

VoorZorg

Werkblad beschrijving interventie

Gebruik de HANDLEIDING bij dit werkblad

Werkblad erkenningscommissie, versie mei 2015

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstituten:



Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam organisatie: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid

Postadres: Churchilllaan 11 (7e etage), 3527 GV Utrecht

E-mail: secretariaat@ncj.nl

Telefoon: 030 - 760 04 05

Website (van de interventie): www.voorzorg.info

Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam : Lieke van der Meulen

E-mail : voorzorg@ncj.nl

Telefoon : 06 13 13 64 99

Referentie in verband met publicatie

Naam auteur interventiebeschrijving: Struijf E, Meulen van der L, e.a.

Titel interventie: VoorZorg

Databank(en): Nederlands Jeugdinstituut (NJI), Loket Gezond Leven (RIVM), Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ)

Plaats, instituut: Utrecht, Nederlands Centrum Jeugdgezondheid

Datum: 12 augustus 2021

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	5
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	21
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	21
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	22
5. Samenvatting Werkzame elementen	24
6. Aangehaalde literatuur	25
7. Praktijkvoorbeeld	27

Samenvatting

Eén A-4tje, max 600 woorden

Korte samenvatting van de interventie – max 150 woorden

Kindermishandeling en verwaarlozing hebben grote gevolgen voor de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling en de gezondheid. VoorZorg is een preventief huisbezoekenprogramma, gericht op het terugdringen van kindermishandeling in gezinnen in zeer kwetsbare situaties (cumulatie van risico's) en het versterken van gezondheid, opvoeding en ouderschap. Speciaal opgeleide jeugdverpleegkundigen brengen gestructureerde huisbezoeken tijdens zwangerschap en eerste twee levensjaren. VoorZorg verbetert de (emotionele, psychische en fysieke) gezondheid van de (aanstaande) moeder door stressreductie, leefstijlverbetering, versterken van sociale vaardigheden en versterken van persoonlijke ontwikkeling. VoorZorg versterkt de ontwikkelingskansen van het kind door het ondersteunen van veilige hechting en ontwikkeling, bevorderen van veiligheid en terugdringen van huiselijk geweld. VoorZorg wordt uitgevoerd in nauwe samenwerking met geboortezorg, gemeentelijke dienstverlening, lokale zorg en hulpverlening. VoorZorg is in wetenschappelijk onderzoek (RCT) effectief gebleken in het terugdringen van kindermishandeling en huiselijk geweld, en in het bevorderen van leefstijl, zoals borstvoeding geven en minder roken. Het is kosteneffectief.

Doelgroep – max 50 woorden

De doelgroep van VoorZorg zijn (eerste) kinderen en hun moeders (als systeem), die te maken hebben met een opeenstapeling van risicofactoren in het verleden en heden, zoals huiselijk geweld, middelengebruik, financiële problemen, weinig /geen opleiding, beperkte sociale, gezondheids- en opvoedvaardigheden. Hierdoor is er een grote kans op mishandeling en verwaarlozing.

Doel – max 50 woorden

Het hoofddoel is het gezond, veilig en kansrijk laten opgroeien van kinderen in gezinnen in zeer kwetsbare situaties door cumulatie van risicofactoren. Binnen het gezin is een gezond opvoedklimaat en wordt kindermishandeling en huiselijk geweld voorkomen.

Aanpak – max 50 woorden

VoorZorg bestaat uit 40-60 gestructureerde huisbezoeken door gespecialiseerde VoorZorgverpleegkundigen tijdens zwangerschap en eerste twee levensjaren. VoorZorg heeft leeftijdsspecifieke, op de doelgroep gerichte, aandachtspunten en vaardigheidstrainingen. Zo werkt VoorZorg in een vertrouwensrelatie aan ouderschap, hechting, opvoedvaardigheden, gezondheid, veiligheid, persoonlijke ontwikkeling, financiële stabiliteit, relatie met partner en familie en gebruik van gemeenschapsvoorzieningen.

Materiaal – max 50 woorden

VoorZorgverpleegkundigen:

- Handleidingen (basisinformatie VoorZorg)
- Instructies en handleidingen rondom processen en de huisbezoeken van VoorZorg gedurende het traject.
- Instructie cliëntmateriaal en terugkerende modules

VoorZorgcliënten

- Cliëntmateriaal
- Terugkerende modules

Overig

- PR materiaal (zoals brochures, factsheet VoorZorg en infographic)
- Implementatieinformatie VoorZorg voor JGZ organisaties (implementatieplan, scholingsinformatie etc.)
- Algemene informatie via www.voorzorg.info

Onderbouwing – max 150 woorden

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

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

- Richt zich op het terugdringen van stress en huiselijk geweld in zwangerschap en eerste levensjaren.
- Stimuleert de hechting tussen ouder(s) en kind en de affectieve en pedagogische vaardigheden.
- Richt zich op het verbeteren van de leefstijl, zoals het terugdringen van het roken van sigaretten (nicotine) en het gebruik van middelen (alcohol, drugs) in zwangerschap en eerste levensjaren.
- Richt zich op versterking van het sociale netwerk en het gebruik maken van voorzieningen.

De aanpak en materialen zijn ontwikkeld op basis van onderbouwing uit de volgende theorieën:

1. Presentietheorie (Baart, 2007);
2. Ouderschapstheorie (van der Pas, 2010);
3. Contextuele benadering (Böszörményi-Nagy, Grunebaum & Ulrich, 1991);
4. Gehechtheidstheorie (Bowlby & Ainsworth, 2013);
5. Schaarste theorie (Mullainathan & Shafir, 2014);
6. Ecologische theorie (Bronfenbrenner, 1989);
7. Self-efficacy theorie (Bandura, 1997);
8. Verpleegkundige theorie (Neuman & Fawcett, 2011).

Onderzoek – max 100 woorden

RCT door het VU-MC (nu Amsterdam UMC) met als resultaten (Mejdoubi, van den Heijkant, van Leerdam, et al., 2013):

- doelgroep: 98 % heeft ≥ 4 , 72 % ≥ 7 risicofactoren
- kindermishandeling: controlegroep: 19 %, VoorZorggroep: 11 % (c/V: 19/11 %).
- huiselijk geweld: c/V: 26/19 %
- roken:
 - tijdens de zwangerschap: c/V: 48/40 %
 - na de zwangerschap: c/V: 49/42 %
 - roken bij de baby: c/V: 2 vs 0 sigaretten per dag
- borstvoeding bij 6 mnd: V/c 13/6 %
- geboortegewicht: V/c: 3147/3144 gr.

Evaluatieonderzoek VoorZorg Verwey-Jonker Instituut (Andeweg, et al, 2020)

- cliënten zeer positief over VoorZorg, cijfer gemiddeld 9.

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?

De doelgroep van VoorZorg zijn kinderen welke geboren (gaan) worden in zeer kwetsbare gezinssituaties. Gezinskenmerken: een opeenstapeling van risicofactoren, zowel in het verleden (zoals verwaarlozing, kindermishandeling, schoolfalen) als in het heden (zoals laag opleidingsniveau, armoede, huiselijk geweld, middelengebruik, weinig sociale steun). Hierdoor is er een grote kans op ernstige opvoedingsonmacht en kindermishandeling. Deelname van het gezin is op vrijwillige basis. De huidige doelgroep zijn op basis van bewezen effectiviteit eerste kinderen, gemiddeld valt 0,5–1 % van het aantal geboorten hieronder.

NB: in de tekst wordt gebruik gemaakt van de term cliënt, hierbij wordt de zwangere en haar gezinssysteem bedoeld.

Intermediaire doelgroep – max 100 woorden

Zijn er intermediaire doelgroepen? Zo ja, welke?

- Cliënten en hun (ongeboren) kind worden als een eenheid gezien. VoorZorg is primair bestemd voor de kinderen, de ondersteuning richt zich echter ook op de (aanstaande) ouders. Versterking van de mogelijkheden van de cliënten versterkt de kansen voor de kinderen. De (aanstaande) ouders en met name de zwangeren kunnen beschouwd worden als intermediaire doelgroep.
- Toekomstige kinderen van de cliënt: door het versterken van de eigen mogelijkheden en opvoedstrategieën profiteren ook volgende kinderen hier van.
- Partners, familie en vrienden van de cliënten worden betrokken, ter versterking van het sociale netwerk, waarbij ook de mogelijkheden van deze groep versterkt worden.

Selectie van doelgroepen – max 250 woorden

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

Selectie van doelgroep vindt plaats via de geboortezorg, maar ook door anderen, zoals wijkteam, leerkracht, huisarts, etc.. Hierbij wordt gebruik gemaakt van professionele inschatting en valide screeningsinstrumenten. Degene die een zwangere met cumulatie van risico's signaleert en bespreekt, neemt met toestemming contact op met het lokale VoorZorgteam. Deze doen een intake huisbezoek, waarbij de gezinssituatie, de wensen en de risico- en beschermende factoren besproken worden.

Gezinnen in zeer kwetsbare omstandigheden hebben problemen op diverse terreinen. De impact per risicofactor varieert:

- weinig opleiding;
- lage gezondheidsvaardigheden;
- zorgmijndend;

- sociaal isolement;
- moeite hebben met de huishouding;
- ontbrekend inzicht in de behoeften van kinderen;
- ontbrekende of ineffectieve opvoedinzichten;
- psychosociale problemen, bijvoorbeeld depressie, verslaving, conflicten;
- armoede;
- ‘slechte’, onveilige jeugd gehad;
- problematische relatie met de partner en/of familie.

De impact van een risicofactor varieert, voor een indicatie voor VoorZorg geldt de cumulatie van risicofactoren (minimaal vier risicofactoren in heden en verleden). Bij twijfel over de indicatie wordt de casus voorgelegd aan een expertteam (VoorZorg Consult) in VoorZorg.

