uitgevoerd door middel van literatuuronderzoek, interviews met betrokken partijen en beleidsmodellen. Hoofdstuk 5 zal beschrijven hoe (aanstaande) ouders op dit moment de geboortezorg en (psychosociale) ondersteuning ervaren in Friesland. Deze ervaringen zullen worden verzameld met kwalitatief onderzoek in de vorm van een online vragenlijst. In hoofdstuk 6 zullen de knelpunten worden beschreven die op dit moment worden ervaren in de geboortezorg en (psychosociale) ondersteuning in Friesland. Ook zullen in dit hoofdstuk beleidsmodellen worden gebruikt de beste manier te vinden om deze knelpunten te verminderen. Uiteindelijk zal het verslag worden afgerond met een hoofdstuk en Conclusie en discussie én Advies en implementatie.

Zoals eerder benoemd is Kansrijke Start Friesland op dit moment bezig met de implementatie en evaluatie van het Zorgpad Vroegsignalering Zwangeren en de soorten ondersteuning die worden aangeboden binnen de provincie (zie Figuur 6). Omdat aan mij is gevraagd om te kijken naar de ervaringen van (aanstaande) ouders met Kansrijke Start Friesland, het zorgpad en waar mogelijke verbeterpunten zitten, zal dit rapport zich voornamelijk focussen op de evaluatie en het mogelijk (her)formuleren van het huidige beleid.



Figuur 6 – Beleidscyclus stageproject Kansrijke Start Friesland.

Hoofdstuk 1 – De invloed van psychische klachten bij de (aanstaande) ouders op de ontwikkeling van het kind tijdens de eerste 1000 dagen

Deelvraag: Wat is de invloed van psychische klachten bij de (aanstaande) ouders op de ontwikkeling van het kind tijdens de eerste 1000 dagen?

Psychische gezondheid is een actueel probleem dat aandacht verdient. Zoals eerder vermeld, waren er in 2020 in Friesland 22.940 personen (12,9%) tussen de 19 en 45 jaar oud die last hadden van psychische klachten (zie Figuur 3) ("Regiobeeld Friesland 2023", 2023). Het percentage ligt in Friesland iets hoger dan in Nederland, waar 12,4% van de personen tussen de 19 en 45 jaar oud last had van psychische klachten. Ook blijkt uit de 'Kindmonitor 2022' dat 30% van de Friese ouders met een kind jonger dan 3 jaar last heeft gehad van matige of ernstige psychosociale problemen (GGD Fryslân, 2022).

Psychische problematiek is een erg brede term en kan in verschillende mate voorkomen (Trimbos instituut, z.d.-c). Een aantal voorbeelden van psychische problematiek zijn (postpartum) depressie, angststoornissen, bipolaire stoornis, Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), borderline, gedragsstoornissen, autismespectrumstoornis (ASS) en trauma (Nederlands Centrum Jeugdgezondheid [NCJ], z.d.). Onder de ouders met psychische klachten hadden sommige ouders al klachten voor de zwangerschap. Bij andere ouders werden deze klachten aangewakkerd tijdens de preconceptie, de zwangerschap of na de bevalling. Deze klachten kunnen zich ontwikkelen tot ziektebeelden zoals postpartum depressie, angsten, trauma en in zeldzame mate postpartum psychose (Rai et al., 2015).

Postpartum depressie is één van de bekendste vormen van psychische problematiek rondom de zwangerschap en kan bij ongeveer 8% van de moeders en vaders ontwikkelen (Blom et al., 2010; Cameron et al., 2016). Bij vaders wordt de ontwikkeling van een postpartum depressie mogelijk versterkt wanneer de moeder hier ook last van heeft (Paulson & Bazemore, 2010).

Kinderen van ouders met psychische problematiek worden ook wel KOPP (kinderen van ouders met psychische problematiek) genoemd (Kinderen van Ouders met Psychische Of Verslavingsproblemen,

z.d.). Eén of beide ouders van deze kinderen ervaren psychische klachten, wat invloed heeft op de ontwikkeling van het kind en op het functioneren van het gezin. KOPP hebben vaak een hogere kans op het ontwikkelen van een psychische stoornis, dit wordt verhoogd door genetische factoren (erfelijkheid), maar ook door sociale factoren (omgeving) (Singh et al., 2010; Jami et al., 2021; Sell et al., 2021). Ook hebben KOPP een grotere kans op het ontwikkelen van gedragsproblemen (Field, 1992; Sroufe, 1997).

Niet elk kind met ouders met psychische klachten ontwikkelt (psychische) problemen. Dit hangt af van de risicofactoren en beschermende factoren die aanwezig zijn in de omgeving van het kind (Hosman et al., 2009). Maar hoe beïnvloeden de risicofactoren en de beschermende factoren de ontwikkeling van het kind?

Risicofactoren

Een aantal risicofactoren die invloed hebben op de ontwikkeling van het kind tijdens de eerste 1000 dagen zijn bekend en beschreven (Hosman et al., 2009; Trimbos instituut, z.d.-a; Trimbos instituut, z.d.-b). Onder de risicofactoren vallen timing, duur en ernst van psychopathologie bij de ouders, disfunctionele ouder-kind interactie, conflicten tussen de ouders, temperament van ouder en kind, vroeggeboorte, gebrek aan sociale steun en genetische factoren. Deze risicofactoren zijn specifiek beschreven met betrekking tot de invloed op de ontwikkeling van KOPP.

Timing, duur en ernst van psychopathologie bij de ouders

Niet elke soort psychische problematiek of klacht is even ernstig en ook kan de invloed op de ontwikkeling van het kind verschillen (Hosman et al., 2009). Het verschil in invloed kan komen door het moment waarop de psychische problematiek zich voordoet, hoelang de problematiek aanhoudt en om welke psychopathologie het gaat. Bijvoorbeeld, een langdurige, chronische en zware depressie bij de moeder kan het risico verhogen op de ontwikkeling van gedragsproblemen en psychopathologische klachten bij zowel jongens als meisjes (Brennan et al., 2000; Foster et al., 2007; Ashman et al., 2008; Campbell et al., 2009). Dit wordt mogelijk veroorzaakt door een verminderde reactiviteit in de frontale hersenkwab. Niet alleen heeft een depressie bij de moeder effect op het kind, maar ook een depressie bij de vader kan de ontwikkeling negatief beïnvloeden tijdens de vroege kinderjaren, omdat deze periode gevoeliger is voor omgevingsfactoren (Sweeney & MacBeth, 2016). Ook is er een verhoogd risico

gevonden op de ontwikkeling van een depressie bij de kinderen wanneer er bij één van de ouders sprake was van een depressie voor de leeftijd van 30 jaar (Wickramaratne & Weissman, 1998).

Ook psychische problematiek tijdens en rondom de zwangerschap kan invloed hebben op het kind. Zo kunnen psychische klachten en een slechte mentale gezondheid tijdens de preconceptie de kans verhogen op zwangerschapscomplicaties, een laag geboortegewicht en doodgeboorte (Witt et al., 2011; Hu et al., 2015). Deze klachten tijdens de zwangerschap kunnen ook leiden tot vroeggeboorte en neonatale ontwikkelingsafwijkingen, en kunnen zich op latere leeftijd bij de kinderen uiten in mentale en sociale problemen (Ahmad & Vismara, 2021; Chauhan & Potdar, 2022). Klachten na de zwangerschap, zoals bij een postpartum depressie, kunnen leiden tot een verminderde groei en ontwikkeling van de kinderen. Daarnaast hebben deze kinderen vaak een verminderde cognitieve ontwikkeling, zijn ze minder goed in sociale interacties en hebben ze vaker obesitas (Mughal et al., 2022). Wanneer een postpartum depressie onbehandeld blijft, kan dit zelfs leiden tot een chronische depressie en heeft dit meer impact op de ontwikkeling van het kind (Klier et al., 2008; Netsi et al., 2018; Frieder et al., 2019).

Disfunctionele ouder-kind interactie

De aanwezigheid van psychische problematiek bij de ouders kan een negatieve invloed hebben op de interactie tussen ouder en kind, en daarmee de ontwikkeling van het kind verstoren en het risico op de ontwikkeling van psychische problematiek vergroten (Hosman et al., 2009). De interactie tussen ouder en kind is belangrijk voor de ontwikkeling van emotionele regulatie en om zich emotioneel en sociaal aan te passen (Thompson, 1991; Havighurst et al., 2010; Isobel et al., 2016). Daarnaast kan een disfunctionele interactie de kans op het ontwikkelen van gedragsproblemen op de lange termijn vergroten en kan het een negatieve invloed hebben op de cognitieve ontwikkeling (Murray et al., 2003; Bowie, 2010).

Het voorkomen van disfunctionele ouder-kind interactie door psychische problematiek kan verschillen per ziektebeeld en de opvoedvaardigheden van de ouder (Grover et al., 2021). Zo kan een depressie voor of tijdens de zwangerschap bij de moeder zorgen voor een verhoogde onverschilligheid tegenover haar kind (Bind et al., 2021). De aanwezigheid van psychopathologie bij de ouders vergroot de kans op ongevoelige reacties, lage betrokkenheid met en toezicht op de kinderen, afwijzing en kindermishandeling (Hosman et al., 2009).

Wanneer het niet goed gaat met de ouder, kan er mogelijk parentificatie ontstaan; het kind zorgt dan voor de ouder op fysiek en/of emotioneel vlak in plaats van andersom (Trimbos instituut, z.d.-b; Dariotis et al., 2023). Vaak komt dit op latere leeftijd van het kind voor. Het zorgen voor de ouder kan veel verantwoordelijkheden en stress met zich meebrengen, waardoor het kind minder ruimte krijgt om te ontwikkelen. De aanwezigheid van stress op jonge leeftijd kan zorgen voor een achteruitgang in de neuronale plasticiteit, wat uiteindelijk kan leiden tot lage cognitieve flexibiliteit en een negatieve invloed op de ontwikkeling van gedrag (Seehagen et al., 2015; Smith & Pollak, 2020).

Conflicten tussen de ouders

In gezinnen waar één of beide ouders last hebben van psychische problematiek wordt vaak gezien dat de gezinscohesie erg laag wordt beoordeeld door de gezinsleden zelf (Stapp et al., 2020). Er vinden in deze gezinnen meer conflicten plaats dan in gezinnen zonder ouder met psychische problematiek. Uit onderzoek blijkt dat de aanwezigheid van conflict tussen de ouders voor de geboorte de kans vergroot op een postnatale depressie bij zowel de moeder als de vader, wat weer invloed kan hebben op de ontwikkeling van het kind (Hanington et al., 2011). Conflict tussen de ouders en echtscheiding tijdens het opgroeien heeft een negatief effect op het welzijn van de kinderen en kan het risico op de ontwikkeling van psychopathologie bij het kind vergroten (Amato et al., 1995; Sweeney & MacBeth, 2016).

Temperament van ouder en kind

Temperament speelt een grote rol in de ontwikkeling van het kind en de gemoedstoestand van de ouder, en andersom. Ouders met psychiatrische problematiek hebben vaker een moeilijk temperament en tonen meer onaangepast gedrag in vergelijking met andere ouders (Johnson et al., 2001). Kinderen van ouders die dit gedrag vertonen, ongeacht of zij psychiatrische problematiek ondervinden, lopen een groter risico op het ontwikkelen van psychiatrische problematiek wanneer zij ouder worden.

Het temperament van het kind kan bijdragen aan het effect van de psychische klachten van de ouder op de ontwikkeling van het kind. Er is een verband gevonden tussen stress bij de moeder, angst en angststoornissen tijdens de zwangerschap en het ontwikkelen van een moeilijk temperament bij het kind 8 weken na de bevalling (Huizink et al., 2002; Thiel et al., 2020). Ook kan een depressie bij zowel de moeder als de vader 6 maanden na de bevalling ervoor zorgen dat het kind een moeilijk temperament ontwikkelt (Hanington et al., 2010). De kans is twee keer zo groot dat kinderen van ouders met een

depressie en een moeilijk temperament ook een depressie ontwikkelen in vergelijking met kinderen met een gemakkelijk temperament (Bruder-Costello et al., 2007). Deze ontwikkeling is vergelijkbaar met andere psychiatrische ziektebeelden.

Vroeggeboorte

Eén van de grootste complicaties tijdens de zwangerschap is stress bij de moeder. Stress kan zorgen voor vroeggeboorte en een hoge bloeddruk, ook wel pre-eclampsie genoemd (Wadhwa et al., 2011; Traylor et al., 2020). Deze complicaties kunnen worden veroorzaakt door acute en chronische stress. Vooral psychologische stress speelt een grote rol bij vroeggeboorte, wat bijvoorbeeld veel voorkomt bij (aanstaande) moeders met een depressie, maar ook bij moeders waarvan de partner een depressie heeft (Ehsanpour et al., 2012; Liu et al., 2016). De stress kan ervoor zorgen dat het lichaam van de moeder het hormoon corticotropine en cytokines aanmaakt, waardoor de bevalling te vroeg op gang kan komen (Gennaro & Hennessy, 2003).

Niet alleen kunnen stress en een depressie bij de moeder een vroeggeboorte veroorzaken, het kan ook zo zijn dat een vroeggeboorte stress, angst en depressieve klachten bij de ouders aanwakkert (Carson et al., 2015; Trumello et al., 2018). Depressieve klachten bij de ouders en het ontstaan van een mogelijke postpartum depressie hebben vervolgens weer een negatief effect op de ouder-kind interactie en de ontwikkeling van het kind.

Gebrek aan sociale steun

Sociale steun is steun die wordt aangeboden vanuit de omgeving, zoals familie, vrienden, burens en ondersteuning die in de buurt beschikbaar is. Wanneer er weinig sociale steun is vanuit de omgeving, voelt de moeder zich vaak minder zelfverzekerd in haar rol als ouder en loopt zij een verhoogd risico op het ontwikkelen van een depressie (Cutrona & Troutman, 1986). Waargenomen sociale steun door de moeder voorspelt de ontwikkeling van een postpartum depressie en angst (Kay et al., 2024). Dit hangt dus sterk af van de moeder. De aanwezigheid van steun in de omgeving werkt niet altijd optimaal. Veel ouders zoeken geen hulp uit angst voor stigmatisering of uithuisplaatsing (Reupert & Maybery, 2011). Deze ouders trekken zich vaak terug en isoleren zichzelf, wat leidt tot een gebrek aan sociale steun voor het gezin.

Sociale steun is ook belangrijk voor alleenstaande ouders en ouders die de meeste zorg dragen. Soms kan het zo zijn dat één van de ouders minder goed kan zorgen voor het kind vanwege psychische problematiek, waardoor een groot deel van de zorg gedragen wordt door de gezonde partner. Dit kan ertoe leiden dat de gezonde ouder overbelast raakt (Trimbos instituut, z.d.-b). Dit verhoogt het risico op problemen in de ontwikkeling van het kind. Ook kinderen van alleenstaande ouders met psychische problematiek hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van problemen.

Genetische factoren

Naast de invloed van omgevingsfactoren hebben genetische factoren ook een erg grote invloed op de ontwikkeling van het kind; psychische problematiek wordt voor 30% tot 85% door erfelijkheid bepaald (Swets et al., 2009). De uiting van genen wordt vaak beïnvloed door omgevingsfactoren; wanneer er tijdens het opgroeien veel risicofactoren aanwezig zijn, is de kans groter dat het gen voor psychische problematiek tot uiting komt (Jami et al., 2021).

Beschermende factoren

Ondanks dat psychische klachten en psychiatrische problematiek een aantal risicofactoren met zich mee kunnen brengen, zijn er ook tal van beschermende factoren die ervoor kunnen zorgen dat een kind in een veilige en gezonde omgeving kan opgroeien en zich kan ontwikkelen. De aanwezigheid van beschermende factoren verlaagt het risico op de ontwikkeling van psychische- en gedragsproblemen. Enkele van deze beschermende factoren zijn een goede ouder-kind interactie, adequate ondersteuning in de opvoeding door de gezonde ouder, sociale steun uit de omgeving, en, naarmate het kind ouder wordt, goede probleemoplossende vaardigheden en een helder begrip van de ouderlijke problematiek door het kind (Trimbos instituut, z.d.-a; Hosman et al., 2009).

De aanwezigheid van beschermende factoren hangt niet af van de specifieke soorten psychische problemen bij de ouders; de aanwezigheid van specifieke psychische problematiek bij de ouder hoeft de aanwezigheid van beschermende factoren niet te verminderen (Hosman et al., 2009). Het is dan ook mogelijk voor (aanstaande) ouders om beschermende factoren te creëren en/of aan te leren, zoals vroeg ouder-kind interactie bij vroeggeboorte om het risico op postpartum depressie te verminderen en het toepassen van positief opvoeden van kinderen van moeders met een depressie (Chronis et al., 2007; Xie et al., 2019). Ook het opbouwen en onderhouden van een sterk sociaal netwerk kan sterk bijdragen aan

het verminderen van ontwikkelingsproblemen bij kinderen (Kay et al., 2024). Deze beschermende factoren en hun effecten benadrukken het belang van het verspreiden van informatie, preventieve interventies en de aanwezigheid van een netwerk bij nieuwe gezinnen.

De aanwezigheid van psychische problematiek tijdens de eerste 1000 dagen kan een groot effect hebben op zowel ouder als kind. Enkele risicofactoren die een negatief effect kunnen hebben op de ontwikkeling van het kind zijn de timing, duur en ernst van psychopathologie bij de ouders, disfunctionele ouder-kind interactie, conflicten tussen ouders, temperament van ouder en kind, vroeggeboorte, gebrek aan sociale steun en genetische factoren. Beschermende factoren kunnen een positief effect hebben en het risico op ontwikkelings- en gedragsproblemen verminderen. Enkele van deze beschermende factoren zijn een goede ouder-kind interactie, adequate ondersteuning in de opvoeding door de gezonde ouder, sociale steun uit de omgeving, en naarmate het kind ouder wordt, goede probleemoplossende vaardigheden en een helder begrip van de ouderlijke problematiek door het kind. Het is van belang om de risicofactoren bij gezinnen te identificeren en het belang van beschermende factoren te benadrukken.

Hoofdstuk 2 – Het effect van psychofarmaca gebruik door de (aanstaande) ouders op de ontwikkeling van het kind tijdens de eerste 1000 dagen

Deelvraag: *Wat voor effecten heeft het gebruik van psychofarmaca door de (aanstaande) ouders op de ontwikkeling van het kind tijdens de eerste 1000 dagen?*

Veel mensen die last hebben van psychische klachten en problematiek kunnen hiervoor behandeld worden. Tijdens de behandeling wordt er geregeld gebruik gemaakt van medicijnen, die ook wel psychofarmaca worden genoemd (Nathan & Gorman, 2015). Psychofarmaca hebben als functie om de symptomen te verminderen en de gemoedstoestand en het functioneren te verbeteren, zodat de gebruiker geen hinder ervaart door de klachten in het dagelijkse leven (Potočnjak et al., 2016). In Nederland worden psychofarmaca veelvuldig gebruikt; in 2022 werden aan 2,5 miljoen mensen psychofarmaca verstrekt (Pharmaceutisch Weekblad, 2023). Enkele soorten van deze medicijngroep zijn kalmerings- en slaapmiddelen (benzodiazepinen), antidepressiva (voornamelijk serotonineheropnameremmers (SSRI's)), stemmingsstabilisatoren, psychostimulantia en antipsychotica (zie Tabel 2) (Jellinek, 2020). Vooral de benzodiazepinen en antidepressiva worden veelvuldig gebruikt onder de psychofarmacagebruikers, en psychostimulantia laten op dit moment een enorme groei in het aantal gebruikers zien (Pharmaceutisch Weekblad, 2023).

Tabel 2 - *Overzicht psychofarmacagroepen, soorten en werking (Jellinek, 2020).*

Psychofarmaca groep	Veel gebruikte soorten (en merk)	Werking
Kalmerings- en slaapmiddelen (benzodiazepinen)	Oxazepam (Seresta), diazepam (Valium); temazepam (Normison)	Kalmerend effect bij angst en spanning en bevorderen van slaap
Antidepressiva (SSRI's)	Fluoxetine (Prozac); sertraline (Zoloft); paroxetine (Seroxat); fluvoxamine (Fevarin); citalopram (Cipramil)	Positieve invloed op de stemming bij depressieve- en angstklachten
Stemmingsstabilisatoren	Valproïnezuur (Depakine), carbamazepine (Tegretol); lithium	Positieve invloed op de stemming bij manieën, snelle stemmingswisselingen en epilepsie
Psychostimulantia	Methylfenidaat (Ritalin); dexamfetamine	Stimulerend en concentratie bevorderend effect
Antipsychotica	Haloperidol (Haldol); olanzapine (Zyprexa); quetiapine (Seroquel); risperidon (Risperdal)	Symptomen van psychose onderdrukken

Het gebruik van medicatie kan soms een effect hebben op de zwangerschap en op de ontwikkeling van het kind. Dit kan zowel tijdens de prenatale en postnatale periode als tijdens de preconceptie, voordat het kind is verwekt (Dunlop et al., 2008; Engeland et al., 2013; Saha et al., 2015; Dathe & Schaefer, 2019). Ook psychofarmaca kunnen een invloed hebben tijdens deze perioden. Vanwege deze reden is het noodzakelijk om (aanstaande) ouders goed in te lichten over hun psychofarmacagebruik en de effecten die daarbij horen. Dit hoofdstuk zal bespreken welk effect psychofarmacagebruik door de (aanstaande) ouder heeft op de ontwikkeling van het kind tijdens de eerste 1000 dagen.

Wat zijn de effecten van psychofarmaca gebruik door de (aanstaande)moeder?

Het gebruik van psychofarmaca door de (aanstaande) moeder kan een mogelijk effect hebben op de vruchtbaarheid, zwangerschap en ontwikkeling van het kind tijdens de preconceptie, de prenatale periode en de postnatale periode wanneer er borstvoeding wordt gegeven. Een aantal van de psychofarmaca die een invloed hebben op de vruchtbaarheid van de vrouw, de zwangerschap en mogelijk de ontwikkeling van het kind zijn SSRI's, stemmingsstabilisatoren (valproïnezuur) en psychostimulantia (methylfenidaat) (Lareb, 2022b; Lareb, 2023; Lareb, 2024).

Antidepressiva (SSRI)

Veelgebruikte antidepressiva zijn SSRI's. Het gebruik van SSRI's door de (aanstaande) moeder kan een negatief effect hebben op de vruchtbaarheid; deze daalt met 24% (Sjaarda et al., 2020).

Prenataal SSRI-gebruik door de (aanstaande) moeder kan ook een effect hebben op het kind. Zo bestaat er een risico op een hartafwijking (Uguz, 2020), en is er een risico dat het kind een verhoogde bloeddruk ontwikkelt in de longvaten, ook wel persisterende pulmonale hypertensie (PPHN) genoemd (Masarwa et al., 2019); het wordt daarom ook aanbevolen om bij het gebruik van SSRI's te bevallen in het ziekenhuis. Het is nog onbekend welke mechanismen deze risico's veroorzaken. Wel zijn dit de redenen waarom het kind van een (aanstaande) moeder die prenataal SSRI's heeft gebruikt na de geboorte wat langer in het ziekenhuis moet blijven ter observatie. Vlak na de geboorte kan het kind ontwenningsverschijnselen vertonen wanneer de moeder SSRI's tijdens het derde trimester heeft gebruikt (Grigoriadis et al., 2013); er kunnen ademhalingsproblemen en tremors optreden. Deze treden meestal op enkele dagen na de bevalling en gaan uiteindelijk vanzelf voorbij. Op de lange termijn is er nog weinig bekend over het effect van SSRI's op het kind.

Ondanks het mogelijke effect van SSRI-gebruik, wordt wel aanbevolen om SSRI's te blijven gebruiken tijdens de zwangerschap en deze ook niet te wisselen (Trinh et al., 2023; Lareb, 2023). Stoppen met of wisselen van de medicatie kan een verhoogd risico geven op het terugkomen van een depressie, wat een negatief effect kan hebben op de (aanstaande) moeder en het kind. Zo kan het een vroeggeboorte veroorzaken of een laag geboortegewicht (Dadi et al., 2022).

Over het algemeen is het gebruik van SSRI's tijdens de borstvoeding veilig voor de (aanstaande) moeder en het kind (Lareb, 2021a). De waarden van SSRI's in de borstvoeding zijn erg laag. Wel kan het kind een paar bijwerkingen ervaren, zoals slecht slapen, sufheid en koliek. Wanneer een moeder SSRI's begint te gebruiken tijdens de borstvoeding, gaat de voorkeur uit naar het gebruik van paroxetine en sertraline, omdat deze psychofarmaca de minste bijwerkingen hebben op het kind (Orsolini & Bellantuono, 2015; Lareb, 2021a).

Stemmingsstabilisatoren (valproïnezuur)

Veel stemmingsstabilisatoren hebben een negatief effect op de zwangerschap; met name het gebruik van valproïnezuur kan een sterk negatief effect hebben op het kind (Lareb, 2024). Ongeveer 10% van de kinderen die zijn blootgesteld aan valproïnezuur tijdens de zwangerschap, wordt geboren met één of meerdere afwijkingen (Bromley et al., 2023). Deze kinderen lopen vaak achter in de groei tijdens de zwangerschap. Vooral spina bifida (open rug) komt veel voor. Ook hebben deze kinderen vaker een schisis, hartafwijking, afwijking aan de ledematen, afwijking aan de genitaliën en dysmorphe gezichtskenmerken. Veel van de afwijkingen worden veroorzaakt door een niet goed gesloten neurale buis tijdens het eerste trimester.

Naast aangeboren afwijkingen verhoogt valproïnezuur ook het risico op ontwikkelingsstoornissen op de lange termijn (Bromley & Bluett-Duncan, 2021). Dit treedt op bij 30-40% van de kinderen. Zij hebben vaak een lager IQ en verminderd cognitief functioneren. Daarnaast hebben zij een vergrote kans op een gedragsstoornis zoals ADHD en ASS. Wegens al deze negatieve effecten wordt het afgeraden om valproïnezuur te gebruiken tijdens de zwangerschap.

De aanwezigheid van valproïnezuur in de moedermelk is erg laag. Dit maakt het medicijn wel veilig om te gebruiken tijdens de borstvoeding. Het aanwezige valproïnezuur heeft geen negatief effect op de

ontwikkeling van het kind en zou zelfs het IQ verhogen in vergelijking met kinderen die geen borstvoeding hebben gekregen (Meador et al., 2014).

Omdat valproïnezuur enorm veel negatieve effecten kan hebben op de zwangerschap en de ontwikkeling van het kind, wordt dit medicijn niet voorgeschreven voor (aanstaande) moeders. Een alternatieve stemmingsstabilisator is lithium.

Psychostimulantia (methylfenidaat)

Naar het effect van methylfenidaatgebruik door de moeder voor en tijdens de zwangerschap is nog vrij weinig onderzoek gedaan. Wel wordt er gedacht dat methylfenidaat een effect heeft op het kind. Er bestaat een significant verhoogde kans op de ontwikkeling van een hartafwijking (Koren et al., 2020). Verder is er geen bewijs voor een verhoogd risico op de ontwikkeling van andere aangeboren afwijkingen (Kolding et al., 2021).

Kijkend naar de effecten op de lange termijn wordt gedacht dat methylfenidaat geen negatief effect heeft op de ontwikkeling van het kind (Madsen et al., 2023). Echter, in een onderzoek bij muizen is een verband gezien tussen het toedienen van methylfenidaat aan de vrouwelijke muis tijdens de zwangerschap en een verhoogd ADHD-fenotype in de nakomelingen (Aoki et al., 2021). In dit onderzoek is gezien dat de nakomelingen een hogere impulsiviteit en hyperactiviteit hadden. Dit werd waarschijnlijk veroorzaakt door een verminderde Drd2- en Slc6a3-expressie in het striatum, welke geassocieerd zijn met ADHD-modeldieren. Er is nog erg weinig onderzoek gedaan naar de verdere invloed van methylfenidaat op de ontwikkeling van het kind.

Ook is er weinig bekend over het gebruik van methylfenidaat tijdens de borstvoeding. De aanwezigheid van methylfenidaat in de moedermelk is erg laag en zou mogelijk weinig effect hebben, maar doordat er weinig ervaring is, wordt het gebruik tijdens de borstvoeding afgeraden (Lareb, 2022b).

Wat zijn de effecten van psychofarmaca gebruik door de (aanstaande) vader?

Het gebruik van sommige psychofarmaca door de (aanstaande) vader kan mogelijk een invloed hebben op de zwangerschap en de ontwikkeling van het kind wanneer gebruikt tijdens de preconceptie. Zo kan het gebruik van sommige geneesmiddelen een negatief effect hebben op de vruchtbaarheid van de man

(Lareb, 2021b). Bij gebruik van sommige medicijnen is het effect op de vruchtbaarheid van de man blijvend, terwijl bij andere medicijnen de vruchtbaarheid zich herstelt nadat het geneesmiddel na enkele maanden het lichaam volledig heeft verlaten. Ook kan het gebruik van sommige psychofarmaca een invloed hebben op de uiteindelijke ontwikkeling van het kind, door bijvoorbeeld de mogelijke werking op de genen, zoals bij het gebruik van methylfenidaat wanneer getest in muizen (Nakano et al., 2023).

Een aantal van de psychofarmaca die een invloed hebben op de vruchtbaarheid van de man en mogelijk de ontwikkeling van het kind zijn SSRI's, stemmingsstabilisatoren (valproïnezuur) en psychostimulantia (methylfenidaat) (Lareb, 2021b).

Antidepressiva (SSRI)

Het gebruik van SSRI's door mannen tijdens de vruchtbare periode en preconceptie kan mogelijk een aantal negatieve invloeden hebben. Onderzoek laat zien dat SSRI's een negatieve invloed hebben op de kwaliteit van de zaadcellen (Milosavljević et al., 2021). De kwaliteit verbetert nadat de medicatie niet meer wordt gebruikt en het medicijn na enige tijd het lichaam heeft verlaten. Vergelijkbaar onderzoek laat echter zien dat het gebruik van SSRI's de kwaliteit van de zaadcellen niet aantast (Pham et al., 2022). Over het algemeen wordt mannen wel aanbevolen om te stoppen met het gebruik van SSRI's wanneer er moeite is met zwanger raken van de partner (Lareb, 2022a).

