

Digitale voorlichting *Een kindje krijgen*

Werkblad beschrijving interventie

Gebruik de HANDLEIDING bij dit werkblad

Werkblad erkenningscommissie, versie mei 2015

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstututen:



Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam organisatie: Stichting Babywerk

Postadres:

E-mail: s.nossent@babywerk.nl

Telefoon: 06-34973784

Website (van de interventie): www.eenkindjekrijgen.nl

Website (over de interventie): www.babywerk.nl/een-kindje-krijgen/

Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam : Sylvia Nossent

E-mail : s.nossent@babywerk.nl

Telefoon : 06-34973784

Referentie in verband met publicatie

Naam auteur interventiebeschrijving: Denise Meijer - Gezinspedagoog

Titel interventie: Digitale voorlichting *Een kindje krijgen*

Databank(en):

Plaats, instituut:

Datum: 16 januari 2019

Het werkblad is een invulformulier voor het maken van een interventiebeschrijving, geordend naar onderwerp (doelgroep, doel, enzovoort). De onderwerpen volgen de criteria voor beoordeling. De interventiebeschrijving is een samenvatting van de beschikbare schriftelijke informatie over de interventie voor de bezoeker van de databanken effectieve interventies en voor de erkenningscommissie interventies. De informatie is van belang voor de beoordeling van de kwaliteit, effectiviteit en randvoorwaarden van de interventie.

Dit werkblad wordt na erkenning, inclusief contactgegevens gepubliceerd op Loketgezondleven.nl en in indien relevant ook in de databases van onze samenwerkingspartners.

[Kijk bij het invullen in de handleiding die bij dit werkblad hoort.](#)

Inhoud

Colofon	2
Inhoud	3
Samenvatting	4
<i>Korte samenvatting van de interventie</i>	4
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal	4
Onderbouwing	4
Onderzoek	5
1. Uitgebreide beschrijving	6
Beschrijving interventie	6
1.1 Doelgroep	6
1.2 Doel	8
1.3 Aanpak	9
2. Uitvoering	12
3. Onderbouwing	16
4. Onderzoek	22
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	22
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	26
5. Samenvatting Werkzame elementen	27
6. Aangehaalde literatuur	28
7. Praktijkvoorbeeld	32

Samenvatting

Eén A-4tje, max 600 woorden

Korte samenvatting van de interventie – max 150 woorden

Een kindje krijgen is een digitale voorlichting bestaande uit 5 afleveringen van 45-60 minuten met wisselende thema's die in verschillende perioden voor, tijdens en na de zwangerschap relevant zijn om te bekijken. Elke aflevering begint met gespeelde soapachtige scènes waarin een vraag of probleem aan de orde komt. Daarna volgen informatieve filmpjes waarin mondelinge informatie gegeven door een professional ondersteund wordt door beeldmateriaal en waarin ouders op verschillende momenten geactiveerd worden door hen (meerkeuze) vragen te stellen. Na de informatieve filmpjes zijn er keuzeonderdelen, bijvoorbeeld het doen van een oefening, het invullen van vragen of luisteren naar ervaringen van andere ouders.

Een kindje krijgen is qua inhoud en actieve onderdelen gebaseerd op de cursus *Zwanger, Bevallend, een Kind* (ZBK) voor aanstaande ouders. De cursus ZBK bestaat uit groepsbijeenkomsten en is in zijn vorm alleen geschikt voor ouders die de Nederlandse taal zowel mondeling als schriftelijk vrij goed beheersen. Om ook kwetsbare laagopgeleide en laaggeletterde ouders te includeren, is de cursus ZBK doorontwikkeld tot de visuele digitale voorlichting *Een kindje krijgen*.

Doelgroep – max 50 woorden

Een kindje krijgen richt zich op (aanstaande) ouders en hun (ongeboren) kinderen. De doelgroep bestaat in principe uit alle ouders, maar is ontwikkeld vanuit het perspectief dat deze ook door kwetsbare laagopgeleide en laaggeletterde ouders te volgen moet zijn.

Doel – max 50 woorden

Een kindje krijgen stimuleert een gezonde ontwikkeling van het (ongeboren) kind, door bij ouders prenatale stress en angst weg te nemen en door de parenting self-efficacy, sociale steun en gezondheidsvaardigheden te stimuleren.

Aanpak – max 50 woorden

Een kindje krijgen is een digitale voorlichting bestaande uit 5 afleveringen van 45-60 minuten met wisselende thema's (gezond leven, omgaan met stress, moeder en vader worden, contact met je baby, de bevalling) die in verschillende perioden voor, tijdens en na de zwangerschap relevant zijn om te bekijken.

Materiaal – max 50 woorden

Voor de uitvoering zijn de 5 afleveringen van *Een kindje krijgen* beschikbaar. Daarnaast zijn er verschillende materialen beschikbaar voor de werving en registratie (o.a. website en digitale uitgiftetool) en evaluatie (anonieme online waardering door deelnemers en anonieme gegevens over het kijkgedrag van ouders d.m.v. clickstreams).

Onderbouwing – max 150 woorden

Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.

Veranderingen tijdens de zwangerschap kunnen bij alle aanstaande ouders tot fysieke (o.a. slaapgebrek), psychische (o.a. stress en angst) en psychosociale (o.a. conflicten) problemen leiden die direct en indirect (via prenatale gehechtheid en parenting self-efficacy) van negatieve invloed kunnen zijn op het (ongeboren) kind. Laagopgeleide en laaggeletterde aanstaande ouders hebben te maken met extra risicofactoren, zoals een lage sociaaleconomische status en beperkte gezondheidsvaardigheden. Laag opgeleide en laaggeletterde aanstaande ouders gaan daardoor niet actief op zoek naar informatie of hulp, zien geen verband tussen (on)gezond gedrag en de uitkomsten van de zwangerschap, en hebben vaker te maken met risicofactoren als psychosociale stress, roken tijdens de zwangerschap en overgewicht.

Door bij ouders realistische verwachtingen te scheppen over de bevalling en het ouderschap en door de parenting self-efficacy, sociale steun en gezondheidsvaardigheden te stimuleren, wordt bijgedragen aan een gezonde ontwikkeling van het (ongeboren) kind. *Een kindje krijgen* pakt deze factoren o.a. aan door ouders (interactief) te informeren en bewustwording, vaardigheden, eigen effectiviteit en sociale steun te stimuleren. Deze aanpak is gebaseerd op de self-efficacy theorie van Bandura (1997) en het I-Change model van De Vries et al. (2004).

Onderzoek – max 100 woorden

In 2014 is een eerste aflevering *Omgaan met stress* geëvalueerd met kwetsbare ouders en met deskundigen die met de doelgroep werken. In 2016 is met name het bereik van de doelgroep met afleveringen *Omgaan met stress*, *De bevalling*, en *Contact met je baby* geëvalueerd onder verloskundigen als intermediaire doelgroep. In 2018 is onderzocht of 'gewone, doorsnee' ouders wat aan de aflevering *Contact met je baby* hebben en zo ja: wat. Tot slot is in 2018 een kwalitatief onderzoek uitgevoerd waarmee de tevredenheid van de ambassadeurs, het verloop van het proces en de succes- en faalfactoren van *Een kindje krijgen* zijn onderzocht. De digitale voorlichting is op basis van de uitkomsten aangepast (zie hoofdstuk 4).

1. Uitgebreide beschrijving

Beschrijving interventie

Het werkblad is ook geschikt voor een samenvattende beschrijving van complexe of samengestelde interventies. Dit zijn interventies die uit twee of meer afzonderlijke onderdelen bestaan. Denk aan interventies met aparte onderdelen voor verschillende doelgroepen, zoals een leefstijlinterventie die zowel gericht is op de community als op de school als op de individuele docent. Of aan interventies met verschillende modules die bij een doelgroep 'op maat' worden toegepast.

Naarmate er meer onderdelen zijn is het aan te bevelen de structuur visueel weer te geven in een schema. Dit geldt met name voor de subdoelen en voor de aanpak van de interventie. Zie ook de aanwijzingen in de handleiding.

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep – max 100 woorden

Wat is de uiteindelijke doelgroep van de interventie?

Babywerk gaat ervan uit dat alle (aanstaande) ouders, vanwege de ingrijpende veranderingen tijdens de perinatale periode, baat kunnen hebben bij de digitale voorlichting. *Een kindje krijgen* richt zich daarom op alle (aanstaande) ouders¹ en hun (ongeboren) kinderen².

Wel beoogt Babywerk met de interventie met name ook kwetsbare (aanstaande) ouders te bereiken. Denk hierbij aan licht verstandelijk beperkte (LVB) ouders, jonge ouders, laagopgeleide en laaggeletterde ouders. Bij de ontwikkeling van *Een kindje krijgen* is specifiek rekening gehouden met laag opgeleide en laaggeletterde ouders.

Intermediaire doelgroep – max 100 woorden

Zijn er intermediaire doelgroepen? Zo ja, welke?

De intermediaire doelgroep bestaat uit ambassadeurs die direct met de doelgroep in contact staan. Dit kunnen professionals zijn zoals psychiatrisch verpleegkundigen of maatschappelijk werkers op POP poli's, begeleiders van LVB ouders, sociale wijkteams, verloskundigen, kraamverzorgenden, jeugdverpleegkundigen, schuldhulpverleners en ambulante medewerkers. Maar ook vrijwilligers of sleutelfiguren in een wijk kunnen optreden als ambassadeur. De ambassadeurs verspreiden de digitale voorlichting onder de einddoelgroep en gaan met hen in gesprek over de voorlichting en over de onderwerpen die daarin aan bod komen. De ambassadeurs kunnen de digitale voorlichting ook samen met ouders bekijken.

Selectie van doelgroepen – max 250 woorden

Hoe wordt de (intermediaire)doelgroep geselecteerd? Zijn er contra-indicaties? Zo ja, welke?

Intermediaire doelgroep

De ambassadeurs zijn professionals of vrijwilligers die in contact staan met de doelgroep. Ambassadeurs worden geworven en geselecteerd door een leidinggevende van de organisatie of samenwerkingspartner die de interventie wil implementeren. Selectiecriteria voor de ambassadeurs zijn:

- Kennis van Infant Mental Health en ouderschapsbegeleiding
- Laagdrempelig en toegankelijk zijn in het contact met ouders
- Naast de ouder kunnen staan en niet belerend overkomen

¹ Met 'ouders' wordt in deze beschrijving verwezen naar zowel ouders als aanstaande ouders die in verwachting zijn of een kinderwens hebben.

² Met 'kinderen' wordt in deze beschrijving verwezen naar zowel de foetus als het geboren kind.

- Beschikken over motiverende gesprekstechnieken
- De tijd kunnen en willen nemen om in het bestaande contact met ouders in gesprek te gaan over de afleveringen en/of de afleveringen samen met hen te bekijken

Contra-indicatie: wanneer een uitvoerende organisatie werkt met 'extra kwetsbare' ouders, zoals LVB ouders of ouders met psychische of psychiatrische problematiek, kunnen vrijwilligers niet optreden als ambassadeur. Voor deze ouders is professionele aandacht nodig.

Doelgroep

Een kindje krijgen is voor alle ouders en hun kinderen, en wil met name ook kwetsbare ouders kunnen includeren. Ambassadeurs selecteren de doelgroep. Hiervoor zijn geen harde inclusiecriteria opgesteld: de ambassadeurs maken op basis van hun eigen expertise een inschatting van welke ouders baat kunnen hebben bij de voorlichting. Het kan gaan om 'gewone' ouders met bijvoorbeeld behoefte aan betrouwbare informatie, of ouders die stress ervaren, bijvoorbeeld door een ongunstige sociale situatie (schuldproblemen, ongepland of ongewenst zwanger, etc.). Maar het kan ook gaan om ouders met bijvoorbeeld een licht verstandelijke beperking en laaggeletterde en laagopgeleide ouders. Er is wel een exclusie criterium: ouders beheersen de Nederlandse taal niet voldoende (basisschoolniveau) en zijn niet in staat om de digitale voorlichting met iemand samen te doorlopen die hen ondersteunt bij het begrijpen van de inhoud / taal (bijvoorbeeld een taalmaatje).

Betrokkenheid doelgroep – max 150 woorden

Was de doelgroep betrokken bij de (door)ontwikkeling van de interventie, en op welke manier?