Op basis van het Nederlandse (RCT) onderzoek wordt VoorZorg nu uitgevoerd bij de doelgroep met eerste kinderen en een zwangerschapsduur < 28 weken. VoorZorg wordt nu (2020-2025) doorontwikkeld voor doelgroep gezinnen met niet-eerste kinderen en voor doelgroep gezinnen met een zwangerschapsduur > 28 weken (tot 6 wk post-partum). De effectiviteit wordt onderzocht door Verwey Jonker Instituut.

Contra indicaties zijn: geen verbale communicatie mogelijk, gedwongen deelname, wil het kind niet zelf opvoeden.

Op 1 januari 2021 werden 675 cliënten met VoorZorg ondersteund in 130 gemeenten.

Betrokkenheid doelgroep – max 150 woorden

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

VoorZorg is gebaseerd op het Amerikaanse Nurse Family Partnership (NFP). NFP is een evidence-based programma voor primaire preventie van kindermishandeling en verwaarlozing (Olds, Eckenrode, Henderson, et al., 1997; Olds, Hill, Mihalic, & O'Brien, 2001; Olds, Kitzman, Cole, Robinson, et al., 2004).

De aanpassing van NFP naar VoorZorg vond plaats in afstemming met het werkveld van de geboortezorg, jeugdgezondheidszorg, kinderpsychiatrie en kindermishandeling. Er is aangesloten bij maatschappelijk relevante thema's en bestaande Nederlandse programma's en werkwijzen: digitalisering, Rookvrije Start, Opstapje, (kortdurende) Video Hometraining, motivational interviewing, oplossingsgericht werken, etc. Daar waar nodig werden aanpassingen voor de doelgroep gemaakt (o.a. in verband met laaggeletterdheid). Hierbij is gebruik gemaakt van de ervaring van uitvoerende VoorZorgverpleegkundigen.

Het recente evaluatieonderzoek (Andeweg, Sondejker, 2020) bij VoorZorgverpleegkundigen en VoorZorgcliënten doen de VoorZorgverpleegkundigen aanbevelingen voor ontwikkelingen peuter materiaal, flexibilisering tijdsblokken en flexibilisering sociale vaardigheidstrainingen. De VoorZorgcliënten zijn 'zeer positief' over VoorZorg met een rapportcijfer 9 en doen geen aanbevelingen ter verbetering.

1.2 Doel

Hoofddoel – max 100 woorden

Wat is het hoofddoel van de interventie?

Het hoofddoel is het gezond, veilig en kansrijk laten opgroeien van kinderen in gezinnen in zeer kwetsbare situaties door cumulatie van risicofactoren. Binnen het gezin is een gezond opvoedklimaat en wordt kindermishandeling en huiselijk geweld voorkomen. Het gezin is in haar kracht gezet en kan zelf werken aan terugdringen van risicofactoren, het versterken van beschermende factoren en gebruik maken van de voorzieningen.

Subdoelen – max 350 woorden

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

VoorZorg werkt systemisch middels ontwikkelvelden (zie inhoud interventie) aan diverse samenhangende subdoelen, waarbij inhoud en prioriteit samen met de cliënt wordt vastgesteld.

Subdoelen zijn:

1. Een gezond zwangerschaps- en geboorteproces, onder andere door:
 - a. gezonde leefstijl in de zwangerschap
 - b. vermindering van beschadigende factoren in de zwangerschap, zoals roken, alcohol, drugs, stress
 - c. kennis over het proces van de zich ontwikkelende foetus
 - d. kennis over het geboorteproces
2. Een goed ouderschapsproces en hechting:
 - a. de ouder(s) voelt (voelen) zich competent in het ouderschap en hun gezin
 - b. de ouder heeft inzicht in eigen ouder-kind interactie en het belang hiervan
3. Goede gezondheids- en ontwikkelingskansen van het kind:
 - a. de ouder heeft kennis van (gezonde) voeding (inclusief borstvoeding)
 - b. de ouder heeft kennis van het belang van een dagritme, en slaap waak ritme voor een kind
 - c. er is een goede interactie tussen ouder(s) en kind
 - d. de ouder kan het kind stimuleren in zijn/haar ontwikkeling
4. Inzicht in en goede opvoedkundige vaardigheden van de cliënt:
 - a. evenwicht van geven van vrijheid en het begrenzen van je kind
 - b. de ouder heeft kennis en inzicht in ontwikkelingsfasen van een kind
 - c. de ouder kan benoemen wat je als ouder denkt wat je kind denkt of voelt
 - d. de ouder heeft kennis van (het belang van) spel en spelen met je kind en met andere kinderen en kan dit 'oefenen' samen met haar kind
 - e. de ouder heeft kennis en inzicht in het belang van voorlezen, samen lezen en communicatie en kan dit toepassen
 - f. de ouder heeft kennis en inzicht hoe een kind te stimuleren, o.a. met positieve feedback en ja-reeksen en kan dit toepassen
5. Een versterkte persoonlijke ontwikkeling van de cliënt:
 - a. door het vinden van werk of een adequate dagbesteding of door het volgen van een opleiding
 - b. betere communicatieve vaardigheden
 - c. verbreding van het sociale netwerk en hiermee samen werken
 - d. op juiste wijze gebruik maken van voorzieningen

De genoemde subdoelen zijn overall doelen, de situatie van iedere cliënt is anders. De VoorZorgverpleegkundige ondersteunt de cliënt bij het formuleren van haar hartenwens en haalbare doelen; en vervolgens naar de weg om deze te bereiken.

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.

VoorZorg is een preventief huisbezoekenprogramma, bestaande uit 40-60 gestructureerde huisbezoeken van 1-1,5 uur vanaf (vroeg in) de zwangerschap tot 2 jaar na de geboorte. Zie bijlage schematische indeling van de opzet van VoorZorg.

VoorZorghuisbezoeken zijn ingedeeld in:

- Intake- /kennismakingshuisbezoek. Bedoeld om de cliënt te informeren over VoorZorg, om kennis te maken, inzicht te krijgen in wat er speelt en te beoordelen of er voldoende een 'klik' is om een langdurige vertrouwensrelatie op te bouwen.
- Relatieopbouw huisbezoeken. Vier maal een wekelijks huisbezoek bij de start van VoorZorg. Doel: elkaar beter leren kennen, meer inzicht in de gezinssituatie en de onderlinge relaties, meer inzicht in de aandachtspunten en doelen.
- Reguliere VoorZorg huisbezoeken. Tweewekelijkse huisbezoeken (1x per twee weken) in de zwangerschaps-, baby- en peuterperiode, waarin gewerkt wordt aan:
 - de hartenwensen en doelen van de cliënt;
 - de doelen van VoorZorg;
 - de vragen die op dat moment spelen;
 - de terugkerende modules (Sociale Vaardigheden, Video Hometraining, Reflectiebladen en Opstapje VoorZorg).
- Geboorte huisbezoeken. Zes maal een wekelijks huisbezoek na de geboorte. Doel: ondersteuning en betrokkenheid in deze kwetsbare periode.
- Afscheid huisbezoeken. Vier huisbezoeken, één keer per drie weken vanaf 21 maanden of in overleg bij tussentijds stoppen. Doel: op een zorgvuldige manier afscheid leren nemen.

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.

Vorbereiding

In de verkenningsfase gaat het NCJ met een nieuw startende organisatie in gesprek over de randvoorwaarden (zie 'randvoorwaarden'), implementatie en uitvoering. Het NCJ adviseert de organisatie een eigen implementatieplan voor VoorZorg op te stellen. Organisaties dienen, ten behoeve van de implementatie, de volgende acties te hebben opgepakt alvorens er gestart wordt met VoorZorg huisbezoeken:

- Stel een (separaat) **VoorZorgteam** samen. Breng VoorZorg niet onder in een regulier JGZ team of een ander bestaand team, gezien de aard van de problematiek en de specifieke werkwijze.
- Stel een coördinator of iemand met een **coördinerende functie** aan voor dit VoorZorgteam: bijvoorbeeld een lid van het VoorZorgteam, of vanuit de functie manager of projectleider. De coördinator heeft kennis van (de werkwijze van) VoorZorg en affiniteit met de doelgroep
- **Stel een lokale applicatiebeheerder voor het VoorZorg registratiesysteem (VRS)** aan.
- Werf, op basis van de verwachte instroom, **VoorZorgverpleegkundige(n)** aan conform het functieprofiel. Het NCJ adviseert de startende organisatie om een ervaren VoorZorg coördinator of Voorzorgverpleegkundige van een andere VoorZorg organisatie om deel te nemen aan de sollicitatiegesprekken. Indien een deelfunctie vanuit de organisatie of het groei-model gewenst is, is het advies de functie VoorZorgverpleegkundige te combineren met de functie jeugdverpleegkundige.
- De VoorZorgverpleegkundige(n) heeft eerste fase (basis- en zwangerschapstraining) van **de opleiding tot VoorZorgverpleegkundige** gevolgd.

- Ontwikkel een **inwerkprogramma** voor de nieuwe VoorZorgverpleegkundigen met daarin extra begeleiding bij de eerste cliënten (door ervaren VoorZorgverpleegkundige, coördinator of supervisor).
- **Supervisie, intervisie en werkbegeleiding** in de organisatie is opgestart.
- **Benodigde materialen** zijn beschikbaar, zoals de materialen voor de uitvoering, de apparatuur voor VHT. Laptop of tablet en mobiele telefoon.

Het NCJ biedt begeleiding aan het hele traject van overwegingen tot invoering, en denkt mee in praktische oplossingen aan aanpak.