Het gebruik van antidepressiva door de (aanstaande) vader tijdens de preconceptie heeft geen tot weinig effect op het kind. Er is geen verhoogd risico gevonden op de aanwezigheid van aangeboren afwijkingen, ASS en verstandelijke beperkingen bij het kind (Viktorin et al., 2018; Wensink et al., 2022). Ook is in deze onderzoeken geen verhoogd risico gevonden op vroeggeboorte, hoewel hier in een vergelijkbaar onderzoek wel over wordt gespeculeerd (Garvik et al., 2024). Wel lijkt er een risico te zijn op de ontwikkeling van ASS en ADHD bij het kind wanneer de vader voor een langdurige periode of tijdens de preconceptieperiode SSRI's heeft gebruikt (Yang et al., 2017; Yang et al., 2018). Het is echter nog onduidelijk of dit een gevolg is van het gebruik van antidepressiva, of dat het risico wordt veroorzaakt door de onderliggende aandoeningen van de vader waarvoor de SSRI's worden gebruikt.

Het mechanisme achter SSRI-gebruik en de negatieve invloed op de vruchtbaarheid van de man en de mogelijke invloed op de ontwikkeling van het kind is vooralsnog onbekend.

Stemmingsstabilisatoren (valproïnezuur)

Een bekende stemmingsstabilisator die veel wordt gebruikt is valproïnezuur. Over deze stemmingsstabilisator is bekend dat het een negatief effect kan hebben op de vruchtbaarheid en dus de kans op een zwangerschap kan verkleinen. Zo is er in onderzoek gezien dat het verhogen van de valproïnezuurdosis een significante verlaging geeft in het aantal en de beweeglijkheid van de zaadcellen (Kose-Ozlece et al., 2015). Na het stoppen met de psychofarmaca waren de zaadcelniveaus terug naar normaal. Hoewel er bewijs is voor het effect van valproïnezuur op een verminderde vruchtbaarheid bij de mannelijke gebruiker, is het nog onzeker of deze onvruchtbaarheid specifiek wordt veroorzaakt door het medicijn of mogelijk door onderliggende aandoeningen. Bij een groot deel van de onderzoeken die zijn gedaan naar het gebruik van valproïnezuur door mannen, is geen onderscheid gemaakt in de klachten waarvoor het medicijn is gebruikt. Veel mannen gebruiken valproïnezuur namelijk voor epilepsie, en het wordt dus niet alleen voorgeschreven aan mannen met psychische klachten. Epilepsie kan mogelijk leiden tot een verstoring van de endocriene hormoonlevels en kan zorgen voor een verminderde vruchtbaarheid (Verrotti et al., 2011). Het is daarom nog onzeker wat precies de oorzaak is van de verminderde vruchtbaarheid bij de man tijdens het gebruik van valproïnezuur.

Naast het effect op de vruchtbaarheid van de man kan valproïnezuurgebruik door de (aanstaande) vader tijdens de preconceptie mogelijk leiden tot een verhoogd risico op aangeboren afwijkingen bij de kinderen (Yang et al., 2019). Uit onderzoek in muizen, door middel van gedragstesten, is gebleken dat valproïnezuur mogelijk gedragsveranderingen kan veroorzaken in de nakomelingen (Ibi et al., 2019). Zo is er een negatief effect te zien op de cognitie, zijn zij minder gevoelig voor farmaca die hyperactiviteit kunnen aanwakkeren en waren vrouwelijke nakomelingen minder goed in het verwerken van prikkels. Ondanks het bewijs voor mogelijke invloeden van valproïnezuurgebruik door de vader op het risico van aangeboren afwijkingen en gedragsontwikkelingen, zijn er ook meerdere onderzoeken die erop wijzen dat de psychofarmaca hier geen invloed op heeft (Tomson et al., 2020; Christensen et al., 2024).

Psychostimulantia (methylfenidaat)

Er is nog weinig onderzoek gedaan naar methylfenidaat en het effect op de vader en het kind. Wel laat een enkel onderzoek zien dat huidig gebruik en gebruik in het verleden door de man de concentratie en de beweeglijkheid van de zaadcellen verhoogt (Shalev et al., 2021).

Er is nog weinig onderzoek gedaan naar het effect op de nakomelingen bij mensen. Wel laat onderzoek in mannelijke muizen die methylfenidaat kregen toegediend, zien dat nakomelingen verhoogde ADHD-fenotypes hadden (Nakano et al., 2023). Gedragstesten toonden aan dat deze nakomelingen impulsiever waren en dat het lange termijn geheugen was verminderd. Ook was de expressie van genen in het brein, met name in het striatum, die mogelijk gerelateerd zijn aan ADHD, significant hoger in de nakomelingen. Mogelijk wordt het ADHD-fenotype veroorzaakt door een disbalans in de neurotransmitters en de synapsspleet. In dit onderzoek werd geen effect gevonden op mogelijke vroeggeboorte, een laag geboortegewicht en de groei. Meer onderzoek is nodig om een duidelijk beeld te schetsen van het effect in mensen.

Er is al veel onderzoek gedaan naar de invloed van psychofarmaca op de vruchtbaarheid en het effect op het kind. Ondanks dat veel informatie is voortgekomen uit verschillende onderzoeken, spreken de uitkomsten elkaar soms tegen en zijn de mechanismen achter de psychofarmaca en hun invloed nog niet duidelijk (Lareb, 2021b). Hieruit kan worden geconcludeerd dat meer onderzoek naar de invloed van psychofarmaca op de vruchtbaarheid en de ontwikkeling van het kind nodig is.

Veel psychofarmaca, zoals SSRI's, valproïnezuur en methylfenidaat, worden vaak gebruikt voor het behandelen van psychische klachten. Deze psychofarmaca kunnen verschillende effecten hebben op zowel vrouwen als mannen, zoals een negatieve invloed op vruchtbaarheid, zwangerschap en de ontwikkeling van het kind. Zo kunnen SSRI's de vruchtbaarheid negatief beïnvloeden bij zowel vrouwen als mannen, kan het gebruik van valproïnezuur door de man mogelijke gedragsproblemen veroorzaken bij het kind, en kan methylfenidaat mogelijk effect hebben op de ontwikkeling van ADHD-fenotypes bij het kind wanneer gebruikt door de moeder. Ondanks tegenstrijdige resultaten uit verschillende onderzoeken, wordt benadrukt hoe belangrijk onderzoek is naar de lange termijn effecten van psychofarmaca-gebruik door zowel moeders als vaders op vruchtbaarheid, zwangerschap en de ontwikkeling van het kind.

Hoofdstuk 3 – Effectieve psychosociale ondersteuning

Deelvraag: Welke psychosociale ondersteuning voor (aanstaande) ouders hebben bewezen effectief te zijn?

Psychosociale stress kan veel invloed hebben op de zwangerschap en de ontwikkeling van het kind. Het is dan ook belangrijk dat psychische klachten bij (aanstaande) ouders zo vroeg mogelijk worden gesignaleerd en dat de juiste ondersteuning wordt aangeboden om erger te voorkomen, zoals angststoornissen en (postpartum) depressies. Wanneer het namelijk goed gaat met de ouder, krijgt het kind meer ruimte om zich goed te ontwikkelen (Hosman et al., 2009).

Naast het bieden van psychofarmaca voor psychische problematiek en klachten, kunnen ook passende (preventieve) ondersteuning voor psychische klachten worden aangeboden aan (aanstaande) ouders die dit nodig hebben. Om de juiste ondersteuning te kunnen bieden, is het belangrijk voor zorgverleners om te begrijpen wanneer het niet goed gaat met de (aanstaande) ouder. De zorgverlener moet in staat zijn om psychische klachten te detecteren. In beleidsstukken wordt het detecteren en signaleren van (psychische) klachten of risicofactoren en kwetsbaarheden ook wel vroegsignalering genoemd.

Vroegsignalering en (preventieve) psychosociale ondersteuning zijn dus erg belangrijk voor de mentale gezondheid van de (aanstaande) ouder en de ontwikkeling van het kind. Maar welke methoden kunnen zorgverleners gebruiken voor de vroegsignalering van psychische klachten en problematiek bij (aanstaande) ouders? En welke (preventieve) psychosociale ondersteuning helpen bij psychische klachten en problematiek rondom de zwangerschap?

Effectieve vroegsignalering

Veel (aanstaande) ouders die mogelijk (preventieve) ondersteuning goed kunnen gebruiken, hebben vaak moeite met het zoeken en vinden van hulp. Sommige zorgverleners ervaren moeilijkheden bij het didactisch overbrengen van informatie over mentale gezondheid tijdens en na de zwangerschap, is er weinig flexibiliteit en kampen veel zorginstellingen met personeelstekorten (Isobel et al., 2016). (Aanstaande) ouders vinden het zelf lastig om aan te geven dat het niet goed gaat vanwege het stigma rondom mentale gezondheid en ouderschap, medicatie en mogelijke fysieke effecten van ziekte

(Reupert & Maybery, 2010; Radboudumc, 2023). Daarnaast heerst er veel angst onder ouders om de voorgedij over hun kinderen te verliezen wanneer klachten en problemen bekend worden bij instanties, waardoor zij terughoudend zijn in het delen van informatie met zorgverleners (Bassett et al., 1999; Biebel et al., 2014; Rani, 2020).

Een aantal methoden die gebruikt kunnen worden door zorg- en hulpverleners om (psychische) klachten, problematiek en risicofactoren bij (aanstaande) ouders toch te kunnen detecteren zijn de EPDS-10 (Edinburgh Postnatal (Postpartum) Depression Scale) (zie Appendix – EPDS-10 vragenlijst) (Cox et al., 1987), ALPHA(-NL) (Antenatal Psychosocial Health Assessment) (Carroll, 2005), GIZ (Gezamenlijk Inschatten van Zorgbehoeften)-methodiek (NCJ, z.d.-a), Home Observation Measurement of the Environment (HOME) (Bradley & Caldwell, 1977) en de PCL-6 (Lang & Stein, 2005) (zie Tabel 3).

Tabel 3 – Methoden voor vroegsignalering van (psychische) klachten, problematiek en risicofactoren bij (aanstaande) ouders.

Methoden	Studie referentie	Opzet
EPDS-10 (Edinburgh Postnatal (Postpartum) Depression Scale)	Cox et al., 1987	Een vragenlijst met 10 vragen die zich richten op de mentale gesteldheid van de ouder.
ALPHA(-NL) (Antenatal Psychosocial Health Assessment)	(Carroll, 2005)	Een vragenlijst voor het signaleren van risicofactoren op psychosociaal gebied.
GIZ (Gezamenlijk Inschatten van Zorgbehoeften) -methodiek	(NCJ, z.d.-a)	Een dialoog methodiek om de beschermende factoren en zorgbehoeften in kaart te brengen.
Home Observation Measurement of the Environment (HOME)	(Bradley & Caldwell, 1977)	Een checklist voor psychosociale stimulatie in de thuisomgeving van een kind.
PCL-6	(Lang & Stein, 2005)	Een checklist voor het signaleren van een posttraumatische stressstoornis.

Effectieve psychosociale ondersteuning in Nederland

Veel (aanstaande) ouders die psychische klachten ervaren rondom de zwangerschap hebben baat bij psychosociale ondersteuning. Er zijn meerdere vormen van ondersteuning, zoals individuele therapie, interpersoonlijke therapie en groepstherapie. Tijdens deze verschillende vormen van ondersteuning staat geruststelling, emotionele support, steun van gelijkgestemden en psycho-educatie centraal, en wordt er gericht gewerkt aan de risicofactoren en beschermende factoren (Hosman et al., 2009; Rai et al., 2015). De psychosociale ondersteuning kan op twee momenten worden ingezet: preventief (voordat klachten en problemen zich ontwikkelen) en wanneer deze klachten al aanwezig zijn.

In Nederland worden diverse psychosociale ondersteuning aangeboden vanuit Kansrijke Start programma's in verschillende regio's. Door de focus te leggen op psychosociale ondersteuning buiten Friesland kunnen veel inspiratie en ideeën worden opgedaan voor deze ondersteuning en de zorgpaden binnen Friesland. In dit onderdeel zullen een aantal van deze ondersteuning voor (aanstaande) ouders en kinderen worden besproken die op dit moment niet of niet duidelijk aanwezig zijn in Friesland.

CenteringParenting

CenteringParenting, ook bekend als CenteringOuderschap, is een postnatale psychosociale ondersteuning die wordt aangeboden vanuit verschillende consultatiebureaus in Nederland. Vergelijkbaar met CenteringPregnancy worden bij deze ondersteuning groepsbijeenkomsten aangeboden in plaats van individuele consulten met een jeugdverpleegkundige of jeugdarts (CenteringZorg, z.d.). Tijdens de bijeenkomsten wordt gesproken over de ontwikkeling van de baby, hoe het met de ouders gaat en delen ouders ervaringen met elkaar. Deze aanpak biedt meer tijd en ruimte voor gesprek en uitwisseling tussen ouders en zorgprofessionals van het consultatiebureau. Onderzoek naar CenteringParenting laat zien dat het bijwonen van deze bijeenkomsten de interactie tussen ouders en zorgprofessionals kan verbeteren (Gullett et al., 2019). Hierdoor gaan ouders vaker met hun kind naar een dokter of zorginstantie en worden mogelijke klachten en problemen eerder ontdekt.

Ouder-baby interventie

Ouder-baby interventie is een preventieve interventie speciaal voor ouders met psychische problemen, zoals depressie en een licht verstandelijke beperking, die moeite hebben met de hechting met hun pasgeboren kind tot één jaar (Nederlands Jeugdinstituut, 2023). Tijdens de interventie worden ouders begeleid door een medewerker van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Er vinden 8-10 huisbezoeken plaats waarbij de ouder leert een positieve relatie op te bouwen met het kind. Op korte termijn zijn er positieve effecten gevonden op de moeder-kindinteractie, waardoor de interventie in Nederland als effectief wordt beschouwd wanneer toegepast bij moeders met depressieve klachten (Nederlands Jeugdinstituut, 2023).

Ouderbijeenkomsten in Rotterdam

In Rotterdam worden ouderbijeenkomsten georganiseerd voor moeders en vaders als onderdeel van een field lab project. De informele bijeenkomsten staan bekend als Mama's Garden en Daddy's Place (Sociale Verloskunde, z.d.-a; Sociale Verloskunde, z.d.-b). Tijdens deze bijeenkomsten kunnen ouders, professionals en studenten elkaar ontmoeten, van elkaar leren, hun sociale netwerk vergroten en workshops volgen die hun zelfvertrouwen als ouder vergroten. Het is gebleken dat ouders sneller vragen durven te stellen en zelfs vriendschappen sluiten met andere deelnemende ouders (Van Der Most, 2024). Het opbouwen van deze contacten en vriendschappen is belangrijk voor het vergroten van het sociale netwerk. Vanuit deze projecten wordt kennis gedeeld door samenwerking met hogescholen en het publiceren van een handboek voor het opzetten van vergelijkbare projecten in andere steden.

KopOpOuders

KopOpOuders is een online psychosociale ondersteuning voor ouders met psychische problemen en hun partners, onderdeel van het Trimbos Instituut (KopOpOuders, z.d.). Ouders kunnen online een groepscursus volgen met informatie, tips, oefeningen en de mogelijkheid om ervaringen te delen met anderen in vergelijkbare situaties. Het doel van de cursus is om ouders handvatten te bieden voor het omgaan met problemen en meer zelfvertrouwen te krijgen in hun rol als ouder. Tijdens de online cursus worden ouders begeleid door een GGZ-medewerker. KopOpOuders biedt ook online zelfhulp aan met korte oefeningen over opvoedvaardigheden. Ouders hebben tijdens zelfhulp de mogelijkheid om contact op te nemen met een begeleider, waarbij zij zelf de wijze van contact kunnen kiezen. De ondersteuning bij KopOpOuders is gebaseerd op het effectieve opvoedingsondersteuningsprogramma Triple-P (Positive Parenting Programme) (Sanders et al., 2014; Van Doesum, 2020). Triple-P heeft aangetoond dat het de opvoedingsvaardigheden en het zelfvertrouwen van ouders verbetert, depressies, angsten en stress vermindert, en gedragsproblemen bij kinderen vermindert.

GGD Hart voor Brabant: Psychosociale zorg voor (aanstaande) ouders

Als onderdeel van het landelijke project 'Depressiepreventie bij aanstaande en pas bevallen moeders' loopt op dit moment een programma rondom psychosociale zorg voor (aanstaande) ouders binnen het gebied van GGD Hart voor Brabant (zie Appendix –

Gespreksverslag GGD Hart voor Brabant). In dit gebied worden twee preventieve interventies aangeboden aan (aanstaande) ouders, namelijk Mama's@Home en MamaKits. Mama's@Home is een online community voor pas bevallen moeders waar bijeenkomsten worden georganiseerd en begeleid door zorgprofessionals; moeders kunnen hier samenkomen om hun ervaringen te delen en elkaar te helpen. Bij MamaKits worden één tot drie individuele gesprekken met een jeugdverpleegkundige aangeboden aan de ouders, om te bespreken hoe zij zich voelen en waar zij mee zitten.

Deze preventieve interventies, samen met andere vormen van ondersteuning die binnen dit programma worden aangeboden, zijn vooral gericht op ouders bij wie het na de komst van een kindje niet zo goed gaat. Dit om te voorkomen dat de klachten bij deze ouders erger worden, of zich zelfs ontwikkelen tot een postpartum depressie. Voor het bieden van passende zorg heeft GGD Hart voor Brabant een zorgpad beschikbaar gemaakt (zie Figuur 24). Door middel van dit zorgpad worden psychische klachten bij ouders vaker gesignaleerd. Uit evaluatieformulieren, ingevuld door de ouders zelf, blijkt dat de interventies overwegend positief worden ervaren, maar dat deze vaker worden gevolgd door moeders met een hogere opleiding.

Een effectieve manier om (aanstaande) ouders met psychische klachten te helpen, is door middel van preventieve psychosociale ondersteuning. Vroegsignalering van psychische klachten bij (aanstaande) ouders is daarbij erg belangrijk voor het tijdig verwijzen naar de juiste ondersteuning. In Nederland zijn diverse effectieve psychosociale ondersteuningsprogramma's beschikbaar, zoals CenteringParenting, Ouder-baby interventie, Mama's Garden en Daddy's Place, KopOpOuders, en het programma rondom psychosociale zorg voor (aanstaande) ouders binnen het gebied van GGD Hart voor Brabant. Deze programma's bieden (aanstaande) ouders geruststelling, emotionele support, steun van gelijkgestemden en psycho-educatie.

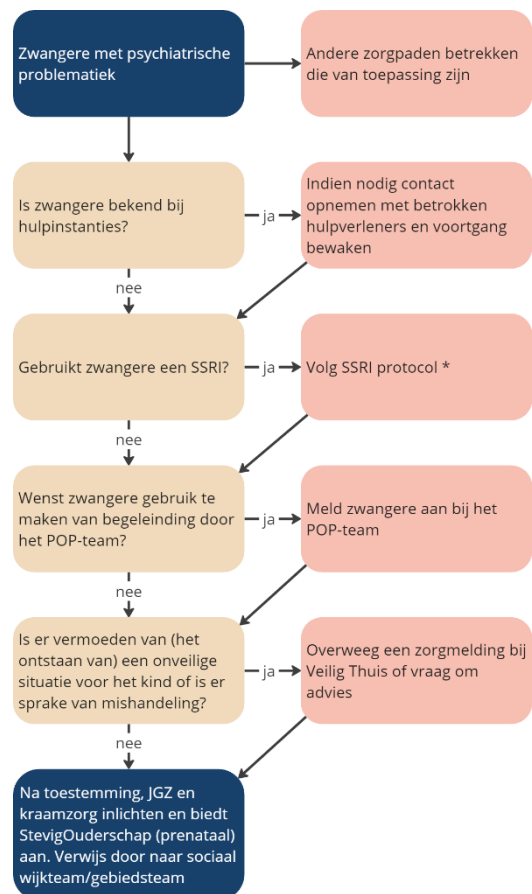
Hoofdstuk 4 – Psychosociale ondersteuning aangeboden binnen Kansrijke Start in Friesland

Deelvraag: Wat voor psychosociale ondersteuning wordt op dit moment aangeboden vanuit Kansrijke Start in Friesland?

Een aantal psychosociale ondersteuning voor (aanstaande) ouders zijn verweven in het reguliere vroegsignalerings zorgpad (zie Figuur 4). In dit zorgpad wordt de vroegsignalering van kwetsbare (aanstaande) ouders beschreven, en een aantal ondersteuning die worden aangeboden, waaronder PHB-JGZ. Dit zorgpad is bedoeld voor het eenvoudig verwijzen van de verloskundige en kraamzorg naar de JGZ, onder andere door middel van het PHB-JGZ. Echter, er is geen eenduidig zorgpad betreffende de preventieve psychosociale ondersteuning voor (aanstaande) ouders met lichte psychische klachten en specifieke meetmethodes waarmee wordt gekeken naar de mentale gezondheid van de ouder. Lokaal zijn er wel afspraken over signaleringsmethodieken, zoals het gebruik van de ALPHA-NL, maar provinciaal is dit niet vastgesteld.

Voor psychische ondersteuning is er wel een specifiek zorgpad aanwezig voor aanstaande moeders met psychiatrische problematiek (zie Figuur 7) (Rondom Zwangerschap, 2018). Hoewel een zorgpad voor psychiatrische problematiek zeker nodig is, sluit dit zorgpad niet aan op de behoeften van en benodigheden voor het bieden van ondersteuning aan (aanstaande) ouders die (lichte) psychische klachten ervaren. Ook de reguliere zorgpaden bieden geen duidelijk overzicht van alle psychosociale ondersteuning voor de (aanstaande) ouders. Om toch een beter beeld te schetsen van de psychosociale en psychische ondersteuning die worden aangeboden in Friesland, worden een aantal van deze ondersteuning in dit hoofdstuk beschreven.

Figuur 7 – Vereenvoudigd zorgpad psychiatrische problematiek bij zwangere (Rondom Zwangerschap, 2018). *SSRI protocol: alle stabiele zwangeren met één SSRI niet doorsturen naar POP-poli.



Hoe zien de huidige psychosociale ondersteuning vanuit Kansrijke Start er in Friesland uit?

In Friesland worden meerdere (psychosociale) ondersteuning aangeboden voor zowel ouder als kind (zie Tabel 4). Een aantal van deze ondersteuning zijn preventief en gericht op het voorbereiden van de aanstaande ouders op de komst van een kindje, terwijl andere gericht zijn op het bieden van ondersteuning wanneer problemen zich voordoen (GGD Fryslân, z.d.-d). In dit onderdeel zullen een aantal van deze ondersteuning voor (aanstaande) ouders en kind worden besproken.

CenteringPregnancy

CenteringPregnancy, ook wel bekend als CenteringZwangerschap, is een prenatale psychosociale ondersteuning die wordt aangeboden vanuit meerdere verloskundigenpraktijken in Friesland (ROS Friesland, 2017). Tijdens CenteringPregnancy worden er groepsconsulten gehouden waar meerdere zwangere vrouwen terecht kunnen. Via groepsconsulten krijgen de deelnemende zwangere vrouwen meer contact en zorg vanuit de verloskundige en komen zo ook meer in contact met andere zwangere vrouwen. Er is meer tijd om onderwerpen aan te snijden waar tijdens een individueel consult geen tijd voor is, waardoor ze beter kunnen worden voorbereid op de komst van een kindje. CenteringPregnancy heeft laten zien dat het de niveaus van stress, angst en depressie kan verlagen en kan als preventieve ondersteuning worden gebruikt (Benediktsson et al., 2013).

Huisbezoek tijdens de zwangerschap

Bij een huisbezoek tijdens de zwangerschap, ook wel bekend als PHB, komt een jeugdverpleegkundige van de JGZ langs bij de aanstaande ouder (GGD Fryslân, z.d.-b). Met de jeugdverpleegkundige wordt de thuissituatie besproken en kan de aanstaande ouder vragen stellen over de komst van het kind en ouderschap. Voor sommige personen is een gesprek al voldoende om verder te kunnen, maar wanneer nodig kan de jeugdverpleegkundige helpen bij het maken van een plan en het zoeken naar passende ondersteuning. Een huisbezoek tijdens de zwangerschap kan preventief helpen bij het voorkomen van een postpartumdepressie bij de ouder door het bespreken en wegnemen van angsten en problemen, en door vroegtijdige doorverwijzing naar de juiste hulp (Tabb et al., 2022).

Stevig Ouderschap

Stevig Ouderschap is een opvoedondersteuning, verzorgd door de jeugdverpleegkundige van de JGZ, die zowel prenataal als postnataal kan worden aangeboden tot 18 maanden na de zwangerschap (GGD

Fryslân, z.d.-f; GGD Fryslân, z.d.-g). Dit kan worden gezien als extra hulp vanuit de jeugdverpleegkundige naast de hulp die op het consultatiebureau wordt aangeboden. Tijdens de prenatale ondersteuning komt een jeugdverpleegkundige vier keer thuis langs, waarbij de gezondheid van de (aanstaande) ouder en de voorbereidingen op de komst van een kindje centraal staan in de gesprekken. Na de bevalling kan de jeugdverpleegkundige nog zes keer langskomen om de ontwikkeling en opvoeding van het kind te bespreken, en mag de ouder vertellen hoe zij het ouderschap ervaren. Wanneer nodig kan vanuit Stevig Ouderschap extra hulp worden aangeboden.

VoorZorg

VoorZorg is een psychosociale ondersteuning specifiek voor zeer kwetsbare (aanstaande) ouders. Bij deze ondersteuning komt een jeugdverpleegkundige van de JGZ 40 tot 60 keer bij de (aanstaande) ouders thuis langs, vanaf de zwangerschap tot twee jaar na de bevalling (GGD Fryslân, z.d.-d). Tijdens VoorZorg wordt er intensief gewerkt aan de gezondheid van de (aanstaande) ouder en het kind, de voorbereidingen op de komst van een kindje, en de sociale problemen die zich afspelen in het gezin, waaronder veiligheid, financiën en de relatie tussen moeder, partner en kind (NCJ, z.d.-b).

Consultatiebureau plus & Hulp bij opvoeden

Consultatiebureau Plus en Hulp bij Opvoeden worden aangeboden door een pedagoog en jeugdverpleegkundige van de JGZ (GGD Fryslân, z.d.-a; GGD Fryslân, z.d.-e). Tijdens deze ondersteuning kan de ouder in gesprek met de jeugdverpleegkundige of pedagoog over specifieke opvoedvragen en de ontwikkeling van het kind. Consultatiebureau Plus wordt aangeboden wanneer het kind 0-4 jaar is, en Hulp bij Opvoeden is beschikbaar voor kinderen van 0-12 jaar. Het is van belang dat problemen bij de ontwikkeling en opvoeding zo vroeg mogelijk worden aangekaart en dat er met deze hulp wordt gestart om te voorkomen dat de situatie erger wordt.

Integrale Vroeghulp

Bij Integrale Vroeghulp wordt aan ouders extra hulp aangeboden wanneer er veel problemen zijn in de ontwikkeling van het kind. Ook deze hulp kan vanaf de geboorte worden aangeboden en gaat door tot het kind zeven jaar is (GGD Fryslân, z.d.-c). Bij deze ondersteuning helpt een team van (zorg)professionals de ouders om de zorg voor het kind vorm te geven, zodat alle betrokkenen in het gezin passende ondersteuning krijgen die zij nodig hebben.

POP-poli

Iedere POP-poli gaat anders te werk. In dit onderdeel is er specifiek gekeken naar de POP-poli in Drachten (zie Appendix – Gespreksverslag POP-poli Drachten). Aanstaaende moeders kunnen preconceptioneel of tijdens de zwangerschap bij de POP (Psychiatrie, Obstetrie (Verloskunde) en Pediatrie (Kindergeneeskunde)) -poli terecht wanneer zij psychofarmaca gebruiken, een psychiatrische diagnose hebben of behandeling in het verleden, psychiatrische diagnoses in de familie hebben, middelen misbruiken, een laag IQ hebben, of wanneer er een 'niet-pluis'-gevoel is bij de zorgverleners. Bij de POP-poli ontvangen de aanstaande moeders gesprekken, therapieën en mogelijke doorverwijzing naar gespecialiseerde hulp bij ernstige problematiek. In Friesland zijn er vier verschillende ziekenhuizen met een POP-poli, namelijk in Leeuwarden, Sneek, Heerenveen en Drachten.

KOPP-poli

Vanuit de KOPP-poli worden interventies aangeboden aan kinderen van ouders met psychische problematiek en complexe problemen die hierdoor vastlopen in hun ontwikkeling (Kinnik, z.d.-b). De kinderen kunnen hier lichte hulp tot intensieve begeleiding ontvangen. Naast dat de kinderen hulp kunnen krijgen, wordt ook aan de ouders ondersteuning geboden. Zij kunnen hier onder andere cursussen, begeleiding en educatie over de psychische klachten van het kind ontvangen. Ook ouders met psychische klachten kunnen bij de KOPP-poli terecht voor cursussen en extra ondersteuning om te voorkomen dat het kind zelf ook psychische klachten ontwikkelt (Kinnik, z.d.-a).

Naast de genoemde ondersteuning in Friesland worden lokaal nog diverse psychosociale ondersteuning aangeboden aan (aanstaande) ouders. Dit zijn ondersteuning zoals een traumacoach, psycholoog of psychiater, en laagdrempelige ondersteuning in de buurt, zoals door gebiedsteams.

Tabel 4 – Psychosociale ondersteuning in Friesland.

Ondersteuning	Door wie?	Voor wie?	Inhoud
CenteringPregnancy	Verloskundigenpraktijken	Aanstaande moeders	Groepsconsult met meerdere zwangere vrouwen waar informatie en ervaringen worden gedeeld
Huisbezoek tijdens de zwangerschap (PHB)	Jeugdverpleegkundige JGZ	Aanstaande ouders	Gesprek thuis met jeugdverpleegkundige voor extra vragen vanuit ouder en bespreken thuissituatie
Stevig Ouderschap	Jeugdverpleegkundige JGZ	(Aanstaande) ouders Kinderen tot 18 maanden	Opvoedondersteuning thuis waar voorbereiding op komst van een kindje centraal staat
VoorZorg	Jeugdverpleegkundige JGZ	Zeer kwetsbare (aanstaande) ouders Kinderen tot 2 jaar	Intensieve ondersteuning thuis voor gezondheid, voorbereidingen en sociale problemen binnen het gezin
Hulp bij opvoeden	Pedagoog JGZ	Ouders Kinderen van 0-12 jaar	Ondersteuning bij opvoedvragen en de ontwikkeling van het kind
Consultatiebureau Plus	Jeugdverpleegkundige JGZ	Ouders Kinderen van 0-4 jaar	Ondersteuning bij opvoedvragen en de ontwikkeling van het kind
Integrale vroeghulp	Team van (zorg)professionals	Ouders Kinderen van 0-7 jaar	Extra hulp bij veel ontwikkelingsproblemen bij het kind
POP-poli	POP-team	Kwetsbare aanstaande moeders	Ondersteuning voor aanstaande moeder in de vorm van gesprekken, therapieën en gespecialiseerde hulp
KOPP-poli	KOPP-team	KOPP van 0-18 jaar Ouders	Ondersteuning voor kinderen en ouders bij complexe (psychische) problemen

Welke partijen zijn betrokken bij psychosociale ondersteuning vanuit Kansrijke Start in Friesland?