In 2014 is een eerste aflevering *Omgaan met stress* geëvalueerd met kwetsbare ouders en met deskundigen die met de doelgroep werken. In 2016 is met name het bereik van de doelgroep met afleveringen *Omgaan met stress*, *De bevalling*, en *Contact met je baby* geëvalueerd onder verloskundigen als intermediaire doelgroep. In 2018 is onderzocht of 'gewone, doorsnee' ouders wat aan de aflevering *Contact met je baby* hebben en zo ja: wat. Ook is in 2018 een kwalitatief onderzoek uitgevoerd onder de intermediaire doelgroep waarmee de tevredenheid, het verloop van het proces en de succes- en faalfactoren zijn onderzocht. Uit alle onderzoeken kwamen aanbevelingen voort die gebruikt zijn om (de implementatie van) *Een kindje krijgen* door te ontwikkelen. Tot slot wordt er bij de doorontwikkeling continu rekening gehouden met het actuele mediagebruik van de doelgroep.

1.2 Doel

Hoofddoel – max 100 woorden

Wat is het hoofddoel van de interventie?

Een kindje krijgen stimuleert een gezonde ontwikkeling van het (ongeboren) kind, door bij ouders prenatale stress en angst weg te nemen en door de parenting self-efficacy, sociale steun en gezondheidsvaardigheden te stimuleren. *Een kindje krijgen* is bedoeld als aanvulling op face-to-face contact tussen professionals en de doelgroep en dient niet ter vervanging van dit contact.

Subdoelen – max 350 woorden

Wat zijn de subdoelen van de interventie? Indien van toepassing: welke subdoelen horen bij welke intermediaire doelgroepen of subdoelgroep(en)?

Bij de hoofddoelen horen de volgende subdoelen:

Het wegnemen van prenatale stress en angst:

1. Ouders³ hebben realistische verwachtingen over de bevalling: ze weten hoe een bevalling verloopt, wat verschillende mogelijkheden zijn voor een bevallingslocatie, wat verschillende baringshoudingen zijn en hoe ze de pijn kunnen opvangen;
2. Ouders weten hoe vaak een baby de eerste weken slaapt en dat het tijd en toewijding kost om de baby te leren kennen;
3. Ouders hebben realistische verwachtingen over de verdeling van zorg- en werktaken: ze weten wat er bij de zorg voor hun kindje komt kijken en gaan met elkaar in gesprek over de verdeling van taken;
4. Ouders hebben realistische verwachtingen over wat een baby doet en kan: ze weten wat een baby na de geboorte nodig heeft en aankan en hoe de normale ontwikkeling van de baby de eerste maanden verloopt;
5. Ouders hebben realistische verwachtingen van hun nieuwe identiteit als ouder: ze weten dat ouderschap de relatie met hun partner zal veranderen, dat (en hoe) ze beroep kunnen doen op het steunnetwerk om hun gezin en dat vragen als: kan ik de zorg voor een baby wel aan? Of kan ik voldoende van mijn baby houden? heel normaal zijn in het begin.

Het stimuleren van parenting self-efficacy

6. Ouders achten zichzelf in staat om hun baby te verzorgen en op te voeden;
7. Ouders achten zichzelf in staat om adequaat te communiceren met de baby.

Het stimuleren van sociale steun:

8. Ouders zijn zich bewust van het belang van een goed sociaal steunnetwerk;
9. Ouders zijn in staat om zelfstandig beroep te doen op een sociaal steunnetwerk.

Het bevorderen van gezondheidsvaardigheden:

10. Ouders weten wat de invloed is van stress op de ontwikkeling van het kind is;
11. Ouders weten wat tijdens en na de zwangerschap een gezonde leefstijl voor hen is met betrekking tot de thema's voeding, roken, alcohol en drugs;
12. Ouders zijn zich bewust van de invloed van hun leefstijl met betrekking tot de thema's voeding, roken, alcohol en drugs op de baby;
13. Ouders weten bij welke professionals zij terecht kunnen met hun psychische of fysieke klachten of met vragen over hun leefstijl, de zwangerschap, bevalling, opvoeding en zorg;
14. Ouders zijn in staat om gevoelens van (overmatige) stress en angst te herkennen en reguleren en indien nodig hulp in te roepen.

³ In de afleveringen is steeds informatie voor aanstaande vaders opgenomen. Over ouderschap met twee mannen of twee vrouwen zijn op dit moment geen specifieke onderdelen opgenomen. Onze ambitie is wel om op basis van ervaringen en maatschappelijke ontwikkelingen zowel qua inhoud als qua techniek actueel te blijven en dergelijke onderwerpen naar behoefte toe te voegen.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie – max 200 woorden

Hoe is de opzet van de interventie en wat is de omvang (duur, aantal contacten – indien van toepassing)?
Voeg eventueel een schema toe als bijlage.

Een kindje krijgen is een digitale voorlichting bestaande uit vijf afleveringen met wisselende thema's die in verschillende perioden voor, tijdens en na de zwangerschap relevant zijn om te bekijken (zie Tabel 1). De opzet sluit hiermee aan bij het manifest 1001 kritieke dagen (DAIMH, NIP, NVO, & Babywerk, 2015), waarmee wordt gepleit voor informatie en begeleiding aan ouders en baby's vanaf de conceptie tot 2 jaar, omdat deze eerste 1001 dagen van een kind cruciaal zijn voor de ontwikkeling.

Een aflevering duurt gemiddeld 45-60 minuten. Elke aflevering begint met een gespeelde scène waarin ouders iets meemaken dat vragen oproept. Vervolgens zijn er informatieve filmpjes (20-30 minuten) waarin de mondelinge informatie gegeven door een professional ondersteund wordt door beeldmateriaal en waarin ouders op verschillende momenten geactiveerd worden door hen (meerkeuze) vragen te stellen. Het verloop en de inhoud van de filmpjes is afgestemd op de antwoordmogelijkheden. Na de informatieve filmpjes zijn er keuzeonderdelen. Ouders kunnen met de verkregen informatie aan de slag door bijvoorbeeld een oefening te doen, vragen over zichzelf te beantwoorden, naar ervaringen van andere ouders of naar extra tips te kijken en luisteren. Als ouders samen met iemand anders alle keuzeonderdelen doorlopen, neemt dit ongeveer 15-40 minuten in beslag.

Inhoud van de interventie – max 1200 woorden

Welke concrete activiteiten worden uitgevoerd en -eventueel- in welke volgorde? Geef geen uitputtende beschrijving van activiteiten; het is voldoende als de lezer zich een beeld kan vormen van wat er gedaan wordt en hoe dit gedaan wordt.

Indien van toepassing per onderdeel samenvatten. Vergeet niet aandacht te besteden aan de werving.

Bij interventies op maat: geef aan wat op basis van welke criteria wanneer wordt uitgevoerd. Geef ook aan wat minimaal moet worden uitgevoerd om de gestelde doelen te behalen.

Werving van ambassadeurs

De digitale voorlichting wordt verspreid door ambassadeurs die in contact staan met de doelgroep. Dat kunnen professionals zijn, maar bijvoorbeeld ook vrijwilligers of sleutelpersonen in een wijk. Ambassadeurs worden geworven en geselecteerd door een leidinggevende van de organisatie of samenwerkingspartner die de interventie wil implementeren. Dit kan bijvoorbeeld door een algemene oproep op intranet of door het persoonlijk benaderen van enthousiaste en competente professionals of vrijwilligers. De leidinggevende beoordeelt of de ambassadeurs voldoen aan de selectiecriteria (zie 1.1).

Werving van ouders

Ambassadeurs beoordelen zelf op basis van hun expertise welke ouders zij uitnodigen en motiveren deel te nemen aan de voorlichting. Ook kunnen ouders breed geworven worden door hen te informeren over de digitale voorlichting, bijvoorbeeld door informatie op de website van (de organisaties van) de ambassadeurs. Ouders kunnen dan zelf hun belangstelling voor één of meer afleveringen kenbaar maken. Ouders die interesse hebben, krijgen vervolgens per e-mail van de ambassadeurs de links toegestuurd naar de afleveringen over de onderwerpen waar zij op dat moment aan toe zijn.

De ambassadeurs stimuleren de ouders om de afleveringen samen met iemand anders, bijvoorbeeld hun partner te bekijken. Ook alleenstaande moeders worden gestimuleerd om de afleveringen samen met iemand uit hun sociale netwerk te bekijken, bijvoorbeeld met hun moeder, een goede vriendin, tante, etc.

Inhoud

Elke aflevering richt zich op een ander thema (zie Tabel 1). De vijf afleveringen worden op maat aangeboden aan ouders, afhankelijk van hun behoefte en situatie (tailoring). Er bestaat dan ook geen minimale variant van *Een kindje krijgen*: de ambassadeurs kunnen ook losse afleveringen uitdelen. Zij maken de inschatting welke aflevering in welke periode voor welke ouders relevant is. In bijlage 1 wordt aangegeven welke afleveringen bijdragen aan welke subdoelen.

Hoewel de afleveringen tot nu toe voornamelijk vanaf de zwangerschap uitgedeeld zijn, bevatten twee van de vijf afleveringen zinvolle informatie om al vanaf de preconceptie in te zetten. Hiermee sluit *Een kindje krijgen* aan bij het advies van de Gezondheidsraad (2007) om alle mensen met een kinderwens preconceptiezorg⁴ te bieden. Deze maatregelen zijn van belang omdat de omgeving al vanaf de preconceptie van invloed is op de prenatale groei (Stegers, 2014). Met de afleveringen 'Gezond leven' en 'Omgaan met stress' biedt Babywerk een concreet hulpmiddel om wensouders vroeg te bereiken. In de nabije toekomst gaat Babywerk zich focussen op ambassadeurs die juist tijdens de preconceptie periode actief zijn.

Tabel 1. *Thema's van de verschillende afleveringen en de periode waarin de informatie relevant kan zijn.*

Thema	Periode
Gezond leven	Preconceptie (bij zwangerschapswens) tot 12 weken na conceptie
Omgaan met stress	Preconceptie (bij zwangerschapswens) tot geboorte
Moeder en vader worden	Vanaf 20 weken zwangerschap tot na de geboorte
Contact met je baby	Vanaf 20 weken zwangerschap tot enkele weken na de geboorte
De bevalling	Vanaf zes weken voor de uitgerekende datum

Noot. De periodes in de tabel zijn geen harde grenzen: er wordt ingespeeld op de situatie en behoefte van de ouders. Zij kunnen dan ook zelf aangeven wanneer zij ergens meer over willen weten.

Een kindje krijgen is bedoeld als aanvulling op het contact dat de ambassadeurs al met de doelgroep hebben. Dankzij de digitale voorlichting krijgen ouders betrouwbare informatie, worden zij aangemoedigd om actief en zelfstandig betere keuzes te maken en worden het zelfvertrouwen en vaardigheden van ouders vergroot. Dit is iets wat ambassadeurs de ouders niet altijd kunnen bieden, bijvoorbeeld vanwege tijdgebrek tijdens de contactmomenten.

Monitoring

In de afleveringen wordt een aantal keer gevraagd of ouders de informatie van de voorlichting hebben begrepen. Als ouders aangeven van niet, dan wordt hen aangeraden om het filmpje nogmaals te bekijken. Daarnaast is de rol van de ambassadeur van belang bij het monitoren of ouders de informatie hebben begrepen. De ambassadeurs worden gestimuleerd om, na het uitdelen van een aflevering, met ouders over de aflevering in gesprek te gaan. Zij vragen of de informatie begrepen is, gaan verdiepende gesprekken aan en peilen of er behoefte is aan verdere ondersteuning. Bij ouders met specifieke problemen, zoals een licht verstandelijke beperking, psychische problemen of andere kwetsbaarheden, wordt ambassadeurs aangeraden om de filmpjes samen met ouders te kijken. Op die manier kan de ambassadeur direct tijdens de filmpjes met ouders in gesprek gaan over onderwerpen die voor deze ouders van belang zijn.

⁴ Onder preconceptiezorg wordt "het geheel van maatregelen die men al vóór de conceptie kan nemen ter bevordering van de gezondheid van de (aanstaande) moeder en haar kind" verstaan (De Weerd & Steegers, 2002).

Evaluatie

Tenminste eens per jaar wordt een intervisiebijeenkomst georganiseerd voor de ambassadeurs. Tijdens deze bijeenkomst delen ambassadeurs hun ervaringen en reacties van / de contacten met ouders met elkaar en met Babywerk. Deze ervaringen worden meegenomen om de interventie door te ontwikkelen.