Werving en indicatiestelling

VoorZorg wordt door de lokale VoorZorg uitvoerders onder de aandacht gebracht bij de professionals werkzaam in de geboortezorg en bij de gemeente; hierbij worden zij ondersteund vanuit de eigen JGZ-organisatie en het NCJ. Hierbij is aandacht voor onderlinge bereikbaarheid, het proces van indicatie stellen, de terugkoppeling na een verwijzing, de brochure voor mogelijke cliënten en alle andere vragen. Geboortezorg medewerkers zijn de belangrijkste verwijzers om cliënten voor VoorZorg aan te melden. Ook andere professionals melden cliënten aan. Om een zorgwekkende situatie te signaleren gebruiken professionals valide screeningsinstrumenten en professioneel inzicht. Er is geen harde grens bij een specifiek aantal risicofactoren. Elke factor heeft immers een persoonsgebonden gewicht in samenhang met allerlei andere (ook beschermende) factoren. Er zal dus altijd een individuele afweging moeten worden gemaakt. Vervolgens worden de signalen besproken met het gezin/de cliënt en gekeken naar de mogelijkheden en wensen.

Indien een cliënt niet negatief staat tegenover deelname aan VoorZorg, geeft de verwijzer dit, met toestemming van de cliënt, door aan de lokale VoorZorgverpleegkundige. Zij/hij maakt dan een huisbezoek afspraak met de cliënt.

Het kennismakingsgesprek tussen de aanstaande cliënt en de VoorZorgverpleegkundige vindt zo snel mogelijk na de aanmelding plaats. De VoorZorgverpleegkundige die het VoorZorg traject mogelijk gaat uitvoeren, gaat dit gesprek aan. Het intake-/kennismakingshuisbezoek heeft als doelstellingen:

- *Kennismaken*
- *Cliënt informeren over inhoud en werkwijze van VoorZorg*
- *Inventariseren van risico- en beschermende factoren in heden en verleden, draagkracht en draaglast en afweging maken over de impact*
- *Bespreken op welke ontwikkelvelden cliënt vragen heeft of problemen ondervindt waar binnen VoorZorg aandacht aan besteed kan worden*
- *Bespreken van en inschatting maken van de motivatie voor deelname*
- *Balans afwegen betreffende geschiktheid VoorZorg*

De VoorZorgverpleegkundige geeft een terugkoppeling aan de verwijzer/aanmelder na afronding van het intakeproces. Het besluit tot wel/geen deelname wordt met onderbouwing gegeven. Indien besloten wordt tot deelname worden er samenwerkingsafspraken gemaakt. Indien besloten wordt tot geen deelname aan VoorZorg wordt meegedacht in welke passende interventies beter geschikt zijn.

Soms zijn er meerdere huisbezoeken nodig; voor de VoorZorgverpleegkundige om zich een beeld te vormen, voor de cliënt om zeker te weten dat zij deel wil gaan nemen.

Uitvoering VoorZorg

In de VoorZorghuisbezoeken zijn de hoofdlijnen:

- Het creëren van een veilig klimaat en een rustig gesprek door de hoofdlijnen van het huidige huisbezoek te bespreken.
- Stilstaan bij de verwachtingen en wensen van cliënt voor dit huisbezoek.
- Checken wat er nu speelt bij de cliënt, en samen besluiten wat er nu eerst opgepakt moet worden.
- Bespreken van de negen ontwikkelvelden, de (sub)doelen die hierin gesteld zijn en de voortgang:
 1. Hechting en ouderschap
 2. Gezondheid van het kind, de moeder en de vader
 3. Ontwikkeling van het kind
 4. Levensloopontwikkeling van de moeder en eventueel de vader
 5. Veiligheid
 6. Financiën (en huisvesting)
 7. Communicatie

8. Informele steun en netwerk

9. Gebruik van formele gemeenschapsvoorzieningen

- Terugkomen op eerder gemaakte afspraken ('huiswerk').
- Leeftijds- of situatiegerichte voorlichting over het kind, en de mogelijkheden van de cliënt.
- Uitvoeren van de modules van VoorZorg: Sociale Vaardigheidstraining VoorZorg, VHT-VoorZorg, Opstapje VoorZorg, Reflectiebladen VoorZorg.
- Maken van afspraken voor de volgende keer en tussenliggende periode (wie doet wat, 'huiswerk').
- Afsluiting met samenvatting van het gesprek en gemaakte afspraken.

Tussentijds contact tussen de verpleegkundige en het gezin is mogelijk en vaak ook gewenst. Dit wordt door de verpleegkundige met de cliënt afgestemd, bijvoorbeeld via Whatsapp. Op vastgestelde momenten (aan het eind van de kennismakingsperiode, op de babyleeftijd van 3 maanden en aan het eind van het traject) wordt samen met de cliënt de voortgang geëvalueerd en evt. aangepaste doelen geformuleerd.

Bij naderende afsluiting van VoorZorg is er gericht aandacht voor het op een goede manier afscheid nemen.

De VoorZorgverpleegkundige speelt flexibel in op de situatie van de cliënt en haar gezin, en werkt tegelijkertijd aan de doelstellingen welke ze met de cliënt heeft bepaald. De vorm waarin dit plaatsvindt en de mate waarin hier aandacht aan geschonken wordt, is uiteraard mede afhankelijk van de situatie van het gezin, de grootste (gezondheids)risico's, de wensen van de cliënt zelf en de mogelijkheden.

Door het systematisch doorlopen van de genoemde ontwikkelvelden en de doelen die de cliënt zich heeft gesteld, worden 'blinde vlekken' voorkomen, komen alle relevante aspecten aan de orde en kan de voortgang van de doelen die de cliënt zich gesteld heeft, gemonitord, bijgesteld dan wel geprezen worden.

Daarnaast zijn er specifiek voor VoorZorg en de doelgroep modules ontwikkeld.

Dit zijn:

- Video Home Training VoorZorg: de doelstelling van VHT-VoorZorg is preventief het bevorderen van de sensitiviteit van de ouder(s), zodat ze ontvankelijk zijn voor de signalen en de behoeften van het kind, en de kansen op een gezonde en veilige hechting tussen de baby en diens ouder(s) worden vergroot.
- Sociale Vaardigheidstraining VoorZorg: om beter te kunnen communiceren en sociaal vaardiger te worden, en daarmee weerbaarder, is er een specifieke Sociale Vaardigheidstraining ontwikkeld, ondersteund met concrete voorbeelden en praktische oefeningen.
- Opstapje VoorZorg: om het spelen met het kind te bevorderen, spraak-taalontwikkeling te stimuleren en het mentaliseren te versterken is in samenwerking met het NJi het programma Opstapje aangepast.
- Reflectiebladen VoorZorg: werkbladen (voor baby- en peuterperiode) om enerzijds met de cliënt terug te kijken op de afgelopen periode en er anderzijds preventief vooruit te kijken wat de ontwikkeling van het kindje zal kunnen zijn en welke specifieke aandacht hiervoor nodig is.

2. Uitvoering

Materialen – max 200 woorden

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

Materiaal voor VoorZorgverpleegkundigen

- Handleiding VoorZorg (document met de basisinformatie over VoorZorg)
- Instructie intakeproces
- Instructie verpleegkundige processen en huisbezoeken in de zwangerschapsperiode
- Instructie verpleegkundige processen en huisbezoeken in de babyperiode
- Instructie verpleegkundige processen en huisbezoeken in de peuterperiode
- Instructie werkbladen en materialen totaal (via besloten deel website beschikbaar per periode - zwangerschapsperiode, babyperiode en peuterperiode)
- Instructie terugkerende modules
 - Reflectiebladen VoorZorg (handleiding)
 - Sociale Vaardigheden VoorZorg (handleiding)
 - Video Home Training VoorZorg (reader, basisschema opname momenten en communicatieschema)
 - Opstapje (handleiding)
- Themadossier Borstvoeding voor VoorZorg (handleiding)
- Handleiding kennismakingsgesprek (uitgebreid, via website ook beknopt te vinden)
- Werkinstructie VoorZorg Registratiesysteem
- Formulier kennismaking en selectie
- Sterkte analyse
- Praktische handleiding herkennen jonge moeders met een verstandelijke beperking

Materiaal voor VoorZorgcliënten

- Cliëntmateriaal totaal (via besloten deel van de website ook beschikbaar per periode - zwanger, baby en peuter)
- Reflectiebladen VoorZorg
- Sociaal Vaardigheden VoorZorg
- Opstapje VoorZorg
- Themadossier Borstvoeding voor VoorZorg (materiaal)
 - Informatie geven over (de voordelen van) borstvoeding
 - Borstvoeding succesvol maken
 - Vooroordelen en wensen van aanstaande moeders

Overig

- Brochure VoorZorg voor verwijzers
- Brochure VoorZorg voor cliënten
- Deelnameformulier VoorZorg
- Factsheet VoorZorg
- Digitale infographic VoorZorg via <https://voorzorginfographic.ncj.nl/> (deze wordt voor 1 september geupdate)
- Implementatieplan VoorZorg voor JGZ organisaties
- Basisdocument Opleiding VoorZorg
- Functieprofiel VoorZorgverpleegkundige
- Algemene informatie en nieuws via www.voorzorg.info

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?

VoorZorg wordt preventief uitgevoerd bij cliënten met zwaardere problemen en risico's, terwijl het - door de uitvoering vanuit de jeugdgezondheidszorg - toch laagdrempelig en niet bedreigend is voor de cliënt. VoorZorg is een verpleegkundig huisbezoek programma: de VoorZorgverpleegkundige komt bij de cliënt

thuis, tenzij dit naar oordeel van de cliënt echt niet kan (dakloos, veel geweld of gevaar, ondergedoken, etc.), dan wordt samen naar een alternatief gezocht. Zo nodig vinden de afspraken buiten kantooruren plaats. Daarnaast zijn er tussentijdse contacten via telefoon of sociale media.