Kansrijke Start wordt in Friesland georganiseerd vanuit de FPA. Om een beter beeld te krijgen van welke partijen betrokken zijn bij Kansrijke Start en de psychosociale ondersteuning in Friesland, is het belangrijk om te begrijpen hoe de FPA in elkaar steekt. Om een duidelijk beeld te krijgen van de FPA en de betrokken partijen is er een externe analyse uitgevoerd. Hierna is een interne analyse uitgevoerd met betrekking tot GGD Fryslân, welke een regisserende binnen Kansrijke Start Friesland

Externe analyse Friese Preventie Aanpak

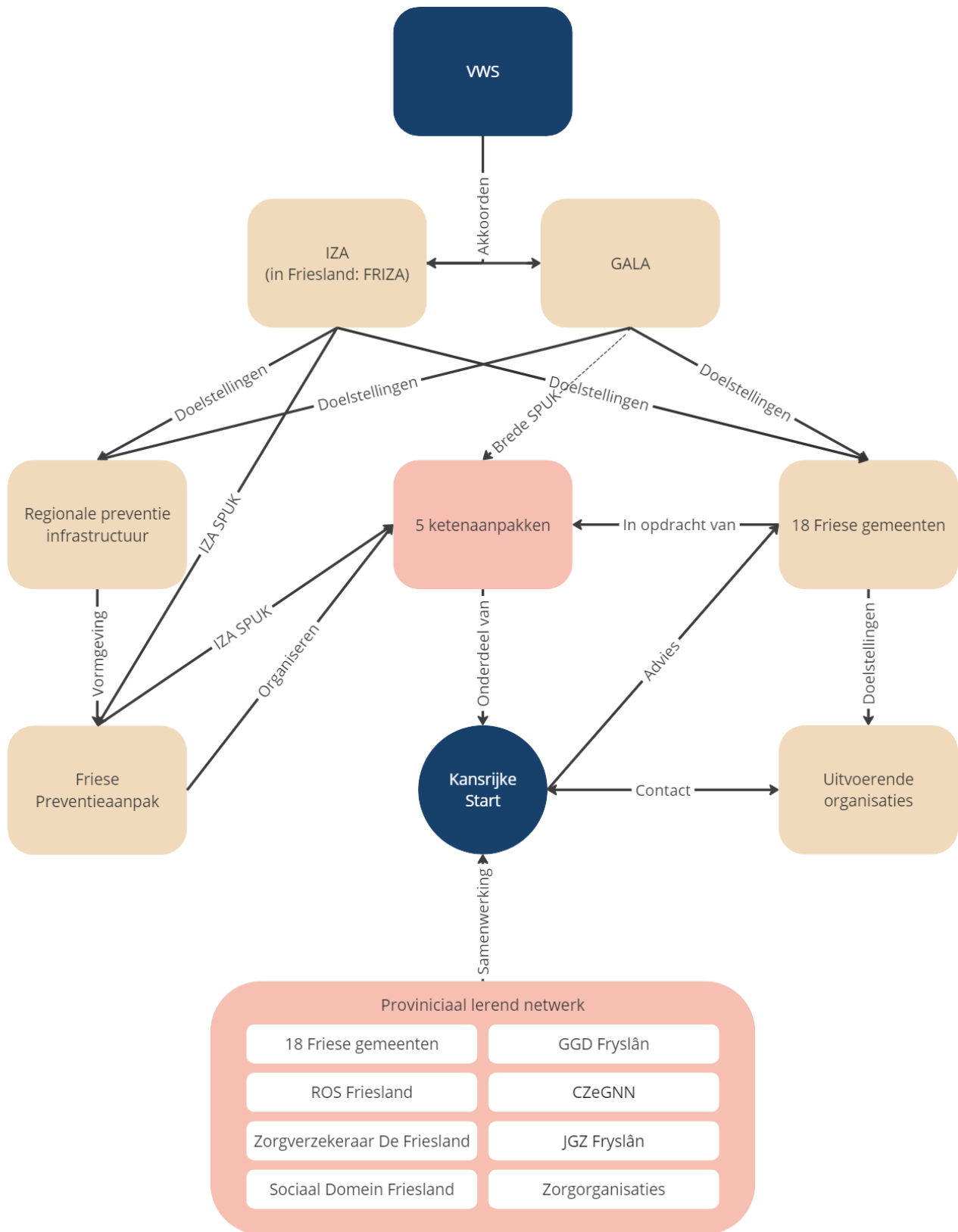
Sociale kaart Friese Preventieaanpak

Vanuit het VWS zijn er twee akkoorden opgesteld die zich richten op een gezondere samenleving en een betere samenwerking tussen (zorg)organisaties, namelijk het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het

Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) (Gezond En Actief Leven | VNG, 2024). Het doel van het IZA is om goede, toegankelijke en betaalbare zorg in de toekomst te behouden (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2023a). Binnen Friesland is de uitwerking van het IZA vormgegeven in het FriZA (Kleefstra, 2023). Het doel van het GALA is om te bouwen aan een aanpak die zich richt op preventie, gezondheid en een sociale basis voor een gezonde samenleving (Wat Is de Relatie Tussen IZA en GALA? | VNG, z.d.). De doelstellingen van deze akkoorden zijn dat de juiste zorg aanwezig is op het gebied van preventie en gezondheid, en dat er een regionale preventie infrastructuur wordt gevormd. In Friesland is de regionale preventie infrastructuur vormgegeven in de FPA (zie Figuur 8).

Het hoofddoel van het IZA en GALA is om samenwerking te bevorderen tussen de verschillende (zorg)organisaties en de vijf ketenaanpakken. Deze ketenaanpakken zijn gericht op kinderen met overgewicht, valpreventie, GLI (gecombineerde leefstijlinterventie) Volwassenen, Welzijn op Recept en Kansrijke Start (Handreikingen Ketenaanpakken GALA | VNG, z.d.). Binnen Friesland zijn de 18 Friese gemeenten gezamenlijk opdrachtgever voor de uitvoering van de vijf ketenaanpakken. De organisatie die de uitvoering van de vijf ketenaanpakken provinciaal begeleidt, is de FPA (“Doorontwikkeling Friese Preventieaanpak”, 2023). De vijf verschillende ketenaanpakken vallen onder de coalities die de FPA heeft gevormd, die zich richten op het bevorderen van goede gezondheid en welzijn met gelijke kansen voor iedereen in Friesland.

Vanuit het GALA kunnen de gemeenten voor de ketenaanpakken subsidies ontvangen, namelijk specifieke uitkeringen (SPUK) (“GALA -Gezond en Actief Leven Akkoord”, 2023). Vanuit het GALA kunnen gemeenten een Brede SPUK ontvangen, welke bestemd is voor het ontwikkelen van een integrale aanpak waar de doelstellingen van het GALA worden georganiseerd. Vanuit het IZA kunnen gemeenten en samenwerkingsregio’s een IZA SPUK ontvangen, welke bestemd is voor het behalen van IZA doelstellingen, het ontwikkelen van de regionale preventie infrastructuur en her bevorderen van de samenwerking tussen eerstelijnszorg, de gemeenten, de betrokken organisaties en preventie (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, z.d.).



Figuur 8 – De sociale kaart Kansrijke Start in Friesland.

Betrokken organisaties Kansrijke Start Friesland

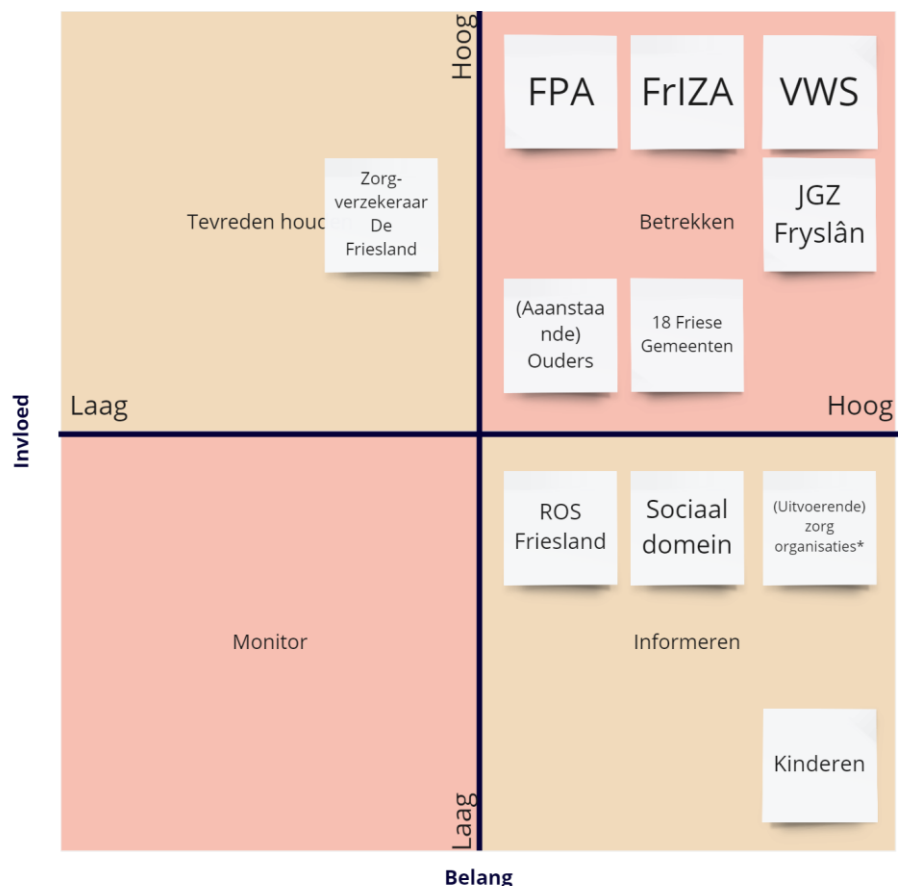
Naast de FPA zijn er nog veel andere partijen betrokken bij Kansrijke Start in Friesland (zie Tabel 5). Provinciaal is er betrokkenheid vanuit de 18 Friese gemeenten, het provinciaal lerend netwerk en de uitvoerende organisaties. Daarnaast is er landelijke betrokkenheid vanuit het VWS door middel van het IZA en GALA. Deze partijen hebben elk hun eigen niveau van betrokkenheid binnen Kansrijke Start. Om een overzicht te krijgen van de mate van betrokkenheid, is een stakeholder analyse uitgevoerd (zie Figuur 9).

Onder de provinciaal betrokken partijen valt het provinciaal lerend netwerk. Zoals besproken in de introductie is dit een samenwerking van onder andere de 18 Friese gemeenten, GGD Fryslân, ROS Friesland, CZeGNN, Zorgverzekeraar De Friesland, JGZ Fryslân, Sociaal Domein Fryslân en verschillende zorgorganisaties, waaronder VSV's en kraamzorg (Pharos, 2023). Naast het provinciaal lerend netwerk hebben de 18 Friese gemeenten een opdracht gevende rol aan de FPA en GGD Fryslân, en vervullen de verschillende zorgorganisaties een uitvoerende rol. Aan de ontvangende zijde van Kansrijke Start staan natuurlijk de (aanstaande) ouders en de kinderen. Een landelijk betrokken partij is het VWS, dat de IZA en GALA doelstellingen heeft opgezet en hiervoor ook de SPUK's verleent.

Tabel 5 – Betrokken partijen Kansrijke Start in Friesland

Betrokken partij	Verhouding tot Kansrijke Start
<i>Provinciaal betrokken partijen</i>	
18 Friese gemeenten	Hebben de doelstellingen vanuit het VWS ontvangen om de samenwerking te bevorderen tussen (zorg)organisaties voor een gezondere samenleving. Zij zijn opdrachtgever voor de ontwikkeling van het programma, dat wordt uitgevoerd door het provinciaal lerend netwerk. Daarnaast ontvangen de gemeenten de GALA-SPUK.
GGD Fryslân	Heeft een overkoepelende rol binnen het provinciaal lerend netwerk en de uitvoering van Kansrijke Start in Friesland, en heeft dan ook de rol van Ketenregisseur Kansrijke Start op zich nemen. De organisatie heeft korte lijnen met de verschillende (zorg)organisaties, gemeenten, de zorgverzekeraar en de provincie, waardoor zij de verschillende partijen kunnen verbinden.
ROS Friesland	Is onderdeel van het provinciaal lerend netwerk. ROS Friesland is een zorgadviesbureau voor de eerstelijnszorg, waarbij hoogwaardige en betaalbare eerstelijnszorg centraal staat. De rol binnen het provinciaal lerend netwerk en Kansrijke Start is voor de organisatie een adviserende en verbindende rol, met het ondersteunen van de vormgeving van zorgpaden en het ontwikkelen en verspreiden van kennis.
CZeGNN	Is onderdeel van het provinciaal lerend netwerk. CZeGNN is een kennisnetwerk voor zorgverleners binnen de geboortezorg. Het kennisnetwerk heeft als doel om de samenwerking tussen zorgprofessionals te bevorderen en daarnaast kennis de verspreiden.

Zorgverzekeraar De Friesland	Is onderdeel van het provinciaal lerend netwerk. De zorgverzekeraar denkt mee over de mogelijkheden in de geboortezorg in Friesland. Zij spelen mogelijk een sleutelrol bij de mogelijke vergoedingen van bepaalde zorg en ondersteuning.
Sociaal Domein Fryslân	Is onderdeel van het provinciaal lerend netwerk. Deze organisatie voert beleidsvoorbereidingen uit voor de Friese gemeenten en is daarnaast uitvoerder van verschillende sociale ondersteuning, zoals Jeugdhulp en Veilig Thuis.
(Uitvoerende) zorgorganisaties	Onder de zorgorganisaties binnen Kansrijke Start vallen onder andere verloskundigenpraktijken, kraamzorg, JGZ, POP-poli en GGZ. Deze organisaties zijn onderdeel van het provinciaal lerend netwerk en zijn daarnaast ook de uitvoerende zorgorganisaties.
(Aanstaande) ouder en kinderen	Onder de ontvangende groep vallen (aanstaande) ouders en kinderen. De (aanstaande) ouders kunnen een evaluerende rol hebben binnen Kansrijke Start. Ook kunnen zij als ervaringsdeskundige meedenken over het beleid.
<i>Landelijk betrokken partijen</i>	
VWS	Opsteller van de IZA- en GALA-doelstellingen en verstrekker van de IZA- en GALA-SPUK.



Figuur 9 – Stakeholder analyse van provinciale en landelijke betrokken partijen Kansrijke Start Friesland. * Onder (uitvoerende) zorgorganisaties vallen verloskundige, kraamzorg, consultatiebureau, POP-poli en GGZ.

Interne analyse GGD Fryslân

Kansrijke Start is in Friesland onderdeel van de FPA, maar de organisatie met een regisserende functie is GGD Fryslân. Om een beter beeld te krijgen van deze organisatie en de mogelijkheden zal een interne analyse worden gedaan op basis van het McKinsey 7S-framework, dat zich richt op de strategie, structuur, systemen, gedeelde waarden (shared values), stijl, competenties (skills) en medewerkers (staff).

Strategie

De strategie beschrijft hoe de organisatie haar missie wil behalen. De missie van GGD Fryslân luidt: "Iedereen verdient een veilig en gezond leven. Wij dragen daaraan bij!" (Veiligheidsregio Fryslân, z.d.-a). Zij willen dit bereiken door zich bezig te houden met preventie. De strategie van GGD Fryslân om dit te bereiken is door samen te werken met de inwoners van de provincie, de Friese gemeenten en andere (zorg)organisaties. De karaktereigenschappen van de organisatie zijn proactief, innovatief en nieuwsgierig, zodat zij het beste kunnen bijdragen aan de gezondheid van de inwoners. Deze missie, ambitie en strategie passen bij het preventieve programma Kansrijke Start, waar dezelfde waarden in terugkomen.

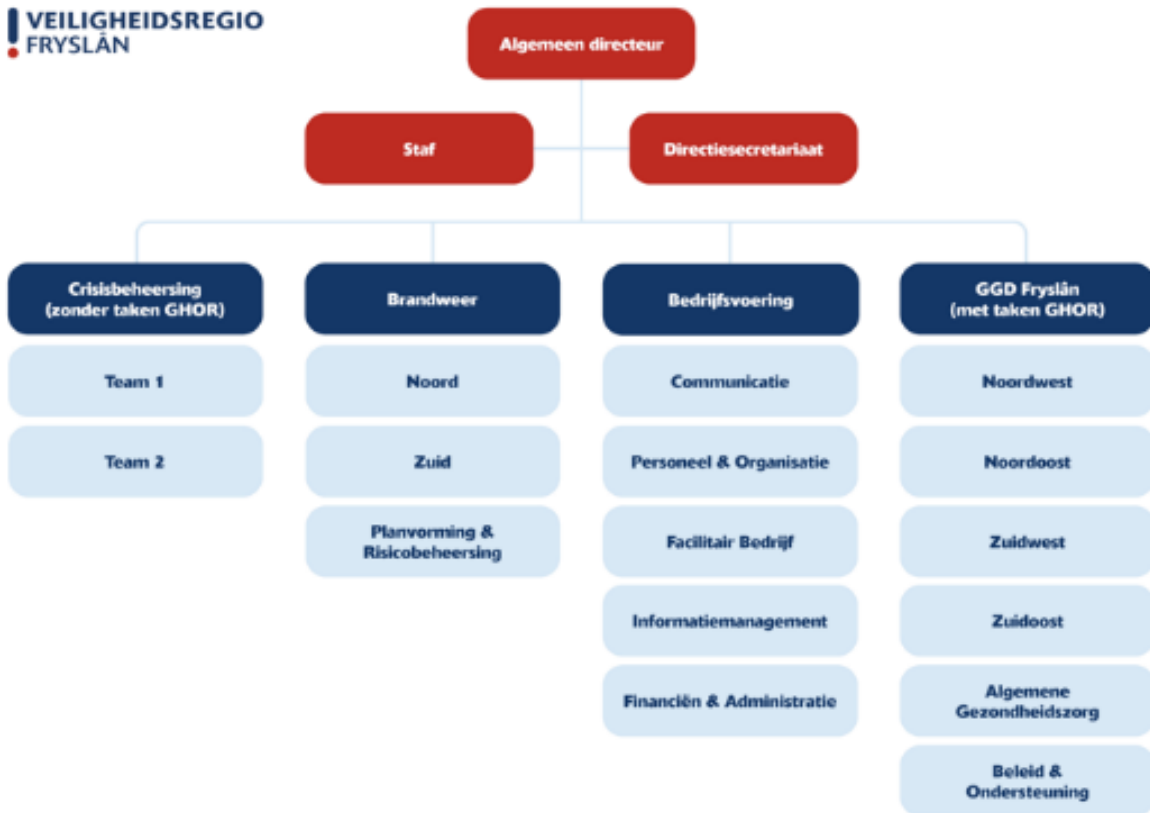
Structuur

De structuur beschrijft hoe de organisatie is georganiseerd. GGD Fryslân is, samen met crisisbeheersing, de brandweer en bedrijfsvoering, onderdeel van Veiligheidsregio Fryslân (zie Figuur 10) (Veiligheidsregio Fryslân, z.d.-b). Onder elke organisatie binnen de veiligheidsregio vallen weer andere takken. Bij GGD Fryslân zijn dit Noordwest, Noordoost, Zuidwest, Zuidoost, Algemene Gezondheidszorg en Beleid & Ondersteuning.

Binnen GGD Fryslân zijn de werkzaamheden en structuur onderverdeeld in de vier taken van de organisatie (GGD Fryslân, 2024). Deze taken omvatten:

1. Monitoring, signalering en advisering
2. Uitvoerende taken gezondheidsbescherming
3. Toezicht houden
4. Bewaken van de publieke gezondheid bij rampen en crises

Gezondheidsbevordering, waar Kansrijke Start onder valt, wordt geplaatst onder de eerste taak.



Figuur 10 – Organogram Veiligheidsregio Fryslân (Veiligheidsregio Fryslân, z.d.-b).

Systemen

De beschrijving van systemen geeft aan welke systemen de organisatie gebruikt om onderling informatie te delen. Binnen GGD Fryslân en Veiligheidsregio Fryslân wordt informatie gedeeld via VeRA. Dit is een referentiearchitectuur speciaal ontworpen voor de verschillende veiligheidsregio's. Via VeRA kunnen nieuws en documenten onder de GGD Fryslân worden gedeeld. Voor onderling contact en mailverkeer worden Outlook en Microsoft Teams gebruikt. Bij Kansrijke Start Friesland wordt voor het delen van nieuws en documenten 1SociaalDomein gebruikt. Via deze weg staan de FPA en GGD Fryslân in contact met de andere betrokken partijen.

Gedeelde waarden (shared values)

De gedeelde waarden zijn de principes die binnen de organisatie worden aangehouden. Voor GGD Fryslân zijn dit: betrokken, betrouwbaar en professioneel (Veiligheidsregio Fryslân, z.d.-a). Deze

waarden wil GGD Fryslân ook uitstralen. Zo wil de organisatie klantgericht, onafhankelijk, samenwerkend en deskundig zijn.

Deze gedeelde waarden komen goed van pas in de taak van GGD Fryslân binnen Kansrijke Start. De organisatie richt zich op de Friese gemeenten als opdrachtgever en (aanstaande) ouders en kinderen als ontvangende groep. Daarnaast staat binnen het provinciaal lerend netwerk samenwerking centraal.

Stijl

De stijl geeft weer welk gedrag wordt uitgedragen vanuit de organisatie. GGD Fryslân gaat uit van een professionele houding onder haar werknemers (Veiligheidsregio Fryslân, z.d.-a). Elke werknemer heeft professionele verantwoordelijkheden binnen de organisatie. Dit is ook de reden waarom er binnen GGD Fryslân geen leiders zijn. Wel zijn er werknemers met een coördinerende rol, die uiteindelijke beslissingen kunnen nemen wanneer dat nodig is.

Deze stijl past bij de rol van GGD Fryslân binnen Kansrijke Start. De mentaliteit past bij Kansrijke Start, omdat ook binnen het programma in Friesland geen duidelijke leider is. Iedere partij heeft zijn eigen verantwoordelijkheid. De regisserende rol van GGD Fryslân komt hier van pas om alles in goede banen te laten verlopen, zonder dat er een duidelijke leider aanwezig hoeft te zijn.

Competenties (skills)

Met competenties wordt beschreven welke vaardigheden de organisatie bezit die in haar voordeel kunnen werken. GGD Fryslân bezit als competentie dat het zeer breed inzetbaar is. De organisatie heeft meerdere afdelingen en takken binnen de gezondheidszorg, waardoor er veel kennis aanwezig is en samenwerking binnen de organisatie kan leiden tot breed inzetbaar personeel (GGD Fryslân, 2024). Echter, al deze verschillende afdelingen kunnen ook leiden tot isolatie van het personeel. Niet elke werknemer is op de hoogte van wat er op andere afdelingen gebeurt, wat soms leidt tot niet-gedeelde kennis en bijvoorbeeld het opnieuw uitvinden van het wiel.

Binnen Kansrijke Start kan deze competentie op dezelfde manier zowel een voordeel als een nadeel zijn. Er kan veel kennis en samenwerking worden gedeeld binnen het project, maar tegelijkertijd kan ook waardevolle informatie over het hoofd worden gezien.

Medewerkers (staff)

Binnen Veiligheidsregio Friesland werken op dit moment ongeveer 2.000 mensen. Doordat deze werknemers allemaal hun eigen competenties hebben, zoals beschreven bij de competenties van GGD Fryslân, is de Veiligheidsregio erg divers. Naast de brede inzetbaarheid van het team is er dus ook ruimte voor deze diversiteit in competenties.

Op dit moment worden in Friesland verschillende (psychosociale) ondersteuning aangeboden aan (aanstaande) ouders, waaronder CenteringPregnancy, huisbezoeken tijdens de zwangerschap, Stevig Ouderschap, VoorZorg, Consultatiebureau plus, Hulp bij opvoeden, Integrale Vroeghulp, POP-poli en KOPP-poli.

Binnen Kansrijke Start Friesland vervult GGD Fryslân een regisserende rol. Andere betrokken partijen zijn de 18 Friese gemeenten, ROS Friesland, CZeGNN, Zorgverzekeraar De Friesland, JGZ Fryslân, Sociaal Domein Fryslân, verschillende (uitvoerende) zorgorganisaties en de FPA.

Een interne analyse laat zien dat de rol van GGD Fryslân binnen Kansrijke Start goed aansluit bij de karaktereigenschappen van de organisatie. GGD Fryslân is breed inzetbaar, bezit veel kennis en onderhoudt korte lijnen met andere (gezondheidszorg) partijen binnen en buiten Friesland.

Hoofdstuk 5 – Ervaringen van (aanstaande) ouders met de huidige invulling geboortezorg Kansrijke Start in Friesland

***Deelvraag:** Wat zijn de ervaringen van (aanstaande) ouders met de huidige invulling van geboortezorg vanuit Kansrijke Start in Friesland?*

Door middel van vragenlijsten is gekeken naar de ervaringen van (aanstaande) ouders met de huidige invulling van geboortezorg vanuit Kansrijke Start in Friesland. Met deze vragenlijst wordt ingegaan op de aangeboden (psychosociale) ondersteuning. De vragenlijst is verspreid onder (aanstaande) ouders en is zo gemaakt dat deze zowel door de (zwangere) ouder als door de partner kan worden ingevuld.

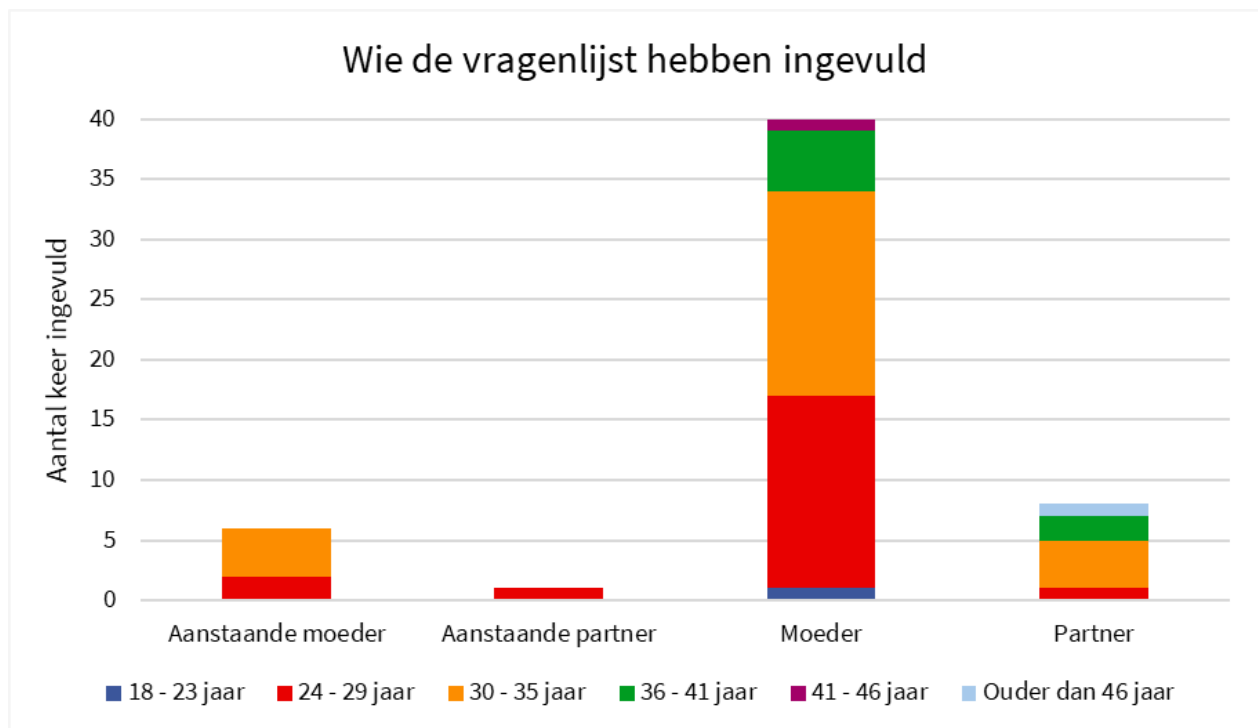
De vragenlijst is gebaseerd op de vragen uit de Patient Reported Experience Measures (PREM) methode (Zorginstituut Nederland, 2022). Dit is een meetmethode die door zorgprofessionals gebruikt wordt om patiëntervaringen te meten, en kan dus een goed hulpmiddel zijn om de zorg te evalueren en waar nodig te herformuleren (zie Appendix – PREM vragenlijst) (Zorginstituut Nederland, 2019). Daarnaast zijn de vragen geïnspireerd door interviews die zijn uitgevoerd door GGD Groningen/UMCG in de afgelopen jaren en door GGD Fryslân stagiair Margriet Blijham in 2023 (Blijham, 2023). Om ervoor te zorgen dat zoveel mogelijk (aanstaande) ouders deze vragenlijst kunnen begrijpen en invullen, zijn de vragen opgesteld op taalniveau B1 (eenvoudig Nederlands) (Ministerie van Algemene Zaken, z.d.). De vragenlijst begint met een korte introductie van het onderzoek en het doel van de vragenlijst. Daarnaast is de vragenlijst anoniem en worden er vooraf een aantal algemene achtergrondvragen gesteld. Er volgen dan 16 vragen die zich richten op de ervaring van de (aanstaande) ouders met de geboortezorg, de behoefte aan (extra) (psychosociale) ondersteuning en het huidige aanbod (zie Appendix – Vragenlijst (aanstaande) ouders). Elke vraag mag worden overgeslagen (niet worden ingevuld), zodat het invullen laagdrempelig blijft en ouders niet afhaken bij een lastige vraag.

Het verspreiden van de vragenlijst is gedaan door middel van een QR-code die doorverwijst naar een online enquête. Deze QR-code was, met behulp van flyers en posters, zichtbaar in de wachtruimtes van verschillende consultatiebureaus en verloskundigenpraktijken (zie Appendix – Poster/flyer vragenlijst). De posters en flyers zijn uiteindelijk uitgedeeld op vijf verschillende consultatiebureaus (Heerenveen,

Harlingen, Leeuwarden, Drachten en Franeker), één verloskundigenpraktijk (Heerenveen), één kinderopvang (Franeker) en zijn breed verspreid via sociale media.