Verder hebben deelnemers tijdens het doorlopen van elke aflevering de mogelijkheid om de aflevering te beoordelen door sterren uit te delen, van 1 ster (helemaal niet leuk) tot 5 sterren (heel leuk). Daarnaast worden er clickstreams gebruikt om feedback te verkrijgen over welke afleveringen bekeken worden, hoe lang er gekeken wordt, waar kijkers stoppen, en welke actieve onderdelen bekeken / gedaan worden. De clickstreams worden gebruikt om (meer) zicht te krijgen op wat de kijkers van de voorlichting vinden (o.a. op basis van kijkduur, keuze van onderwerpen, reacties op evaluatie vragen). De feedback over de manier waarop bezoekers door de voorlichting gaan, geeft handvatten voor verbetering van de voorlichting, zowel technisch als inhoudelijk. Wegens privacy redenen worden deze clickstreams niet direct gedeeld met de ambassadeurs, omdat deze vaak te herleiden zijn tot de ouders. Wel kunnen ambassadeurs in de uitgiftetool zien welke afleveringen ook daadwerkelijk bekeken zijn door ouders.

Algemene gegevens over welke afleveringen door hun ambassadeurs en cliënten bekeken worden en hoe lang, kunnen worden gedeeld met organisaties die met de voorlichting werken. Indien gewenst kan ook andere informatie met (medewerkers van) organisaties gedeeld worden, zoals bijvoorbeeld reacties op evaluatievragen, of uitkomsten van quizzes. Hierbij geldt steeds dat alle informatie anoniem verstrekt wordt.

1. Uitvoering

Materialen – max 200 woorden

Welke materialen zijn beschikbaar voor de uitvoering, werving en evaluatie van de interventie?

Materialen beschikbaar voor de werving en registratie:

- Website www.eenkindjekrijgen.nl voor ouders en professionals.
- Webpagina www.babywerk.nl/een-kindje-krijgen voor professionals en organisaties, met informatie over *Een kindje krijgen* en optie om ambassadeur te worden.
- Handreiking *Werken met een kindje* krijgen voor ambassadeurs die tijdens de verplichte training wordt uitgereikt en behandeld.
- Informatie(folder) voor de werving van ambassadeurs en organisaties.
- Digitale werkomgeving waarin de afleveringen draaien.
- Afleveringspagina en persoonlijk account per gebruiker.
- Digitale uitgiftetool voor professionals waarmee zij de afleveringen kunnen versturen en kunnen zien of de aflevering is bekeken.
- Tool om tijdens groepsbijeenkomsten geïnteresseerden te werven voor de voorlichting.
- Data analysetool om (per organisatie of regio) overzichten te genereren van clickstreams die het klikgedrag van gebruikers weergeven.

Materialen beschikbaar voor de uitvoering:

- De 5 afleveringen van *Een kindje krijgen*.

Materialen beschikbaar voor de evaluatie:

- Tijdens het doorlopen van elke aflevering hebben deelnemers de mogelijkheid om de aflevering te beoordelen door sterren uit te delen, van 1 ster (helemaal niet leuk) tot 5 sterren (heel leuk).
- Gegevens van clickstreams geven (geanonimiseerd) een beeld van welke filmpjes bekeken zijn, hoe lang gekeken is, welke antwoorden op de vragen en opdrachten van interactieve onderdelen gegeven worden.

Locatie en type organisatie – max 200 woorden

Waar kan de interventie uitgevoerd worden en welk(e) soort(en) organisatie(s) kan/kunnen de interventie uitvoeren?

Locatie

Een kindje krijgen kan op elke gewenste locatie door ouders gevolgd worden, zolang het een rustige en voor ouders prettige omgeving is en er een computer/laptop/tablet/smartphone met toegang tot internet en geluid is.

Organisatie

Babywerk is eigenaar van de interventie en ondersteunt professionals en ouders om voor ieder kind een gezonde babytijd bereikbaar te maken. De missie van Babywerk is: "Alle baby's en ouders maken samen de best mogelijke start. Daarbij staat het contact tussen ouder en kind centraal." Vanuit deze missie stelt Babywerk zich ten doel diverse producten en projecten voor ouders en professionals te ontwikkelen en ondersteunen gebaseerd op de laatste wetenschappelijke inzichten. *Een kindje krijgen* is één van deze producten voor ouders. Het beheer van *Een kindje krijgen* is per contract uitbesteed aan BabyBiz Pedagogisch Advies, dat de interventie landelijk implementeert.

Een kindje krijgen kan lokaal geïmplementeerd worden door ambassadeurs die in contact staan met de doelgroep. Denk aan sleutelpersonen in een wijk of vrijwilligers bij/medewerkers van organisaties die zich inzetten voor geboortezorg, jeugd(gezondheids)zorg of jeugdpreventie. Voorbeelden van zulke organisaties zijn GGD'en, CJG's, sociale wijkteams, POPpoli's (in ziekenhuizen) of organisaties die met specifieke doelgroepen werken, zoals licht verstandelijk beperkte ouders, jonge ouders, kwetsbare ouders.

Opleiding en competenties van de uitvoerders – max 200 woorden

Wie zijn de uitvoerders en welke opleiding en competenties hebben zij nodig?

De soapfilmpjes waarin een vraag of situatie van ouders centraal staan, zijn gespeeld door acteurs. De informatieve filmpjes worden gepresenteerd door professionals met de volgende opleiding(en) en ervaring:

- Verloskundigen (vrouwelijk en mannelijk): HBO verloskunde
- Gynaecoloog: WO arts en specialisatie
- Gezondheidsadviseur: WO in de richting van gezondheid en aantoonbare werkervaring met gezondheidsvoorlichting
- Kraamverzorgende / babypedagoog: MBO kraamzorg; HBO Pedagogiek
- Pedagoog: HBO/WO pedagogiek of psychologie en aantoonbare werkervaring met baby's
- Ontwikkelingspsycholoog: WO ontwikkelingspsychologie en aantoonbare werkervaring met baby's

Kwaliteitsbewaking – max 200 woorden *Hoe wordt de kwaliteit van de interventie bewaakt?*

De inhoud van *Een kindje krijgen* is gebaseerd op de cursusbeschrijving Zwanger, Bevallen, een Kind en voor het medium film, met inbreng van experts, bewerkt door de eindredacteur (S. Nossent). De professionals die informatie presenteren hebben daar ook inhoudelijk aan bijgedragen (zie opleiding en competenties). De bewerking is gebaseerd op actuele inzichten uit het vakgebied, de wetenschap en de praktijk.

Bij de introductie van het werken met de voorlichting wordt een (verplichte) op maat gemaakte training geboden aan ambassadeurs, die de volgende elementen bevat:

- Achtergrondinformatie over doel/doelgroep/ontwikkeling/inhoud van de digitale voorlichting;
- Achtergrondinformatie over Infant mental health en over ouderbegeleiding
- (Interactieve) aanmoediging de voorlichting in te bedden in de werkpraktijk;
- Uitleg hoe de uitgiftetool werkt;
- Naar behoefte: kennis over de doelgroep, hoe hen te herkennen en te bereiken;
- Naar behoefte aangevuld met verdiepende informatie over de thema's.

Na de training biedt Babywerk advies op maat bij de implementatie. De ambassadeurs kunnen doorlopend terecht bij hun aanspreekpunt binnen de organisatie. Daarnaast stimuleert Babywerk tijdens de training dat de ambassadeurs onderling contact houden om ervaringen uit te wisselen en van elkaar te leren. Tenminste eens per jaar vindt er een opvolg/intervisiebijeenkomst plaats om onder andere te evalueren, elkaar te inspireren en inhoudelijk bij te scholen. Naar behoefte kunnen de intervisiebijeenkomsten ook vaker georganiseerd worden.

Uit de evaluatievraag en andere gegevens die de clickstreams opleveren kan worden afgelezen of er onderdelen zijn die veel of juist heel weinig gedaan worden. Dat levert input voor verbetering van de voorlichting: onderdelen kunnen geschrapt of aangepast worden. Daarnaast leveren de clickstreams informatie over hoe lang de afleveringen bekeken worden. Ouders moeten minimaal 20-30 minuten kijken om alle informatie tot zich te nemen. De ambassadeurs worden tijdens de training en intervisiebijeenkomsten voorzien van tips en advies om ouders te motiveren de afleveringen te bekijken en om hier in het contact met ouders actief op terug te komen. Wanneer uit de clickstreams blijkt dat de afleveringen korter bekeken worden, gaat Babywerk hierover in gesprek met de uitvoerende organisatie. Enerzijds om een beeld te krijgen van de reden van de korte duur, anderzijds om de organisatie te ondersteunen bij de implementatie en tips en advies te geven om ouders te motiveren meer te doen met de actieve oefeningen in de voorlichting.

Tot slot worden, indien inhoudelijke informatie door vernieuwde kennis achterhaald is geraakt, nieuwe filmpjes gemaakt en onderdelen vervangen.

Randvoorwaarden – max 200 woorden

Wat zijn de organisatorische en contextuele randvoorwaarden voor een goede uitvoering van de interventie? Een kindje krijgen is bedoeld als aanvulling op face-to-face contact tussen professionals of vrijwilligers en de doelgroep en dient niet ter vervanging van dit contact. Het is dan ook een randvoorwaarde dat de ambassadeurs de interventie kunnen integreren in hun bestaande contacten met ouders, zodat het niet een los aanbod wordt waar de ambassadeur ouders enkel op wijst.

Indien verloskundigen kwetsbare aanstaande ouders willen bereiken met *Een kindje krijgen*, wordt aanbevolen dat zij werken volgens de Handreiking Kwetsbare Zwangeren van de KNOV. Wanneer een verloskundige praktijk al volgens deze handreiking werkt, is de interventie eenvoudiger in te passen in de reguliere werkzaamheden. Helaas is nog niet voor elke beroepsgroep een dergelijke handreiking beschikbaar, vandaar dat deze aanbeveling enkel voor verloskundigen geldt.

Daarnaast is het voor het werken met extra kwetsbare ouders (bijv. LVB ouders, ouders met psychische of psychiatrische problematiek) een randvoorwaarde dat de ambassadeur een professional is die ervaring heeft om met kwetsbare ouders om te gaan: zij zijn in staat om kwetsbare ouders te herkennen en weten hoe je hen kunt begeleiden tijdens de zwangerschap.

Tot slot moet de uitvoerende organisatie over voldoende tijd, budget en middelen beschikken om zorg te dragen voor de lokale implementatie. Dat wil zeggen dat de organisatie in staat is om:

- Intermediaire doelgroepen (ambassadeurs) te werven, motiveren en activeren om de digitale voorlichting te verspreiden onder de doelgroep;
- De licentie en afleveringen van *Een kindje krijgen* en de (verplichte) training voor de ambassadeurs te bekostigen;
- De lokale implementatie te evalueren en waar nodig bij te sturen.

Implementatie – max 200 woorden

Is er een systeem voor implementatie? Geef een samenvatting.

Landelijke implementatie

De landelijke beheerorganisatie *Een kindje krijgen* werft organisaties die de digitale voorlichting kunnen implementeren door deze organisaties actief te benaderen en te informeren over het aanbod. Daarnaast treedt Babywerk actief naar buiten met het aanbod van *Een kindje krijgen* door informatie te verspreiden via de website, presentaties, congressen, sociale media, artikelen, persberichten en flyers. Organisaties die interesse hebben in *Een kindje krijgen*, kunnen telefonisch of per e-mail contact opnemen waarna Babywerk met hen in gesprek gaat over de mogelijkheden. In totaal zijn vanaf januari 2017 door 8 verschillende organisaties / praktijken in totaal 250 afleveringen uitgegeven aan ouders. Daarvan zijn er 164 bekeken, waarvan 140 afleveringen goed tot lang zijn bekeken. In deze aantallen is de eerdere pilot met verloskundige praktijken en de pilot met 'doorsnee ouders' niet meegenomen (32 afleveringen).

Als een uitvoerende organisatie interesse heeft in het uitrollen van de voorlichting, voert de beheerorganisatie *Een kindje krijgen* voorbereidende gesprekken met een stafmedewerker of manager van de uitvoerende organisatie. Hierin worden onder andere de randvoorwaarden, van de implementatie, beschreven in de licentieovereenkomst en de wensen ten aanzien van een training voor ambassadeurs besproken. Als de uitvoerende organisatie aan de randvoorwaarden kan voldoen en de digitale voorlichting wil implementeren, tekent de organisatie een (licentie)samenwerkingscontract voor de door de organisatie gewenste termijn. Daarbij streven we naar een contract van drie jaar dat tussentijds kan worden opgezegd met een opzegtermijn van zes maanden. Per jaar betaalt de organisatie een basisbedrag voor de licentie. Daarnaast betaalt de organisatie een vast bedrag per bulk afname.