VoorZorgverpleegkundigen zijn in dienst van een JGZ-organisatie (GGD, thuiszorgorganisatie of CJG), welke de lokale uitvoering coördineert en de kwaliteit van de uitvoering bewaakt. Indien een cliënt/ het gezin uit het werkgebied verhuist of indien een VoorZorgverpleegkundige stopt met de uitvoering, wordt VoorZorg overgedragen aan de nieuwe lokale VoorZorgverpleegkundige (mits de organisatie/gemeente VoorZorg in haar pakket heeft). Dit vindt plaats via een warme en gestructureerde overdracht bij de cliënt thuis (bij verhuizing in haar nieuwe huisvesting), met de vorige en de “nieuwe” VoorZorgverpleegkundige, waarbij het verloop tot dan toe wordt besproken evenals de aandachtspunten die er liggen. Bij pensionering wordt gestreefd naar een geleidelijke afbouw: VoorZorg bij bestaande cliënten afmaken, geen nieuwe VoorZorgcliënten.

Opleiding en competenties van de uitvoerders – max 200 woorden

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

Gevraagd wordt een jeugdverpleegkundige op HBO niveau met minimaal drie jaar ervaring in de JGZ (ervaring in of affiniteit met de GGZ is een pré). De VoorZorgverpleegkundige heeft kennis van ouderschaps- en opvoedingsprocessen en is flexibel, zelfstandig, betrouwbaar, stressbestendig en sociaal vaardig (zie ook ‘functieprofiel VoorZorgverpleegkundige’).

De opleiding tot VoorZorgverpleegkundige geeft de NSPOH onder auspiciën van het NCJ en wordt afgerond met een certificering. VoorZorg wordt alleen uitgevoerd door gecertificeerde VoorZorgverpleegkundigen.

De opleiding bestaat uit:

- 8 dagdelen basis-/zwangerschapstraining
- 2 dagdelen babytraining
- 2 dagdelen peutertraining

Gelijk met de opleiding VoorZorg start de training ‘VHT VoorZorg’, door de Associatie Intensieve Thuiszorg (AIT) afgerond met certificering. Beide opleidingen dienen gevolgd te worden om de opleiding tot VoorZorgverpleegkundige af te ronden (zie ook Basisdocument Opleiding VoorZorg)

Er zijn jaarlijks vier nascholingen van het NCJ, waarvan drie verplicht te volgen, en één landelijke studiedag AIT. De eigen JGZ-organisatie organiseren inter- en supervisie bijeenkomsten en werkoverleggen, om inzicht te krijgen en houden in eigen handelen en het werken met deze complexe doelgroep. De supervisie is bedoeld ter voorkoming van secundaire traumatisering.

Eén maal per vijf jaar moet de VoorZorgverpleegkundige aantonen dat ze aan bovenstaande eisen heeft voldaan en vindt een hercertificering voor vijf jaar plaats.

Naast de VoorZorgverpleegkundige is er een coördinator met kennis van (de werkwijze van) VoorZorg en affiniteit met de doelgroep om zo het VoorZorgteam goed te begeleiden.

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

Bewaking van de kwaliteit van VoorZorg vindt op 3 samenwerkende niveaus plaats: Door het NCJ en het AIT (beiden landelijk) en de uitvoerende organisatie (lokaal). Op ieder niveau wordt gekeken naar: programma integriteit, kwaliteit van de uitvoering, tevredenheid van de cliënten.

Verantwoordelijkheid van het NCJ mbt kwaliteitsbewaking

Het NCJ is verantwoordelijk voor doorontwikkeling, kwaliteit, verspreiding en borging. VoorZorg kent een ‘beheersysteem’ met een inhoudelijk expert-team, specialistisch opgeleide trainers en gestructureerde landelijke overleggen. Daarnaast biedt het NCJ:

1. (Implementatie) ondersteuning voor JGZ-organisaties
2. Landelijke PR en acquisitie
3. Uitvoering van VoorZorg-gerelateerd onderzoek
4. Landelijke monitoring:
 - a. kwantitatief: VoorZorg registratiesysteem,

- b. kwalitatief: managers overleggen
5. Bewaking van de hercertificering van VoorZorgverpleegkundigen (de vereiste activiteiten die hieraan ten grondslag liggen).

Verantwoordelijkheid van AIT mbt kwaliteitsbewaking

Het AIT is inhoudelijk verantwoordelijk voor de doorontwikkeling van VHT VoorZorg en de kwaliteit en borging ten aanzien van de uitvoering.

Verantwoordelijkheid van de JGZ-organisaties mbt kwaliteitsbewaking

Voor de borging van kwaliteit heeft de JGZ organisatie de volgende taken:

- Bewaken van de kwaliteit en integriteit van de uitvoering, zowel op logistiek niveau als op de inhoud middels team- en werkoverleg;
- Voorwaarden scheppen, coachen en ondersteunen van de VoorZorgverpleegkundige(n): intervisies, werkbegeleiding en supervisies;
- Zorg dragen voor lokale communicatie en draagvlak met (keten)partners en gemeenten.

Randvoorwaarden – max 200 woorden

Wat zijn de organisatorische en contextuele randvoorwaarden voor een goede uitvoering van de interventie?

Organisatorische randvoorwaarden:

- De licentieovereenkomst tussen NCJ en uitvoerende organisatie is een vereiste om VoorZorg te mogen uitvoeren
- Draagvlak bij en samenwerking met alle betrokken partijen: op gemeente niveau, binnen de eigen organisatie, met de partners in de geboortezorg en het wijkteam en met hulpverlenende organisaties.
- Zorg dragen voor voldoende gekwalificeerde personele inzet, en ondersteuning van de VoorZorgverpleegkundigen

Contextuele randvoorwaarden:

Doorontwikkeling naar aanleiding van maatschappelijke signalen en goede communicatie hierover is voor de (lokale) uitvoering van groot belang. Dit vraagt:

- Van het NCJ:
 - Doorontwikkeling op basis van gesignaleerde trends, vragen en knelpunten, bijvoorbeeld aanmeldingen bij niet-eerste kinderen, bij > 28 weken zwangerschap en ‘gedwongen’ aanmelding onder invloed van kindbeschermende maatregelen.
 - Communicatie en PR ten behoeve van de doelgroep of van VoorZorg, deze benutten.
 - Vragen of voorlichtingsbehoefte op lokaal niveau ondersteunen.
- Van uitvoerende organisaties
 - Zie ook de in par. 1.3 genoemde eisen ten behoeve van de implementatie en uitvoering
 - Uitdragen van het belang en de meerwaarde van VoorZorg binnen het lokale aanbod van preventie en jeugdhulp.
 - Knelpunten en trends signaleren, rapporteren en bespreken met betrokken partijen en het NCJ.
 - Intermediair zijn tussen uitvoerenden, organisaties, gemeenten en het NCJ.
 - Actieve participatie aan landelijke bijeenkomsten betreffende de doelgroep of de interventie VoorZorg.

Implementatie – max 200 woorden

Is er een systeem voor implementatie? Geef een samenvatting.

De kwaliteit van het programma VoorZorg wordt mede bepaald door een adequate implementatie. Een goede implementatie in de organisatie, vooruitlopend op een goede implementatie in het werkveld is daarbij een essentiële voorwaarde. Afspraken rond financiering, beschikbare uren, materialen etc. vooraf voorkomt ‘gedoe’ achteraf. Het NCJ heeft daarom een implementatieplan gemaakt, waarin staat beschreven hoe VoorZorg lokaal en op organisatieniveau ingevoerd kan worden. Het implementatieplan loopt het volledige implementatieproces: 1) verkennen, 2) starten, 3) uitvoeren en 4) uitbreiden. Goede deskundigheidsbevordering en begeleiding van de verpleegkundigen maken daar een belangrijk deel van uit

in combinatie met getrouwe uitvoering en nauwkeurige registratie. Naast het implementatieplan gaat de licentieovereenkomst in op de verantwoordelijkheden voor de uitvoering.

Een belangrijke rol, naast landelijke coördinatie en lokale uitvoering door JGZ organisaties, is toegekend aan de gemeenten, als verantwoordelijken voor het gemeentelijke domein en de financiering van VoorZorg. Zij moeten het belang en de meerwaarde van VoorZorg binnen het lokale aanbod van preventie en jeugdhulp inzien. Met toenemende aandacht voor preventie in de eerste levensjaren en het actieprogramma Kansrijke Start is er nog steeds sprake van groei. In februari 2021 wordt VoorZorg door 21 organisaties in 173 gemeenten uitgevoerd; hierbij worden diverse financieringsvormen gehanteerd.

Kosten – max 200 woorden

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

De kosten van de interventie bestaan uit (kostprijs 2021):

1. De **eenmalige** kosten voor de opleiding tot VoorZorgverpleegkundige bij de NSPOH bedragen **€2.800**, bestaande uit de opleidingskosten, aanschaf uitvoeringsmateriaal etc, maar exclusief de uren inzet (64 uur per persoon, excl. voorbereiding en reistijd)
2. De **eenmalige** kosten voor de opleiding VHT VoorZorg bedragen **€2.770,- per VoorZorgverpleegkundige** (incl twee werkontwikkelkringen, exclusief uren inzet (48 uur, excl. reistijd en video apparatuur). Elke volgende persoon uit dezelfde organisatie heeft 10% korting.
3. **Jaarlijkse beheerkosten VoorZorg** voor het NCJ zijn **€ 873,- per cliënt**, en zijn bestemd voor kwaliteitsborging, vraagbeantwoording en adviesfunctie, landelijke communicatie, doorontwikkeling, structurele overleggen etc.
4. **Uitvoeringskosten VoorZorg:** hier wordt gemiddeld 1,7-2 uur per week per cliënt gerekend. Dat betekent dat de kosten, bij een salarisschaal FWG 55-5, per gezin voor een compleet **VoorZorg traject** voor 2021 **€ 14695,-** bedragen.
5. Daarnaast voor de uitvoering van **VHT-VoorZorg** jaarlijks **€ 625,83 per VoorZorgverpleegkundige** (dus niet per gezin).