Het eerste gedeelte van de vragenlijst richtte zich op de algemene geboortezorg en ondersteuning. Het tweede gedeelte richtte zich op de psychosociale ondersteuning. Afsluitend mochten (aanstaande) ouders nog tips en complimenten geven over de huidige geboortezorg en de (psychosociale) ondersteuning.

Uiteindelijk is de vragenlijst in totaal 55 keer ingevuld, waarvan 41 keer volledig. De lijst is voornamelijk ingevuld door moeders met een leeftijd tussen de 24 en 35 jaar (zie Figuur 11).



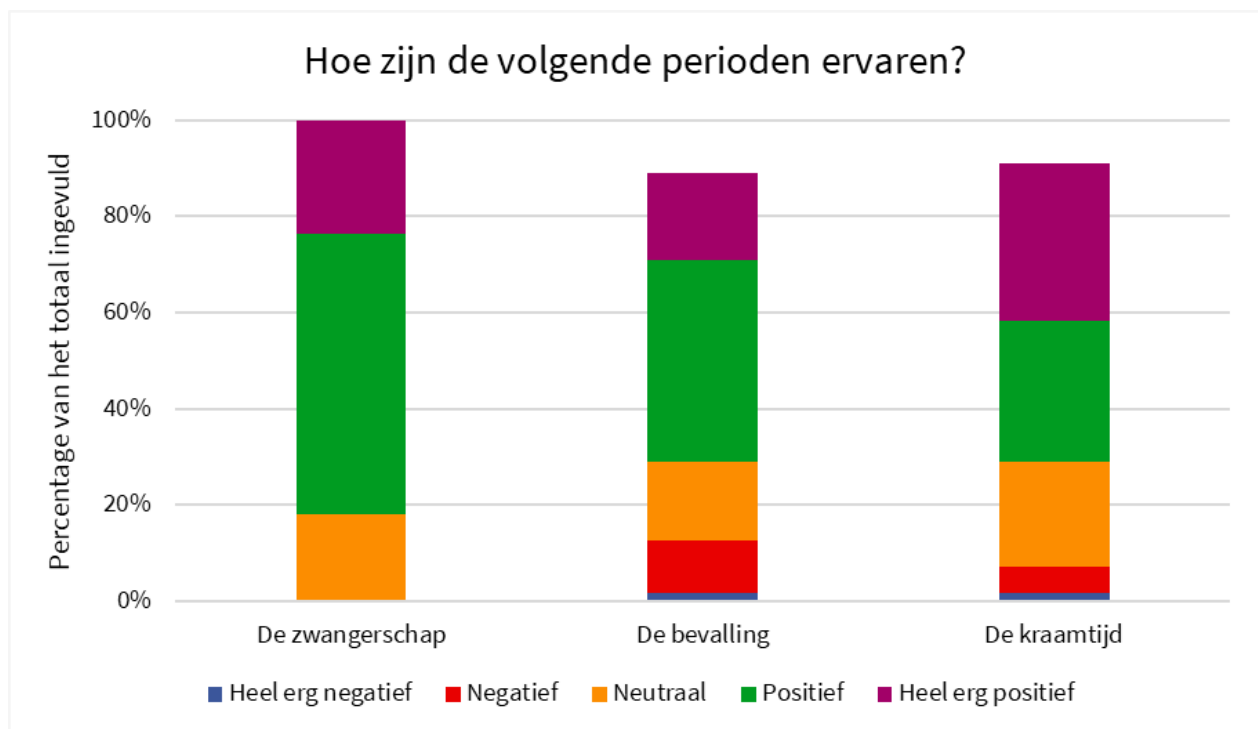
Figuur 11 – Wie de vragenlijst hebben ingevuld. Voornamelijk moeders hebben de vragenlijst ingevuld.

Wat zijn de ervaringen betreft de algemene geboortezorg en ondersteuning?

In het eerste onderdeel van de vragenlijst wordt de (aanstaande) ouders gevraagd naar hun ervaringen met de algemene geboortezorg en de verschillende ondersteuning tijdens de eerste 1000 dagen. De resultaten van dit onderdeel zijn weergegeven in grafieken en Wordclouds.

De ervaringen van (aanstaande) ouders met de perioden rondom de zwangerschap

De (aanstaande) ouders is gevraagd hoe zij de zwangerschap, bevalling en kraamtijd hebben ervaren (zie Figuur 12). De zwangerschap werd overwegend als positief ervaren. Dit positieve gevoel kwam voornamelijk voort uit de blijdschap die ouders voelden door de komst van hun kindje en de goede begeleiding en voorbereiding die zij ontvingen vanuit de verloskundige. Wat sommige (aanstaande) ouders minder positief vonden tijdens de zwangerschap waren vooral de lichamelijke klachten bij de (aanstaande) moeder, zoals misselijkheid en bekkenklachten. Sommige (aanstaande) ouders vonden de zwangerschap spannend vanwege alle nieuwe ontwikkelingen en zorgen die hier soms bij komen kijken, wat het mentaal zwaarder maakt. Daarnaast werd benoemd dat er soms te weinig inbreng is van de (aanstaande) ouders zelf tijdens de controles bij de verloskundige.



Figuur 12 – De ervaringen van (aanstaande) ouders tijdens de zwangerschap, bevalling en kraamtijd op een schaal van heel erg negatief naar heel erg positief.

De bevalling is grotendeels als positief ervaren door de ouders. Veel ouders geven aan dat de goede begeleiding door de verloskundige thuis en in het ziekenhuis deze ervaring vooral positief maakte. Bij complicaties, of heftige situaties die zich tijdens sommige bevalling voordeden, hielp vooral een goede voorbereiding en zelf de regie kunnen hebben bij het creëren van een positieve ervaring. Echter, er wordt een aantal keer aangegeven dat de bevalling negatief, of zelfs heel erg negatief is ervaren. Veel

ouders vinden een vlotte bevalling prettig, maar andere ervaren hierdoor juist onrust vanwege de snelle en gehaaste handelingen van de zorgprofessionals. Een aantal ouders geven aan dat de bevalling daardoor, of juist doordat het te lang duurde, als heftig is ervaren en zij dit nog moeten verwerken. Ook het moeten aanpassen wanneer er een spoedkeizersnede nodig is, wordt als traumatisch ervaren.

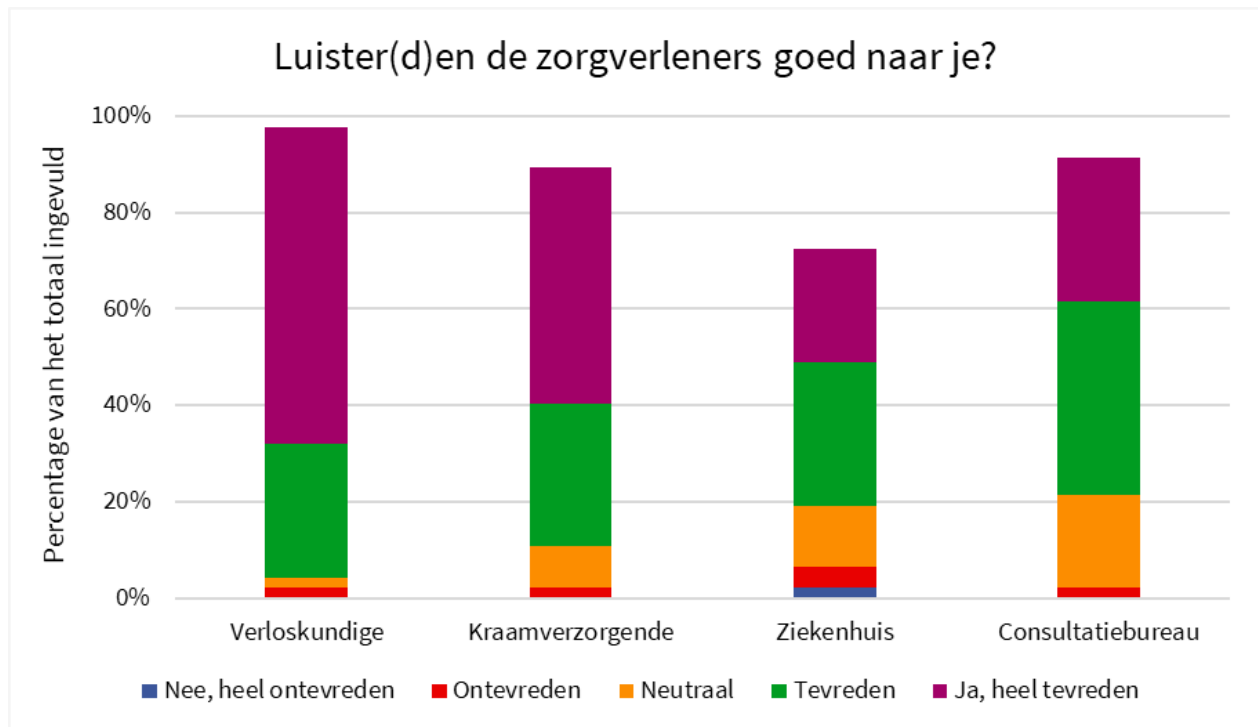
De kraamtijd wordt overwegend als positief en heel erg positief ervaren door de ouders. Ouders vinden het vooral fijn om eindelijk hun kindje in hun armen te kunnen sluiten. Goede zorg vanuit de kraamhulp, andere betrokken zorgprofessionals en mensen uit de omgeving maken de ervaring positief. Het belangrijkste gevoel waardoor de kraamtijd als fijn wordt ervaren is rust; ouders krijgen tijd en ruimte om emoties en ontwikkelingen kunnen verwerken en te wennen aan de komst van hun kindje. Wat de ervaring minder positief maakte bij sommige ouders was het zware herstel na complicaties of een keizersnede, en de zorgen die hier soms bij kwamen kijken. Een negatieve ervaring bij de bevalling trok dan door naar de kraamtijd. De plotselinge veranderingen, geen goede voorbereiding, hormonale schommelingen, emoties, omgevingsfactoren zoals andere jonge kinderen en slecht weer, en een baby die veel huilt maakten sommige ouders onzeker en zoekende. Ook wisselende kraamzorg, gebrek aan ervaring bij de zorgprofessionals en weinig nazorg zorgen voor onrust bij de ouders, waardoor soms situaties over het hoofd werden gezien en ouders hiermee te lang rond liepen. Wat ouders vooral belangrijk vonden, was een goede klik met de kraamzorg.

Uit deze antwoorden kan worden geconcludeerd dat goede begeleiding en voorbereiding de periode rondom de zwangerschap positief maakten voor (aanstaande) ouders. Wat deze perioden minder fijn kon maken, was het gevoel van een gebrek aan inbreng en onrust.

Het luisteren van de zorgverleners naar de (aanstaande) ouders

Over het algemeen waren (aanstaande) ouders overwegend tevreden over hoe goed er werd geluisterd door de zorgverleners die betrokken waren bij de periode rondom de zwangerschap, bevalling en kraamtijd (zie Figuur 13). Over de verloskundige waren (aanstaande) ouders zelfs overwegend heel tevreden; zij voelden zich serieus genomen en er werd naar ze geluisterd klachten en wensen. Daardoor voelde de zorg persoonlijk. Wat (aanstaande) ouders nog wel misten bij sommige verloskundigen is dat de zorg zich nog te weinig richt op de partner en dat er meer nazorg kan worden aangeboden.

Ook over de kraamverzorgende waren ouders heel tevreden. De kraamverzorgende luisterde naar de wensen van de ouders en gaf duidelijke uitleg. Wat er bij sommigen nog wel misten was de aandacht voor de partner. Wat veel benadrukt is de klik die er moet zijn tussen de ouders en de kraamverzorgende. (Aanstaande) ouders waren overwegend tevreden over het luisterende oor van de zorgverleners uit het



Figuur 13 – Ervaringen van (aanstaande) ouders met het luisteren van verloskundige, kraamverzorgende, ziekenhuis en consultatiebureau op een schaal van heel ontevreden naar heel tevreden.

ziekenhuis. Hoewel de zorg en omgang veel kan verschillen per persoon, vertelden (aanstaande) ouders dat de zorg vanuit het ziekenhuis vaak erg onrustig en gehaast verloopt, en dat er weinig tijd is voor uitleg en goede communicatie. Echter, dit geldt niet voor iedere zorgverlener in het ziekenhuis. Daarnaast moesten (aanstaande) ouders vaak hun situatie herhalen, omdat veel zorgverleners niet op de hoogte waren.

Ook bij het consultatiebureau zijn ouders overwegend tevreden. Ouders vinden de zorgverleners erg betrokken en merken dat de zorg zich veel richt op de ervaring van de ouders. Ook wordt er goede nazorg geboden wanneer een ouder met veel vragen zit. Maar ook hier hangt het veel af van de zorgverlener waarmee contact is. Sommige zorgverleners luisterden minder goed naar de vragen van

ouders, was er soms te weinig tijd om alles te bespreken, en werden de adviezen soms als opdringerig ervaren.

De ontvangen extra ondersteuning en waar nog behoefte naar was

41% van de (aanstaande) ouder gaf aan dat zij extra ondersteuning hebben ontvangen in de periode rondom de zwangerschap. Voornamelijk zwangerschaps cursussen worden veel gevolgd, met daarna CenteringPregnancy en borstvoedings cursussen (zie Figuur 14).



Figuur 14 – Ondersteuning die (aanstaande) ouders hebben ontvangen.

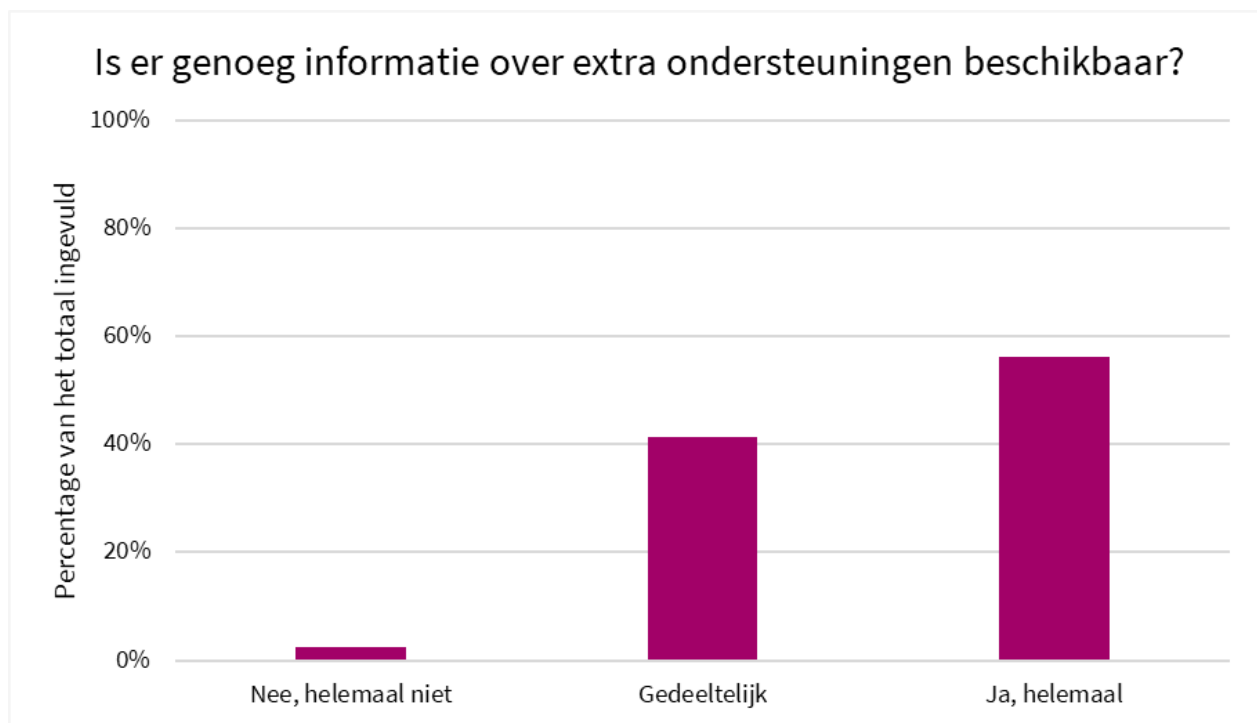
8% van de (aanstaande) ouders gaf aan behoefte te hebben gehad aan extra ondersteuning boven op hun al ontvangen ondersteuning. Er is vooral veel behoefte aan CenteringPregnancy (zie Figuur 15). Twee respondenten gaven aan dat CenteringPregnancy wegens personeelstekort niet doorging, wat zij als teleurstellend en een gemis hebben ervaren. Dit responsen kwamen uit de gemeente Nordeast-Fryslân en Smallingerland. Daarnaast hebben meerdere ouders behoefte aan meer informatie over borstvoeding, en vinden moeders het belangrijk om zo vroeg mogelijk te beginnen met bekkenfysiotherapie.



Figuur 15 – Ondersteuning van (aanstaande) ouders nog behoefte aan hebben gehad.

Beschikbare informatie over ondersteuning

Ongeveer 56% van de (aanstaande) ouders geeft aan dat er genoeg informatie beschikbaar is over de verschillende soorten ondersteuning tijdens de zwangerschap en kraamtijd; 42% geeft aan dat er niet altijd evenveel informatie beschikbaar is (zie Figuur 16). Er wordt vooral veel aangegeven dat (aanstaande) ouders zelf acties moeten zoeken naar verschillende soorten ondersteuning. Daarnaast wordt er ook aangegeven dat er tijdens de zwangerschap soms zoveel informatie over ondersteuning wordt gedeeld, dat veel van deze informatie niet blijft hangen. Hierbij wordt aangegeven dat een duidelijke plek, zoals een website, met alle verschillende ondersteuning erg handig zou zijn. Na de zwangerschap worden deze ondersteuning minder aangeboden, terwijl ouders juist aangegeven er dan meer behoefte aan te hebben.



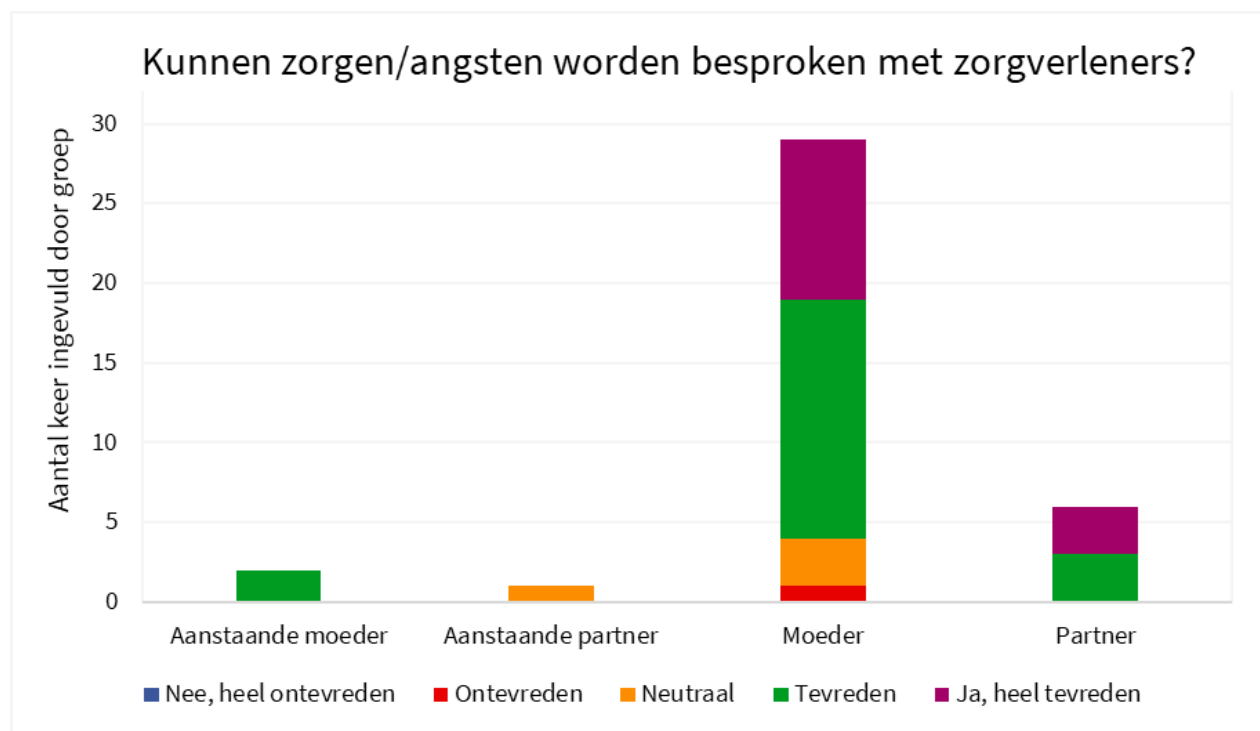
Figuur 16 – De ervaring van (aanstaande) ouders met de aanwezigheid van informatie over extra informatie tijdens de zwangerschap en kraamtijd op een schaal van helemaal niet genoeg informatie naar helemaal genoeg informatie.

Wat zijn de ervaringen betreft de psychosociale ondersteuning?

In het tweede onderdeel van de vragenlijst wordt verder ingegaan op de psychosociale ondersteuning die worden aangeboden in Friesland, en wordt gekeken hoe (aanstaande) ouders deze ondersteuning hebben ervaren.

Bespreken van zorgen en angsten met zorgverleners

Over het algemeen zijn (aanstaande) ouders tevreden over de mogelijkheid om hun zorgen en angsten te kunnen bespreken met de verschillende zorgverleners (zie Figuur 17). Wel wordt er aangegeven dat het soms onduidelijk is welke zorgverlener je waarvoor kan benaderen voor een gesprek. Daarnaast ervaren ouders ook dat zij te snel worden losgelaten na de eerste kraamweek, en dat hier beter op kan worden voorbereid. Ook wordt er initiatief op contact vanuit de huisarts en het consultatiebureau gemist.



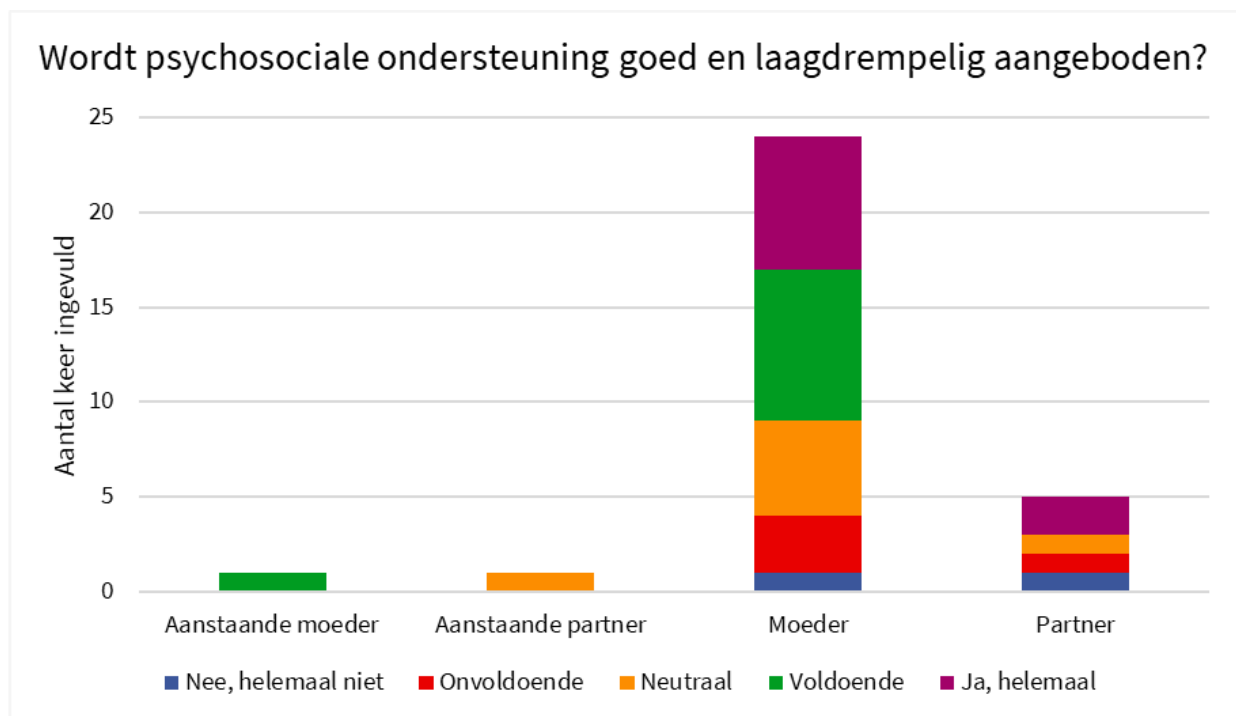
Figuur 17 – Ervaringen van (aanstaande) ouders met het bespreken van zorgen en angsten met zorgverleners op een schaal van heel ontevreden tot heel tevreden.

De bekendheid en laagdrempeligheid van psychosociale ondersteuning

Over het algemeen worden psychosociale ondersteuning voldoende aangeboden aan (aanstaande) ouders (zie Figuur 18). Zij geven aan dat psychosociale ondersteuning meerdere keren zijn benoemd

door de verloskundigen en zorgverleners in het ziekenhuis. Ook gaven zij aan dat er ruimte was om dit te bespreken wanneer het nodig was.

Een deel van de respondenten geeft aan neutraal te zijn of zelfs de bekendheid en laagdrempeligheid van de ondersteuning onvoldoende te vinden. Sommigen geven aan het zich niet te kunnen herinneren dat het is benoemd, terwijl anderen geven aan dat er zoveel informatie op je afkomt dat het teveel is om te snappen. Daarbij komt dat er een groot gat wordt ervaren in het aanbieden van deze ondersteuning tijdens en na de zwangerschap.



Figuur 18 – De bekendheid en laagdrempeligheid van het aanbod in psychosociale ondersteuning op een schaal van helemaal niet goed tot helemaal goed.

Gebruikte psychosociale ondersteuning

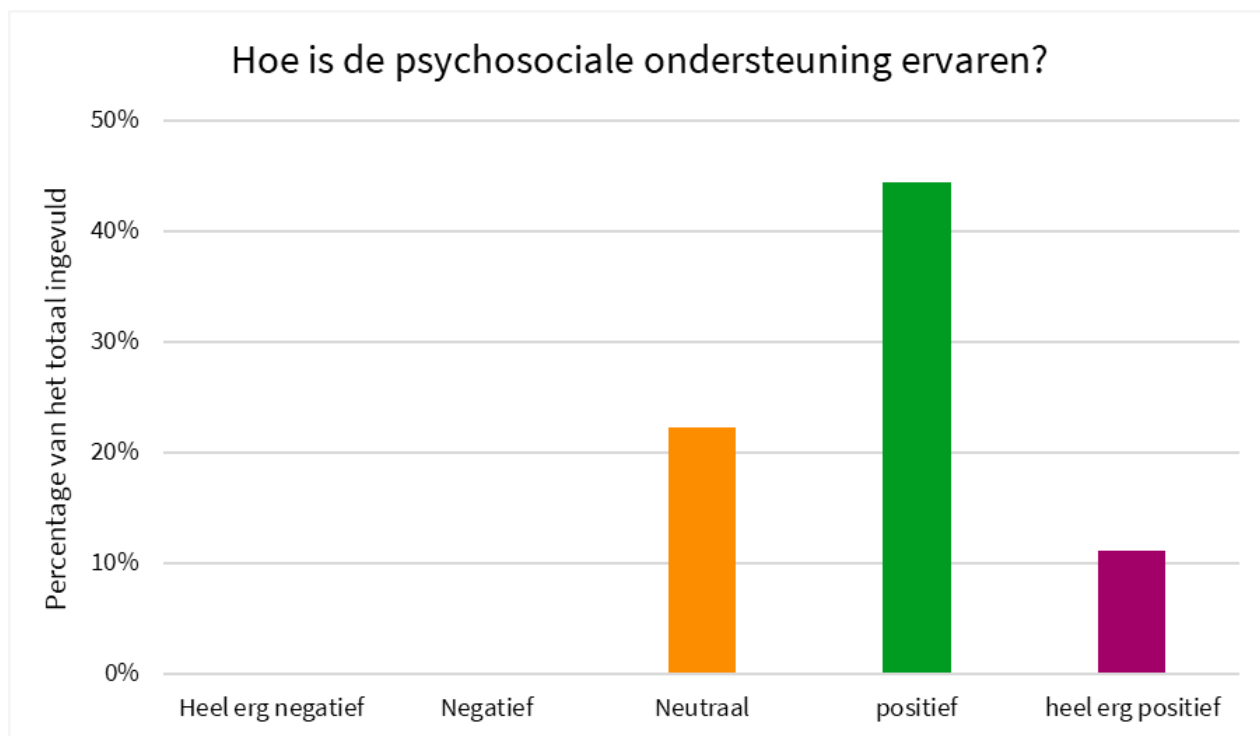
Wanneer de (aanstaande) ouders werd gevraagd of zij psychosociale ondersteuning hadden ontvangen in de periode rondom de zwangerschap, gaf ongeveer 31% dit hebben gehad. De meeste van deze (aanstaande) ouders hebben gebruik gemaakt van een gesprek met de verloskundige, huisarts of gynaecoloog over hun mentale gezondheid (zie Figuur 19). Daarnaast hebben een aantal (aanstaande) ouders een gesprek gevoerd met een POH-GGZ.

POP-poli
POH-GGZ
 Gesprek met ervaringsdeskundige
Gesprek met verloskundige / huisarts / gynaecoloog
 Basis-GGZ / psycholoog
 Zelfhulp via internet

Figuur 19 – Soorten psychosociale ondersteuning waar (aanstaande) ouders gebruik van hebben gemaakt.

Ervaringen van (aanstaande) ouders met psychosociale ondersteuning

Van de (aanstaande) ouders die psychosociale ondersteuning hebben ontvangen in de periode rondom de zwangerschap, is gevraagd hoe zij deze ondersteuning hebben ervaren. Hierover waren de (aanstaande) ouders overwegend positief (zie Figuur 20). Zij gaven aan dat er tijdens de ondersteuning voldoende tijd en ruimte was, en een luisterend oor was waar zij hun verhaal mochten vertellen. Dit heeft bij hen voor rust gezorgd. Daarbij werd wel opgemerkt dat sommige ondersteuning intimerend over kunnen komen.



Figuur 20 – Ervaringen van (aanstaande) ouders met psychosociale ondersteuning op een schaal van heel erg negatief tot heel erg positief.

Behoeft naar psychosociale ondersteuning

Wanneer (aanstaande) ouders werd gevraagd of zij tijdens de periode rondom de zwangerschap nog behoefte hebben gehad aan psychosociale ondersteuning, gaf ongeveer 27% van de personen aan hier wel behoefte aan te hebben gehad. Deze personen gaven vooral aan dat zij behoefte hadden aan een gesprek met een POH-GGZ en meer nazorg vanuit de verloskundige (zie Figuur 21).