Lokale implementatie

Een projectcoördinator van de uitvoerende organisatie (bijv. aan een CJG of GGD) is verantwoordelijk voor het organiseren van de implementatie, zoals het werven van ambassadeurs (bijv. pedagogen of jeugdverpleegkundigen in dienst van een CJG of GGD) om de digitale voorlichting te verspreiden en de administratieve afhandeling. De beheerorganisatie *Een kindje krijgen* kan hier desgewenst in ondersteunen.

Wanneer de ambassadeurs geworven zijn, organiseert Babywerk één of meer trainingsbijeenkomsten voor de ambassadeurs waarin onder andere instructies gegeven worden hoe de uitgiftetool te installeren en hoe de tool gebruikt kan worden om de afleveringen te versturen. Ook is het mogelijk de uitgiftetool ter plekke te installeren op laptops en/of telefoons. De verdere inhoud van de training is op maat. Zo kan er bijvoorbeeld ook aandacht besteed worden aan het in gesprek gaan met de doelgroep.

Na de training en de installatie van en instructie over de uitgiftetool, kunnen de ambassadeurs de digitale voorlichting zelfstandig uitrollen. De projectcoördinator houdt contact met de beheerorganisatie *Een kindje krijgen* en alle betrokken ambassadeurs om de voortgang van de implementatie te monitoren en waar nodig bij te sturen.

Kosten – max 200 woorden

Wat zijn de kosten van de interventie? Benoem daarbij de personele (in aantallen uren) en de materiële kosten.

De kosten (excl. btw) voor de organisatie die de digitale voorlichting lokaal implementeert, zijn als volgt:

- Eenmalig €1.300 voor een basistraining van 1 dagdeel (inclusief voorbespreking, organisatie, voorbereiding, reistijd, evaluatie)

- Jaarlijks:
 - Licentiekosten* €1.500,-
 - Tot 100 uitgegeven afleveringen: € 400,- (€4,- per aflevering)
 - Tussen de 100-200 afleveringen: € 750,- (€3,75 per aflevering)
 - Vanaf 201 afleveringen: € 3,50 per uitgegeven aflevering

** dit is inclusief 2 maal overzicht van aantal uitgiften per jaar plus 2 uren ondersteuning*

Naar behoefte (excl. btw):

- Extra trainingen / intervisies (€1.300,- per dagdeel, inclusief voorbespreking, organisatie, voorbereiding, reistijd, evaluatie)
- Extra gegevens in overzicht van clickstreams of vaker overzicht per jaar (kosten afhankelijk van omvang)
- Ondersteuningsuren (€ 95,- per uur)

Over het algemeen worden de kosten niet gedragen door de uitvoerende organisatie, maar door bijvoorbeeld een GGD of gemeente die de interventie inkoop. Hierdoor vormen de kosten geen belemmering voor een organisatie om met de interventie aan de slag te gaan. Daarnaast is bovenstaand overzicht een voorbeeld. Babywerk is altijd bereid om in gesprek te gaan over de kosten en te kijken naar de mogelijkheden van de organisatie of samenwerkingspartner.

2. Onderbouwing

Probleem – max 400 woorden

Voor welk probleem of (mogelijk) risico is de interventie ontwikkeld? Omschrijf aard, ernst, spreiding en gevolgen.

Een kindje krijgen stimuleert een gezonde ontwikkeling van het (ongeboren) kind, door bij ouders prenatale stress en angst weg te nemen en door de parenting self-efficacy, sociale steun en gezondheidsvaardigheden te stimuleren.

Alle ouders

In 2016 zijn 166.694 vrouwen bevallen van een kind (Perined, 2016). Veranderingen tijdens en na de zwangerschap kunnen bij alle aanstaande ouders tot angsten en/of stress leiden. Denk bijvoorbeeld aan zorgen over de baby en angst voor de bevalling (De Boer, Zeeman, & Offerhaus, 2008). Maar ook aan spanningen en conflicten tussen partners op het gebied van opvoeding, verzorging en het huishouden, en met betrekking tot de taakverdeling van werk (Belsky & Pensky, 1988; Knauth, 2000). Wereldwijd is ongeveer 20% van de zwangere vrouwen bovenmatig angstig voor de bevalling en het ouderschap (Universiteit van Amsterdam, 2014).

Prenatale stress en angst van de moeder zijn gerelateerd aan een hoger risico op een negatieve bevallingservaring, spontane abortus, vroeggeboorte en een laag geboorte gewicht (Bryanton, Gagnon, Johnston, & Hatem, 2008; Cozolino, 2006; Huizink, Mulder, & Buitelaar, 2004; Paarlberg, Vingerhoets, Passchier, Dekker, & Van Geijn, 1995; Robles de Medina, 2004; Waldenstrom, 1999;) en aan meer huilen, prikkelbaar gedrag, darmkrampen, spraak- en taalproblemen, een lager IQ, onregelmatige biologische functies, emotionele dysregulatie, depressie, angsten en gehechtheidsproblemen bij het kind in het eerste jaar na de geboorte (Cozolino, 2006; Field, 2002; Van den Bergh, 2010; Van den Bergh & Marcoen, 2004; Van den Bergh, Mulder, Mennes & Glover, 2006; Van den Bergh & Simons, 2008; Van der Wal, Van Eijdsen, & Bonsel, 2007).

Naast deze directe gevolgen is de verwachting dat prenatale stress en angst ook indirecte gevolgen kunnen hebben voor de ontwikkeling van het kind via parenting self-efficacy⁵ en prenatale gehechtheid⁶. Er is echter nog geen onderzoek gedaan naar de directe relatie tussen prenatale stress en angst en parenting self-efficacy, en tussen prenatale stress en angst en prenatale gehechtheid. De verwachting komt voort uit onderzoek naar de relatie met depressie van de vrouw, waar prenatale stress en angst van de vrouw aan gerelateerd zijn (Robertson, Celasun, & Steward, 2003). Een prenatale depressie van de moeder is gerelateerd aan een lagere score op parenting self-efficacy (Wernand, Kunseler, Oosterman, Beekman, & Schuengel, 2014) en op prenatale gehechtheid (Lindgren, 2001). Parenting self-efficacy is gerelateerd aan het opvoedgedrag van ouders en aan de cognitieve en sociaalemotionele ontwikkeling van kinderen (Jones & Prinz, 2005; Teti & Gelfand, 1991; Williams et al., 1987). Prenatale gehechtheid is gerelateerd aan postnatale gehechtheid (De Cock et al., submitted) en aan de gehechtheidsrelatie tussen ouder en kind op eenjarige leeftijd (Huth-Bocks, Levendosky, Theran, & Bogat, 2004). Een negatieve ('onveilige') gehechtheidsrelatie hangt samen met angststoornissen en ontwikkelings- en gedragsproblemen bij het kind (e.g. Erickson, Sroufe, & Egeland, 1985; Greenberg, Spelz, & DeKlyen, 1993; Juffer, Bakermans, & Van IJzendoorn, 2005; Olson, Bates, Sandy, & Lanthier, 2000; Speltz, DeKlyen, & Endriga, 1991; Van IJzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg, 1999; Warren, Huston, Egeland, & Sroufe, 1997).

⁵ Parenting self-efficacy verwijst naar de verwachting van ouders over hun competentie als opvoeder (Jones & Prinz, 2005).

⁶ Prenatale gehechtheid, ook wel 'bonding' genoemd, verwijst naar de band die ouders tijdens de zwangerschap met de foetus ontwikkelen (Müller, 1989).

Laagopgeleide en laaggeletterde ouders

Bij de ontwikkeling van de interventie is specifiek rekening gehouden met kwetsbare laagopgeleide en laaggeletterde ouders: doelstelling was dat ook zij de informatieve filmpjes en actieve onderdelen moesten kunnen volgen (Kregting, 2018). In Nederland is ruim 10% van de vrouwen tussen de 25-35 jaar laagopgeleid (CBS Statline, 2018). Daarnaast zijn in Nederland 2,5 miljoen mensen laaggeletterd (Pharos, 2016). Laaggeletterdheid en/ of een lage opleiding gaat vaak samen met een lage sociaaleconomische status en/of het niet opgroeien met de Nederlandse taal (Greef, Segers, Nijhuis, 2013).

Vrouwen met een lage SES hebben vaker te maken met risicofactoren zoals psychosociale stress, roken tijdens de zwangerschap en overgewicht, wat tot negatieve gevolgen kan leiden op de foetale, perinatale en lange termijn gezondheid van het kind (Da Silva, 2009). Ouders met een lager inkomen ervaren niet alleen meer stress, maar zijn ook minder positief over de opvoeding (Bucx, 2011) en over de verwachting van hun competentie als opvoeder (lagere parenting self-efficacy; Azmoude, Jafarnejade, & Mazlom, 2015). Ook ervaren lager opgeleiden minder emotionele sociale steun uit hun omgeving (Droomers, Schrijvers, & Mackenbach, 2002). Gebrek aan steun van een partner, moeder of andere 'belangrijk persoon' is een significante risicofactor voor angst en stress bij de vrouw (Reid, Power, & Cheshire, 2009). Verder ervaren laaggeletterden relatief vaker beperkte gezondheidsvaardigheden (Pharos, 2016; Rademakers, 2014). Ouders met beperkte gezondheidsvaardigheden gaan niet actief op zoek naar informatie of hulp, zien de relevantie van informatie vaak niet en leggen vaak geen verband tussen (on)gezond gedrag en de uitkomsten van de zwangerschap (Zeeman, 2014).

Oorzaken – max 400 woorden

Welke factoren veroorzaken het probleem of (mogelijk) risico?

Alle ouders

Voor alle aanstaande ouders geldt dat de zwangerschap angsten en/of stress kent, zoals zorgen over het welzijn van de baby, angst voor problemen in de relatie met de partner en angst voor de bevalling (De Boer et al., 2008). De verwachting over de bevalling is voor de vrouw van invloed op de beleving van de zwangerschap en het verloop van de bevalling (Klomp, 2010). Ouders die realistische verwachtingen hebben over de postnatale periode zijn meer tevreden over hun relatie, zich competentier voelen als ouder en dat de transitie naar het ouderschap soepeler verloopt (Ahlborg & Strandmark, 2001; Delmore-Ko, Pancer, Hunsberger, & Pratt, 2000). Verder ervaren zwangere vrouwen vaak tegenstrijdige gevoelens (Leifer, 1977; Nelson, 2003) en emotionele disbalans en zijn extra prikkelbaar (De Boer et al., 2008; Jomeen, 2004). Dit kan komen door slaapgebrek (Jomeen, 2004; Sapolsky, 2004). Slaapgebrek is bij zwangere vrouwen tevens gerelateerd aan angst- en depressieve klachten (Jomeen, 2004). Ook gebrek aan steun van de partner verhoogt het risico op angst en depressie bij de (aanstaande) moeders (Milgrom et al., 2007; Rini, Dunkel-Schetter, Hobel, Glynn, & Sandman, 2006).

Na de geboorte kunnen aanstaande ouders te maken krijgen met gevoelens van onzekerheid, onkunde en stress. Dit wordt mede veroorzaakt door gebrek aan kennis en onrealistische verwachtingen die ouders hebben over het gedrag, de behoeften en de verzorging van baby's. Ouders weten bij hun eerste kind bijvoorbeeld vaak niet dat baby's de wereld al vanaf het begin in zich opnemen en erop reageren (Diekstra, Wubs, Vreeburg, Sklad & De Ruiten, 2008). Ook is vaak niet bekend dat de meeste baby's die veel huilen goed groeien, niet ziek zijn en geen langere termijn problemen ontwikkelen (Barr, 2006; La Haye et al., 2013). Door gebrek aan deze kennis is huilen één van de meest gehoorde zorgen van ouders rondom pasgeboren baby's (Douglas, Hill, & Brodribb, 2011; Forsyth, McCarthy, & Leventhal, 1985; La Haye et al., 2013). De verwachting is dat deze gevoelens van onzekerheid, onkunde en stress kunnen leiden tot een lagere parenting self-efficacy en daarmee van negatieve invloed kunnen zijn op de opvoeding en de ontwikkeling van het kind. Daarnaast blijkt dat partners zich relatief vaak tekort gedaan voelen in hun rol bij de opvoeding en verzorging van de baby en niet goed zijn voorbereid op het ouderschap (Deave & Johnson, 2008; Nyström & Öhring, 2004). Deze gevoelens, evenals spanningen rondom de taakverdeling van werk, de opvoeding en verzorging en het huishouden, kunnen leiden tot conflicten tussen de partners, waardoor zij minder steun aan elkaar hebben (Belsky & Pensky, 1988; Knauth, 2000).