3. Onderbouwing

Probleem – max 400 woorden

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

VoorZorg is een preventieve interventie ter voorkoming of vermindering van kindermishandeling. Onder kindermishandeling wordt verstaan: "...elke vorm van voor een minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die de ouders of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel" (Jeugdwet, Artikel 1.1). Kindermishandeling (inclusief verwaarlozing) is een groot probleem binnen de openbare gezondheidszorg met verstrekken gevolgen zowel op korte termijn (lichamelijk letsel, ontwikkelingsstoornissen) als op lange termijn (posttraumatische stressstoornissen en dissociatieve stoornissen, lichamelijke klachten, verslaving, zelfverwonding en zelfmoord). Tenslotte zijn er grote gevolgen voor de maatschappij: hoge kosten, overlast door gedrag en ziekte (Van den Bergh, 2002; Kunseler, 2015; Thielen, ten Have, de Graaf et.al., 2015; Speentjes, Thielen, Ten Have et.al., 2016).

De schatting van het totaal aantal mishandelde kinderen in 2017 was tussen de 90.000-127.000 kinderen (Alink, Prevoo, van Berkel, Linting, Klein Velderman & Pannebakker, 2018), de pleger is veelal de ouder of ouders. Slachtoffers van mishandeling hebben al in de kindertijd vaker last van sociale, emotionele en gedragsproblemen (Alink, Cicchetti, Kim, & Rogosch, 2009; Alink, Cicchetti, Kim, & Rogosch, 2012). Het meemaken van kindermishandeling vergroot in de volwassenheid het risico op psychopathologie en op een aantal somatische aandoeningen zoals obesitas (Danese & Tan, 2014; Norman, Byambaa, Rumna, Butchart, Scott, & Vos, 2012). Dit betreft gevolgen van fysieke en emotionele mishandeling, seksueel misbruik en verwaarlozing. Mishandeling van een kind door een ouder staat vaak niet los van andere vormen van gezinsproblematiek. Zo komt er in gezinnen waarin kindermishandeling speelt relatief vaak ook geweld voor tussen ouders onderling (Alink, Prevoo et.al. 2018).

De opeenstapeling van problemen, de stress die dat met zich meebrengt en de veelal beperkte gezondheidsvaardigheden werken door op alle terreinen bij een kind, ook prenataal en op de opvoed- en opgroei kansen van deze kinderen (Yao Wu, Kushal Kapse, e.a., 2020; Rechthuis & Noordermeer, 2019). Door de schade bij de ouders en de risicovolle omgeving is een normaal hechtingspatroon moeilijk te realiseren en ontbreekt voldoende sociale ondersteuning. Een vicieuze cirkel van een cumulatie van risico's, verkeerde opvoedstrategieën, 'lastige' kinderen en een gevoel van falen ontstaat heel gemakkelijk (Van den Bergh, 2002; Kunseler, 2015).

Oorzaken – max 400 woorden

Welke factoren veroorzaken het probleem of (mogelijk) risico?

Opvoedingsonmacht, onveilige hechting en kindermishandeling heeft vaak te maken met een opeenstapeling van risicofactoren en stressoren bij een gezin. De kans op een problematische ontwikkelingsuitkomst is recht evenredig met het aantal risicofactoren in de opvoedingssituatie van kinderen (Hermanns et al., 2005). Het risico neemt toe naarmate er sprake is van meer risicofactoren (van Rooijen & Berg, 2010).

Risicofactoren zijn (van Rooijen & Berg, 2010; van Rooijen Barelink & Berg, 2013; van Rooijen, 2021):

- Risicofactoren tijdens de zwangerschap voor de foetale en vroege ontwikkeling van het kind zijn: roken, alcohol- en drugsmisbruik, slechte voeding, slechte gezondheidstoestand, stress, huiselijk geweld, geestelijke gezondheidsproblemen bij de moeder, laaggeschooldheid, lage gezondheidsvaardigheden, lage SES, tienerzwangerschap (Reder & Fitzpatrick, 2003). Stress bij de moeder tijdens de zwangerschap, bijvoorbeeld door huiselijk geweld of financiële problemen verhoogt de stressgevoeligheid bij het kind en maakt het prikkelbaar en slecht gereguleerd. Dit maakt het opvoeden moeilijker, en is daarmee een verhoogd risico voor kindermishandeling (van Rooijen & Berg, 2010; van Rooijen Barelink & Berg, 2013; van Rooijen, 2021).
- Zwakke sociaaleconomische omstandigheden: wonen in achterstandswijken en frequente verhuizingen verhogen de kans op opvoedproblemen en kindermishandeling. Dit risico is bijna zeven keer groter in gezinnen met zeer laag opgeleide ouders; en ruim vijf keer groter bij werkloosheid van de beide ouders (van Rooijen & Berg, 2010; van Rooijen Barelink & Berg, 2013; van Rooijen, 2021).

- Persoonlijke functioneren van ouders: problemen zoals psychische en fysieke problemen, gebrek aan zelfvertrouwen, problemen met het reguleren van emoties, zelf als kind mishandeld zijn, verslaving aan alcohol en/of drugs, onrealistische verwachtingen, armoede, stress, huisvestingsproblemen, financiële problemen, ontbrekend dagritme, werkloosheid; allen spelen een rol in het ontstaan van opvoedingsonmacht en kindermishandeling. Ouders die zelf als kind mishandeld, weinig opvoedingsvaardigheden hebben, op jonge leeftijd ouder worden, psychische problemen hebben of een relatie aangaan met een gewelddadige partner (Dodge et al. 1990) mishandelen hun eigen kind vaker.
- Verstoorde hechting (opvoeding): een cumulatie van risicofactoren vermindert geborgenheid en drukt op de opvoeding en emotionele, intellectuele en lichamelijke ontwikkeling van een kind. Het ondermijnt daarmee de kwaliteit van de hechting (Baker, 2003).
- Onvoldoende beschermende factoren: de aanwezigheid van beschermende factoren, zoals een harmonieuze relatie met een partner, een steunend sociaal netwerk, zich bewust zijn van de eigen jeugdervaringen en de invloed daarvan op het eigen handelen, beschermen tegen de negatieve invloed van risicofactoren. Beschermende factoren vormen een buffer en geven ouders en kinderen veerkracht ondanks negatieve omstandigheden (van Rooijen & Berg, 2010; van Rooijen Barelink & Berg, 2013; van Rooijen, 2021).

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?

Aan te pakken factoren per subdoel zijn:

Subdoel: Een gezond zwangerschaps- en geboorteproces, onder andere door:

- A. Weinig kennis rond zwangerschap, geboorte en geboortezorg,
- B. Stress in het gezin,
- C. Ongezonde leefstijl (voeding, roken, drank en drugs).
- D. Het ontbreken van een dagritme;
- E. Beperkt informeel netwerk,
- F. Laag zelfvertrouwen.

Subdoel: Een goed ouderschapsproces en versterkte hechting:

- G. Emotioneel onveilig of onvoorspelbaar gedrag,
- H. Weinig rust en regelmaat in het gezin,
- I. Geen kennis van (borst) en babyvoeding,
- J. Weinig zelfvertrouwen.

Subdoel: goede gezondheids- en ontwikkelingskansen van het kind:

- K. Weinig gezondheidskennis en -vaardigheden (voeding, roken, drank en drugs; rust en regelmaat),
- L. Zwak sociaal netwerk,
- M. Schulden,
- N. Slechte huisvesting,
- O. Weinig kennis van regelgeving en kinderopvangmogelijkheden,
- P. Beperkte interactie tussen ouder(s) en kind

Subdoel: Inzicht in en goede opvoedkundige vaardigheden van de cliënt:

- Q. Weinig of geen inzicht in werkzame opvoedingsmethodieken,
- R. Weinig inzicht in kinderlijke ontwikkeling
- S. Weinig bekend met ontwikkelingsstimulering
- T. Weinig bekend met spel en speelgoed
- U. Weinig inzicht met (voor)lezen en communiceren met je kind

Subdoel: Een versterkte persoonlijke ontwikkeling van de cliënt

- V. Beschadiging in het verleden,
- W. Een lage of geen schoolopleiding,
- X. Geen werk of dagbesteding,
- Y. Conflicterend gedrag door zwakke communicatieve vaardigheden.
- Z. Zorgmijding
- AA. Klein of geen sociaal netwerk

Hoofddoel: voorkomen van kindermishandeling en huiselijk geweld.

- BB. Cumulatie van aan te pakken risicofactoren.

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

Verantwoording – max 1000 woorden

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

VoorZorg is gebaseerd op Nurse Family Partnership, aangevuld met recente theorieën:

1. Presentietheorie (Baart, 2007):
 - a. relationele afstemming;
 - b. aansluiten bij en afstemmen op de ander;
 - c. gericht op de leefwereld van de ander;
 - d. zorg via relationeel werken.
2. Ouderschapstheorie (van der Pas, 2010):
 - a. Basis aannames:
 - i. ouders willen het beste voor hun kind;
 - ii. ouderschap maakt kwetsbaar;
 - iii. ouders zijn eindverantwoordelijk.
 - b. Vier buffers:
 - i. solidaire gemeenschap;
 - ii. goede taakverdeling;
 - iii. kunnen reflecteren;
 - iv. zelfvertrouwen.
3. Contextuele benadering (Böszörményi-Nagy, Grunebaum & Ulrich, 1991):
 - a. Intergenerationele overdracht van kindermishandeling, verwaarlozing, armoede.
4. Gehechtheidstheorie (Bowlby & Ainsworth, 2013):
 - a. Hechting is een ontwikkelingstaak;
 - b. Sensitieve en responsieve ouder bevordert veilige hechting.
5. Schaarste theorie (Mullainathan & Shafir, 2014):
 - a. Invloed van armoede en sociale uitsluiting.
6. Ecologische theorie (Bronfenbrenner, 1989):
 - a. Het (bio)ecologisch model; de omgeving als een soort ui, met iedere laag een andere omgevingsinvloed
7. Self-efficacy theorie (Bandura, 1997):
 - a. Het geloof in het eigen kunnen;
 - b. Motivatie omdat doelen bereikt worden;
 - c. Hoe beter dit lukt, des te hoger de motivatie.
8. Verpleegkundige theorie (Neuman & Fawcett, 2011):
 - a. De mens is een cliëntstelsel en vormt de centrale kern, de basisstructuur die door beschermende cirkels wordt omgeven;
 - b. Kent 5 variabelen: fysiologische, psychologische, sociaal-culturele, ontwikkeling- en spirituele variabele;

- c. Opgebouwd uit 4 concepten: mens, omgeving, gezondheid en verpleegkunde.