Figuur 21 – Behoeft van (aanstaande) ouders aan soorten psychosociale ondersteuning.

Overige tips en complimenten van (aanstaande) ouders aan de Friese geboortezorg

Na de vraag of de (aanstaande) ouders nog opmerkingen hadden, zijn een aantal complimenten en tips gegeven met betrekking tot de Friese geboortezorg (zie Figuur 22).

Vanuit dit onderzoek is een vragenlijst verspreid onder (aanstaande) ouders in Friesland. Deze vragenlijst richtte zich op de ervaringen van deze (aanstaande) ouders met de geboortezorg en (psychosociale) ondersteuning. In totaal is de vragenlijst 55 keer ingevuld. De resultaten laten zien dat (aanstaande) ouders de zwangerschap, bevalling en kraamtijd overwegend positief hebben ervaren, hoewel een aantal personen de bevalling en kraamtijd wel als heftig en onrustig hebben ervaren. Wat de ouders binnen de geboortezorg vooral goed konden waarderen, was de goede communicatie met de zorgverlener. Er werd wel benadrukt dat er meer duidelijke informatie moet zijn over de verschillende ondersteuning en er behoefte was aan meer nazorg. Wanneer er werd gevraagd naar de behoefte aan psychosociale ondersteuning, gaf ongeveer 27% van de (aanstaande) ouders aan dat zij hier behoefte aan hadden, met name een gesprek met een POH-GGZ en nazorg vanuit de verloskundige werd veel genoemd. Daarnaast werd er ook aangegeven dat er behoefte was aan CenteringPregnancy, borstvoeding ondersteuning, bekkenfysiotherapie en een praatgroep over mentale gezondheid.



Figuur 22 – Tips en complimenten van (aanstaande) ouders over de geboortezorg in Friesland.

Hoofdstuk 6 – Knelpunten huidige geboortezorg Kansrijke Start in Friesland

Deelvraag: Op welke punten kan de huidige geboortezorg en (psychosociale) ondersteuning vanuit Kansrijke Start in Friesland worden aangepast?

Welke knelpunten hebben de (aanstaande) ouders ervaren met het huidige beleid?

Er zijn een aantal knelpunten die (aanstaande) ouders op dit moment ervaren met de huidige geboortezorg en (psychosociale) ondersteuning in Friesland.

Hoeveelheid informatie die wordt aangeboden

(Aanstaande) ouders weten soms niet goed waar zij informatie over verschillende (psychosociale) ondersteuning kunnen vinden. Hierdoor zetten zij minder vaak de stap om hulp te zoeken, en is het lastig om passende hulp te vinden bij hun specifieke klachten. De informatie over ondersteuning die wel wordt gegeven komt vaak in grote hoeveelheden op hen af in de vorm van folders of wordt benoemd tijdens consulten. (Aanstaande) ouders geven aan dat deze hoeveelheid informatie te veel is om te kunnen verwerken en om de nodige dingen eruit te halen.

Vergoeding van extra zorg

Een aantal moeders geeft aan gebaat te zijn bij een lactatiekundige en bekkenfysiotherapie. Deze ondersteuning helpen hen bij het fysieke en mentale herstel tijdens en na de zwangerschap en kunnen zorgen voor een betere start met het kindje. Echter, deze ondersteuning worden niet of slechts gedeeltelijk vergoed vanuit de basisverzekering (Knopperts, 2023a; Knopperts, 2023b).

Aanbod CenteringPregnancy

Wanneer (aanstaande) ouders wordt gevraagd aan welke ondersteuning zij nog behoefte hebben (gehad), geeft een groot deel van de (aanstaande) moeders aan dat zij CenteringPregnancy graag wilden volgen. In twee gevallen was dit ook het plan tijdens de zwangerschap en werd het ook aangeboden door de verloskundigenpraktijk, maar ging de ondersteuning niet door. Deze personen vinden het jammer en een gemis dat zij geen CenteringPregnancy hebben kunnen volgen. De reden dat CenteringPregnancy niet plaats kon vinden in deze gevallen was personeelstekort. Dit personeelstekort

is ontstaan doordat de vergoedingen die verloskundigenpraktijken ontvangen niet kostendekkend zijn. De verloskundigen die CenteringPregnancy willen begeleiden, moeten aan veel voorwaarden voldoen, zoals scholing en intervisie, en er moet een tweede begeleider aanwezig zijn tijdens de bijeenkomsten, waarvoor vaak geen of niet genoeg vergoeding beschikbaar is.

Nazorg na de zwangerschap

In de vragenlijst hebben veel ouders aangegeven dat zij na de bevalling te snel werden losgelaten; het gat in de zorg tijdens en na de zwangerschap is te groot, waardoor veel ouders zich verloren voelen. De periode direct na de zwangerschap wordt vaak als heftig of onrustig ervaren, waarin veel informatie op de ouders afkomt en de ouders moeten wennen aan hun nieuwe leven. Het verloren gevoel wat sommige ouders kunnen ontwikkelen in deze periode, kan mogelijk bijdragen aan minder zelfvertrouwen in het ouderschap en de ontwikkeling van psychische klachten.

Meer oog voor partner

Een aantal (aanstaande) ouders geeft aan dat zij graag willen dat partners meer worden betrokken bij de zwangerschap en de komst van een kindje. De gesprekken met een zorgverlener gaan vaak over moeder en kind. (Aanstaande) ouders laten weten dat er ook aandacht moet gaan naar hoe het met de partner gaat en het aanbieden van informatie over hoe de partner kan ondersteunen, zoals hulp tijdens de borstvoeding.

Groot verschil tussen de zorgverleners

De antwoorden op de vragenlijsten laten zien dat veel (aanstaande) ouders het belangrijk vinden om een goede klik te hebben met de zorgverlener. Een aantal (aanstaande) ouders had een minder goede klik met de zorgverlener, waardoor zij die specifieke periode minder positief hebben ervaren. Ook kon het zo zijn dat zij zich hierdoor minder gehoord voelden. Dit betekent niet dat de zorgverlener diens werk minder goed uitvoert, maar laat zien dat een persoonlijke aanpak ook een grote rol speelt.

Meer gesprek over mentale gezondheid

Bij de vraag of ouders ook behoefte hadden aan een specifieke (psychosociale) ondersteuning, werd vooral benadrukt dat veel (aanstaande) ouders een gesprek over mentale gezondheid wilden. Een paar suggesties die werden gedaan op het gebied van gesprekken over mentale gezondheid waren: een

gesprek met een POH-GGZ, een praatgroep voor (aanstaande) ouders voor mentale steun en vaker een momentje met de zorgverlener waar werd besproken hoe het gaat. (Aanstaande) ouders vinden het lastig om deze specifiek ondersteuning te vinden of om zich daarvoor aan te melden. Daarnaast is het aantal van deze specifiek ondersteuning gering binnen de provincie.

Hoe kunnen deze knelpunten worden verbeterd?

Om de huidige geboortezorg en (psychosociale) ondersteuning te verbeteren, kan naar elk individueel knelpunt worden gekeken. Hierin zullen de knelpunten worden besproken die de ouders hebben ervaren met het huidige beleid.

Eén plek voor informatie

Om ervoor te zorgen dat informatie beschikbaar en behapbaar is voor de (aanstaande) ouders, is het een oplossing om één website of folder aan te bieden met alle (lokale) (psychosociale) ondersteuning. Wanneer (aanstaande) ouders behoefte hebben aan wat extra hulp, dan kunnen zij op eigen initiatief zoeken naar een passende ondersteuning. Via deze weg hoeven (aanstaande) ouders niet afhankelijk te zijn van het advies van de zorgverlener. Daarnaast geeft het de (aanstaande) ouders tijd en ruimte om thuis nog rustig na te lezen welke ondersteuning er allemaal zijn en wat er bij hen past.

Lactatiekundige en bekkenfysiotherapie

Voor het bevorderen van het fysieke en mentale herstel van de moeders kan het nuttig zijn om hulp te ontvangen van een lactatiekundige of bekkenfysiotherapeut. Om de bekendheid en de voordelen van deze ondersteuning te delen met (aanstaande) moeders, kan er veel vooruitgang worden geboekt in het fysieke en mentale herstel na de zwangerschap. Het is dan wel van belang om deze ondersteuning te vergoeden vanuit de basisverzekering, zodat iedere moeder hier gebruik van kan maken.

Vergoedingen voor CenteringPregnancy

Er is vanuit de ouders veel animo voor het volgen van CenteringPregnancy. Het komt echter wel eens voor dat deze ondersteuning niet kan worden aangeboden wegens te weinig financiering. Om dit knelpunt te verbeteren, is het nodig om te kijken naar de mogelijkheden voor extra financiering voor deze ondersteuning en de verloskundigenpraktijken die deze ondersteuning aanbieden.

Standaard aanbieden van nazorg

Veel ouders gaven aan dat het gat in de ondersteuning tijdens en na de zwangerschap te groot was. Door standaard nazorg te bieden vanuit de verloskundige, krijgen de ouders meer tijd en ruimte om te wennen aan hun nieuwe situatie. Dit kan onrust in de periode na de zwangerschap voorkomen en het fysieke en mentale herstel bevorderen. Echter, hier komen wel extra kosten bij kijken door een hogere zorgvraag naar de verloskundige toe.

Meer oog voor partner

Om meer oog te hebben voor de partner tijdens en na de zwangerschap, is het belangrijk dat dit onderdeel standaard wordt. Dit kan beginnen bij zorgverleners die tijdens het consult ook standaard vragen hoe het met de partner gaat. Daarnaast kan er mogelijk een zorgpad worden gevormd dat gericht is op het welzijn van de partner en waar nodig kan helpen met het verwijzen naar passende ondersteuning.

Meer gesprek over mentale gezondheid

Een aantal ouders vindt het belangrijk dat er een mogelijkheid is tot een gesprek over mentale gezondheid. Ondersteuning die hierbij kunnen helpen zijn MamaKits, Mama's@Home en een ouderpraatgroep. Ook CenteringParenting kan erg bevorderend zijn voor de mentale gezondheid van de ouder. Door deze ondersteuning aan te bieden, kunnen veel ouders stappen maken in het mentale herstel of psychische klachten voorkomen.

Eénduidig zorgpad psychische klachten (aanstaande) ouder

Om meer (aanstaande) ouders te kunnen helpen met psychische klachten, is het van belang dat een duidelijke signaleringsmethodiek voor psychische klachten wordt geïmplementeerd, zoals de EPDS-10. Daarnaast is het handig om een duidelijk overzicht te hebben van de ondersteuning waar (laagdrempelig) naar kan worden verwezen wanneer er psychische klachten optreden bij de ouder. Voor het zorgpad Psychische Klachten kan veel inspiratie worden gehaald uit het zorgpad van GGD Hart voor Brabant.

Toekomstscenario's in een beleidsmodel

GGD Fryslân en ROS Friesland, en daarbij het provinciaal lerend netwerk, kunnen meerdere oplossingen gebruiken voor het verbeteren van de huidige knelpunten. Alleen is het nog onduidelijk welke oplossing in de toekomst het beste zal werken. Een methode om te zien welke mogelijkheden het beste zullen werken, is door te kijken naar toekomstscenario's. Deze scenario's zullen de volgende stappen beschrijven die GGD Fryslân kan nemen.

Om te kunnen zien of deze scenario's goed zullen werken, zal een multi-criteria cost benefit analyse (MCCBA) worden uitgevoerd (zie Tabel 7). De criteria waarop zal worden gescoord zijn kosten, tijd, middelen, lokale aansluiting, verwacht succes en toepasselijkheid binnen GGD Fryslân (zie Tabel 6). In totaal zijn er vijf verschillende toekomstscenario's opgesteld. Op basis van de gemiddelde criteriascore in de MCCBA kan het meest gunstige scenario worden gevonden.

Tabel 6 – MCCBA-criteria met betekenis en score indicatie.

Criteria	Betekenis	Score indicatie
Kosten	Financiële kosten van scenario	-2: hoge financiële kosten 2: lage financiële kosten
Tijd	Tijd die organisatie en personeel investeert nodig voor scenario	-2: kost veel tijd 2: kost weinig tijd
Middelen	Middelen en mankracht nodig voor scenario	-2: veel middelen en mankracht nodig 2: weinig middelen en mankracht nodig
Lokale aansluiting	Aansluiting scenario op bestaande lokale initiatieven en beleid	-2: weinig aansluitende initiatieven 2: veel aansluitende initiatieven
Verwacht succes	Mogelijkheid doel te bereiken met scenario	-2: laag verwacht succes 2: hoog verwacht succes
Toepasselijkheid binnen GGD Fryslân	Toepasselijkheid van scenario binnen missie, doelen en werkwijze van organisatie	-2: niet toepasselijk binnen GGD Fryslân 2: toepasselijk binnen GGD Fryslân

Toekomstscenario's

In scenario 1 is beschreven dat de huidige vorm van (psychosociale) ondersteuning en het zorgpad Vroegsignalering worden behouden. Dit is ook wel het 'minimumscenario'. Naast de huidige aanwezige signaleringsmethodieken, ondersteuning en zorgpaden zullen geen nieuwe vormen worden ontwikkeld. GGD Fryslân gaat door met het huidige beleid, en er zal op korte termijn niets veranderen. Aangezien dit het huidige beleid betreft, zullen er geen extra kosten, tijd en gebruik van middelen mee gemoeid zijn. Op dit moment zijn er al veel partijen betrokken bij het huidige beleid, wat ook zal worden doorgetrokken in dit scenario; de lokale aansluiting blijft gelijk, maar is niet optimaal. Omdat het

huidige beleid stevig staat en veel ouders hier profijt van kunnen hebben, blijft het verwachte succes neutraal. Er zullen geen extra successen worden behaald. De toepasselijkheid van dit scenario past niet binnen de missie van GGD Fryslân, die staat voor het zetten van preventieve stappen.

In scenario 2 is beschreven dat een zorgpad Psychische Klachten (Aanstaande) Ouders wordt gevormd, welke wordt verweven in het zorgpad Vroegsignalering Zwangeren. Het beleid zal verder gelijk blijven, maar er zal meer duidelijkheid zijn voor zorgverleners bij het verwijzen naar passende ondersteuning. De kosten, tijd en middelen voor het vormen van een zorgpad zullen lichtelijk hoger zijn. Daarnaast zal de lokale aansluiting goed zijn, omdat veel partijen hier baat bij hebben; er kan betere zorg worden geboden en zorg wordt beter gevonden. Het succes hiervan zal lichtelijk hoger zijn, maar is nog niet optimaal. De toepasselijkheid van dit scenario past binnen de missie van GGD Fryslân.

In scenario 3 is beschreven dat een nieuwe signaleringsmethodiek voor psychische klachten bij ouders wordt geïmplementeerd binnen een zorgpad Psychische Klachten (Aanstaande) Ouders, zoals de EPDS-10. Deze signaleringsmethodiek kan worden gebruikt door jeugdverpleegkundigen op het consultatiebureau en is verweven in het zorgpad Vroegsignalering Zwangeren. Voor het trainen van de jeugdverpleegkundigen voor het gebruik van de EPDS-10, en de extra gesprekken die zij moeten voeren met de ouders, zullen de kosten, tijd en middelen verhogen. De aansluiting op lokale initiatieven zal hoog zijn, omdat de methodiek kan worden toegepast op de bestaande zorg vanuit het consultatiebureau en daarnaast het verwijzen kan vereenvoudigen. Het succes hiervan zal lichtelijk hoger zijn, maar is nog niet optimaal, omdat er nog geen duidelijk overzicht is van ondersteuning die bij de signalering passen. De toepasselijkheid van dit scenario past binnen de missie van GGD Fryslân.

In scenario 4 is beschreven dat nieuwe ondersteuning worden geïmplementeerd binnen de geboortezorg in Friesland, zoals MamaKits, Mama's@Home, CenteringParenting en een ouderpraatgroep. MamaKits, Mama's@Home en CenteringParenting kunnen mogelijk vanuit de JGZ en het consultatiebureau worden georganiseerd, vergelijkbaar met de organisatie binnen GGD Hart voor Brabant en andere regio's binnen Nederland. Een ouderpraatgroep zou mogelijk op lokaal initiatief worden georganiseerd. Voor het trainen van jeugdverpleegkundigen en het bieden van de eerste drie ondersteuning zullen de kosten, tijd en middelen verhogen. Daarnaast zijn meerdere zorgverleners nodig naast de jeugdverpleegkundigen voor het bieden van de ondersteuning. De aansluiting op

lokale initiatieven zal hoog zijn, omdat de ondersteuning van bestaande zorg kunnen worden aangeboden. Het succes hiervan zal lichtelijk hoger zijn, maar is nog niet optimaal, omdat dit scenario alleen het aantal ondersteuning verhoogt, maar er nog geen oplossing is gevonden voor de onbekendheid van de ondersteuning. De toepasselijkheid van dit scenario past binnen de missie van GGD Fryslân.

In scenario 5 is beschreven dat een nieuwe signaleringsmethodiek voor psychische klachten bij ouders wordt geïmplementeerd binnen een zorgpad Psychische Klachten (Aanstaande) Ouders, zoals de EPDS-10, welke wordt verweven in het zorgpad Vroegsignalering Zwangeren. Daarnaast worden nieuwe ondersteuning geïmplementeerd binnen de geboortezorg in Friesland, zoals MamaKits, Mama's@Home, CenteringParenting en een ouderpraatgroep. De kosten, tijd en middelen die nodig zijn voor dit scenario zullen hoog zijn, omdat er een nieuw zorgpad moet worden gevormd, er trainingen moeten worden gegeven voor het gebruik van de nieuwe signaleringsmethodiek en er trainingen moeten worden gegeven aan de zorgverleners die de nieuwe ondersteuning moeten uitvoeren. Daarnaast worden de kosten, tijd en middelen ook verhoogd voor het aanbieden van de nieuwe ondersteuning. De aansluiting op lokale initiatieven zal hoog zijn, omdat de ondersteuning van bestaande zorg kunnen worden aangeboden en er goed kan worden doorverwezen naar de initiatieven. Het succes hiervan zal erg hoog liggen, omdat alle huidige knelpunten met de psychosociale ondersteuning via dit scenario worden aangepakt. De toepasselijkheid van dit scenario past sterk binnen de missie van GGD Fryslân.

Uit de MCCBA blijkt dat scenario 2 het hoogst scoort op de criteria en dus de meeste kans van slagen heeft (zie Tabel 7). Het implementeren van een nieuw zorgpad Psychische Klachten (Aanstaande) Ouders kan mogelijk de geboortezorg en de ervaring met de ondersteuning verbeteren. Echter wordt bij dit scenario de bekendheid van de verschillende ondersteuning en het signaleren van psychische klachten niet meegenomen. Het is verstandig om op dit gebied op zoek te gaan naar oplossingen die momenteel al worden gebruikt binnen het huidige beleid in Friesland.

Tabel 7 – MCCBA uitgevoerd op verschillende scenario's. De betekenis van de criteria zijn terug te vinden in Tabel 6.

Criteria	Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3	Scenario 4	Scenario 5
Kosten	1	0	-1	-1	-2
Tijd	1	0	-1	-1	-2
Middelen	1	0	-1	-1	-2
Lokale aansluiting	1	2	2	2	2
Verwacht succes	0	1	1	1	2
Toepasselijkheid binnen GGD Fryslân en ROS Friesland	-2	0	0	1	2
Gemiddelde score	0.3	0.5	0	0.2	0

Uit de ervaringen van (aanstaande) ouders is gebleken dat er een aantal knelpunten zitten in het huidige Kansrijke Start en geboortezorg beleid in Friesland. Deze knelpunten zijn:

- Een overweldigende hoeveelheid informatie over ondersteuning
- Weinig bekendheid en vergoeding voor extra zorg, zoals een lactatiekundige en bekkenfysiotherapie
- CenteringPregnancy kan niet altijd worden gevolgd
- Te weinig nazorg na de zwangerschap
- Minder oog voor de partner
- Te weinig gesprekken over mentale gezondheid
- Geen éénduidig zorgpad psychische klachten (aanstaande) ouder

Voor de beschreven knelpunten zijn in dit hoofdstuk diverse verbeteringsmogelijkheden beschreven. Uit een MCCBA blijkt dat een toekomstscenario gericht op de integratie van een nieuw zorgpad voor psychische klachten veelbelovend is. Het blijft echter belangrijk om aandacht te blijven besteden aan de bekendheid van beschikbare ondersteuning en het signaleren van psychische klachten.

Afronding

Conclusie & discussie

Conclusie

Uit de vragenlijsten met (aanstaande) ouders over hun ervaringen met de huidige geboortezorg en algemene en psychosociale ondersteuning blijkt dat veel ouders de zwangerschap en de komst van hun kindje positief hebben ervaren. Wat ouders binnen de geboortezorg vooral konden waarderen, was de goede communicatie met zorgverleners. Er zijn echter ook enkele knelpunten naar voren gekomen met betrekking tot de geboden ondersteuning. Zo gaven sommige respondenten aan dat er meer duidelijke informatie moet zijn over de verschillende vormen van ondersteuning en dat er behoefte is aan meer nazorg. Daarnaast werd er ook benadrukt dat er vraag is naar CenteringPregnancy, ondersteuning bij borstvoeding, bekkenfysiotherapie en gesprekken over mentale gezondheid met een POH-GGZ of deelname aan een ouderpraatgroep..

Door de ervaring van ouders en de hoeveelheid gebruik van psychosociale ondersteuning, ondanks de behoefte, blijkt dat het huidige zorgpad een belangrijk onderdeel mist voor ouders met (lichte) psychische klachten. In het advies wordt beschreven hoe dit knelpunt verbeterd kan worden.

Discussie

Bij het terugkijken op het verspreiden van de vragenlijst zijn er verschillende aspecten die de resultaten kunnen hebben beïnvloed. In totaal werd de vragenlijst 55 keer ingevuld, waarvan slechts 41 keer volledig. Dit kan mogelijk worden verklaard door de lengte van de vragenlijst. De vragenlijst bevatte iets meer dan 20 vragen telde en name ongeveer een kwartier in beslag om in te vullen. Bovendien bevatte de vragenlijst veel open vragen. De resultaten laten zien dat deze vragen steeds minder goed werden ingevuld naarmate de participant vorderde in de vragenlijst.

Naast de lengte van de vragenlijst kan ook iets worden gezegd over de inhoud ervan. Zo wordt er veel onderscheid gemaakt tussen 'gewone' ondersteuning en psychosociale ondersteuning. Echter hebben deze ondersteuning in werkelijkheid veel overlap. Een voorbeeld hiervan is CenteringPregnancy. In de vragenlijst is deze ondersteuning onderverdeeld in gewone

ondersteuning, maar in werkelijkheid kan deze ondersteuning ook worden beschouwd als een psychosociale ondersteuning.

Ook is de groep die de vragenlijst heeft ingevuld niet representatief voor alle (aanstaande) ouders in Friesland. De vragenlijst is grotendeels ingevuld door moeders. Hierdoor mist al een groot gedeelte aan de ervaringen van partners en aanstaande ouders. De vragenlijst werd ingevuld door één van de ouders in plaats van beiden. Niet iedere ouder weet goed genoeg wat de behoeften zijn van diens partner. Ook hierdoor wordt veel belangrijke informatie gemist. Daarnaast zijn de meeste vragenlijsten ingevuld door (aanstaande) ouders die wonen in een centraal gelegen gebied. De ervaring van (aanstaande) ouders die in een meer landelijk gebied wonen, wordt hierdoor niet meegenomen. Ook de (aanstaande) ouders die geen Nederlands spreken konden niet worden bereikt via deze vragenlijst.

Deze overwegingen laten zien dat er nog veel meer onderzoek kan worden gedaan naar dit onderwerp, maar dat het tijd en precisie vraagt voor de manier waarop het onderzoek wordt uitgevoerd.

Advies & implementatie

Voor het optimaal werken van het huidige beleid en het tevredenstellen van de (aanstaande) ouders met de huidige geboortezorg en (psychosociale) ondersteuning, kan er aan een aantal punten worden gewerkt. Het belangrijkste punt is het optimaliseren van het aanbod aan psychosociale ondersteuning aan aanstaande ouders met (lichte) psychische klachten.

Dit rapport laat zien dat het opstellen van een zorgpad Psychische Klachten (aanstaande) ouders veelbelovend is. Dit zorgpad kan worden gebaseerd op het zorgpad Preventie van Postpartum Depressie, welke op dit moment in effectief in gebruik is door GGD Hart voor Brabant. Om het gebruik van dit zorgpad te stimuleren, en de diverse psychosociale ondersteuning bekendheid te geven onder zorgverleners, kan het worden verweven in het bestaande zorgpad Vroegsignalering Zwangeren. Bij het vormen en implementeren van het zorgpad Psychische Klachten (aanstaande) ouders is het van belang dat er een duidelijk overzicht is van de diverse psychosociale ondersteuning die in Friesland worden aangeboden en de aanwezige signaleringsmethodieken die kunnen worden toegepast.

Naast het vormen van het zorgpad Psychische Klachten (aanstaande) ouders, is het ook belangrijk om aandacht te besteden aan de volgende onderwerpen:

Alle informatie over ondersteuning op één plek

(Aanstaande) ouders geven aan dat er te veel informatie wordt gedeeld, waardoor dit niet goed te verwerken is. Een oplossing voor dit knelpunt is om één website of folder te verspreiden onder (aanstaande) ouder, met daarin alle (lokale) (psychosociale) ondersteuning. Op de website kan een interactieve kaart worden geplaatst waar (aanstaande) ouders kunnen zien welke (psychosociale) ondersteuning er in de buurt zijn. Zo kunnen zij ook in alle rust en ruimte een ondersteuning vinden die bij hun behoefte past.

Bekendheid en vergoeding van extra zorg

Een aantal moeders geeft aan veel baat te hebben gehad bij extra zorg vanuit een lactatiekundige en bekkenfysio, en raden iedere moeder dit aan na de zwangerschap. Het is van belang meer bekendheid van deze zorg te creëren, en daarnaast te werken aan een vergoeding vanuit de basisverzekering.

Aanbod CenteringPregnancy

Een aantal (aanstaande) moeders geeft aan een positieve ervaring te hebben gehad met CenteringPregnancy. Echter komt uit de afgenomen vragenlijst bij twee moeders naar voren dat zij dit niet hebben kunnen volgen wegens een personeelstekort bij de verloskundige. Dit personeelstekort wordt mogelijk veroorzaakt door de vergoedingen die niet alle kosten dekt en de vele voorwaarden die horen bij het aanbieden van CenteringPregnancy. Om dit knelpunt te verbeteren wordt er geadviseerd om te werken aan de vergoedingen voor CenteringPregnancy en de organiserende verloskundigenpraktijken.

Nazorg na de zwangerschap

Een aantal ouders geeft aan dat zij een groot gat te hebben ervaren in de zorg tijdens en na de zwangerschap. Deze ouders geven aan behoefte te hebben aan nazorg, vooral vanuit de verloskundige. Op dit gebied wordt geadviseerd om te kijken naar de mogelijkheden om nazorg standaard aan te bieden aan de ouders.

Oog voor de partner

In de vragenlijst wordt door (aanstaande) ouders een aantal keer benoemd dat zij graag willen dat de partner meer wordt meegenomen in het proces. Zij willen voor hun partner meer zien dat ook hun wordt gevraagd hoe het met ze gaat, waar zij nog behoefte aan hebben en hoe zij de (aanstaande) moeder kunnen ondersteunen. Het advies is om meer onderzoek te doen naar de wensen en behoeften van partners door middel van interviews en vragenlijsten.

Gesprekken over mentale gezondheid

Een aantal ouders heeft aangegeven behoefte te hebben aan gesprekken over mentale gezondheid. Een aantal ondersteuning voor mentale gezondheid die landelijk hebben laten zien effectief te zijn, zijn MamaKits, Mama's@Home, CenteringParenting en een ouderpraatgroep. Mijn advies is te kijken naar de mogelijkheden voor het aanbieden van deze ondersteuning binnen Friesland.

De rol van GGD Fryslân is om dit advies voor te leggen binnen het provinciaal lerend netwerk vanuit haar regisserende rol. Daarnaast wordt er geadviseerd om gebruik te maken van het netwerk wat op dit moment aanwezig is.

Voor een vervolgonderzoek wordt er geadviseerd om een bredere studie op te zetten naar de ervaringen van (aanstaande) ouders met Kansrijke Start en de verschillende ondersteuning die worden aangeboden in Friesland. Daarnaast moet er worden gemonitord op de mogelijke implementatie van het nieuwe zorgpad en de wensen van zorgverleners.