Laagopgeleide en laaggeletterde ouders

Laagopgeleide ouders (en dus vaak ook laaggeletterde ouders) zijn één van de groepen ouders met de meeste problemen of vragen rond de opvoeding (Snijders, 2006; Van Egten, Zeijl, De Hoog, Nankoe, & Petronia, 2008). Daarnaast hebben laagopgeleide en laaggeletterde ouders naast bovengenoemde algemene risico's van een zwangerschap vaak ook te kampen met beperkte gezondheidsvaardigheden (Pharos, 2016; Rademakers, 2014). Zij hebben onder andere moeite met het zoeken van informatie op het internet, het begrijpen van informatie in folders of op websites, het begrijpen van uitleg en adviezen en in de praktijk brengen en met zelfmanagement (Pharos, 2016). (Aanstaande) ouders met beperkte gezondheidsvaardigheden gaan niet actief op zoek naar informatie of hulp, zien de relevantie van informatie vaak niet en leggen vaak geen verband tussen (on)gezond gedrag en de uitkomsten van de zwangerschap (Zeeman, 2014). Dit zou de oorzaak kunnen zijn van een verhoogd risico op stress en een ongezonde leefstijl tijdens de zwangerschap.

Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.

Aan te pakken factoren – max 200 woorden

Welke factoren pakt de interventie aan en welke onder 1.2 benoemde (sub)doelen horen daarbij?

Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.

Ten eerste richt *Een kindje krijgen* zich op het wegnemen van prenatale stress en angst (subdoelen 1 t/m 5). Door realistische verwachtingen te scheppen over de bevalling en het ouderschap, kan stress en angst bij (aanstaande) ouders verminderen.

Ten tweede richt *Een kindje krijgen* zich op het stimuleren de parenting self-efficacy (subdoelen 6 en 7). Vrouwen met een hogere parenting self-efficacy tijdens de zwangerschap laten na de geboorte een sterkere daling zien in angstige en depressieve klachten (Kunseler, 2015). Tevens is de parenting self-efficacy gerelateerd aan positief opvoedgedrag van de ouders, wat bijdraagt aan een gunstige ontwikkeling van het kind (Jones & Prinz, 2005; Teti & Gelfand, 1991; Williams et al., 1987).

Ten derde richt *Een kindje krijgen* zich op het stimuleren van sociale steun (subdoelen 8 en 9). Sociale steun is bij beide ouders gerelateerd aan tevredenheid over het ouderschap, aanpassing aan het ouderschap, vertrouwen en zelfrespect van ouders (Wan, Jaccard, & Ramey, 1996) en aan de interactie en verhouding tussen ouder en kind (Huth-Bocks et al., 2004; Pauli Pott, 2004).

Ten slotte richt *Een kindje krijgen* zich op het stimuleren van gezondheidsvaardigheden (subdoelen 10 t/m 14). Dat wil zeggen dat ouders geïnformeerd worden over de verschillende thema's geïnformeerd worden, bijvoorbeeld over de invloed van goede voeding en beweging en de invloed van roken, alcohol en drugs op de ontwikkeling van de baby. En dat ouders geïnformeerd worden over welke vragen zij aan welke professionals kunnen stellen. Ook wordt er aandacht besteed aan zelfmanagement: het herkennen en reguleren van problemen (bijv. stress) en indien nodig hulp inroepen.

Verantwoording – max 1000 woorden

Maak aannemelijk dat met deze aanpak ook daadwerkelijk de doelen bij deze doelgroep bereikt kunnen worden.

Onderbouwing keuze digitale voorlichting

Een kindje krijgen is een doorontwikkeling van de groepsbijeenkomsten van *Zwanger, Bevallen, een Kind* (ZBK) tot een digitale voorlichting. De verwachting is dat een anonieme, sterk visueel ingestelde digitale voorlichting drempelverlagend is voor laagopgeleiden en laaggeletterden. Schaamte speelt hierbij een kleinere tot geen rol, in tegenstelling tot deelname aan groepsactiviteiten (Vos, De Vries, & Duvekot, 2007). Andere drempelverlagende factoren zijn dat ouders het huis niet uit hoeven voor de voorlichting, zelf het moment en tijdstip van deelname kunnen bepalen en zelf kunnen kiezen met wie ze de voorlichting volgen (bijv. partner, moeder of vriendin). Daarnaast kunnen veel ouders met een voorlichting bereikt worden, omdat iedereen met toegang tot internet kan meedoen. In 2011 was bijna 70% van de laaggeletterden bereikbaar via computer of internet (Fouarge, Houtkoop, & Van der Velden, 2011). De verwachting is dat dit percentage inmiddels is toegenomen.

Theoretische onderbouwing

De aanpak van *Een kindje krijgen* is gebaseerd op de self-efficacy theorie van Bandura (1997) en het I-Change model van De Vries et al. (2004). Volgens de self-efficacy theorie spelen cognitieve processen een belangrijke rol bij het verwerven en behouden van nieuwe gedragspatronen. Ook volgens het I-Change model van De Vries et al. (2004; zie bijlage 2) zijn kennis, bewustzijn, vaardigheden en eigen effectiviteit onmisbaar om tot gedragsverandering te komen. Het I-Change model is een combinatie van onder andere het transtheoretisch model (Prochaska & DiClemente, 1983) en de theorie van gepland gedrag (Ajzen, 1985). Volgens het I-Change model zijn predispositie, informatie, bewustzijn, motivatie en intentie van invloed op het uitvoeren en behouden van bepaalde gedragspatronen. De capaciteit en barrières van mensen beïnvloeden of zij van intentie tot gedrag kunnen komen. In bijlage 2 wordt het I-Change model weergegeven. Een voorbeeld (aflevering 'omgaan met stress') om weer te geven welke aspecten van het I-Change model aan bod komen en hoe ze zich verhouden tot de aan te pakken factoren:

Ouders worden in de filmpjes door een kraamverzorgende **geïnformeerd** over wat stress is, hoe het ontstaat en dat alledaagse stress niet erg is. De kraamverzorgende schept realistische verwachtingen door vooroordelen over stress weg te nemen (**barrières**), door te benadrukken dat stress tijdens de zwangerschap heel normaal is en dat het niet raar is als je door een nare gebeurtenis veel stress ervaart. Ook informeert de kraamverzorgende ouders over wanneer stress wel schadelijk is en wat dit met de baby doet. De **kennis** van ouders over (de invloed van) stress neemt toe. Deze kennis draagt bij aan het **bewustzijn**. Ouders zijn zich ervan bewust dat kortdurende stress tijdens de zwangerschap normaal is en dat voldoende ontspannen belangrijk is voor een gezonde ontwikkeling van de baby. Ook weten ze wat ze zelf kunnen doen als ze kortdurende of langdurige stress ervaren (*eigen effectiviteit*) en dat het goed is om erover te praten met hun partner, vrienden of familie. De **motivatie** van ouders neemt toe om alert te zijn op signalen van stress, voldoende te ontspannen en hulp te zoeken wanneer ze langdurig stress ervaren. Deze motivatie beïnvloedt de **intentie** en het uiteindelijke **gedrag** van ouders. Verder wordt in de digitale voorlichting ook aandacht besteed aan de *vaardigheden* (**capaciteit**) die ouders nodig hebben om van intentie tot gedrag te komen. Bijvoorbeeld door ouders uit te nodigen aan de hand van concrete stresssignalen bij zichzelf na te gaan welke signalen zij bij zichzelf herkennen en ze uit te nodigen korte mindfulness-achtige ontspanningsoefeningen te doen. Ook worden de ouders gewezen op een (wetenschappelijk onderzochte, effectieve) ademhalingsapp. De toename van kennis, bewustzijn, motivatie, intentie en vaardigheden zijn allen van invloed op de gezondheidsvaardigheden van ouders.

Hieronder volgt per factor een toelichting hoe deze wordt beïnvloed met behulp van (elementen uit) het I-Change model (zie bijlage 1 voor een schematische weergave).

Prenatale stress en angst wegnemen

Om prenatale stress en angst weg te nemen, worden ouders geïnformeerd over de bevalling, het ouderschap en de ontwikkeling van het kind (Schaalma et al., 2010). Denk bijvoorbeeld aan de (fasen van de) bevallen, hoe je je als aanstaande ouders kunt voorbereiden op de bevalling, wat er gebeurt in het lichaam van de vrouw tijdens de bevalling en dat je zelf keuzes kunt maken bij de bevalling. En over alles wat gaat veranderen als je straks een kindje hebt, over het slaapritme van het kind, dat je tijd nodig hebt om aan de veranderingen te wennen en tijd nodig hebt om je kindje te leren kennen. Ouders worden gestimuleerd om actief met de informatie aan de slag te gaan (actief leren; Bandura, 1986). Bijvoorbeeld door na te denken over hun wensen ten aanzien van de bevalling en om een geboorteplan te maken, om met elkaar in gesprek te gaan over de verwachtingen van het ouderschap en over de verdeling van zorg- en werktaken. Ook doen ouders oefeningen (directe ervaring, Ewell, 1997) zoals houdingen uitproberen bij de bevalling en het verdelen van tijd en taken.

Parenting self-efficacy stimuleren

Parenting self-efficacy (opvoedvertrouwen) wordt ten eerste gestimuleerd door ouders te 'empoweren'⁷. Ouders worden in verschillende afleveringen geïnformeerd over de gevolgen van hun gedrag (bijv. leefstijl, ontspanning, contact maken met je kind) voor henzelf en voor het kind (Weinstein et al., 2002). Middels (ontspannings)oefeningen ervaren zij dat ze zelf controle hebben over bijvoorbeeld de ervaren stress (directe ervaring, Ewell, 1997). Ook worden de ouders in de verschillende afleveringen gestimuleerd om eigen, gezonde keuzes te maken. De verwachting is dat de parenting self-efficacy toeneemt wanneer de (aanstaande) ouders eigen keuzes maken, angsten (bijv. rond de bevalling) afnemen en het goed gaat met de zwangerschap en de baby: het zelfvertrouwen van (aanstaande) ouders groeit en zij voelen zich geslaagd en bevestigd in hun rol als (aanstaande) ouders.

Ten tweede draagt het stimuleren van (prenataal) hechtingsgedrag bij aan de parenting self-efficacy. Ouders worden geïnformeerd (Schaalma et al., 2010) hoe je contact kunt maken met je (ongeboren) kind en hoe dit voor de geboorte al bijdraagt aan de band met je kind. Ze krijgen verschillende filmpjes te zien van baby's die contact zoeken, troost nodig hebben, honger of slaap hebben met daarbij een uitleg van de signalen van het kind. Ook doen ze verschillende oefeningen (directe ervaring; Ewell, 1997), zoals een quiz om signalen van het kind te leren kennen, liedjes zingen voor het (ongeboren) kind en het ongeboren kind voelen in de buik. Ouders voelen zich zekerder in het herkennen van signalen en contact maken met de baby, wat de parenting self-efficacy versterkt.

Ten derde wordt de parenting self-efficacy gestimuleerd door sociale steun te stimuleren. Parenting self-efficacy hangt namelijk samen met informele sociale steun (Leahy-Warren et al., 2011) en de kwaliteit van de relatie tussen de ouders (Ponomartchouk & Bouchard, 2015). Tot slot dragen realistische verwachtingen over het ouderschap bij aan de parenting self-efficacy: wanneer de (aanstaande) ouders de signalen van hun kind beter leren kennen, zullen zij zich minder machteloos voelen en meer vertrouwen in zichzelf hebben.