VoorZorg is een meerjarenprogramma met zeer frequente contacten, de VoorZorgverpleegkundige is laagdrempelig bereikbaar. VoorZorg is gericht op het hoofdoel en de subdoelen. In de praktijk wordt het geconcretiseerd in negen ontwikkelvelden (zie eerder) welke de aan te pakken factoren omvatten en welke steeds terugkomen in het contact. VoorZorg sluit aan bij de wensen van de cliënt en het bereiken van voor haar realistische en haalbare doelen. Bovenstaande theorieën onderbouwen de uitvoering van VoorZorg in de praktijk: de ontwikkelvelden en doelen zijn het handvat (wat wil VoorZorg bereiken) en de beschreven werkwijzen de methoden (hoe wil VoorZorg dat bereiken).

Ontwikkelvelden en doelen (wat wil VoorZorg bereiken)

VoorZorg werkt preventief, multisystemisch en multifocaal door de brede theoretisch onderbouwing om te zetten in een integrale praktisch benadering. Hierbij wordt aangesloten bij de wensen en mogelijkheden van cliënt, en ontstaat er een langdurige vertrouwensrelatie. In deze benadering en relatie ontstaat de mogelijkheid om beschermende factoren te versterken en de risicofactoren aan te pakken. Om dit in de praktijk te concretiseren is VoorZorg gebaseerd op de theorieën en de aan te pakken factoren, ingedeeld in negen ontwikkelvelden (zie eerder) welke steeds terugkomen in de contacten.

Werkwijzen en methoden (hoe gaat VoorZorg de doelen bereiken?)

VoorZorg gebruikt motivational interviewing en oplossingsgericht werken, ondersteund door visuele middelen en het gebruik van kortdurende filmpjes. Hechting wordt ondersteund door Video Home Training VoorZorg, met de cliënt wordt het zich inleven in haar kind (Infant Mental Health) en het samen spelen (Opstapje VoorZorg) gestimuleerd. Ook worden sociale vaardigheden gezamenlijk geoefend en wordt er gewerkt met reflectiebladen ('Vooruitkijk- en Terugkijkbladen'). Hierbij worden de volgende theorieën in de praktijk toegepast: **Ouderschapstheorie (van der Pas, 2010), gehechtheidstheorie (Bowlby & Ainsworth, 2013), ecologische theorie (Bronfenbrenner, 1989).**

Bij ieder contact wordt besproken wat er speelt, wat de prioriteit behoeft, en hoe gemaakte afspraken gewerkt hebben. VoorZorg bouwt aan een voorspelbare, langdurige en betrouwbare relatie tussen verpleegkundige en cliënt, en kijkt en benoemt wat goed gaat. De huisbezoeken volgen een vaste lijn voor een veilig klimaat. Deelname is vrijwillig. Bij de intake wordt gekeken of er een 'klik' is als basis voor de vertrouwensrelatie. De VoorZorgverpleegkundige fungeert als rolmodel en staat naast de cliënt (zone van naaste ontwikkeling). Er wordt gewerkt aan gestructureerde gedragsverandering en het versterken van de vaardigheden. De VoorZorgverpleegkundige heeft aandacht voor en geeft uitleg over de zwangerschap en de ontwikkeling van het kind, en sluit aan bij de opvattingen (waarden en normen) van de cliënt en de mogelijkheden van het sociale gezinssysteem. Dit alles in lijn met **de presentietheorie van Baart (2007).**

De VoorZorgverpleegkundige vormt zich bij ieder contact een beeld van de veiligheid in het gezin en voor het kind; door de vertrouwensband en de veelvuldige huisbezoeken kunnen zorgen vroegtijdig besproken worden. De VoorZorgverpleegkundige houdt zich aan de meldcode kindermishandeling, de cliënt weet dit, en door de vertrouwensband kunnen signalen en zorgen tijdig besproken worden. VoorZorg behandelt geen problemen, en is in die zin geen hulpverlener. Door het bespreken en samen kijken naar eigen netwerk, gebruik maken van gemeentelijk voorzieningen en zo nodig inroepen van specialistische hulpverlening wordt getracht de bestaande problematiek op te lossen of onder controle te krijgen. VoorZorgverpleegkundigen vormen een spin in het lokale netwerk voor deze kwetsbare gezinnen. Hier liggen **de verpleegkundige theorie (Neuman & Fawcett, 2011) en de schaarste theorie (Mullainathan & Shafir, 2014),** aan ten grondslag.

VoorZorg biedt de ondersteuning door het bezoeken van het gezin in de thuissituatie. Bij een huisbezoek (algemeen) wordt er veelal meer en betere informatie verkregen. Ouders zijn in hun eigen omgeving meer op hun gemak en de eigen omgeving kan geobserveerd worden. Vanuit het opbouwen van een gelijkwaardige relatie is het voor de cliënt van belang dat zij als gastvrouw de regie in handen kan houden. Ook het informele karakter van verpleegkundige en cliënt samen in de huiskamer maakt de sfeer meer open, er kan en wordt meer besproken, het voelt 'veiliger' en cliënt zal eerder openstaan voor adviezen.

Door het langdurige VoorZorgtraject kan in een vertrouwde omgeving herhaling van oefeningen en vaardigheden uitgevoerd worden, worden er afspraken gemaakt en wordt hier weer op teruggekomen. Bevestiging wat goed gaat, herhaalde oefeningen en aansluiten bij wat er in de tussentijd gebeurd is en wat er nu speelt, versterken de kracht van de gebruikte methodieken. Dit vanuit de gedachtegoed van **self-efficacy theorie (Bandura, 1997).**

Het primaire doel van VoorZorg het voorkomen van kindermishandeling en huiselijk geweld. Belangrijk hierbij is de rol van de cliënt als ouder en opvoeder: het besef dat ouders de (eerst)verantwoordelijke zijn

voor de kansen voor dit kind. Dit komt in allerlei oefensituaties aan bod, zoals rollenspelen of huiswerkopdrachten. Onrealistische verwachtingen van zwangerschap en/of moederschap worden besproken en samen wordt gekeken naar de realiteit. Een beter beeld van de realiteit en deze bespreken met de VoorZorgverpleegkundige en het eigen netwerk, vermindert de kans op kindermishandeling (Berg 2012, Velden van der 2009). De **contextuele benadering (Böszörményi-Nagy, Grunebaum & Ulrich, 1991)** ligt hieraan ten grondslag.

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

4. 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.

Een evaluatieonderzoek naar video-hometraining binnen VoorZorg

- a) Blom W (2010). Een evaluatieonderzoek naar video-hometraining binnen VoorZorg. Utrecht, Nederlands Jeugdinstituut.
- b) Evaluatieonderzoek naar het gebruik van Video-Hometraining binnen VoorZorg. 22 VoorZorgverpleegkundigen hebben de vragenlijst ingevuld, 8 zijn er random benaderd voor deelname aan een interview; deze hebben alle 8 deelgenomen. Daarnaast zijn er 7 cliënten geïnterviewd. Vervolgens is er een interview gehouden met een trainer/opleider VHT. Samenvatting: de verpleegkundigen voelen zich voldoende competent om Video-HomeTraining VoorZorg uit te voeren en zien een meerwaarde in het bevorderen van een positieve ouder-kind interactie en een sensitieve responsiviteit en de moeder meer zelfvertrouwen te geven. De cliënten vinden het filmen niet altijd even leuk, maar uiteindelijk wel leerzaam, o.a. door het beter herkennen van initiatieven van hun kindje en het leren van hun eigen handelen.

Investeren in opvoeden en opgroeien loont!

- a) Dam P & Prinsen B. (2013). Investeren in opvoeden en opgroeien loont! Utrecht: ActiZ en GGD Nederland.
- b) Onderzoek naar de kosteneffectiviteit van enkele interventies binnen het domein van opvoeden en opgroeien, uitgevoerd vanuit de jeugdgezondheidszorg.
- c) Op basis van de in de RCT gevonden resultaten van VoorZorg werd berekend dat, bij een investering van €12.500 per volledig traject (tarief 2012) het economisch rendement ruim €2.300 per traject oftewel 20% bedraagt.