Literatuur

- Ahmad, M., & Vismara, L. (2021). The Psychological Impact of COVID-19 Pandemic on Women's Mental Health during Pregnancy: A Rapid Evidence Review. *International Journal Of Environmental Research And Public Health/International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 18(13), 7112. <https://doi.org/10.3390/ijerph18137112>
- Amato, P. R., Loomis, L. S., & Booth, A. (1995). Parental Divorce, Marital Conflict, and Offspring Well-being during Early Adulthood. *Social Forces*, 73(3), 895–915. <https://doi.org/10.1093/sf/73.3.895>
- Aoki, S., Kaizaki-Mitsumoto, A., Hattori, N., & Numazawa, S. (2021). Fetal methylphenidate exposure induced ADHD-like phenotypes and decreased Drd2 and Slc6a3 expression levels in mouse offspring. *Toxicology Letters*, 344, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.toxlet.2021.02.016>
- Arain, M., Haque, M., Johal, L., Mathur, P., Nel, W., Rais, A., Sandhu, R. S., & Sharma, S. (2013). Maturation of the adolescent brain. *Neuropsychiatric Disease And Treatment*, 449. <https://doi.org/10.2147/ndt.s39776>
- Ashman, S. B., Dawson, G., & Panagiotides, H. (2008). Trajectories of maternal depression over 7 years: Relations with child psychophysiology and behavior and role of contextual risks. *Development And Psychopathology*, 20(1), 55–77. <https://doi.org/10.1017/s0954579408000035>
- Banderali, G., Martelli, A. M., Landi, M., Moretti, F., Betti, F., Radaelli, G., Lassandro, C., & Verduci, E. (2015). Short and long term health effects of parental tobacco smoking during pregnancy and lactation: a descriptive review. *Journal Of Translational Medicine*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s12967-015-0690-y>
- Bassett, H., Lampe, J., & Lloyd, C. (1999). Parenting: Experiences and feelings of parents with a mental illness. *Journal Of Mental Health*, 8(6), 597–604. <https://doi.org/10.1080/09638239917067>
- Beluska-Turkan, K., Korczak, R., Hartell, B., Moskal, K., Maukonen, J., Alexander, D., Salem, N., Harkness, L., Ayad, W., Szaro, J., Zhang, K., & Siriwardhana, N. (2019). Nutritional Gaps and Supplementation in the First 1000 Days. *Nutrients*, 11(12), 2891. <https://doi.org/10.3390/nu11122891>
- Benediktsson, I., McDonald, S. W., Vekved, M., McNeil, D. A., Dolan, S. M., & Tough, S. C. (2013). Comparing CenteringPregnancy® to standard prenatal care plus prenatal education. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 13(S1). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-s1-s5>
- Biebel, K., Nicholson, J., & Woolsey, K. (2014). Implementing an intervention for parents with mental illness: Building workforce capacity. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(3), 209–215. <https://doi.org/10.1037/prj0000046>
- Bind, R. H., Biaggi, A., Bairread, A., Du Preez, A., Hazelgrove, K., Waites, F., Conroy, S., Dazzan, P., Osborne, S., Pawlby, S., Sethna, V., & Pariante, C. M. (2021). Mother–infant interaction in women with depression in pregnancy and in women with a history of depression: the Psychiatry Research and Motherhood – Depression (PRAM-D) study. *BJPsych Open*, 7(3). <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.52>
- Blijham, M. (2023). Kansrijke Start voor alle Friese kinderen. In *Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noord Nederland*. Geraadpleegd op 12 maart 2024, van <https://publiekegezondheid.nl/docs/publicatie/kansrijke-start-voor-alle-friese-kinderen.pdf>

- Blom, E., Jansen, P., Verhulst, F., Hofman, A., Raat, H., Jaddoe, V., Coolman, M., Steegers, E., & Tiemeier, H. (2010). Perinatal complications increase the risk of postpartum depression. The Generation R Study. *BJOG*, *117*(11), 1390–1398. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2010.02660.x>
- Bowie, B. H. (2010). Emotion Regulation Related to Children's Future Externalizing and Internalizing Behaviors. *Journal Of Child And Adolescent Psychiatric Nursing*, *23*(2), 74–83. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00226.x>
- Bradley, R. H., & Caldwell, B. M. (1977). Home observation for measurement of the environment: a validation study of screening efficiency. *PubMed*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/66872/>
- Brennan, P. A., Hammen, C., Andersen, M. J., Bor, W., Najman, J. M., & Williams, G. M. (2000). Chronicity, severity, and timing of maternal depressive symptoms: Relationships with child outcomes at age 5. *Developmental Psychology*, *36*(6), 759–766. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.36.6.759>
- Bromley, R., Adab, N., Bluett-Duncan, M., Clayton-Smith, J., Christensen, J., Edwards, K., Greenhalgh, J., Hill, R. A., Jackson, C. F., Khanom, S., McGinty, R. N., Smith, C. T., Pulman, J., & Marson, A. G. (2023). Monotherapy treatment of epilepsy in pregnancy: congenital malformation outcomes in the child. *Cochrane Library*, *2023*(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd010224.pub3>
- Bromley, R. L., & Bluett-Duncan, M. (2021). Neurodevelopment Following Exposure to Antiseizure Medications in Utero: A Review. *Current Neuropharmacology*, *19*(11), 1825–1834. <https://doi.org/10.2174/1570159x19666210716111814>
- Bruder-Costello, B., Warner, V., Talati, A., Nomura, Y., Bruder, G., & Weissman, M. (2007). Temperament among offspring at high and low risk for depression. *Psychiatry Research*, *153*(2), 145–151. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.02.013>
- Cameron, E. E., Sedov, I. D., & Tomfohr-Madsen, L. M. (2016). Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. *Journal Of Affective Disorders*, *206*, 189–203. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.07.044>
- Campbell, S. B., Morgan-Lopez, A. A., Cox, M. J., & McLoyd, V. C. (2009). A latent class analysis of maternal depressive symptoms over 12 years and offspring adjustment in adolescence. *Journal Of Abnormal Psychology*, *118*(3), 479–493. <https://doi.org/10.1037/a0015923>
- Carroll, J. C. (2005). Effectiveness of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) form in detecting psychosocial concerns: a randomized controlled trial. *CMAJ. Canadian Medical Association Journal*, *173*(3), 253–259. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1040610>
- Carson, C., Redshaw, M., Gray, R., & Quigley, M. A. (2015). Risk of psychological distress in parents of preterm children in the first year: evidence from the UK Millennium Cohort Study. *BMJ Open*, *5*(12), e007942. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-007942>
- CBS *Statline*. (z.d.). Geraadpleegd op 5 februari 2024, van <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/37230ned/table?dl=4AC44&ts=1706612500205>
- CenteringZorg. (z.d.). *CenteringOuderschap*. Geraadpleegd op 17 juni 2024, van <https://centeringzorg.nl/centeringparenting/>
- Chauhan, A., & Potdar, J. (2022). Maternal Mental Health During Pregnancy: A Critical Review. *Curēus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.30656>
- Christensen, J., Trabjerg, B. B., & Dreier, J. W. (2024). Valproate Use During Spermatogenesis and Risk to Offspring. *JAMA Network Open*, *7*(6), e2414709. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.14709>

- Chronis, A. M., Lahey, B. B., Pelham, W. E., Williams, S. H., Baumann, B. L., Kipp, H., Jones, H. A., & Rathouz, P. J. (2007). Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Developmental Psychology, 43*(1), 70–82. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.1.70>
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal Of Psychiatry, 150*(6), 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- CPZ. (z.d.). *PREM Geboortezorg | CPZ. Geraadpleegd op 14 maart 2024, van* <https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/dossiers/prem-geboortezorg/>
- Cutrona, C. E., & Troutman, B. R. (1986). Social Support, Infant Temperament, and Parenting Self-Efficacy: A Mediational Model of Postpartum Depression. *Child Development, 57*(6), 1507–1518. <https://doi.org/10.2307/1130428><https://www.jstor.org/stable/1130428>
- Dadi, A. F., Akalu, T. Y., Wolde, H. F., & Baraki, A. G. (2022). Effect of perinatal depression on birth and infant health outcomes: a systematic review and meta-analysis of observational studies from Africa. *Archives Of Public Health, 80*(1). <https://doi.org/10.1186/s13690-022-00792-8>
- Dariotis, J. K., Chen, F. R., Park, Y. R., Nowak, M. K., French, K. M., & Codamon, A. M. (2023). Parentification Vulnerability, Reactivity, Resilience, and Thriving: A Mixed Methods Systematic Literature Review. *International Journal Of Environmental Research And Public Health/International Journal Of Environmental Research And Public Health, 20*(13), 6197. <https://doi.org/10.3390/ijerph20136197>
- Dathe, K., & Schaefer, C. (2019). The Use of Medication in Pregnancy. *Deutsches Ärzteblatt International. https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0783*
- Department of Health - Government of Australia, Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). *The Edinburgh Postnatal Depression Scale (translation - Dutch)* (Meetinstrumenten in de zorg, Vert.). <https://meetinstrumentenzorg.nl/wp-content/uploads/instrumenten/EPDS-meetinstr.pdf>
- Doorontwikkeling Friese Preventieaanpak. (2023). In *Veiligheidsregio Fryslân*. Geraadpleegd op 19 februari 2024, van https://www.veiligheidsregiofryslan.nl/media/10013/10_0-nazending-2023-0612-vs-05-doorontwikkeling-friese-preventieaanpak.pdf
- Dunlop, A. L., Gardiner, P. M., Shellhaas, C. S., Menard, M. K., & McDiarmid, M. A. (2008). The clinical content of preconception care: the use of medications and supplements among women of reproductive age. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology, 199*(6), S367–S372. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.07.065>
- Ehsanpour, S., Shabangiz, A., Bahadoran, P., & Kheirabadi, G. R. (2012, 1 juni). *The association of depression and preterm labor*. PubMed Central (PMC). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3702146/>
- Engeland, A., Bjørge, T., Daltveit, A. K., Skurtveit, S., Vangen, S., Vollset, S. E., & Furu, K. (2013). Effects of preconceptional paternal drug exposure on birth outcomes: cohort study of 340 000 pregnancies using Norwegian population-based databases. *BJCP. British Journal Of Clinical Pharmacology/British Journal Of Clinical Pharmacology, 75*(4), 1134–1141. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2012.04426.x>
- Fam. (2023, 21 maart). *Mama's@Home*. Geraadpleegd op 23 mei 2024, van <https://www.fam.nl/algemeen/nieuws/mama-s-home>
- Field, T. (1992). Infants of depressed mothers. *Development And Psychopathology, 4*(1), 49–66. <https://doi.org/10.1017/s0954579400005551>

- Foster, C. E., Webster, M. C., Weissman, M. M., Pilowsky, D. J., Wickramaratne, P., Rush, A. J., Hughes, C. W., Garber, J., Malloy, E., Cerda, G., Kornstein, S. G., Alpert, J. E., Wisniewski, S. R., Trivedi, M. H., Fava, M., & King, C. A. (2007). Course and Severity of Maternal Depression: Associations with Family Functioning and Child Adjustment. *Journal Of Youth And Adolescence*, 37(8), 906–916. <https://doi.org/10.1007/s10964-007-9216-0>
- Frieder, A., Fersh, M., Hainline, R., & Deligiannidis, K. M. (2019). Pharmacotherapy of Postpartum Depression: Current Approaches and Novel Drug Development. *CNS Drugs*, 33(3), 265–282. <https://doi.org/10.1007/s40263-019-00605-7>
- GALA -Gezond en Actief Leven Akkoord. (2023). In *Rijksoverheid*. Geraadpleegd op 22 februari 2024, van <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-e8e739b2e77bf92b7bfed78d4569ae4ecbce8dac/pdf>
- Garvik, O. S., Jølving, L. R., Lund, K., Friedman, S., & Nørgård, B. M. (2024). Paternal use of selective serotonin reuptake inhibitors and adverse health outcomes: A nationwide cohort study on 13,547 exposed children. *Andrology*. <https://doi.org/10.1111/andr.13646>
- Gennaro, S., & Hennessy, M. D. (2003). Psychological and Physiological Stress: Impact on Preterm Birth. *Journal Of Obstetric, Gynecologic, And Neonatal Nursing/JOGN Nursing*, 32(5), 668–675. <https://doi.org/10.1177/0884217503257484>
- Gezond en actief leven | VNG. (2024). VNG. Geraadpleegd op 15 februari 2024, van <https://vng.nl/rubrieken/onderwerpen/gezond-en-actief-leven>
- GGD Fryslân. (z.d.-a). *Consultatiebureau Plus*. Geraadpleegd op 16 juni 2024, van <https://www.ggdfryslan.nl/kind-opvoeding/mijn-kind/extra-hulp/opvoedinformatie/consultatiebureau-plus/>
- GGD Fryslân. (z.d.-b). *Huisbezoek als je zwanger bent*. Geraadpleegd op 16 juni 2024, van <https://www.ggdfryslan.nl/kind-opvoeding/mijn-kind/extra-hulp/opvoedinformatie/huisbezoek-zwangerschap/#section-enkelekolomtekst-hoegaatzo%E2%80%99nhuisbezoektijdensdezwangerschap>
- GGD Fryslân. (z.d.-c). *Integrale Vroeghulp*. Geraadpleegd op 16 juni 2024, van <https://www.ggdfryslan.nl/kind-opvoeding/mijn-kind/extra-hulp/opvoedinformatie/integrale-vroeghulp/>
- GGD Fryslân. (z.d.-d). *Mijn kind: Extra hulp nodig?* Geraadpleegd op 9 juni 2024, van <https://www.ggdfryslan.nl/kind-opvoeding/mijn-kind/extra-hulp/>
- GGD Fryslân. (z.d.-e). *Opvoedinformatie: Hulp bij opvoeden*. Geraadpleegd op 16 juni 2024, van <https://www.ggdfryslan.nl/kind-opvoeding/mijn-kind/extra-hulp/opvoedinformatie/pedagogen/>
- GGD Fryslân. (z.d.-f). *Stevig Ouderschap (na de geboorte)*. Geraadpleegd op 16 juni 2024, van <https://www.ggdfryslan.nl/kind-opvoeding/mijn-kind/extra-hulp/opvoedinformatie/stevig-ouderschap-na-de-geboorte/>
- GGD Fryslân. (z.d.-g). *Stevig Ouderschap (voor de geboorte)*. Geraadpleegd op 16 juni 2024, van <https://www.ggdfryslan.nl/kind-opvoeding/mijn-kind/extra-hulp/opvoedinformatie/stevig-ouderschap-voor-de-geboorte/>
- GGD Fryslân. (2022). Kindmonitor 2022: Gemeentelijke cijfers 0-3 jaar. In *GGD Fryslân*. Geraadpleegd op 15 april 2024, van <https://www.ggdfryslan.nl/media/8779/ggd-frysl%C3%A2n-kindmonitor-2022-gemeentelijke-cijfers-0-tot-3-jaar.pdf>
- GGD Fryslân. (2024). *De taken van GGD Fryslân*. https://www.ggdfryslan.nl/media/3086/pijlers_ggd.png
- GGD GHOR Nederland. (z.d.). *Hoe roze is jouw wolk?* Geraadpleegd op 27 mei 2024, van <https://ggdghor.nl/verhaal/hoe-roze-is-jouw-wolk/>
- GGD Hart voor Brabant. (2021). *Waar is de roze wolk?* In *GGD Hart Voor Brabant* [Book]. <https://www.ggdhvb.nl/app/uploads/2021/07/Folder-Waar-blijft-de-Roze-Wolk-GGD-HvB.pdf>

- GIZ - NCJ. (z.d.). Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ). Geraadpleegd op 21 maart 2024, van <https://www.ncj.nl/onderwerp/giz/>
- Grigoriadis, S., VonderPorten, E. H., Mamisashvili, L., Eady, A., Tomlinson, G., Dennis, C., Koren, G., Steiner, M., Mousmanis, P., Cheung, A., & Ross, L. E. (2013). The Effect of Prenatal Antidepressant Exposure on Neonatal Adaptation. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 74(04), e309–e320. <https://doi.org/10.4088/jcp.12r07967>
- Grover, S., Rabha, A., & Padhy, S. (2021). Parenting skills of patients with chronic schizophrenia. *Indian Journal Of Psychiatry/Indian Journal Of Psychiatry*, 63(1), 58. https://doi.org/10.4103/psychiatry.indianjpsychiatry_107_20
- Gullett, H., Salib, M., Rose, J., & Stange, K. C. (2019). An Evaluation of CenteringParenting: A Group Well-Child Care Model in an Urban Federally Qualified Community Health Center. *The Journal Of Alternative And Complementary Medicine*, 25(7), 727–732. <https://doi.org/10.1089/acm.2019.0090>
- Hamadneh, S., & Hamadneh, J. (2021). Active and Passive Maternal Smoking During Pregnancy and Birth Outcomes: A Study From a Developing Country. *Annals Of Global Health*, 87(1). <https://doi.org/10.5334/aogh.3384>
- Handreikingen ketenaanpakken GALA | VNG. (z.d.). VNG. Geraadpleegd op 19 februari 2024, van <https://vng.nl/artikelen/handreikingen-ketenaanpakken-gala>
- Hanington, L., Heron, J., Stein, A., & Ramchandani, P. (2011). Parental depression and child outcomes – is marital conflict the missing link? *Child Care Health And Development/Child, Care, Health And Development*, 38(4), 520–529. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01270.x>
- Hanington, L., Ramchandani, P., & Stein, A. (2010). Parental depression and child temperament: Assessing child to parent effects in a longitudinal population study. *Infant Behavior & Development*, 33(1), 88–95. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.11.004>
- Havighurst, S. S., Wilson, K. R., Harley, A. E., Prior, M. R., & Kehoe, C. (2010). Tuning in to Kids: improving emotion socialization practices in parents of preschool children – findings from a community trial. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry And Allied Disciplines*, 51(12), 1342–1350. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02303.x>
- Hildering-Leemhuis, M. (2022). Gezamenlijke geboortezorg: evaluatie en monitoring van zorgpaden ‘Vroegsignalering zwangere in een kwetsbare situatie’ in Friesland. In *Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noord Nederland*. Geraadpleegd op 12 maart 2024, van <https://publiekegezondheid.nl/docs/publicatie/evaluatie-zorgpad-vroegsignalering-kwetsbare-zwangeren.pdf>
- Hosman, C., Van Doesum, K., & Van Santvoort, F. (2009). Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: I. The scientific basis to a comprehensive approach. *Australian eJournal For The Advancement Of Mental Health*, 8(3), 250–263. <https://doi.org/10.5172/jamh.8.3.250>
- Hu, R., Li, Y., Zhang, Z., & Yan, W. (2015). Antenatal Depressive Symptoms and the Risk of Preeclampsia or Operative Deliveries: A Meta-Analysis. *PloS One*, 10(3), e0119018. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119018>
- Huizink, A. C., De Medina, P. G. R., Mulder, E. J., Visser, G. H., & Buitelaar, J. K. (2002). Psychological Measures of Prenatal Stress as Predictors of Infant Temperament. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, 41(9), 1078–1085. <https://doi.org/10.1097/00004583-200209000-00008>
- Ibi, D., Fujiki, Y., Koide, N., Nakasai, G., Takaba, R., & Hiramatsu, M. (2019). Paternal valproic acid exposure in mice triggers behavioral alterations in offspring. *Neurotoxicology And Teratology*, 76, 106837. <https://doi.org/10.1016/j.ntt.2019.106837>

- IDS MED. (z.d.). *What is the first 1,000 days of life?* <https://www.idsmmed.com/uploads/image/1.png>
- Isobel, S., Meehan, F., & Pretty, D. (2016). An Emotional Awareness Based Parenting Group for Parents with Mental Illness: A Mixed Methods Feasibility Study of Community Mental Health Nurse Facilitation. *Archives Of Psychiatric Nursing*, 30(1), 35–40. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.10.007>
- Jami, E. S., Hammerschlag, A. R., Bartels, M., & Middeldorp, C. M. (2021). Parental characteristics and offspring mental health and related outcomes: a systematic review of genetically informative literature. *Translational Psychiatry*, 11(1). <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01300-2>
- Jellinek. (2020). *Wat zijn psychofarmaca?* Geraadpleegd op 6 juni 2024, van <https://www.jellinek.nl/vraag-antwoord/wat-zijn-psychofarmaca/>
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., Smailes, E., & Brook, J. S. (2001). Association of Maladaptive Parental Behavior With Psychiatric Disorder Among Parents and Their Offspring. *Archives Of General Psychiatry*, 58(5), 453. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.5.453>
- Kalthoff, H. (2020). Opgroeien en opvoeden in armoede. In *Nederlands Jeugdinstituut*. Geraadpleegd op 13 maart 2024, van <https://www.nji.nl/system/files/2021-04/Opgroeien-en-opvoeden-in-armoede.pdf>
- Kansrijke Start Fryslân*. (z.d.). Friese Preventieaanpak. Geraadpleegd op 14 februari 2024, van <https://www.friesepreventieaanpak.nl/over-de-friese-preventieaanpak/onze-coalities/ouderschap/kansrijke-start-fryslan/>
- Kay, T. L., Moulson, M. C., Vigod, S. N., Schoueri-Mychasiw, N., & Singla, D. R. (2024). The Role of Social Support in Perinatal Mental Health and Psychosocial Stimulation. *The Yale Journal Of Biology & Medicine/Yale Journal Of Biology And Medicine*, 97(1), 3–16. <https://doi.org/10.59249/wmge9032>
- Kinderen van ouders met psychische of verslavingsproblemen: KOPP/KOV*. (z.d.). Trimbos-instituut. Geraadpleegd op 30 april 2024, van <https://www.trimbos.nl/kennis/kopp-kov/>
- Kinnik. (z.d.-a). *Hoe kan Kinnik helpen?* Geraadpleegd op 16 juni 2024, van <https://www.kinnik.nl/familie-naasten/hoe-kan-kinnik-helpen>
- Kinnik. (z.d.-b). *Verwijzers*. Geraadpleegd op 16 juni 2024, van <https://www.kinnik.nl/verwijzers>
- Kleefstra, L. (2023). Doorontwikkeling Friese Preventieaanpak: Oplegnotitie Besluitvormend. In M. Poelman, *Veiligheidsregio Fryslân* [Report]. https://www.veiligheidsregiofryslan.nl/media/10318/5_0-on-doorontwikkeling-friese-preventieaanpak.pdf
- Klier, C. M., Rosenblum, K. L., Zeller, M., Steinhardt, K., Bergemann, N., & Muzik, M. (2008). A multirisk approach to predicting chronicity of postpartum depression symptoms. *Depression And Anxiety*, 25(8), 718–724. <https://doi.org/10.1002/da.20419>
- Knopperts, B. (2023a, november 13). *Vergoeding lactatiekundige hulp 2024*. Independer. Geraadpleegd op 25 juni 2024, van <https://www.independer.nl/zorgverzekering/vergoedingen/lactatiekundige-hulp.aspx>
- Knopperts, B. (2023b, november 14). *Vergoeding bekkenfysiotherapie 2024*. Independer. Geraadpleegd op 25 juni 2024, van <https://www.independer.nl/zorgverzekering/vergoedingen/bekkenfysiotherapie.aspx>
- Kolding, L., Ehrenstein, V., Pedersen, L., Sandager, P., Petersen, O. B., Ulbjerg, N., & Pedersen, L. H. (2021). Associations Between ADHD Medication Use in Pregnancy and Severe Malformations Based on Prenatal and Postnatal Diagnoses. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 82(1). <https://doi.org/10.4088/jcp.20m13458>

- Koletzko, B., Godfrey, K. M., Poston, L., Szajewska, H., Van Goudoever, J. B., De Waard, M., Brands, B., Grivell, R. M., Deussen, A. R., Dodd, J. M., Patro-Gołęb, B., & Zalewski, B. (2019). Nutrition During Pregnancy, Lactation and Early Childhood and its Implications for Maternal and Long-Term Child Health: The Early Nutrition Project Recommendations. *Annals Of Nutrition And Metabolism*, 74(2), 93–106. <https://doi.org/10.1159/000496471>
- KopOpOuders. (z.d.). Geraadpleegd op 17 juni 2024, van <https://www.kopopouders.nl/>
- Koren, G., Barer, Y., & Ornoy, A. (2020). Fetal safety of methylphenidate—A scoping review and meta analysis. *Reproductive Toxicology*, 93, 230–234. <https://doi.org/10.1016/j.reprotox.2020.03.003>
- Kose-Ozlece, H., Ilik, F., Cecen, K., Huseyinoglu, N., & Serim, A. (2015, 7 juli). *Alterations in semen parameters in men with epilepsy treated with valproate*. PubMed Central (PMC). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4662690/>
- Lang, A. J., & Stein, M. B. (2005). An abbreviated PTSD checklist for use as a screening instrument in primary care. *Behaviour Research And Therapy*, 43(5), 585–594. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.04.005>
- Lareb. (2021a, augustus 27). *SSRIs tijdens de borstvoedingsperiode*. Geraadpleegd op 13 juni 2024, van <https://www.lareb.nl/mvm-kennis-pagina/SSRIs-tijdens-de-borstvoedingsperiode>
- Lareb. (2021b, november 29). *Achtergrondinformatie over geneesmiddelgebruik door de man met kinderwens*. Geraadpleegd op 9 juni 2024, van <https://www.lareb.nl/mvm-kennis-pagina>
- Lareb. (2022a, juni 1). *SSRI gebruik door de man met kinderwens*. Geraadpleegd op 11 juni 2024, van <https://www.lareb.nl/mvm-kennis-pagina?id=1530>
- Lareb. (2022b, november 8). *Amfetaminen bij ADHD tijdens de borstvoedingsperiode*. <https://www.lareb.nl/mvm-kennis-pagina/Amfetaminen-bij-ADHD-tijdens-de-borstvoedingsperiode>
- Lareb. (2023, 8 maart). *SSRIs tijdens de zwangerschap*. Geraadpleegd op 12 juni 2024, van <https://www.lareb.nl/mvm-kennis-pagina/SSRIs-tijdens-de-zwangerschap>
- Lareb. (2024, 9 februari). *Diverse anti epileptica tijdens de zwangerschap*. Geraadpleegd op 13 juni 2024, van <https://www.lareb.nl/mvm-kennis-pagina/Diverse-anti-epileptica-tijdens-de-zwangerschap>
- Likhar, A., & Patil, M. S. (2022). Importance of maternal nutrition in the first 1,000 days of life and its Effects on Child Development: A Narrative review. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.30083>
- Liu, C., Cnattingius, S., Bergström, M., Östberg, V., & Hjern, A. (2016). Prenatal parental depression and preterm birth: a national cohort study. *BJOG*, 123(12), 1973–1982. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13891>
- Madsen, K. B., Robakis, T. K., Liu, X., Momen, N., Larsson, H., Dreier, J. W., Kildegaard, H., Groth, J. B., Newcorn, J. H., Thomsen, P. H., Munk-Olsen, T., & Bergink, V. (2023). In utero exposure to ADHD medication and long-term offspring outcomes. *Molecular Psychiatry*, 28(4), 1739–1746. <https://doi.org/10.1038/s41380-023-01992-6>
- Martorell, R. (2017). Improved nutrition in the first 1000 days and adult human capital and health. *American Journal Of Human Biology*, 29(2). <https://doi.org/10.1002/ajhb.22952>
- Masarwa, R., Bar-Oz, B., Gorelik, E., Reif, S., Perlman, A., & Matok, I. (2019). Prenatal exposure to selective serotonin reuptake inhibitors and serotonin norepinephrine reuptake inhibitors and risk for persistent pulmonary hypertension of the newborn: a systematic review, meta-analysis, and network meta-analysis. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*, 220(1), 57.e1-57.e13. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.08.030>

- Matvienko-Sikar, K., Cooney, J., Flannery, C., Murphy, J. L., Khashan, A. S., & Huizink, A. C. (2020). Maternal stress in the first 1000 days and risk of childhood obesity: a systematic review. *Journal Of Reproductive And Infant Psychology*, 39(2), 180–204. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1724917>
- Meador, K. J., Baker, G. A., Browning, N., Cohen, M. J., Bromley, R. L., Clayton-Smith, J., Kalayjian, L. A., Kanner, A., Liporace, J. D., Pennell, P. B., Privitera, M., & Loring, D. W. (2014). Breastfeeding in Children of Women Taking Antiepileptic Drugs. *JAMA Pediatrics*, 168(8), 729. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2014.118>
- Mejdoubi, J., Van Den Heijkant, S. C. C. M., Struijf, E., Van Leerdam, F., Sing, R. H., & Crijnen, A. A. M. (2013). Risicofactoren voor kindermishandeling bij jonge hoogrisicozwangeren: design van het VoorZorgonderzoek. *Jgz Tijdschrift Voor Jeugdgezondheidszorg*, 45(2), 26–31. <https://doi.org/10.1007/s12452-013-0007-6>
- Mentaal vitaal. (z.d.). *Postpartum (postnatale) depressie*. Mentaal Vitaal. Geraadpleegd op 27 mei 2024, van <https://www.mentaalvitaal.nl/psychische-aandoening/postnatale-depressie>
- Milosavljević, J. Z., Milosavljević, M. N., Arsenijević, P. S., Milentijević, M. N., & Stefanović, S. M. (2021). The effects of selective serotonin reuptake inhibitors on male and female fertility: a brief literature review. *International Journal Of Psychiatry in Clinical Practice*, 26(1), 43–49. <https://doi.org/10.1080/13651501.2021.1872647>
- Minddistrict. (z.d.). *Hoezo roze wolk?* Geraadpleegd op 27 mei 2024, van <https://www.minddistrict.com/nl-nl/catalogus/hoezo-roze-wolk>
- Ministerie van Algemene Zaken. (z.d.). *Taalniveau B1*. Rijkswebsites | CommunicatieRijk. Geraadpleegd op 21 maart 2024, van <https://www.communicatierijk.nl/vakkennis/rijkswebsites/aanbevolen-richtlijnen/taalniveau-b1>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (z.d.). *Specifieke uitkering Integraal Zorgakkoord*. Dienst Uitvoering Subsidies Aan Instellingen. Geraadpleegd op 26 juni 2024, van <https://www.dus-i.nl/subsidies/specifieke-uitkering-integraal-zorgakkoord>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022, 14 december). *Prenataal huisbezoek door de JGZ*. Actieprogramma Kansrijke Start | Kansrijke Start. Geraadpleegd op 12 maart 2024, van <https://www.kansrijkestartnl.nl/actieprogramma-kansrijke-start/actielijnen/prenataal-huisbezoek-door-de-jgz>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2023a). *Integraal Zorgakkoord: "Samen werken aan gezonde zorg"*. Rijksoverheid. Geraadpleegd op 15 februari 2024, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2023b, februari 23). *Zorgpaden Kansrijke Start*. Nieuwsbericht | Kansrijke Start. Geraadpleegd op 27 februari 2024, van <https://www.kansrijkestartnl.nl/lokale-coalities/nieuws/2024/02/23/zorgpaden-kansrijke-start>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2024). *Kansrijke Start - Kansrijke Start*. Geraadpleegd op 15 februari 2024, van <https://www.kansrijkestartnl.nl/>
- Mughal, S., Azhar, Y., & Siddiqui, W. (2022, 7 oktober). *Postpartum Depression*. StatPearls - NCBI Bookshelf. Geraadpleegd op 12 mei 2024, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519070/>
- Murray, L., Cooper, P., & Hipwell, A. (2003). Mental health of parents caring for infants. *Archives Of Women's Mental Health*, 6(0), s71–s77. <https://doi.org/10.1007/s00737-003-0007-7>