Sociale steun stimuleren

Ouders worden gestimuleerd om de aflevering samen met hun partner of iemand anders te bekijken. In de afleveringen worden ouders geïnformeerd (Schaalma et al., 2010) over hoe belangrijk het is om soms even tijd voor jezelf te nemen: de zorg voor een baby kan best zwaar zijn. Ze worden gestimuleerd om na te denken over de mensen om hen heen (actief leren; Bandura, 1986): bij wie zouden ze hulp kunnen vinden? En hoe vraag je om hulp? Met een oefening brengen ouders hun sociale steunnetwerk in kaart (directe ervaring; Ewell, 1997) en worden ouders gestimuleerd om hier een beroep op te doen indien nodig. Verder worden partners in de afleveringen actief betrokken als steun voor de (aanstaande) moeder, bijvoorbeeld door hen te stimuleren om ook te stoppen met roken en gezond te leven.

Gezondheidsvaardigheden vergroten

Aanstaande ouders met beperkte gezondheidsvaardigheden leggen vaak geen verband tussen (on)gezond gedrag en de uitkomsten van de zwangerschap (Zeeman, 2014). In de digitale voorlichting worden zij daarom zo visueel mogelijk geïnformeerd (Schaalma et al., 2010) over wat een gezonde leefstijl is tijdens de zwangerschap en wat de invloed van een ongezonde leefstijl en van stress is op de ontwikkeling van de baby. Ouders verwerken de informatie actief (Bandura, 1986), bijvoorbeeld door hen vragen te stellen waarmee ouders de informatie op hun eigen situatie betrekken.

Een ander kenmerk van aanstaande ouders met beperkte gezondheidsvaardigheden, is dat zij niet actief op zoek gaan naar informatie of hulp (Zeeman, 2014). *Een kindje krijgen* richt zich daarom ook op het stimuleren van ouders om hulp te zoeken indien nodig. In de filmpjes zien ouders verschillende professionals die hen informeren over bepaalde onderwerpen. Hierdoor krijgen ouders een indruk van de verschillende

⁷ Empowerment is het versterken van de eigen kracht van ouders, door ouders onder andere te laten ervaren dat hun acties en gedrag invloed hebben op de lichamelijke en fysieke gezondheid en het welbevinden van henzelf en van hun kindje (Prinsen et al., 2012).

professionals die voor, tijdens en na de zwangerschap klaar staan om hen te adviseren en ondersteunen. Daarnaast worden ouders in verschillende filmpjes door de professionals doorverwezen naar andere professionals. Bijvoorbeeld wanneer uit een test blijkt dat ouders hoog scoren op stress of depressieve klachten, of wanneer ouders willen stoppen met roken: ze krijgen feedback op basis van de resultaten.

Tot slot richt *Een kindje krijgen* zich op zelfmanagement met betrekking tot een gezonde leefstijl: dat betreft zowel informatie over omgaan met stress en angst als informatie over de invloed van roken en alcoholgebruik tijdens de zwangerschap, over bewegen en goede voeding. Ouders gaan actief met informatie over (de invloed van) een gezonde leefstijl aan de slag door na te denken over en te reflecteren op hun eigen situatie (actief leren; Bandura, 1986) en oefeningen te doen (direct ervaring, Ewell, 1997). Denk bijvoorbeeld aan een oefening om (overmatige) stress en angst te herkennen en reguleren en indien nodig hulp in te roepen, of door aan de hand van vragen uit te vinden hoe gemotiveerd ze zijn om te stoppen met roken of met alcoholgebruik. Ook komen er verschillende mindfull-achtige ontspanningsoefeningen aan bod (mindfulness; Kabat-Zinn, 2003).

Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.

3. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering – max 600 woorden

Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de uitvoering van de interventie?

Beschrijf kort welke onderzoeken zijn gedaan en wat daarvan de uitkomsten waren. Stuur bij het indienen van het werkblad de volledige publicatie van ieder genoemd onderzoek mee.

Beschrijf per onderzoek:

- a) De titel, auteurs, organisatie en jaar van uitgave (indien gepubliceerd)
- b) Het type onderzoek, de onderzoeksmethode en de omvang van het onderzoek
- c) Een samenvatting van de meest relevante uitkomsten met betrekking tot inzicht in de mate waarin activiteiten zijn uitgevoerd volgens plan, het bereik van de interventie, de waardering en ervaring van de uitvoerders en doelgroep, succes- en faalfactoren, en -indien beschikbaar- de uitvoerbaarheid, de randvoorwaarden en de omgevingsvariabelen.

Onderzoek 1

a) Verslag pilot proefpakket voorlichting: Stress tijdens de zwangerschap voor aanstaande moeders en vaders. Door S. Nossent, 2015.

b) In 2014 is een procesevaluatie uitgevoerd naar de ervaringen van de doelgroep en professionals met een proefpakket met digitale voorlichting voor aanstaande ouders, genaamd: Stress tijdens de zwangerschap. Het proefpakket is voorgelegd aan kleine focusgroepen met representanten van de doelgroep. Aanvullend op de focusgroepen is bij elke respondent een observatievragenlijst ingevuld om een indruk te krijgen van de reacties op en omgang met de verschillende onderdelen van het pakket. In totaal deden 18 representanten van de doelgroep mee. Daarnaast is de voorlichting voorgelegd aan totaal 10 professionals die direct met de doelgroep werken.

c)

Bereik:

- De deelnemers waren 11 jonge (aanstaande) moeders, 2 vaders (ex-laaggeletterd) met oudere kinderen (waarvan één met kleinkinderen) en 5 vrouwen (ex-laaggeletterd) met oudere kinderen.
- De onderzoekers hebben geen jonge autochtone laaggeletterde (aanstaande) ouders kunnen werven.
- Volgens ex-laaggeletterde deelnemers is het niet bereiken van jonge laaggeletterden te verklaren doordat deze doelgroep zichzelf niet ziet als 'laaggeletterd' of hier niet openlijk mee omgaat en doordat schaamte een grote rol speelt. Voor laaggeletterde migranten bleek schaamte minder te spelen. Zij hadden een goede reden waarom ze de Nederlandse taal niet goed beheersten
- Bijna alle deelnemers zijn gemiddeld tot veel actief op het internet. Hoe jonger de deelnemer, hoe actiever.

Resultaten t.a.v. de waardering en ervaring van de doelgroep:

- De digitale voorlichting is ervaren als overzichtelijk, interessant, goed en prettig, leuk en makkelijk, leuk en informatief, een mooie presentatie, met duidelijke uitleg.
- De vaste opbouw van de informatieve filmpjes en de keuzeonderdelen zijn positief ervaren.
- De inhoud wordt duidelijk, leerzaam, interessant en nieuw gevonden.
- (Ex) laaggeletterde deelnemers waarderen de toegankelijkheid en begrijpelijke informatie en de voorleesfunctie.
- Vaders hadden soms meer moeite om zich te verplaatsten in het onderwerp dan moeders. De vaders vroegen om meer informatie vanuit perspectief van vaders.
- De onderdelen in de informatieve filmpjes met de tekeningen en foto's spreken het meeste aan.
- De digitale vormgeving wordt als prettig en rustig ervaren.
- De tekeningen in het introductiefilmpje worden door veel deelnemers kinderachtig en raar gevonden, maar de tekeningen in de informatieve filmpjes vindt vrijwel iedereen duidelijk en een waardevolle toevoeging.
- Het digitaal navigeren door de voorlichting kan op een aantal vlakken verbeterd worden.
- De meeste deelnemers kijken het liefst samen naar de voorlichting (bijv. met hun partner).

Resultaten t.a.v. aansluiting bij de doelgroep

- Deelnemers vinden dat de voorlichting eenvoudig uitstraalt in taal, vormgeving en presentatie.
- Deelnemers beleven plezier aan het kijken naar de filmpjes.
- Deelnemers maken weinig opmerkingen over humor in de filmpjes.
- Deelnemers worden nieuwsgierig gemaakt door het cliffhanger effect.
- Deelnemers reageren over het algemeen met herkenning en kunnen zich identificeren met de onderwerpen of personages.
- Deelnemers vinden de vragen in de informatieve filmpjes prettig: dit zet ze aan tot nadenken over zichzelf.

Resultaten t.a.v. de waardering en de ervaring van de professionals

- De voorlichting wordt ervaren als vriendelijk en mooi, toegankelijk voor de doelgroep, mooi vorm gegeven, met een sterke lay-out.
- De voorlichting moet niet starten met een tekenfilmje, maar met een echt aanstaand ouderpaar waarmee de deelnemers zich kunnen identificeren.
- Het verband tussen de plaatjes en de inhoud van de voorlichting kan beter.
- De kwaliteit van de beelden en het geluid kan beter.
- Titels van de filmpjes kunnen beter: beter passend bij de inhoud of meer appellerend aan de belevingswereld van de zwangere.
- Het bedieningsgemak kan beter, bijv. door instructies toe te voegen en visueel te maken hoe ver je bent.

Naar aanleiding van de resultaten zijn concrete aanbevelingen gedaan zoals:

- Inhoudelijke wijzigingen en wijzigingen in de vormgeving doorvoeren.
- Het bedieningsgemak verbeteren.
- Plaatjes en titels passender maken bij de inhoud.
- Aangeven hoelang je bezig bent met de voorlichting.
- Zelfsignaleringsinstrumenten opnemen.
- De voorlichting beschikbaar stellen aan een brede groep van (aanstaande) ouders. Dit maakt de voorlichting minder stigmatiserend en vergroot de kans dat ook jonge (autochtone) laaggeletterden bereikt worden.

Babywerk heeft alle genoemde aanbevelingen doorgevoerd bij de (door)ontwikkeling van de voorlichting. Zo is een geheel nieuw design voor de vormgeving gemaakt dat herkenbaarheid en gebruiksgemak vergroot, met name voor een jonge doelgroep die gewend is filmpjes te kijken op internet (bv zoals op You Tube, Netflix of HBO)

Onderzoek 2

a) Pilot Een kindje krijgen. Een onderzoek naar het bereiken van kwetsbare laagopgeleide aanstaande ouders met digitale voorlichting via verloskundigenpraktijken. Door Babybiz Pedagogisch Advies, 2016.

b) De pilot bestaat uit een kwalitatief onderzoek waarin de vraag gesteld wordt of laag opgeleide en laaggeletterde, kwetsbare aanstaande ouders via verloskundigenpraktijken bereikt kunnen worden met digitale voorlichting. Tijdens de pilot zijn drie afleveringen van *Een kindje krijgen* via een link in een e-mail aan laagopgeleide aanstaande ouders toegestuurd in vier verloskundigenpraktijken. Verloskundigen selecteerden aanstaande ouders, hielden bij om welke reden zij hen betrokken in de pilot en verstuurden via een uitgiftetool automatisch een aflevering van de digitale voorlichting. Voor de evaluatie zijn individuele interviews gehouden met 5 verloskundigen van de vier verloskundigenpraktijken. Tot slot is door het gebruik van 'click streams' bijgehouden hoe vaak mensen de onderdelen van de afleveringen daadwerkelijk bekijken en hoe zij reageren op vragen die in de voorlichting verwerkt zitten.

c)

Resultaten t.a.v. het bereiken van de doelgroep:

- De pilot heeft 15 laagopgeleide en kwetsbare aanstaande ouders bereikt waaraan totaal 21 afleveringen zijn uitgedeeld.
- De doelgroep kan via verloskundigenpraktijken bereikt worden: laagopgeleide en kwetsbare aanstaande ouders worden door verloskundigen gezien en, in ieder geval voor een deel, herkend.
- Het persoonlijk aanspreken van de deelnemers door de verloskundigen blijkt succesvol in het uitnodigen om deel te nemen aan de voorlichting.
- Het uitdelen van de afleveringen wordt door de verloskundigen als een extra taak ervaren.

- Het kost energie, tijd en wellicht ook ondersteuning om de voorlichting in de routine van de praktijk te integreren.

Resultaten t.a.v. het bekijken van de afleveringen door de doelgroep:

- 75% van de uitgedeelde afleveringen is bekeken.
- 50% van de afleveringen is relatief lang en intensief bekeken (20-45 minuten).
- Deelnemers die langer dan 20 tot 25 minuten naar een aflevering keken, waren vervolgens vaak 10 tot 25 minuten bezig met de actieve onderdelen.
- De meeste deelnemers bekijken voornamelijk de informatieve introductiefilmpjes.
- Een aantal deelnemers zijn actief bezig geweest met de keuzeonderdelen, waaruit een voorkeur voor quizen bleek.
- Deelnemers beantwoorden de vragen tussen de introductiefilmpjes door (er is altijd ook een optie om de vraag over te slaan).
- Uit het onderzoek kan niet worden afgeleid of deelnemers de filmpjes samen of alleen hebben gekeken.