Evaluatieonderzoek VoorZorg

- a) Andeweg, S. & Sondejker, F. (2020). Evaluatieonderzoek VoorZorg. Utrecht, Verwey Jonker Instituut.
- b) Evaluatie onderzoek van de uitvoering van VoorZorg door middel van digitale vragenlijsten; hierbij is gekeken naar de beleving van de werkwijze en naar de gebruikte materialen, en naar de ervaringen in Corona-tijd. Van de 91 beschikbare VoorZorgverpleegkundigen hebben 63 de vragenlijst ingevuld. Daarnaast zijn zij gevraagd over hun op dat moment langst deelnemende VoorZorgcliënt een vragenlijst in te vullen met vragen over hun beoordeling van de situatie van de cliënt en de vertrouwensband; deze vragenlijst is door 50 VoorZorgverpleegkundigen ingevuld. Tevens zijn de VoorZorgverpleegkundige gevraagd van hun meest recent voortijdig gestopte cliënt naar de reden van het stoppen, dit is over 46 cliënten gerapporteerd. Om ook een oordeel van een VoorZorgcliënt te kunnen krijgen is via de VoorZorgverpleegkundige hun op dat moment het langst in VoorZorg deelnemende cliënt te vragen om een vragenlijst in te vullen. Er is gekozen voor zo lang mogelijk deelnemende cliënten omdat zij de meeste ervaring met VoorZorg hebben. Deze lijst is ingevuld door 30 cliënten.
- c) Samenvatting en conclusies:

- i) De (vernieuwde) handleiding en verschillende instructies worden door de VoorZorgverpleegkundigen positief beoordeeld. De instructies voor de peuterperiode, de opbouw in tijdsblokken en de sociale vaardigheidsoefeningen worden als voldoende beoordeeld. De samenwerking met het lokale werkveld wordt zeer positief beoordeeld. De volgende aanbevelingen worden gedaan: meer informatie en materialen voor de peuterperiode; meer uitleg en flexibiliteit in het werken met de opbouw in tijdsblokken; een meer flexibele benadering van de sociale vaardigheidstraining; opnieuw beoordelen van materialen voor mensen met lage taalvaardigheden.
- ii) Wat betreft de impact van Corona blijkt dat de VoorZorgverpleegkundigen creatief met de mogelijkheden binnen de beperkende maatregelen zijn omgegaan, en dat met name het afstand moeten houden en veel contact via beeldbellen de vertrouwensband bemoeilijkt.
- iii) Uit de rapportage van de meest recent voortijdig gestopte cliënt blijkt dat cliënten stoppen vanwege een verhuizing naar een andere gemeente, of stoppen zonder opgave van reden of VoorZorg niet meer nodig achten. De aanbeveling: achterhaal beter de reden van stoppen en benader gemeenten actief om VoorZorg uit te gaan voeren.
- iv) Uit de rapportage over de langstlopende cliënten blijkt dat de ontwikkelvelden positief beoordeeld worden. De 30 cliënten zijn zeer positief over VoorZorg en de VoorZorgverpleegkundige. Zij geven VoorZorg een rapportcijfer van gemiddeld een 9.

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.

The primary prevention of child maltreatment in early life: Study on the effectiveness of VoorZorg.

- a. Mejdoubi J, e.a. (2014) Proefschrift The primary prevention of child maltreatment in early life: Study on the effectiveness of VoorZorg. Amsterdam, VU Medisch Centrum.
- b. Vijf artikelen (Mejdoubi, van den Heijkant, Struijf et.al., 2011; Mejdoubi, van den Heijkant, van Leerdam, et.al., 2013; Mejdoubi, van den Heijkant, van Leerdam, et al.,2014b;Mejdoubi, van den Heijkant, Struijf, et. al., 2015a; Mejdoubi, van den Heijkant, van Leerdam et.al., 2015b), waarbij de eerste en de tweede een design studie en demografisch onderzoek is, en de overige drie artikelen op basis van de Randomized Controlled Trial (RCT). Voor de RCT zijn 460 vrouwen geïncludeerd: gebruikelijke zorg: n=223, VoorZorg: n=237. Zes meetmomenten door getrainde interviewsters: bij 16-28 weken en 32 weken zwangerschap en bij 2, 6, 12 en 24 maanden na de geboorte.
- c. Samenvatting:
 - i. De doelen van VoorZorg zijn breder dan de uitkomsten waarover gerapporteerd wordt, o.a. door financiële beperkingen (persoonlijke mededeling Struijf). Onderzoek vond, in overleg met landelijke begeleidingscommissie, plaats naar bereikte doelgroep, zwangerschapsduur en geboortegewicht, sigaretten roken, het geven van borstvoeding, meldingen bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling, en huiselijk geweld.
 - ii. Bereik doelgroep: 98% van de onderzochte vrouwen had meer dan drie risicofactoren, 72% zeven of meer.
 - iii. Bevindingen uit de RCT:

1. Aantal meldingen van een vermoeden van kindermishandeling bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) van kinderen tot de leeftijd van 3 jaar is bij de VoorZorggroep 11 % en bij de controlegroep 19 %.
2. Vrouwen die VoorZorg ontvingen meldden in 19 % partnergeweld, de controlegroep: 26%. Daarnaast significant minder ouderschap door vrouwen in partnergeweld. Bij 24 maanden na de geboorte VoorZorg vrouwen significant minder slachtoffer van fysiek geweld.
3. VoorZorg is effectief in het verminderen van roken tijdens de zwangerschap: bij de start, en na de bevalling: controlegroep respectievelijk 56%, 56% en 61% versus de VoorZorggroep respectievelijk 54%, 40 % en 58 %. Daarnaast rookten de VoorZorg cliënten per dag minder sigaretten dan de controlegroep. Tot slot: VoorZorgcliënten rookten na de bevalling niet in het bijzijn van de baby, in tegenstelling tot de controlegroep.
4. Zes maanden na de geboorte gaven vrouwen die VoorZorg ontvingen significant vaker borstvoeding, namelijk 14 % versus 6 % van de controlegroep.
5. Geen significante verschillen in zwangerschapsduur, geboortegewicht, premature partus (<37 weken) en 'small for gestational age' (SGA) respectievelijk 39 wk, 3144 gr, 8,6 % en 16 % VoorZorg vrouwen versus 40 wk, 3147 gr, 7,0 % en 18 % controlegroep.

Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: age 6 follow-up results of a randomized trial

- a. Olds, D.L., Kitzman, H., Cole, R., Robinson, J., Sidora, K., Luckey, D.W., Henderson, C.R. Jr., Hanks, C., Bondy, J., Holmberg, J. (2004). Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: age 6 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*;114(6):1550-9.
- b. Onderzoek naar de effecten van prenatale en postnatale huisbezoeken door verpleegkundigen (onder verloskundige en pediatrie zorg in Memphis, Tennessee) op de levensloop van de moeder en de ontwikkeling van het kind: 6 jaar follow-up resultaten van een gerandomiseerde studie.
- c. Vrouwen met huisbezoeken hadden minder volgende zwangerschappen (1,16 vs 1,38) en bevallingen (1,08 vs 1,28), langere intervallen tussen geboorten van het eerste en tweede kind (34,28 vs 30,23 maanden) en langere relaties met huidige partners (54,36 vs 45,00 maanden). Kinderen vertoonden hogere scores voor intellectueel functioneren (92,34 vs 90,24) en receptieve woordenschat (84,32 vs 82,13), minder gedragsproblemen in het borderline- of klinische spectrum (1,8% vs 5,4%).

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

5. 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

Cumulatie van risicofactoren kan tot kindermishandeling, samenhangende benadering met werkzame elementen kan leiden tot realisatie van de VoorZorgdoelen: preventie van kindermishandeling. De VoorZorgverpleegkundige speelt in op iedere unieke cliënt.

Werkzame elementen in VoorZorg zijn:

- Bouwen aan een voorspelbare, langdurige en betrouwbare relatie tussen verpleegkundige en a.s. moeder/ouders.
- Deelname is op vrijwillige basis.
- De relatie tussen cliënt en verpleegkundige staat model voor de relatie die de moeder kan opbouwen met haar kind.
- Start in de zwangerschap, vòòr er opvoedproblemen zijn of verkeerde gewoontes aangeleerd.
- Kijken naar wat er goed gaat, en versterken van de competentie van de ouder(s)
- Voorkomen van prenatale schade waardoor het kind zichzelf beter kan reguleren en minder beroep doet op de (beperkte) affectieve en pedagogische vaardigheden van de cliënt.
- Aansluiten bij de wensen van de a.s. moeders/ouders
- Werkt systematisch aan realistische en haalbare doelen.
- Bieden van opvoed- en opgroei informatie vanuit positief ouderschapspectief.
- Systematisch werken aan de sensitieve en responsieve interactie tussen moeder en kind.
- Vaardigheidstrainingen (communicatie, opvoeden, gezondheid), waarbij de cliënt door middel van voordoen, zelf oefenen, 'huiswerk' maken en herhaling betere copingstrategieën en opvoedvaardigheden aanleert.
- Het systematisch bevorderen van de gezondheid in het gezin.
- Het systematisch werken aan het verminderen en stoppen van roken en gebruik van andere middelen tijdens de zwangerschap en eerste levensjaren, gebruik makend van in Nederland gangbare methodieken, zoals het Stappenplan Rookvrije Start.
- Systematisch werken aan bewustwording van huiselijk geweld en de consequenties daarvan, aan verbetering van de communicatie en vermindering van agressie tussen partners.
- Betrekken en versterken van het eigen netwerk.
- Gebruik (leren) maken van voorzieningen.

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

6. 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).