- Nakano, R., Kaizaki-Mitsumoto, A., & Numazawa, S. (2023). Paternal exposure to methylphenidate induces ADHD-like behavioral phenotypes and altered gene expressions in mouse offspring. *Fundamental Toxicological Sciences*, 10(1), 7–20. <https://doi.org/10.2131/fts.10.7>
- Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (2015). A Guide to Treatments That Work. In *Oxford University Press eBooks*. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199342211.001.0001>
- NCJ. (z.d.-a). *GIZ*. NCJ (Nederlands Centrum Jeugdgezondheid). Geraadpleegd op 13 juni 2024, van <https://www.ncj.nl/onderwerp/giz/>
- NCJ. (z.d.-b). *VoorZorg*. NCJ (Nederlands Centrum Jeugdgezondheid). Geraadpleegd op 16 juni 2024, van <https://www.ncj.nl/onderwerp/voorzorg/>
- Nederlands Centrum Jeugdgezondheid [NCJ]. (z.d.). *Richtlijn: Kindermishandeling (2016)*. Geraadpleegd op 7 mei 2024, van <https://www.jgzrichtlijnen.nl/alle-richtlijnen/richtlijn/?richtlijn=12&rlpag=1631>
- Nederlands Jeugdinstituut. (2023, 28 september). *Ouder-baby interventie*. <https://www.nji.nl/interventies/ouder-baby-interventie>
- Netsi, E., Pearson, R., Murray, L., Cooper, P., Craske, M. G., & Stein, A. (2018). Association of Persistent and Severe Postnatal Depression With Child Outcomes. *JAMA Psychiatry*, 75(3), 247. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4363>
- Orsolini, L., & Bellantuono, C. (2015). Serotonin reuptake inhibitors and breastfeeding: a systematic review. *Human Psychopharmacology*, 30(1), 4–20. <https://doi.org/10.1002/hup.2451>
- Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression. *JAMA*, 303(19), 1961. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.605>
- Pham, M. N., Siebert, A. L., Faw, C. A., Dubin, J. M., Hudnall, M. T., Lai, J. D., Wren, J. M., Bennett, N. E., Brannigan, R. E., & Halpern, J. A. (2022). Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) Use is Not Associated With Impaired Semen Parameters. *Urology*, 164, 140–144. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2022.01.026>
- Pharmaceutisch Weekblad. (2023, 10 maart). *Toename van ruim 50.000 gebruikers psychofarmaca*. <https://www.pw.nl/vaste-rubrieken/sfk/2023/toename-van-ruim-50-000-gebruikers-psychofarmaca>
- Pharos. (2023, 16 februari). *Praktijkvoorbeeld: Friesland werkt ook op provinciaal niveau aan Kansrijke Start - Pharos*. Geraadpleegd op 23 februari 2024, van <https://www.pharos.nl/praktijkvoorbeeld-friesland-werkt-ook-op-provinciaal-niveau-aan-kansrijke-start/>
- POP-poli*. (z.d.). Nij Smellinghe. Geraadpleegd op 21 mei 2024, van <https://www.nijsmellinghe.nl/zorg/afdelingen/pop-poli>
- Potijk, M. R., De Winter, A. F., Bos, A. F., Kerstjens, J. M., & Reijneveld, S. A. (2011). Higher rates of behavioural and emotional problems at preschool age in children born moderately preterm. *Archives Of Disease in Childhood*, 97(2), 112–117. <https://doi.org/10.1136/adc.2011.300131>
- Potočnjak, I., Degoricija, V., Baudoin, D. V., Čulig, J., & Jakovljević, M. (2016). Cardiovascular side effects of psychopharmacologic therapy. *International Journal Of Cardiology*, 219, 367–372. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.06.057>
- Pulli, E. P., Kumpulainen, V., Kasurinen, J. H., Korja, R., Merisaari, H., Karlsson, L., Parkkola, R., Saunavaara, J., Lähdesmäki, T., Scheinin, N. M., Karlsson, H., & Tuulari, J. J. (2018). Prenatal exposures and infant brain: Review of magnetic resonance imaging studies and a population description analysis. *Human Brain Mapping*, 40(6), 1987–2000. <https://doi.org/10.1002/hbm.24480>

- Radboudumc. (2023, 21 september). *Roze wolk niet voor alle ouders: Radboudumc en GGD starten samenwerking om postpartum depressie sneller te signaleren*. <https://www.radboudumc.nl/nieuws/2023/roze-wolk-niet-voor-alle-ouders>
- Rai, S., Pathak, A., & Sharma, I. (2015). Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian Journal Of Psychiatry/Indian Journal Of Psychiatry*, 57(6), 216. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.161481>
- Rani. (2020, 17 juli). *Jonge mama: 'Ik ben bang om hulp te aanvaarden'*. Sociaal.net. <https://sociaal.net/verhaal/ben-bang-om-hulp-te-aanvaarden/>
- Regiobeeld Friesland 2023. (2023). In *Juiste Zorg op de Juiste Plek*. Geraadpleegd op 5 februari 2024, van <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/.uc/f2b5aad390102c017b600b175a602199717aa44f5d8ea00/Regiobeeld%20Friesland%20versie%204%20juli%202023.pdf>
- Reupert, A., & Maybery, D. (2010). Programmes for parents with a mental illness. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 18(3), 257–264. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01660.x>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (z.d.). *Interventies zoeken op thema en doelgroep*. Loket Gezond Leven. Geraadpleegd op 12 maart 2024, van <https://www.loketgezondleven.nl/interventies-zoeken#/InterventionSearchResults?page=1&themesFilter=kansrijkstart&subthemesFilter=borderline&subthemesFilter=schizofrenie&subthemesFilter=vermaatschappelijking>
- Rondom Zwangerschap. (2018). *Zorgpad psychiatrische problematiek: versie maart 2018*.
- ROS Friesland. (2017, 10 april). *Centering Pregnancy; de innovatie in geboorteland*. <https://www.rosfriesland.nl/nieuws/centering-pregnancy-de-innovatie-in-geboorteland/>
- ROS Friesland, GGD Fryslân, & Friese Preventie Aanpak [FPA]. (2024). *Zorgpad Vroegsignalering Zwangeren Fryslân: inclusief aanmeldingsroute Prenataal huisbezoek (PHB-JGZ)*.
- Saha, M. R., Ryan, K., & Amir, L. H. (2015). Postpartum women's use of medicines and breastfeeding practices: a systematic review. *International Breastfeeding Journal - Electronic Edition* -, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s13006-015-0053-6>
- Sanders, M. R., Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Day, J. J. (2014). The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical Psychology Review*, 34(4), 337–357. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.04.003>
- Schwarzenberg, S. J., & Georgieff, M. (2018). Advocacy for improving nutrition in the first 1000 days to support childhood development and adult health. *Pediatrics*, 141(2). <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3716>
- Seehagen, S., Schneider, S., Rudolph, J., Ernst, S., & Zmyj, N. (2015). Stress impairs cognitive flexibility in infants. *Proceedings Of The National Academy Of Sciences Of The United States Of America*, 112(41), 12882–12886. <https://doi.org/10.1073/pnas.1508345112>
- Sell, M., Radicke, A., Adema, B., Daubmann, A., Kilian, R., Stiawa, M., Busmann, M., Winter, S., Lambert, M., Wegscheider, K., Plaß-Christl, A., & Wiegand-Grefe, S. (2021). Parents With Mental Illness: Parental Coping Behavior and Its Association With Children's Mental Health. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.737861>
- Shalev, H., Mizrakli, Y., Zeadna, A., Harlev, A., Levitas, E., Ifergane, G., Lunenfeld, E., Novack, V., Har-Vardi, I., & Levitas, E. (2021). Does methylphenidate use affect sperm parameters in patients undergoing infertility investigation? A retrospective analysis of 9769 semen samples. *Archives Of Gynecology And Obstetrics*, 304(2), 539–546. <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05938-z>

- Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., Garner, A. S., McGuinn, L., Pascoe, J. M., & Wood, D. L. (2012). The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. *Pediatrics*, *129*(1), e232–e246. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>
- Singh, A. L., D'Onofrio, B. M., Slutske, W. S., Turkheimer, E., Emery, R. E., Harden, K. P., Heath, A. C., Madden, P. A. F., Statham, D. J., & Martin, N. G. (2010). Parental depression and offspring psychopathology: a Children of Twins study. *Psychological Medicine*, *41*(7), 1385–1395. <https://doi.org/10.1017/s0033291710002059>
- Sjaarda, L. A., Radoc, J. G., Flannagan, K. S., Mumford, S. L., Kim, K., Perkins, N. J., Silver, R. M., & Schisterman, E. F. (2020). Urinary selective serotonin reuptake inhibitors across critical windows of pregnancy establishment: a prospective cohort study of fecundability and pregnancy loss. *Fertility And Sterility*, *114*(6), 1278–1287. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2020.06.037>
- Smith, K. E., & Pollak, S. D. (2020). Early life stress and development: potential mechanisms for adverse outcomes. *Journal Of Neurodevelopmental Disorders*, *12*(1). <https://doi.org/10.1186/s11689-020-09337-y>
- Sociale Verloskunde. (z.d.-a). *Daddy's Place*. Geraadpleegd op 17 juni 2024, van <https://www.sociale-verloskunde.nl/daddys-place-een-community-voor-jonge-vaders.html>
- Sociale Verloskunde. (z.d.-b). *Mama's Garden*. Geraadpleegd op 17 juni 2024, van <https://www.sociale-verloskunde.nl/mamas-garden-het-ondersteunen-van-toekomstige-moeders-en-het-opleiden-van-toekomstige-professionals.html>
- Sroufe, L. A. (1997). Psychopathology as an outcome of development. *Development And Psychopathology*, *9*(2), 251–268. <https://doi.org/10.1017/s0954579497002046>
- Stapp, E. K., Mendelson, T., Merikangas, K. R., & Wilcox, H. C. (2020). Parental bipolar disorder, family environment, and offspring psychiatric disorders: A systematic review. *Journal Of Affective Disorders*, *268*, 69–81. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.005>
- Stephenson, J., Heslehurst, N., Hall, J., Schoenaker, D. A. J. M., Hutchinson, J., Cade, J., Poston, L., Barrett, G., Crozier, S., Barker, M., Kumaran, K., Yajnik, C. S., Baird, J., & Mishra, G. D. (2018). Before the beginning: Nutrition and lifestyle in the preconception period and its importance for future health. *The Lancet*, *391*(10132), 1830–1841. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)30311-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)30311-8)
- Sweeney, S., & MacBeth, A. (2016). The effects of paternal depression on child and adolescent outcomes: A systematic review. *Journal Of Affective Disorders*, *205*, 44–59. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.073>
- Swets, M., Middeldorp, C. M., & Schoevers, R. A. (2009). Erfelijkheid en omgevingsinvloeden bij psychiatrische stoornissen [Journal-article]. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, *51*(9), 651–663. <https://research.vumc.nl/ws/files/150230/Swets>
- Tabb, K. M., Bentley, B., Leano, M. P., Simonovich, S. D., Nidey, N., Ross, K., Huang, W. D., & Huang, H. (2022). Home Visiting as an Equitable Intervention for Perinatal Depression: A Scoping Review. *Frontiers in Psychiatry*, *13*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.826673>
- Tau, G., & Peterson, B. S. (2009). Normal Development of Brain Circuits. *Neuropsychopharmacology*, *35*(1), 147–168. <https://doi.org/10.1038/npp.2009.115>
- Thiel, F., Iffland, L., Drozd, F., Haga, S. M., Martini, J., Weidner, K., Eberhard-Gran, M., & Garthus-Niegel, S. (2020). Specific relations of dimensional anxiety and manifest anxiety disorders during pregnancy with difficult early infant temperament: a longitudinal cohort study. *Archives Of Women's Mental Health*, *23*(4), 535–546. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-01015-w>

- Thompson, R. A. (1991). Emotional regulation and emotional development. *Educational Psychology Review*, 3(4), 269–307. <https://doi.org/10.1007/bf01319934>
- Tierney, A. L. (2009). *Brain Development and the Role of Experience in the Early Years*. PubMed Central (PMC). Geraadpleegd op 24 januari 2024, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3722610/>
- Tomson, T., Muraca, G., & Razaz, N. (2020). Paternal exposure to antiepileptic drugs and offspring outcomes: a nationwide population-based cohort study in Sweden. *Journal Of Neurology, Neurosurgery And Psychiatry*, 91(9), 907–913. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2020-323028>
- Traylor, C. S., Johnson, J. D., Kimmel, M. C., & Manuck, T. A. (2020). Effects of psychological stress on adverse pregnancy outcomes and nonpharmacologic approaches for reduction: an expert review. *American Journal Of Obstetrics & Gynecology, Maternal-fetal Medicine*, 2(4), 100229. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100229>
- Trimbos instituut. (z.d.-a). *KOPP/KOV Een wetenschappelijke onderbouwing van de cijfers*. Geraadpleegd op 7 mei 2024, van <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/sites/31/2021/09/af1666-factsheet-kopp-kvo.pdf>
- Trimbos instituut. (z.d.-b). *KOPP/KOV: risicofactoren en beschermende factoren*. Trimbos-instituut. Geraadpleegd op 7 mei 2024, van <https://www.trimbos.nl/kennis/kopp-kov/feiten-en-cijfers/risicofactoren/>
- Trimbos instituut. (z.d.-c). *psychische aandoeningen - Trimbos-instituut*. Trimbos Instituut. Geraadpleegd op 6 mei 2024, van <https://www.trimbos.nl/begrippenlijst/psychische-aandoeningen/>
- Trimbos instituut. (2022a). *Toolkit Preventie postpartum depressie*. Trimbos Instituut. <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af2046-toolkit-preventie-postpartum-depressie/>
- Trimbos instituut. (2022b, november 29). Nieuwe toolkit helpt depressie voorkomen bij aanstaande en pas bevallen moeders. *Trimbos Instituut*. <https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/nieuwe-toolkit-helpt-depressie-voorkomen-bij-aanstaande-en-pas-bevallen-moeders/>
- Trinh, N. T. H., Munk-Olsen, T., Wray, N. R., Bergink, V., Nordeng, H. M. E., Lupattelli, A., & Liu, X. (2023). Timing of Antidepressant Discontinuation During Pregnancy and Postpartum Psychiatric Outcomes in Denmark and Norway. *JAMA Psychiatry*, 80(5), 441. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.0041>
- Trumello, C., Candelori, C., Cofini, M., Cimino, S., Cerniglia, L., Paciello, M., & Babore, A. (2018). Mothers' Depression, Anxiety, and Mental Representations After Preterm Birth: A Study During the Infant's Hospitalization in a Neonatal Intensive Care Unit. *Frontiers in Public Health*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00359>
- Uguz, F. (2020). Selective serotonin reuptake inhibitors and the risk of congenital anomalies: a systematic review of current meta-analyses. *Expert Opinion On Drug Safety*, 19(12), 1595–1604. <https://doi.org/10.1080/14740338.2020.1832080>
- Van Der Meulen, M., Vreugdenhil, C., & Sloothaak, B. (2024). *Evaluatie Zorgpad Vroegsignalering Zwangeren*.
- Van Der Most, S. (2024, 1 maart). *Mama's Garden*. Profielen - Hogeschool Rotterdam. <https://profielen.hr.nl/2024/je-ziet-vriendschappen-ontstaan-de-moeders-zoeken-elkaar-ook-buiten-mamas-garden-op/>
- Van Doesum. (2020). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'KopOpOuders'. In *Nederlands Jeugdinstituut (NJI)* [Report]. Nederlands Jeugdinstituut. <https://www.nji.nl/system/files/2021-04/Uitgebreide-beschrijving-KopOpOuders-Online.pdf>
- Veiligheidsregio Fryslân. (z.d.-a). *Beleidsplan Gezondheid 2019-2022*. In *Veiligheidsregio Fryslân*. <https://www.veiligheidsregiofryslan.nl/media/3548/beleidsplan-gezondheid.pdf>

- Veiligheidsregio Fryslân. (z.d.-b). *Hoe ziet onze organisatie eruit?* Geraadpleegd op 28 juni 2024, van <https://www.veiligheidsregiofryslan.nl/over-veiligheidsregio-frysl%C3%A2n/hoe-ziet-onze-organisatie-eruit/>
- Verrotti, A., Loiacono, G., Laus, M., Coppola, G., Chiarelli, F., & Tiboni, G. M. (2011). Hormonal and reproductive disturbances in epileptic male patients: Emerging issues. *Reproductive Toxicology*, 31(4), 519–527. <https://doi.org/10.1016/j.reprotox.2011.02.002>
- Viktorin, A., Levine, S. Z., Altemus, M., Reichenberg, A., & Sandin, S. (2018). Paternal use of antidepressants and offspring outcomes in Sweden: nationwide prospective cohort study. *BMJ. British Medical Journal*, k2233. <https://doi.org/10.1136/bmj.k2233>
- Wadhwa, P. D., Entringer, S., Buss, C., & Lu, M. C. (2011). The Contribution of Maternal Stress to Preterm Birth: Issues and Considerations. *Clinics in Perinatology*, 38(3), 351–384. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2011.06.007>
- Waelput, A. J. M., Sijpkens, M. K., Lagendijk, J., Minde, M., Raat, H., Ernst-Smelt, H. E., De Kroon, M. L. A., Rosman, A. N., Been, J. V., Bertens, L. C. M., & Steegers, E. A. (2017). Geographical differences in perinatal health and child welfare in the Netherlands: rationale for the healthy pregnancy 4 all-2 program. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1425-2>
- Wat is de relatie tussen IZA en GALA? | VNG.* (z.d.). VNG. Geraadpleegd op 19 februari 2024, van <https://vng.nl/vragen-en-antwoorden/wat-is-de-relatie-tussen-iza-en-gala>
- Wensink, M., Lu, Y., Tian, L., Jensen, T. K., Skakkebaek, N. E., Lindahl-Jacobsen, R., & Eisenberg, M. (2022). Nervous system drugs taken by future fathers and birth defects in offspring: a prospective registry-based cohort study. *BMJ Open*, 12(3), e053946. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053946>
- Westerink, T. (2023). Huidige stand van zaken Kansrijke Start Fryslân. In *GGD Fryslân*. https://www.veiligheidsregiofryslan.nl/media/9989/8_1-huidige-stand-van-zaken-kansrijke-start-frysl%C3%A2n.pdf
- Wickramaratne, P., & Weissman, M. M. (1998). Onset of Psychopathology in Offspring by Developmental Phase and Parental Depression. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, 37(9), 933–942. <https://doi.org/10.1097/00004583-199809000-00013>
- Witt, W. P., Wisk, L. E., Cheng, E. R., Hampton, J. M., & Hagen, E. W. (2011). Preconception Mental Health Predicts Pregnancy Complications and Adverse Birth Outcomes: A National Population-Based Study. *Maternal And Child Health Journal*, 16(7), 1525–1541. <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0916-4>
- World Health Organization (Red.). (2022). *Guide for Integration of Perinatal Mental Health in Maternal and Child Health Services*. WHO. Geraadpleegd op 25 januari 2024, van <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142>
- Wulffraat, A., Blanchette, L., Bertens, L., Ernst, Van Der Meer, De Graaf, H., & Steegers. (2019). Definitie kwetsbaarheid - zwangere vrouwen. In *Kennisnet Geboortezorg*. https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/wp-content/uploads/2020/12/Definitie-Kwetsbaarheid_DVP-Rijnmond.pdf
- Xie, J., Zhu, L., Zhu, T., Jian, Y., Ding, Y., Zhou, M., & Feng, X. (2019). Parental Engagement and Early Interactions With Preterm Infants Reduce Risk of Late Postpartum Depression. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, 207(5), 360–364. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000971>

- Yang, F., Chen, J., Miao, M., Yuan, W., Li, L., Liang, H., Ehrenstein, V., & Li, J. (2017). Risk of autism spectrum disorder in offspring following paternal use of selective serotonin reuptake inhibitors before conception: a population-based cohort study. *BMJ Open*, 7(12), e016368. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016368>
- Yang, F., Liang, H., Chen, J., Miao, M., Yuan, W., Nørgaard, M., & Li, J. (2018). Prenatal Paternal Selective Serotonin Reuptake Inhibitors Use and Risk of ADHD in Offspring. *Pediatrics*, 141(1). <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1081>
- Yang, F., Yuan, W., Liang, H., Song, X., Yu, Y., Gelaye, B., Miao, M., & Li, J. (2019). Preconceptional paternal antiepileptic drugs use and risk of congenital anomalies in offspring: a nationwide cohort study. *European Journal Of Epidemiology*, 34(7), 651–660. <https://doi.org/10.1007/s10654-019-00509-2>
- Zorginstituut Nederland. (2019, 18 maart). *Voorbeelden van CQI- en PREM-vragenlijsten*. Zorginzicht. Geraadpleegd op 14 maart 2024, van <https://www.zorginzicht.nl/ontwikkeltools/ontwikkelen/voorbeelden-van-cqi--en-prem-vragenlijsten>
- Zorginstituut Nederland. (2022). PREM Integrale Geboortezorg. In *Zorginzicht*. Geraadpleegd op 14 maart 2024, van <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/vragenlijst-prem-integrale-geboortezorg-verslagjaar-2023.pdf>

Appendix

Risico- en beschermende factoren kwetsbare vrouwen

Tabel 8 – Risico- en beschermende factoren kwetsbare vrouwen. (Bron: Wulffraat et al., 2019; Kalthoff, 2020)

Psychofarmaca groep	Veel voorkomende soorten (veelgebruikt merk)
Urgente risicofactoren Directe interventie nodig	<ul style="list-style-type: none"> – (Vermoeden van) Huiselijk geweld/mishandeling en/of melding bij Veilig Thuis – Dak- of thuisloos – Middelengebruik/verslaving – Acute psychiatrische/psychische problematiek
Onveranderbare risicofactoren Niet te veranderen tijdens zwangerschap	<ul style="list-style-type: none"> – Licht verstandelijke beperking – Fysieke beperking – Lage opleiding / weinig competenties – Chronische aandoening moeder of in gezin – Financiële problemen – Woonomgeving – Anamnese in de voorgeschiedenis of van huidige zwangerschap
Veranderbare risicofactoren Te veranderen tijdens zwangerschap	<ul style="list-style-type: none"> – Financiële situatie – Suboptimaal zorggebruik / vermijden van zorg – Voorbereiding op zwangerschap/ouderschap – Onvoldoende opvoedingsvaardigheden – Leefstijl: voeding, beweging, rookgedrag, middelengebruik – Medische factoren: medicatie, behandeling, doorverwijzing – Niet acute psychiatrische/psychische problematiek
Beschermende factoren	<ul style="list-style-type: none"> – Stabiel gezinsklimaat – Praktische en emotionele steun vanuit het sociale netwerk – Ontvangen warmte en affectie van de eigen ouder(s) – Opvoedvaardigheden – Veerkracht – Opleiding – Bereidheid om hulp te accepteren – Sociaal-emotionele vaardigheden en weerbaarheid – Probleemoplossend vermogen – Stabiele woonsituatie – Welzijn/welbevinden – Gezondheidsvaardigheden – Motivatie

EPDS-10 vragenlijst

Een veelgebruikte methode het detecteren van psychische klachten bij de ouders is de EPDS-10 (Cox et al., 1987). Dit is een vragenlijst met 10 vragen die zich richten op de mentale gesteldheid (Department of Health - Government of Australia et al., 1987). De vragenlijst gaat als volgt:

In de afgelopen 7 dagen...

1. Ik heb kunnen lachen en de zonnige kant van de dingen kunnen inzien:

- Zoveel als ik altijd kon
- Niet zo veel nu als anders
- Zeker niet zo veel nu als anders
- Helemaal niet

2. Ik heb met plezier naar dingen uitgekeken:

- Zoals altijd of meer
- Wat minder dan ik gewend was
- Absoluut minder dan ik gewend was
- Nauwelijks

3. Ik heb mij zelf onnodig verwijten gemaakt als er iets fout ging:

- Ja, heel vaak
- Ja, soms
- Niet erg vaak
- Nee, nooit

4. Ik ben bang of bezorgd geweest zonder dat er een aanleiding was:

- Nee, helemaal niet
- Nauwelijks
- Ja, soms
- Ja, zeer vaak

5. Ik reageerde schrikachtig of paniekerig zonder echt goede reden:

- Ja, tamelijk vaak
- Ja, soms
- Nee, niet vaak
- Nooit

6. De dingen groeiden me boven het hoofd:

- Ja, meestal was ik er niet tegen opgewassen
- Ja, soms was ik minder goed tegen dingen opgewassen dan anders
- Nee, meestal kon ik de dingen erg goed aan
- Nee, ik kon alles even goed aan als anders

7. Ik voelde me zo ongelukkig dat ik er bijna niet van kon slapen:

- Ja, meestal
- Ja, soms
- Niet vaak
- Helemaal niet

8. Ik voelde me somber en beroerd:

- Ja, bijna steeds
- Ja, tamelijk vaak
- Niet erg vaak
- Nee, helemaal niet

9. Ik was zo ongelukkig dat ik heb zitten huilen:

- Ja, heel vaak
- Ja, tamelijk vaak
- Alleen af en toe
- Nee, nooit

10. Ik heb eraan gedacht om mezelf iets aan te doen:

- Ja, tamelijk vaak
- Soms
- Nauwelijks
- Nooit

Gespreksverslag POP-poli Drachten

(Bron: Medewerker POP-poli Nij Smellinghe Drachten, persoonlijke communicatie, 14 mei 2024; POP-poli, z.d.)

Eén van de psychosociale ondersteuning die wordt aangeboden in Friesland is de POP-poli. Er zijn meerdere POP-poli's in Friesland, waaronder de POP-poli in ziekenhuis Nij Smellinghe in Drachten. (Aanstaande) Moeders kunnen preconceptioneel of tijdens de zwangerschap bij deze POP-poli terecht wanneer zij psychofarmaca gebruiken, een psychiatrische diagnose hebben of behandeling in het verleden, psychiatrische diagnoses in de familie hebben, middelen misbruiken, een laag IQ hebben of wanneer er een 'niet pluis'-gevoel is bij de zorgverleners. Dit worden ook wel de POP-criteria genoemd.

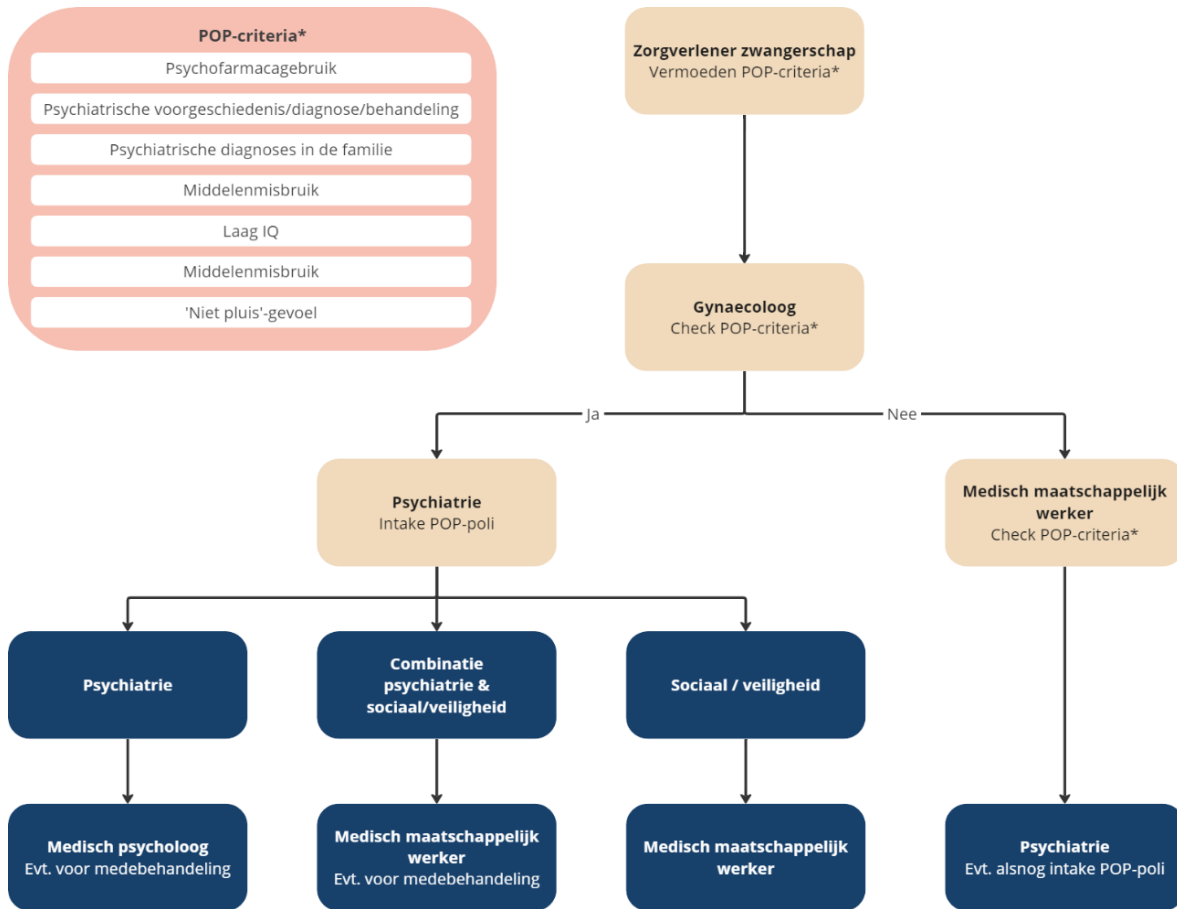
De verwijzing

Het verwijzen naar de POP-poli is vormgegeven door middel van een stroomschema/zorgpad (Figuur 23). De zorgverleners verwijzen naar de POP-poli wanneer de (aanstaande) moeder voldoet aan één van de POP-criteria. Vaak worden zij door de verloskundige doorverwezen. Wanneer is doorverwezen naar de POP-poli, zal eerst de gynaecoloog de (aanstaande) moeder op de poli ontvangen. Hier zal ook worden gekeken naar de POP-criteria waar mogelijk aan wordt voldaan. Vervolgens gaan de zorgverleners van de POP-poli overleggen welk vervoltraject het best bij de moeder past. Meestal wordt zij doorverwezen voor een intake bij de polikliniek Ziekenhuispsychiatrie. Hier wordt gekeken naar wat de (aanstaande) moeder en het (ongeboren) kind nodig hebben, en wat precies de hulpvraag is. Na het intakegesprek bij de psychiatrie, hebben de zorgverleners van de POP-poli opnieuw overleg. Uit dit overleg komt een advies voor de juiste route van ondersteuning. Deze ondersteuning kan op drie vlakken worden aangeboden, namelijk psychiatrisch (begeleid door een psychiater), sociaal/veiligheid (begeleid door een medisch maatschappelijk werker) of een combinatie van beiden.

Wanneer de (aanstaande) moeder niet voldoet aan de POP-criteria, wordt zij doorverwezen naar een medisch maatschappelijk werker. Hier wordt nog een keer gekeken naar de POP-criteria en wordt er eventueel alsnog doorverwezen naar de polikliniek Ziekenhuispsychiatrie.

De verwijzingen naar de POP-poli vinden zowel plaats wanneer de aanstaande moeder al zwanger is, maar kan dus ook tijdens de preconceptie. Dit is bijvoorbeeld in een situatie waar een vrouw met een

kinderwens medicijnen gebruikt, zoals psychofarmaca. Deze medicijnen zouden mogelijk een effect kunnen hebben op de eventuele zwangerschap en de ontwikkeling van het kind. De POP-poli kan de mogelijk aanstaande moeder begeleiden en advies geven over het gebruik van de medicijnen. De vrouw wordt dan door de eigen behandelaar, zoals bijvoorbeeld huisarts of psychiater, doorverwezen naar de POP-poli.



Figuur 23 – Stroomschema doorverwijzing POP-poli Nij Smellinghe Drachten.