Aanbevelingen:

- Ondersteun de verloskundigen bij aanvang van het in gebruik nemen van de voorlichting 'hoe de voorlichting te integreren in de praktijk'.
- Ontwikkel de uitgiftetool door, in gesprek met de gebruikers (verloskundigen).
- Ontwikkel een training voor professionals die met *Een kindje krijgen* gaan werken, waarin bijvoorbeeld aandacht wordt besteed aan het herkennen en enthousiasmeren van de doelgroep en good practices bij het integreren van *Een kindje krijgen* in de routine van de praktijk.

Naar aanleiding van de resultaten en aanbevelingen zijn de volgende verbeteringen doorgevoerd:

- De uitgiftetool is doorontwikkeld en gebruiksvriendelijker gemaakt
- Professionals worden door Babywerk ondersteund bij de implementatie door bijvoorbeeld de uitgiftetool voor hen te installeren.
- Naast verloskundigenpraktijken richt Babywerk zich ook op andere professionals die direct met de doelgroep werken, zoals maatschappelijk werkenden op POPpoli's, kraamzorgorganisaties, jeugdverpleegkundigen (bv bij prenataal huisbezoek) of ambulant medewerkers psychische zorg voor LVB aanstaande ouders.
- Er is een training op maat voor ambassadeurs in ontwikkeling, waarin o.a. het belang van het bereiken van laagopgeleide en kwetsbare ouders aan bod komt en waarin aandacht wordt besteed aan het praktisch uitrollen van de cursus. Naar behoefte wordt achtergrondkennis geboden over prenatale gehechtheid (bonding) en de transitie naar ouderschap.

Onderzoek 3

a) Afstudeeronderzoek Contact met je baby. Door Julia Konings, verloskundige in opleiding, 2018.

b) Het afstudeeronderzoek bestaat uit een gestructureerd kwalitatief onderzoek waarin de vraag wordt gesteld op welke manier de aflevering 'Contact met je baby' helpt met de voorbereiding op de postnatale fase bij aanstaande ouders. In totaal namen 8 'reguliere' (dus niet per se kwetsbare) aanstaande ouders deel aan het onderzoek. De aanstaande ouders kregen ieder een aantal vragen voorgelegd door de onderzoeker over de zorg voor de baby na de geboorte en het herkennen van signalen van de baby. Vervolgens werd er samen met de onderzoeker door de participant gekeken naar de aflevering 'Contact met je baby' van stichting Babywerk. Na afloop kreeg de participant nog enkele vragen, zoals of ze nu meer signalen bij de baby herkennen en of ze iets nieuws geleerd hadden. De vragen werden beantwoord in gesprek met de onderzoeker.

c) Het belangrijkste resultaat is dat de aflevering bijdraagt aan de vaardigheden van aanstaande ouders om contact te maken met een baby en hoe ze hier op kunnen reageren. De meeste aanstaande ouders haalde vanuit de film een stuk herkenning, waardoor de kennis die ze al hadden bevestigd werd. Echter nam iedere ouder na het bekijken van de aflevering ook nieuwe kennis met zich mee ten aanzien van het contact met de baby.

Onderzoek 4

a) Procesevaluatie “Werken met de voorlichting Een kindje krijgen”. Door Sylvia Nossent, 2018.

b) De procesevaluatie bestaat uit een kwalitatief onderzoek waarmee de tevredenheid van de ambassadeurs, het verloop van het proces en de succes- en faalfactoren van *Een kindje krijgen* zijn onderzocht. Voor het onderzoek is een vragenlijst afgenomen onder de vier ambassadeurs (ambulante begeleider, medewerker POP-poli, verloskundige en kraamverzorgende/babypedagoog) die *Een kindje krijgen* op dit moment actief verspreiden onder de doelgroep.

c) Resultaten

Inhoud:

Ambassadeurs zijn positief over het werken met Een kindje krijgen: het uitnodigen van ouders is laagdrempelig en van meerwaarde als aanvulling op hun werk. De thema's zijn duidelijk, passend bij de doelgroep en actueel. Eén ambassadeur zou de inhoud misschien willen uitbreiden met borstvoeding als onderwerp, maar twijfelt omdat er al veel voorlichting over borstvoeding is. Twee andere ambassadeurs zouden graag extra onderwerpen zien, met name voor na de geboorte. Bijvoorbeeld slapen, lezen met je kind en basisvaardigheden zoals een flesje maken.

Proces:

Ambassadeurs vinden het over het algemeen laagdrempelig en makkelijk om ouders uit te nodigen om mee te doen. Om ouders te selecteren, beoordeelt één ambassadeur of zij denkt dat de ouder er wat aan kan hebben. Een ander selecteert op basis van een minimaal niveau van de ouder (ambassadeur werkt met licht verstandelijk beperkte ouders). Daarnaast kijkt één ambassadeur welke onderwerpen bij ouders leven en maakt een passende selectie van de afleveringen. Eén ambassadeur biedt de afleveringen aan alle ouders aan. Het aanbieden van de afleveringen via de uitgiftetool werkt makkelijk. Bij het aanbieden motiveren drie ambassadeurs de ouders om de aflevering samen met iemand te kijken. De vierde ambassadeur had hier niet aan gedacht en gaat dit alsnog doen.

Nadat ouders de aflevering hebben bekeken, gaan twee ambassadeurs hierover met ouders in gesprek. Dit levert goede gesprekken op waarbij ouders de gelegenheid hebben om vragen te stellen. Een andere ambassadeur geeft aan wel in gesprek te willen, maar ouders niet altijd terug te zien, omdat ouders een volgende afspraak bij collega's kunnen hebben. De vierde ambassadeur biedt de afleveringen aan tijdens een eenmalige workshop, waardoor ze er niet met ouders op terug kan komen.

Aanbevelingen:

Uit de resultaten blijkt dat niet alle ambassadeurs eraan gedacht hebben om ouders te motiveren de afleveringen samen met iemand te kijken. Daarnaast zouden de ambassadeurs graag in gesprek met ouders terugkomen op de afleveringen die zij bekeken hebben. In de praktijk blijkt dit niet altijd haalbaar, bijvoorbeeld doordat collega's de ouders een volgende keer terug zien of doordat de afleveringen tijdens een eenmalige workshop worden aangeboden. Babywerk neemt deze aanbevelingen mee in de training voor ambassadeurs door handvatten te geven om het motiveren en nabespreken zo goed mogelijk te integreren in verschillende praktijksituaties.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten – max 600 woorden

Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de behaalde effecten met de interventie?

Beschrijf kort welke onderzoeken zijn gedaan en wat daarvan de uitkomsten waren. Stuur bij het indienen van het werkblad de volledige publicatie van iedere genoemde studie mee.

Beschrijf per onderzoek:

- a) De titel, auteurs, organisatie en jaar van uitgave
- b) Het type onderzoek, de meetinstrumenten en de omvang van het onderzoek
- c) Een samenvatting van de meest relevante uitkomsten met betrekking tot het bereik van de interventie, de gevonden effecten en -indien beschikbaar- de door de doelgroep ervaren effectiviteit en de mate waarin de veronderstelde werkzame elementen daadwerkelijk zijn uitgevoerd.

Op dit moment is er nog geen effectonderzoek beschikbaar. Wel heeft onderzoek naar de bruikbaarheid en het effect van de interventie vanaf het begin onze aandacht. In onderzoek 3 bij de procesevaluaties is al getracht het effect in beeld te brengen. Daarnaast loopt er een wetenschappelijk promotie onderzoek bij de VU waarin de aflevering Contact met je baby (samen met andere informatie en ondersteuning) onderzocht wordt op bruikbaarheid en effect. Dat onderzoek is gericht op alle aanstaande ouders. Naar verwachting zijn daar eind 2018 voorlopige resultaten van beschikbaar.

Let op: dit onderdeel (4.2) hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op de niveaus 'Goed beschreven' en 'Goed onderbouwd'.

4. Samenvatting Werkzame elementen

Wat zijn de werkzame elementen van deze interventie waardoor de gestelde doelen bij de doelgroep gerealiseerd worden? Geef een puntsgewijs overzicht van de belangrijkste werkzame elementen van de interventie. Denk daarbij aan inhoudelijke en praktische elementen.

Max 250 woorden

Inhoudelijke elementen:

- De integratie van zwangerschapsbegeleiding, ondersteuning van prenatale gehechtheid en parenting self-efficacy, en voorbereiding op de bevalling en het ouderschap;
- Het aanreiken van manieren in het omgaan met stress en vinden van ontspanning;
- Het wegnemen van prenatale stress en angst door realistische verwachtingen te scheppen over de bevalling en het ouderschap;
- Het stimuleren van de parenting self-efficacy, sociale steun en gezondheidsvaardigheden;
- Aandacht voor de preconceptie periode en de eerste 1001 kritieke dagen.

Methodische / strategische elementen:

- Een sterk visueel ingestelde digitale voorlichting om ook laagopgeleiden en laaggeletterden te bereiken;
- Door acteurs gespeelde scènes van een 'real life' situatie of een probleem waarmee de doelgroep zich kan identificeren;
- Het overdragen van informatie gebaseerd op actuele inzichten uit het vakgebied, de wetenschap en de praktijk door (zorg)professionals;
- Actief betrekken van de partner (zowel als steun voor de vrouw en als mede-opvoeder van de baby);
- Het verspreiden van de digitale voorlichting door ambassadeurs die in direct contact staan met de doelgroep;
- Het gebruik van afwisselende werkvormen om cognitieve en emotionele processen (kennis, bewustzijn, eigen effectiviteit en vaardigheden) te stimuleren;
- Opname van instrumenten voor zelfsignalering (zoals de Edinburgh Depression Scale);
- Het verwijzen naar online hulp, zodat aanstaande ouders in staat worden gesteld om meer regie over hun eigen leven te nemen.

Elementen met betrekking tot de uitvoering / setting / condities:

- Een digitale voorlichting die op elke smartphone, tablet, computer of laptop met toegang tot internet op elk moment in de thuisomgeving gevolgd kan worden;
- Een landelijke beheerorganisatie van de digitale voorlichting;
- Het gebruik van een digitale uitgiftetool waarmee ambassadeurs de afleveringen kunnen versturen, en kunnen bijhouden of de aflevering is bekeken.
- Een licentieovereenkomst met uitvoerende organisaties;
- Een op maat gemaakte training en naar behoefte intervisie en deskundigheidsbevordering voor ambassadeurs.

Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.

5. Aangehaalde literatuur

Maak een alfabetische lijst van alle in deze beschrijving aangehaalde literatuur en gebruik hiervoor de APA-normen (variant met kleine letters, zie aanwijzingen in de handleiding).