1. Alink, L.R.A., Cicchetti, D., Kim, J. et al. (2009). Mediating and Moderating Processes in the Relation between Maltreatment and Psychopathology: Mother-Child Relationship Quality and Emotion Regulation. *J Abnorm Child Psychol* (37) 831–843.
2. Alink, L.R.A., Cicchetti, D., Kim, J., & Rogosch, F. A. (2012). Longitudinal associations among child maltreatment, social functioning, and cortisol regulation. *Developmental Psychology*, 48(1), 224–236.
3. Alink, L., Prevoe, M., van Berkel, S., Linting, M., Klein Velderman, M., Pannebakker, F. (2018). 2017 Derde Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van kinderen en jeugdigen. Leiden University, Institute of Education and Child Studies. TNO Child Health.
4. Andeweg, S. & Sondejker, F. (2020). Evaluatieonderzoek VoorZorg. Utrecht, Verwey Jonker Instituut.
5. Baart, A. J. (2007). Een beknopte schets van de presentietheorie. *Pastorale Nieuwsbrief* [Brussel], 134, 14-19.
6. Baker, T. (2003). What is the relevance of attachment to parenting assessments? In: *Studies in the assessment of parenting*. Reder P, Duncan S & Lucey C (editors) Routledge, London.
7. Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: Freeman.
8. Blom, W. (2010). Een evaluatieonderzoek naar video-hometraining binnen VoorZorg. Utrecht, Nederlands Jeugdinstituut.
9. Böszörményi-Nagy, I., Grunebaum, J., & Ulrich, D. (1991). Contextual therapy. *Handbook of family therapy*, 2, 200-238.
10. Bowlby, J., & Ainsworth, M. (2013). The origins of attachment theory. *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives*, 45, 759-775.
11. Bronfenbrenner, U. (1989). Ecological systems theory. *Annals of Child Development*. Vol. 6, 187-249.
12. Dam, P. & Prinsen, B. (2013). Investeren in opvoeden en opgroeien loont! Utrecht: ActiZ en GGD Nederland.
13. Danese, A., Tan, M. Childhood maltreatment and obesity: systematic review and meta-analysis. *Mol Psychiatry* 19, 544–554 (2014).
14. Dodge, K.A., Bates, J.E., Pettit, G.S. (1990). Mechanisms in the cycle of violence. *Science* 250: 1678-1683.
15. Hermanns, J., Öry, F. & Schrijvers, G. (2005). Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter.
16. Kunseler, F. C. (2015). A longitudinal and experimental analysis of the transition to parenthood: Explaining parenting self-efficacy, anxiety symptoms, and depressive symptoms.
17. Mejdoubi, J., Heijkant, S. van den, Struijf, E., van Leerdam, F., HiraSing, R., Crijnen, A. (2011). Addressing risk factors for child abuse among high risk pregnant women: design of a randomized controlled trial of the nurse family partnership in Dutch preventive health care. *BMC public health* 11: 823.
18. Mejdoubi, J., Heijkant, S. van den, van Leerdam, F. et al. (2013). Effect of nurse home visits vs usual care on reducing intimate partner violence in young high-risk pregnant women: a randomized controlled trial. *Plos One*, 10.1371/journal.pone.0078185.
19. Mejdoubi, J., e.a. (2014a) Proefschrift The primary prevention of child maltreatment in early life: Study on the effectiveness of VoorZorg. Amsterdam, VU Medisch Centrum.
20. Mejdoubi, J., Heijkant, S. van den, van Leerdam, F. et al. (2014b). Effects of nurse home visitation on cigarette smoking, pregnancy outcomes and breastfeeding. A randomized controlled trial. *Midwifery*, 30, 6, 688-695.
21. Mejdoubi, J., Heijkant, S. van den, Struijf E, van Leerdam, F.J.M., Crijnen, A., Hirasing, R.A. (2015a). The identification of pregnant woman at risk for child abuse. *Gynecology and Obstetrics Research Open Journal*; 1(1):18-25.

22. Mejdoubi, J., Heijkant, S. van den, Leerdam, F. van, Heymans, M., HiraSing, R.A., Crijnen, A. (2015b). The effect of VoorZorg, the Dutch Nurse Family Partnership, on child maltreatment and development: a randomized controlled trial. *Plos One*; 10.1371/journal.pone.0120182.
23. Mullainathan, S., & Shafir, E. (2014). *Schaarste: Hoe gebrek aan tijd en geld ons gedrag bepalen*. Amsterdam: Maven Publishing.
24. Neuman, B., & Fawcett, J. (Eds.). (2011). *The Neuman systems model (5th ed.)*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.
25. Norman, R.E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., et al. (2012) The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS Medicine* 9(11).
26. Olds, D.L., Eckenrode, J., Henderson, C. et al. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA*;278(8), 637-43.
27. Olds, D.L., Hill, P.L., Mihalic, S.F. & O'Brien, R. (2001). *Nurse-Family Partnership. Blueprints for Violence Prevention, book seven*. Boulder: Center for the Study and prevention of Violence, Institute of Behavioral Science, Regents of University of Colorado.
28. Olds, D.L., Kitzman, H., Cole, R., Robinson, J., Sidora, K., Luckey, D.W., Henderson, C.R. Jr., Hanks, C., Bondy, J., Holmberg, J. (2004). Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: age 6 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*;114(6):1550-9.
29. Oudhof, M. & Prinsen, B. (2007). *Evaluatieonderzoek van de uitvoering van VoorZorg door JGZ-verpleegkundigen*. Utrecht, Nederlands Jeugdinstituut.
30. Rechthoof, S.E. & Noordermeer, S.D.S. (2019). *Prenatale Moederlijke Stress en Cognitieve, Psychiatrische en Motorische Ontwikkelingsstoornissen van het Kind: Systematische Review*. GGZ Vaktijdschrift (2) 7-23.
31. Reder, P. & Fitzpatrick : Can adolescents parent? In: *Studies in the assessment of parenting*
32. Reder, P., Duncan, S., & Lucey, C. (Eds.). (2003). *Studies in the Assessment of Parenting*. Psychology Press.
33. Speetjens, P., Thielen, F., Ten Have, M., de Graaf, R., Smit, F. (2015). Child maltreatment: long-term economic consequences and implications. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 58(10), 706-711.
34. Thielen, F.W., ten Have, M., de Graaf, R. et al. (2016). Long-term economic consequences of child maltreatment: a population-based study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 25, 1297–1305.
35. Van Rooijen, K., Berg, T. (2010). *Risicofactoren en beschermende factoren voor kindermishandeling*. Utrecht.
36. Van Rooijen, K., Bartelink, C., Berg, T. (2013). *Risicofactoren en beschermende factoren voor kindermishandeling*.
37. Van Rooijen, K. (2021). *Hechting en hechtingsproblemen, Risico- en beschermende factoren*. Utrecht.
38. Van den Bergh, B. R. H. M. (2002). Het belang van de prenatale levensfase voor de ontwikkeling van psychopathologie. *Kind en Adolescent*, 23 , 97 – 111.
39. Van der Pas, A. Ouderschap: kwetsbaar en complex. *MAATWERK* 11, 20–23 (2010).
40. Wu, Y., Kapse, K., Jacobs, M. Niforatos-Andescavage, N., Donofrio, M.T., Krishnan, A., Vezina, G., Wessel, D., du Plessis, A. & Limperopoulos, C. (2020). Association of Maternal Psychological Distress With In Utero Brain Development in Fetuses With Congenital Heart Disease. *JAMA Pediatrics*. 2020 Mar;174(3):e195316.
41. Website www.voorzorg.info; VoorZorg, verpleegkundige ondersteuning bij zwangerschap en opvoeding.

7. 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?

Jet is verslaafd aan speed en nogal een ‘troublemaker’, wars van autoriteit en hulpverlening. School heeft ze niet afgemaakt, haar familie ziet ze nog maar zelden en ze maakt vooral vrienden in het criminele circuit. Ze heeft op haar twintigste al een flink verleden in de drugs- en wapenhandel en foute mannen die haar dwingen tot prostitutie. Een stoere chick die nergens voor terugdeinst - moeiteloos smokkelt ze drugs de gevangenis in voor gedetineerde vrienden – maar van binnen woekert een schrijnend tekort aan eigenwaarde. Pogingen om van de drugs af te komen mislukken. Jet krijgt verkering en ontdekt na twee maanden dat ze zwanger is. Dan lukt het wel - ze stopt cold-turkey met de speed. Via het Jeugdloket hoort ze over VoorZorg. Aarzelend stemt ze in met een kennismakingsgesprek. “Mijn wereld stond op zijn kop - je bent van drugsverslaafd naar zwanger en je gaat naar moeder, dat is nogal wat. Ik wilde niet, maar ergens wist ik dat ik hulp nodig had.”

Jet kan zich de eerste ontmoeting met VoorZorgverpleegkundige Annemarie nog goed herinneren. “Annemarie kwam heel opgewekt over en was - hoe zal ik het zeggen – zo normaal. Daar moest ik wel even aan wennen. Het viel me op dat ze niet met regels kwam. Ze luisterde en ze geloofde me toen ik vertelde dat ik was gestopt met drugs.” “Ik wist dat er grote zorgen waren over het druggebruik van Jet”, vult Annemarie aan, “maar ik geloofde haar, dat ging op gevoel. Vertrouwen is voor mij sowieso een uitgangspunt. Natuurlijk laten niet alle meiden meteen het achterste van hun tong zien, maar het is respectloos om bij voorbaat te twijfelen aan wat ze vertellen. Uiteindelijk heeft iedere aanstaande moeder die instemt met VoorZorg maar één doel – het beste voor haar kindje.”

Annemarie en Jet hebben een tweewekelijks contact, waarin samengewerkt wordt aan de doelen van Jet en van VoorZorg en ingespeeld wordt op actuele situaties. Er wordt een gezonde zoon geboren. Vlak na de bevalling heeft Jet het zwaar. Ze voelt weinig blijdschap en denkt dat ze haar kleintje tekort doet. Woorden van anderen dat het toch goed ging, konden haar niet overtuigen. Pas na anderhalve maand deelt ze haar zorgen met Annemarie. “Gelukkig maken we bij VoorZorg op vaste momenten video-opnames”, vertelt Annemarie. “Ik kon Jet laten zien hoe zorgzaam en liefdevol ze met hem omging in de kraamtijd - en hoe vanzelfsprekend dat ging. Woorden konden Jet niet overtuigen, de beelden wel – het was voor haar een eyeopener. “Ik hoor van Annemarie vooral wat ik goed doe”, zegt Jet, “bij andere hulpverlening krijg ik snel het gevoel dat ik aan verwachtingen moet voldoen. Bij VoorZorg blijf ik zelf bepalen hoe ik mijn leven inricht, maar op de achtergrond is Annemarie er wel altijd.”

Annemarie sluit het VoorZorg traject met een gerust hart af: “Als ik nu naar Jet kijk, zie ik een zelfstandige vrouw die haar basis heeft gevonden. Ze heeft een enorme oerkracht als het om het welzijn van haar zoon gaat. Jet lacht: “Ik heb nog steeds niet veel zelfvertrouwen: de ‘Wow-Jet’ factor, die ken ik niet. Maar ik durf wel hardop te zeggen dat ik trots ben op wat ik heb bereikt. Ik weet dat ik een goede moeder ben.”