De ondersteuning

De zorg die wordt aangeboden door de POP-poli is voor geen enkele (aanstaande) moeder hetzelfde. Iedereen is anders en heeft ook andere behoeften. Voor sommige moeders is een gesprek over de zorgen of situatie al genoeg. Anderen zijn meer gebaat bij intensievere zorg en begeleiding. Omdat de zorg voor elke moeder anders is, wordt er erg nauw samengewerkt door alle medewerkers van de POP-poli en de

zorgverleners buiten de poli om, zoals de verloskundige. Of een al betrokken psychiater. Vanuit de POP-poli kan er ondersteuning geboden worden door de verloskundige en gynaecoloog in het ziekenhuis, de ziekenhuispsychiater, de verpleegkundig specialist Ziekenhuispsychiatrie, de medisch psycholoog, de kinderarts en een medisch maatschappelijk werker.

Wanneer een (aanstaande) moeder bijvoorbeeld last heeft van angsten of een trauma van een eerdere bevalling, dan wordt zij vaak doorverwezen naar een medisch psycholoog. Hier kunnen kortdurende cognitieve gedragstherapieën en EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) worden aangeboden om deze angsten en trauma te verwerken.

Als er meer sociale problemen aanwezig zijn, dan kan er bij een medisch maatschappelijk werker de psychosociale situatie in kaart worden gebracht. Hier wordt gekeken naar de problemen die de (aanstaande) moeder ervaart, hoe hiermee om wordt gegaan en of er hulp in de omgeving aanwezig is. Wanneer het nodig is kan de medisch maatschappelijk werker begeleiding bieden of fungeren als contactpersoon tussen zorgverlening buiten het ziekenhuis en de zorgverleners binnen het ziekenhuis.

Voor het bieden van extra ondersteuning voor (aanstaande) moeders die dit wel nodig hebben, worden zij vaak doorverwezen vanuit de POP-poli naar ondersteuning buiten het ziekenhuis. Deze ondersteuning, die buiten de POP-poli worden aangeboden, zijn bijvoorbeeld intensievere psychische zorg vanuit GGZ Friesland, thuiszorg, kraamzorg of begeleiding vanuit Stevig Ouderschap. Wanneer een (aanstaande) moeder bijvoorbeeld intensievere psychische zorg nodig heeft naast de zorg die wordt aangeboden vanuit de medisch psycholoog binnen de POP-poli, of behoefte heeft aan een intensieve behandeling thuis (IHT), dan kan de (aanstaande) moeder worden doorverwezen naar GGZ Friesland. Vaak worden extra ondersteuning al opgestart vanuit de verloskundige of eigen psychiater, maar het kan ook zijn dat de zorgverleners van de POP-poli dit doen.

Vanuit de POP-poli is er veel contact en samenwerking met de directe zorgverleners van de moeder en de zorgverleners van de externe ondersteuning die de (aanstaande) moeders krijgen aangeboden. Voor het doorverwijzen naar externe ondersteuning en criteria die horen bij deze ondersteuning, is geen stroomschema, zorgpad of sociale kaart aanwezig. Door het uitgebreide, maar ook wisselende aanbod van ondersteuning, is het niet mogelijk om een concreet zorgpad vorm te geven. De korte lijntjes en

de expertise van de zorgverleners zorgen ervoor dat de juiste zorg terecht komt bij de (aanstaande) moeders.

Als de (aanstaande) moeder, in samenspraak met de POP-poli, tot de conclusie komt geen behoefte te hebben aan extra ondersteuning en begeleiding, dan zal er op dat moment ook geen extra zorg worden ingezet, tenzij dit echt nodig is. Als blijkt dat de (aanstaande) moeder later in de zwangerschap of tot 3 maanden na de bevalling toch extra ondersteuning zou willen ontvangen, dan kan dit later altijd nog worden geregeld vanuit de POP-poli. Zij kan bij behoefte aan hulp contact opnemen met de POP-poli.

Of de (aanstaande) moeder nu kiest voor het wel of niet aangaan van een POP-behandeling, er is een vast ontmoetingsmoment voor en na de bevalling waar de psychiater kan peilen hoe het met de (aanstaande) moeder gaat. Ook kan de (aanstaande) moeder aangeven of zij nog iets nodig heeft. Als de zij verder geen hulp meer nodig heeft, ook na de bevalling, dan wordt de behandeling verder afgesloten.

Hoewel de zorg vanuit de POP-poli specifiek bedoeld is voor de moeder, wordt er ook gekeken naar hoe het gaat met de partner en de relatie tussen beide. Bij voorkeur wordt de partner ook meegenomen naar de gesprekken met de zorgverleners binnen de POP-poli. Wanneer nodig kan de POP-poli de partner adviseren om naar de huisarts te gaan met (psychische) klachten, maar zij zullen zelf geen zorg of ondersteuning bieden aan de partner. Wel kan de POP-poli de zwangere advies geven over hoe zij om kunnen gaan met hun partner als klachten zich voor doen.

De evaluatie

Vanuit de ziekenhuispsychiatrie wordt moeders gevraagd hoe tevreden zij zijn met de zorg; ook wel het patiënttevredenheidsonderzoek genoemd. Vanuit dit onderzoek laten de moeders voor zover weten dat zij de POP-poli en de aangeboden hulp als heel positief hebben ervaren. Een onderzoek waarin direct wordt gevraagd aan de moeders hoe zij de POP-poli en ondersteuning hebben ervaren is op dit moment niet aanwezig in Drachten.

Gespreksverslag GGD Hart voor Brabant

(Bron: M. Slenter, persoonlijke communicatie, 16 mei 2024)

Als onderdeel van het landelijke project 'Depressiepreventie bij aanstaande en pas bevallen moeders' loopt op dit moment een programma rondom psychosociale zorg voor (aanstaande) ouders binnen het gebied van GGD Hart voor Brabant (Trimbos instituut, 2022b). In dit gebied worden twee preventieve interventies aangeboden aan (aanstaande) ouders, namelijk Mama's@Home en MamaKits. Deze preventieve interventies, samen met de andere vormen van ondersteuning die binnen dit programma worden aangeboden, zijn vooral gericht op ouders bij wie het na de komst van een kindje niet zo goed gaat. Om te voorkomen dat de klachten bij deze ouders erger worden, of zich zelfs ontwikkelen tot een postpartum depressie, heeft GGD Hart voor Brabant zich als pilotorganisatie ingezet voor het programma 'Waar is de roze wolk'.

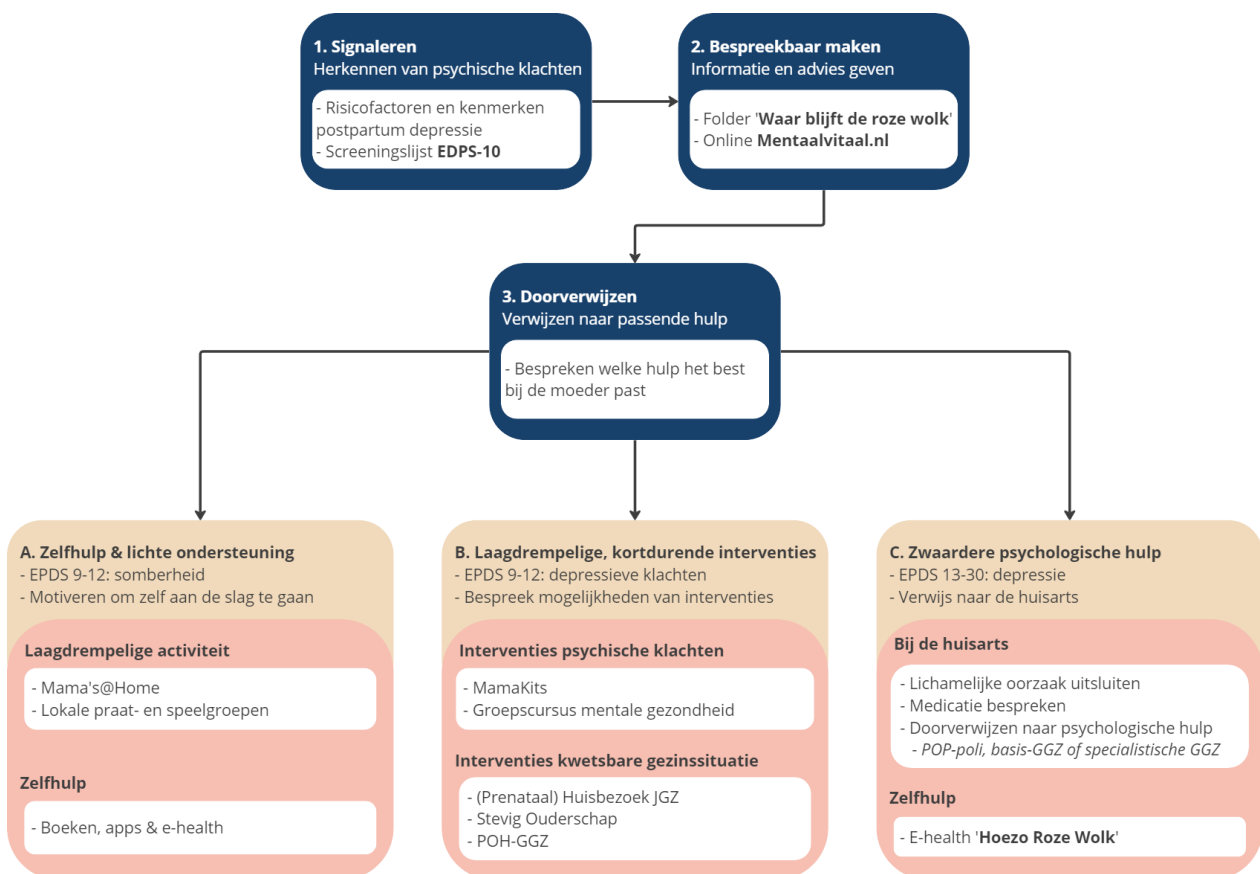
De verwijzing

Bij GGD Hart voor Brabant wordt er gebruik gemaakt van verschillende screenings- en signaleringsmethoden en -momenten (GGD GHOR Nederland, z.d.). De meest gebruikte methode in de regio voor het detecteren van psychische klachten bij de ouders is de EPDS-10 (zie Appendix – EPDS-10 vragenlijst) (Cox et al., 1987). Dit is een vragenlijst met 10 vragen die zich richten op de mentale gesteldheid. Deze vragenlijst is bedoeld voor zowel de moeder als de partner, is beschikbaar in het Nederlands, Arabisch, Mandarijn, Engels, Spaans en Turks en wordt op drie verschillende momenten ingevuld op het consultatiebureau, namelijk tijdens de vier weken, acht weken en drie maanden afspraak. Naast het invullen op het consultatiebureau, kan deze vragenlijst ook online worden ingevuld. Op basis van het gesprek met de jeugdverpleegkundige dat volgt naar aanleiding van de antwoorden op de vragenlijst, wordt samen met de ouder gekeken naar een passende ondersteuning.

Naast de EPDS-10 vragenlijst op het consultatiebureau, wordt er ook op andere momenten gesignaleerd. Bij de verloskundigenpraktijken worden risico- en krachtinventarisaties gedaan tijdens de intake, door middel van een vragenlijst (Wulffraat et al., 2019). Hieruit kan blijken dat een ouder een hoger risico loopt op psychische klachten tijdens of na de zwangerschap. Ook wordt er tijdens de intake van de kraamzorg en het huisbezoek gelet op mogelijke klachten. Wanneer ouders zelf merken dat zij last hebben van klachten, kunnen zij dit aangeven bij de zorgverlener die betrokken is rondom de

zwangerschap. Vanaf het moment dat psychische klachten bij de ouder in beeld zijn bij de zorgverlener, kan deze verwijzen naar passende ondersteuning.

Voor het verwijzen van de (aanstaande) moeders naar de passende ondersteuning, is een zorgpad beschikbaar (Figuur 24) (Trimbos instituut, 2022a). Na het signaleren van psychische klachten is de volgende stap om deze klachten bespreekbaar te maken met de moeder. Tijdens dit gesprek kan de zorgverlener advies en informatie geven over psychische klachten en wat de moeder kan doen om zich beter te voelen. De informatie over postpartum depressie en wat hiertegen kan worden gedaan, kunnen moeders zelf teruglezen op de website van Mentaal vitaal en in de folder 'Waar is de roze wolk?' (Mentaal vitaal, z.d.; GGD Hart voor Brabant, 2021). Hierna verwijst de zorgverlener de moeder naar passende hulp.



Figuur 24 - Vereenvoudigd zorgpad preventie van postpartum depressie in Tilburg (Trimbos instituut, 2022).

De ondersteuning

Wanneer de moeder last heeft van lichte psychische klachten en somberheid, met een EPDS-10 score van 9-12, kan zij worden verwezen naar lokale laagdrempelige activiteiten en zelfhulpopties (Trimbos instituut, 2022a). Tijdens het verwijzen, zal de moeder worden gemotiveerd om zelf aan de slag te gaan met de psychische klachten. Onder lokale, laagdrempelige activiteiten vallen praat- en speelgroepen voor (aanstaande) ouders en hun kinderen, waar zij elkaar kunnen ontmoeten en verhalen over het (aankomend) ouderschap kunnen delen. Een andere laagdrempelige activiteit is de online community 'Mama's@Home', georganiseerd door GGD Hart voor Brabant in samenwerking met de zorgorganisatie Fam (Fam, 2023). Deze ondersteuning biedt 3 onlinebijeenkomsten waar pas bevallen moeders samen kunnen komen om hun ervaringen te delen en om elkaar te helpen. De bijeenkomsten worden begeleid door verschillende zorgprofessionals binnen de geboortezorg en zijn volledig gratis voor de moeders die willen aansluiten.

Als een moeder last heeft van lichte/milde psychische en depressieve klachten, met een EPDS-10 score van 9-12, dan zullen laagdrempelige en kortdurende interventies worden aangeboden (Trimbos instituut, 2022a). Het aanbieden zal gebeuren nadat de zorgverlener de verschillende interventie mogelijkheden heeft besproken met de moeder. Twee interventies voor (aanstaande) moeders met deze klachten zijn groeps cursussen voor het bevorderen van de mentale gezondheid en MamaKits. Bij MamaKits worden er één tot drie gratis individuele gesprekken met een medewerker van GGD Hart voor Brabant aangeboden aan de ouder. De medewerkers zijn specifiek getraind voor deze ondersteuning door MamaKits GGZInGeest, en tijdens de gesprekken bespreken zij met de ouders hoe zij zich voelen en waar zij mee zitten (Trimbos instituut, 2022b; GGD GHOR Nederland, z.d.). Het eerste gesprek zal gaan over de ouder en het gezinssysteem. Tijdens het tweede gesprek wordt gevraagd of de partner ook wil aansluiten. Hoewel de naam misschien anders doet vermoeden, mogen ook partners individuele gesprekken aanvragen bij MamaKits.

Wanneer blijkt dat een moeder intensievere ondersteuning nodig heeft, omdat zij ernstige psychische en depressieve klachten heeft, met een EPDS-10 score van 13-30, kan de zorgverlener haar verwijzen naar de huisarts (Trimbos instituut, 2022a). Bij de huisarts zal dan eerst een onderzoek worden gedaan om lichamelijke oorzaken, zoals ijzertekort, schildklierafwijkingen en hormonale disbalans, uit te sluiten. Mogelijk zou ook medicatie kunnen worden besproken die een effect heeft op de

gemoedstoestand. Wanneer nodig kan de huisarts besluiten om de moeder door te verwijzen naar psychologische hulp. In het zorgpad worden de soorten psychologische hulp onderverdeeld in 3 groepen; de POP-poli, generalistische Basis GGZ en specialistische GGZ. Specialistische GGZ kan verder worden opgesplitst in de takken Medisch Psychiatische Unit, Baby KOPP en Sterk Huis, waar intensieve psychologische hulp wordt aangeboden. Naast het verwijzen naar de huisarts wordt de moeder ook geadviseerd de e-health cursus 'Hoezo Roze Wolk' te volgen, waar zij leert om te gaan met depressieve klachten en hoe zij kan werken aan het contact met haar kind (Minddistrict, z.d.).

Naast deze vormen van ondersteuning, beschreven in het zorgpad, worden ook andere (intensieve) ondersteuning in de regio aangeboden, zoals Stevig Ouderschap en Baby Blij. Een zorgverlener van het consultatiebureau zou hiernaar kunnen verwijzen. Deze ondersteuning en de eerder benoemde ondersteuning en interventies kunnen ook in combinatie met elkaar worden aanbevolen aan en gevolgd door de ouders.

Om ervoor te zorgen dat de juiste zorg op de juiste plek komt, zijn er veel korte lijnen tussen de zorgverleners van de consultatiebureaus en de psychologenpraktijken en POP-poli's in de regio. Er wordt dan ook vaak contact met elkaar opgenomen om twijfels over (aanstaande) ouders te bespreken.

De evaluatie

De EPDS-10 vragenlijst die wordt ingezet op de consultatiebureaus lijkt goed te werken; psychische klachten worden vaker gesignaleerd. Echter, ondanks dat de lijst veel wordt ingevuld, wordt hij vaker ingevuld door de moeder dan de partner. Hiermee wordt een grote groep ouders niet bereikt.

Bij Mama's@Home en MamaKits worden evaluatieformulieren verstuurd om de ervaring van ouders mee te nemen in het verbeteren van de ondersteuning. Uit deze evaluatieformulieren is naar voren gekomen dat (aanstaande) ouders de interventies overwegend positief ervaren. Wel wordt gezien dat de (aanstaande) ouders die zich aanmelden voor de ondersteuning vaak een hogere opleiding hebben en over het algemeen meer van controle houden.

Mama's@Home is een preventieve interventie specifiek voor pas bevallen moeders. MamaKits is daarentegen een interventie voor beide (aanstaande) ouders. (Aanstaande) moeders kunnen gelukkig

de weg naar MamaKits goed vinden, maar de partner heeft daar meer moeite mee. Mogelijk komt dit door de naam van de interventie. Het is lastig om de naam nu aan te passen, omdat deze al naamsbekendheid heeft opgebouwd.

Omdat het preventieve interventie programma, ingezet door GGD Hart voor Brabant, en het landelijke project 'Depressiepreventie bij aanstaande en pas bevallen moeders', op dit moment goed loopt, is er een gratis toolkit beschikbaar (Trimbos instituut, 2022a). In deze toolkit zitten alle instrumenten en informatie voor (zorg) professionals die gebruikt kunnen worden voor het inzetten van depressiepreventie van (aanstaande) ouders in eigen regio.

PREM vragenlijst

De PREM vragenlijst is een meetmethode waarmee de patiëntervaringen kunnen worden gemeten, en kan dus een goed hulpmiddel zijn om de zorg te evalueren en waar nodig te herformuleren (Zorginstituut Nederland, 2019). Deze vragenlijsten worden gebruikt in meerdere soorten gezondheidszorg, waaronder de geboortezorg (CPZ, z.d.). Binnen de geboortezorg zijn er 14 gestructureerde vragen opgesteld die de patiëntervaring weergeven (Zorginstituut Nederland, 2022).

De algemene vragenlijst gaat als volgt:

1. Luisterden de zorgverleners goed naar je?
2. Hadden de zorgverleners genoeg aandacht voor jou / jouw kind?
3. Kreeg je genoeg informatie om je te helpen keuzes te maken? (zoals voordelen en nadelen)
4. Vroegen de zorgverleners om jouw toestemming voordat er een onderzoek of (be)handeling werd uitgevoerd bij jou / jouw kind?
5. Bepaalde je samen met de zorgverleners welke zorg en behandeling jij en jouw kind kregen? Onvoldoende -> waarom?
6. Hielden de zorgverleners rekening met jouw keuzes?
7. Wisten al je zorgverleners genoeg van jouw situatie / de situatie van jouw kind? Tussen welke zorgverleners kan de informatie beter?
8. Kon je partner (of ander persoon dichtbij) meedenken en meepraten over de zorg die jullie kregen?
9. Kon je jouw zorg of angsten bespreken met de zorgverleners?
10. Had je vertrouwen in je zorgverleners?
11. Vind je dat jouw kind is behandeld na de geboorte?
12. Denk je dat jij en jouw kind goede zorg hebben ontvangen tijdens de zwangerschap, bevalling en kraamtijd? En waarom?
13. Hoe heb je jouw zwangerschap, bevalling en kraamtijd ervaren?
14. Heb je nog complimenten of tips voor verbetering van onze zorg

Vragenlijst (aanstaande) ouders

‘Ons nieuwe leven’

Deze vragenlijst is onderdeel van een stageonderzoeksproject vanuit de Friese Preventieaanpak (FPA) thema geboortezorg. Het doel van de vragenlijst is om een beter beeld te krijgen van de ervaringen van (aanstaande) ouders met de ondersteuning vanuit de huidige geboortezorg in Friesland. De vragen zullen zich dan ook richten op jouw persoonlijke ervaringen met de geboortezorg.

De vragenlijst is volledig anoniem en kan zowel worden ingevuld door de (aanstaande) moeder als de partner, bij voorkeur door beiden, maar het liefst apart van elkaar. Ook kunnen de vragen worden ingevuld door aanstaande ouders of door ouders die al een kindje hebben jonger dan twee jaar. Met het invullen van deze vragenlijst help je mee met het verbeteren van de geboortezorg in Friesland.

Heb je behoefte aan extra ondersteuning tijdens of na de zwangerschap? Neem dan contact op met de jeugdverpleegkundige/consultatiebureau (cb) van GGD Fryslân door te bellen met 088 22 99 444. Kijk [hier](#) (GGD Fryslân, z.d.-d) wat GGD Fryslân je kan bieden als (aanstaande)ouder.

Achtergrond vragen

1. Wie heeft de vragenlijst ingevuld?

- Opties:
 - Aanstaande moeder
 - Aanstaande partner
 - Moeder
 - Partner

2. Wat is je leeftijd?

- Opties:
 - Jonger dan 18 jaar
 - 18-23 jaar
 - 24-29 jaar
 - 30-35 jaar
 - 36-41 jaar
 - 41-46 jaar
 - Ouder dan 46 jaar

3. Ik ben zwanger en...

- Opties:
 - Ik heb een partner
 - Ik heb geen partner
 - Niet van toepassing

4. Wat is de samenstelling van je huishouden?

- Opties:
 - Samen met een partner
 - Alleenstaand
 - Co-ouderschap
 - **Anders, namelijk ...**
 - Open invulling

5. Hoeveel kinderen heb jij?

- Opties:
 - Dit wordt mijn eerste kindje
 - 1 kindje
 - 2 kinderen
 - 3 kinderen
 - 4 kinderen
 - Meer dan 4 kinderen

6. In welke gemeente woon je?

- Opties: uittrek scherm met alle Friese gemeenten

Ervaringen

Dit onderdeel van de vragenlijst gaat hoe jij de zorg hebt ervaren in de periode rondom de geboorte van jouw kindje.

1. Hoe heb je de volgende periode ervaren?

- De zwangerschap
- De bevalling -> optie n.v.t.
- De kraamtijd -> optie n.v.t.
 - 3x vraag op schaal
 - Heel erg positief -> Heel erg negatief
 - 3x open invulling
 - **Kun je vertellen waarom je dit vindt?**

2. Hebben jij en jouw kind goede zorg ontvangen in de volgende periode?

- De zwangerschap
- De bevalling -> optie n.v.t.

- De kraamtijd -> optie n.v.t.
- 3x vraag op schaal
 - Ja, heel tevreden -> Nee, heel ontevreden
- 3x open invulling
 - **Kun je vertellen waarom je dit vindt?**

Samenwerken

Vaak heb je tijdens de periode rondom de zwangerschap te maken met veel verschillende zorgverleners. De volgende vragen gaan over jouw ervaringen met de samenwerkingen tussen de zorgverleners.

3. Wisten al je zorgverleners genoeg van jouw situatie / de situatie van jouw kind?

- vraag op schaal
 - Ja, helemaal -> Nee, helemaal niet

4. Tussen welke zorgverleners kan het contact beter? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Opties:
 - Jeugdverpleegkundige/consultatiebureau en verloskundige
 - Verloskundigen
 - Verloskundige(n) en ziekenhuis
 - Zorgverleners in het ziekenhuis
 - Bij de kinderarts(en)
 - Jeugdverpleegkundige/consultatiebureau en kinderarts(en)
 - Ziekenhuis en kraamzorg
 - Kraamverzorgenden
 - Kraamzorg en jeugdverpleegkundige/consultatiebureau
 - Kraamzorg en verloskundige(n)
 - Niet van toepassing
 - anders, **namelijk ...**
 - open invulling

5. Luister(d)en de zorgverleners goed naar je?

- Verloskundige
- Kraamverzorgende
- Zorgverlener ziekenhuis
- JGZ / consultatiebureau
 - 4x vraag op schaal
 - Ja, heel tevreden -> Nee, heel ontevreden
- Open invulling
 - **Kun je vertellen waarom je dit vindt?**

Verwachtingen

6. De komst van een kindje kan veel zorgen met zich meebrengen. **Kan/kon je jouw zorgen of angsten bespreken met de zorgverleners?**
 - vraag op schaal
 - Ja, heel tevreden -> Nee, heel ontevreden
 - Open invulling
 - **Kun je vertellen waarom je dit vindt?**

7. Meestal is er een bepaalde verwachting van de dingen die gaan gebeuren tijdens of na de zwangerschap. **Gaat/ging de komst van een kindje zoals je had verwacht?**
 - Zwangerschap
 - Bevalling -> optie n.v.t.
 - Kraamtijd -> optie n.v.t.
 - Opvoeding -> optie n.v.t.
 - 4x vraag op schaal
 - Ja, helemaal -> Nee, helemaal niet
 - open invulling
 - **Wat zou je achteraf anders hebben gewild?**

Ondersteuning

Tijdens en na de zwangerschap kan je extra hulp ontvangen die je helpen voorbereiden op de komst van een kindje. De volgende vragen gaan over deze ondersteuning.

8. **Heb je ondersteuning ontvangen in de periode rondom de zwangerschap.** Denk bij ondersteuning aan een praatgroep, zwangerschapscursus, huisbezoek tijdens de zwangerschap, CenteringZwangerschap, Stevig Ouderschap en Voorzorg.
 - Nee
 - Ja, **namelijk ...**
 - open invulling

9. **Wil/had je graag extra ondersteuning willen ontvangen (boven op je al ontvangen ondersteuning)?** Denk bij extra ondersteuning aan een praatgroep, zwangerschapscursus, huisbezoek tijdens de zwangerschap, CenteringZwangerschap, Stevig Ouderschap en Voorzorg.
 - Nee
 - Ja, **namelijk...**
 - open invulling

10. **Is er genoeg informatie over ondersteuning beschikbaar en weet je waar je dit kan vinden?** Denk bij ondersteuning aan een praatgroep, zwangerschapscursus, huisbezoek tijdens de zwangerschap, CenteringZwangerschap, Stevig Ouderschap en Voorzorg.
 - vraag op schaal

- Ja, helemaal -> Nee, helemaal niet
- **Kan je vertellen waarom je dit vindt?**
- Open invulling

Psychosociale ondersteuning

Doordat de komst van een kindje kan veel zorgen met zich mee kan brengen, hebben veel ouders baat bij wat mentale ondersteuning. Dit wordt ook wel psychosociale ondersteuning genoemd. De volgende vragen gaan over deze ondersteuning.

11. **Wordt/werd psychosociale ondersteuning goed aangeboden tijdens en na de zwangerschap en voelde dit laagdrempelig genoeg?** Denk bij psychosociale ondersteuning aan een gesprek over zorgen met de verloskundige / huisarts / gynaecoloog, een medisch maatschappelijk werker, een POH-GGZ en de POP poli.

- vraag op schaal
- Ja, helemaal -> Nee, helemaal niet
- optie -> n.v.t.

12. **Heb/had je in de periode rondom de zwangerschap behoefte aan psychosociale ondersteuning?** Denk bij psychosociale ondersteuning aan een gesprek over zorgen met de verloskundige / huisarts / gynaecoloog, een medisch maatschappelijk werker, een POH-GGZ en de POP poli.

- Nee
- Ja, **namelijk...**
- open invulling

13. **Heb je tijdens of na de zwangerschap psychosociale ondersteuning ontvangen? (meerdere antwoorden mogelijk)** Denk bij psychosociale ondersteuning aan een gesprek over zorgen met de verloskundige / huisarts / gynaecoloog, een medisch maatschappelijk werker, een POH-GGZ en de POP poli.

- Opties:
 - Nee
 - Gesprek met verloskundige / huisarts / gynaecoloog
 - Gesprek met een ervaringsdeskundige
 - Gesprek met een maatschappelijke werker
 - Gesprek met Praktijk Ondersteuner Huisarts Geestelijke Gezondheidszorg (POH-GGZ)
 - Basis-GGZ / psycholoog
 - Gespecialiseerde GGZ / psycholoog
 - Zelfhulp via internet
 - **Anders, namelijk...**
 - open invulling

14. Als je psychosociale ondersteuning hebt ontvangen -> **Hoe ben je bij deze hulp terecht?**

- Opties:
 - Zelf aangemeld
 - Gezien op flyer / poster / internet
 - Doorverwijzing verloskundige / huisarts
 - **Anders, namelijk...**
 - open invulling

15. Als je psychosociale ondersteuning hebt ontvangen -> Hoe heb je de psychosociale ondersteuning ervaren?

- op schaal
 - Heel erg positief -> Heel erg negatief
- open invulling
 - **Kun je vertellen waarom je dit vindt?**

16. Heb je voorafgaand aan de zwangerschap al psychosociale ondersteuning ontvangen?

Denk bij psychosociale ondersteuning aan hulp van een medisch maatschappelijk werker, een POH-GGZ of een psycholoog.

- Ja
- Nee

17. Heb je nog complimenten of tips voor verbetering van de geboortezorg?

- open invulling

Poster/flyer vragenlijst

Voor het verspreiden van de online vragenlijst, is de volgende poster/flyer opgehangen en uitgedeeld op verschillende locaties in Friesland.



Friese Preventie Aanpak

Denk je mee?

Help mee met het verbeteren van de geboortezorg in Friesland.

Ben jij of is jouw partner zwanger, of heb jij een kindje jonger dan 2 jaar? **Dan vragen wij jou om jouw ervaringen met de zorg rondom de komst van een kindje met ons te delen via onze vragenlijst.**

Deze vragenlijst is onderdeel van een stageproject vanuit de Friese Preventieaanpak (FPA) en heeft als doel om een beter beeld te krijgen van de ervaringen van (aanstaande) ouders met de ondersteuning vanuit de huidige geboortezorg in Friesland.

Alvast bedankt!

Online vragenlijst (10 min):



<https://nl.surveymonkey.com/r/onsnieuweleven>

Figuur 25 – Poster/flyer voor het verspreiden van de vragenlijst op locaties binnen Friesland