- Ahlborg, T., & Strandmark, M. (2001). The baby was the focus of attention – first-time parents' experiences of their intimate relationship. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15 (4), 318-325.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl, & Beckmann, J. (Ed.), *Action Control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer-Verlag.
- Azmoude, E., Jafarnejade, F., & Mazlom, S. R. (2015). The predictors of maternal self-efficacy in early parenthood. *Journal of Midwifery & Reproductive Health*, 3 (2), 368-376.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The Exercise of Control*. New York, NY: Freeman.
- Barr, R.G. (2006). Crying Behaviour and Its Importance for Psychosocial Development in Children. *Encyclopedia on Early Childhood Development*, 1-10
- Belsky, J. E., & Pensky, E. (1988). Marital change across the transition to parenthood. *Marriage & Family Review*, 12 (3-4), 133-156.
- Bonsel, G. J., Birnie, E., Denktas, S., Poeran, J., & Steegers, E. A. (2010). *Lijnen in Perinatale Sterfte: Signalementstudie Zwangerschap en Geboorte*. Rotterdam: Erasmus MC. Bouwland-Both, M. I., Steegers-Theunissen, R. P., Vujkovic, M., Lesaffre, E. M., Mook-Kanamori, D. O., Hofman, A., Lindemans, J., Russcher, H., Jaddoe, V. W., & Steegers, E. A. (2013). A periconceptional energy-rich dietary pattern is associated with early fetal growth: The Generation R study. *BJOG*, 120, 435-445.
- Bryanton, J., Gagnon, A. J., Johnston, C., & Hatem, M. (2008). Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37 (1), 24-34.
- Bucx, F. (2011). *Gezinsrapport 2011: Een portret van het gezinsleven in Nederland*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2018). Bevolking; onderwijsniveau; geslacht, leeftijd en migratieachtergrond. Geraadpleegd op www.statline.cbs.nl
- Cozolino, L. (2006) *The Neuroscience of human relationships. Attachment and the developing social brain*. New York/London: WW Norton & Company.
- Da Silva, L. M. (2009). *Fetal Origins of Socioeconomic Inequalities in Early Childhood Health, The Generation R Study* [proefschrift]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- DAIMH, NIP, NVO, & Babywerk (2015). *Manifest 1001 kritieke dagen*. Geraadpleegd op https://www.nvo.nl/bestanden/Bestanden_nieuwe_website_2015_-_2016/Dossier-Overig/Manifest-1001-kritieke-dagen/5420-1/1001kritiekedagen_juni2015.pdf
- De Boer, J., Zeeman, K., & Offerhaus, P. (2008) *Prenatale verloskundige begeleiding. KNOV-Standaard. Wetenschappelijke onderbouwing*. Utrecht: KNOV.
- De Cock, E. S. A., Klimstra, T. A., Vreeswijk, C. M. J. M., Maas, A. J. B. M., Meus, W. H. J., & Van Bakel, H. J. A. (submitted). Longitudinal associations between maternal and paternal bonding, parenting self-efficacy and child temperament.
- De Greef, M., Segers, M., & Nijhuis, J. (2013). Feiten en cijfers geletterdheid. Den Haag: Stichting Lezen en Schrijven.
- De Weerd, S., & Steegers, E. A. (2002). The past and present practices and continuing controversies of preconception care. *Community Genet*, 5 (1), 50-60.
- Deave, T., & Johnson, D. (2008). Transition to parenthood: The needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8, 30.
- Delmore-Ko, P., Pancer, S. M., Hunsberger, B., & Pratt, M. (2000). Becoming a parent: The relation between prenatal expectations and postnatal experience. *Journal of Family Psychology*, 14 (4), 625-640.
- Diekstra, R. F. W., Wubs, J. M., Vreeburg, L. E., Sklad, M. J., & De Rooter, M. (2008). *Naar een canon van opvoeding: Wat inwoners van Den Haag weten over opvoeding van kinderen en jongeren*. Den Haag: Kenniscentrum Jeugd en Opvoeding, Haagse Hogeschool.
- Douglas, P. S., Hill, P. S., & Brodribb, W. (2011). The unsettled baby: How complexity science helps. *Archives of Diseases in Childhood*, 96, 793-797.

- Droomers, M., Schrijvers, C. T. M. & Mackenbach, J. P. (2002). Why do lower educated people continue smoking? Explanations from the longitudinal GLOBE study. *Health Psychology*, 21(3), 263-272.
- Erickson, M. F., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (1985). The relationship between quality of attachment and behaviour problems in preschool in a high-risk sample. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 147-166.
- Field, T. (2002). Infants' need for touch. *Human Development*, 45, 100-103.
- Fouarge, D., Houtkoop, W., & Van der Velden, R. (2011). *Laaggeletterdheid in Nederland*. Den Bosch: ECBO.
- Forsyth, B. W. C., McCarthy, P. L., & Leventhal, J. M. (1985). Problems of early infancy, formula changes, and mothers' beliefs about their infants. *Journal of Pediatrics*, 106, 1012-1017.
- Gezondheidsraad. (2007). *Preconceptiezorg: voor een goed begin*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Greenberg, M. T., Speltz, M. L., & DeKlyen, M. (1993). The role of attachment in the early development of disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology*, 5, 191-213.
- Huizink, A., Mulder, E., Buitelaar, J. (2004) Prenatal stress and risk for psychopathology: Specific effects or induction of general susceptibility? *Psychological Bulletin*, 130 (1), 115-142.
- Huth-Bocks, A. & Levendosky, A., Theran, S. & Bogat, G. (2004) The impact of domestic violence on mothers' prenatal representations of their infants. *Infant Mental Health Journal*, 25 (2), 79-98.
- Jomeen, J. (2004). The importance of assessing psychological status during pregnancy, childbirth and postnatal period as a multidimensional construct. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 8 (3-4), 143-155.
- Jones, T. L., & Prinz, R. J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical Psychology Review*, 25 (3), 341-363.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M.J., & IJzendoorn, M.H. van (2005). The importance of parenting in the development of disorganized attachment: Evidence from a preventive intervention study in adoptive families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 263-274.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructivism in the Human Sciences*, 8 (2), 73-107.
- Klomp, T. (2010). Management of labor pain, Symposium "op één lijn omgaan met pijn".
- Knauth, D. (2000) Predictors of parental sense of competence for the couple during the transition to parenthood. *Research in Nursing & Health*, 23 (6) ,496–509.
- Kregting, M. (2018) E-health kan pas opschalen als iedereen het kan gebruiken. Interview met Bokhoven, R.van, Chavannes, N. https://www.pharos.nl/documents/doc/interview_robbert_bokhoven_ict_health_nr3_pharos_expertisecentrum.pdf
- Kunseler, F. C. (2015). A longitudinal and experimental analysis of the transition to parenthood: Explaining parenting self-efficacy, anxiety symptoms, and depressive symptoms [proefschrift]. Amsterdam: VU Amsterdam.
- La Haye, W., Engelberts, A. C., Tiemens-van Putten, I. K. F., Van Vlimmeren, L. A., De Ruiter, M., Lucassen, P. L. B. J., Nossent, S., Van Noort, M., Van Gameren-Oosterom, H. B. M., Boere-Boonekamp, M. M., L'Hoir, M. P. L., & Van Sleuwen, B. E. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn: "Preventie, signalering, diagnostiek en behandeling van excessief huilen bij baby's"*. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid.
- Leifer, M. (1977). Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood. *Genetic Psychology Monographs*, 95 (1), 55-96.
- Lindgren, K. (2001). Relationships among maternal-fetal attachment, and health practices in pregnancy. *Research in nursing & health*, 24, 203-217.
- Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., Ericksen, J., Ellwood, D., & Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108 (1-2), 147-157.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2013) *De informatiebehoefte over een gezonde leefstijl van (aanstaande) ouders van jonge kinderen*.
- Mook-Kanamori, D. O., Steegers, E. A., Eilers, P. H., Raat, H., Hofman, A., & Jaddoe, V. W. (2010). Risk factors and outcomes associated with first-trimester fetal growth restriction. *JAMA*, 303, 527-534.
- Müller, M. E. (1989). *Development and testing of the Müller Prenatal Attachment Inventory [proefschrift]*. California: University of California.
- Nelson, A. M. (2003). Transition to motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32 (4), 465-477.

- Nyström, K., & Öhrling, K. (2004). Parenthood experiences during the child's first year: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46 (3), 319-330.
- Olson, S. L., Bates, J. E., Sandy, J. M., & Lanthier, R. (2000). Early developmental precursors of externalizing behavior in middle childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 119-133.
- Paarlberg, K., Vingerhoets, A., Passchier, I., Dekker, G., & Van Geijn, H. (1995) Psychosocial factors and pregnancy outcome: A review with emphasis on methodological issues. *Journal of psychosomatic research*, 39 (5), 563-595.
- Pharos. 2016. Factsheet: Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden. Geraadpleegd op https://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiOyvbyqTUAhUOaFAKHcvGDKgQFggjMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.pharos.nl%2Fdocuments%2Fdoc%2Ffactsheet_beperkte%2520gezondheidsvaardigheden_en_laaggeletterdheid.pdf&usq=AFQjCNFEpOUW91YjONnQqw_lz25J6ILRIA&sig2=XlkahdbH9rLN8J-UrVepBg
- Perined, 2016. Jaarboek Perinatale Zorg in Nederland. Utrecht: Perined.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.
- Rademakers, J. (2014). *Kennissynthese Gezondheidsvaardigheden: Niet voor iedereen vanzelfsprekend*. Utrecht: Nivel.
- Reid, H., Power, M., Cheshire, K. (2009) Factors influencing antenatal depression, anxiety and stress, *British Journal of Midwifery*, 17 (8), 501 – 508.
- Rini, C., Dunkel-Schetter, C., Hobel, C. J., Glynn, L. M., & Sandman, C. A. (2006). Effective social support: Antecedents and consequences of partner support during pregnancy. *Personal Relations*, 13 (2), 207-229.
- Robertson, E., Celasun, N., and Stewart, D.E. (2003). Risk factors for postpartum depression. In Stewart, D.E., Robertson, E., Dennis, C.-L., Grace, S.L., & Wallington, T. (2003). Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions.
- Robles de Medina, P. (2004) *De invloed van prenatale angst en stress bij moeders op neurogedragsontwikkeling van kind/volwassene* [proefschrift]. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Sapolsky, R. M. (2004). *Why zebra's don't get ulcers*. New York: Owl Books.
- Snijders, J. (2006). *Ouders en hun behoeften aan opvoedingsondersteuning: factsheet*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- Steeegers, E. A. P. (2014). Embryonale gezondheid en preconceptiezorg: Belang voor huidige en toekomstige generaties. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 158, A7373.
- Teti, D. M., & Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year—The mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development*, 62 (5), 918–929.
- Universiteit van Amsterdam (2014). Onderzoek naar het verminderen van angst voor de bevalling. Geraadpleegd op <https://www.uva.nl/shared-content/faculteiten/nl/faculteit-der-maatschappij-en-gedragswetenschappen/nieuws/2014/11/onderzoek-angst-voor-bevalling.html>
- Van den Bergh, B. (2010). *To become or to be? The duality of neurodevelopment has a perinatal and therefore also a societal dimension*. Tilburg: Universiteit Tilburg.
- Van den Bergh, B. (2011). Prenatal programming of stress responsiveness, depression, cognitive functioning and the moderating effect of mother-infant interaction: From birth to age 20. *Journal of Perinatal Medicine*, 38 (1), 1-9.
- Van den Bergh, B., & Marcoen, A. (2004). High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems, and anxiety in 8- and 9-Year-Olds. *Child Development*, 75 (4), 1085-1097.
- Van den Bergh, B., Mulder, E., Mennes, M., & Glover, V. (2006). Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: Links and possible mechanisms. A review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 29 (2) 237-258.
- Van den Bergh, B., & Simons, A. (2008) A review of scales to measure the mother-foetus relationship. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1-13.
- Van der Wal, M. F., Van Eijsden, M., & Bonsel, G. L. (2007) Emotional problems and stress during pregnancy and infant crying. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 28 (6), 431-437.
- Van Egten, C., Zeijl, E., De Hoog, S., Nankoe, C., & Petronia, E. (2008). *Gezinnen van de toekomst. Opvoeding en opvoedingsondersteuning*. Den Haag: E-Quality.

- Van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225-249.
- Vos, M., De Vries, M., & Duvekot, C. (2007) *Handreiking Wmo en laaggeletterdheid. Tips hoe gemeenten aandacht aan laaggeletterde burgers kunnen besteden*. Geschreven in opdracht van het ministerie van VWS en de VNG (daarin een verwijzing naar: Ministerie van OCW, Van A tot Z betrokken, Aanvalsplan Laaggeletterdheid 2006-2010)
- Waldenstrom, U. (1999). Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research*, 47 (5), 471-482.
- Wan, C.K., Jaccard, J. , Ramey, S.L. (1996) The Relationship between Social Support and Life Satisfaction as a Function of Family Structure. *Journal of Marriage and Family*, 58 (2), 502-513.
- Warren, S. L., Huston, L., Egeland, B., & Sroufe, A. (1997). Child and Adolescent Anxiety Disorders and Early Attachment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36 (5), 637-644.
- Wernand, J. J., Kunseler, F. C., Oosterman, M., Beekman, A. T. F., & Schuengel, C. (2014). Prenatal changes in parenting self-efficacy: Linkages with anxiety and depressive symptoms in primiparous women. *Infant Mental Health Journal*, 35 (1), 42-50.
- Williams, T .M., Joy, L. A., Travis, L., Gotowiec, A., Blum-Steele, M., & Aiken, L.S. (1987). Transition to motherhood: A longitudinal study. *Infant Mental Health Journal*, 8 (3), 251–265.
- Zeeman, K. (2014). Aandacht voor zowel kwetsbaarheid als sterkte van de vrouw op het Kennispoortcongres. *Tijdschrift voor Verloskundigen*, 2, 19-21.

6. **Praktijkvoorbeeld**

Beschrijf, indien beschikbaar, in max. 600 woorden een praktijkvoorbeeld van de uitvoering van de interventie: hoe was de situatie voor, tijdens en na de interventie?

Klik hier als u tekst wilt invoeren.