

Handreiking

Naar een integrale aanpak Kansrijke Start

Belangrijke vragen die een lokale coalitie zichzelf
kan stellen



Inhoud

Vooraf	3
Kansrijke Start	4
1. Doelen en focus	5
1.1 Doelen en focus van dit dossier	5
Drie casussen - Moment 1: drie gezinnen en de start van een nieuw leven	7
2. Belang van investeren	8
2.1 Kansrijke start	8
2.2 Betrokken partijen	13
Drie casussen - Moment 2: drie gezinnen en wat ze nodig hebben voor een kansrijke start	10
3. Rol gemeenten	11
3.1 Hoe kunnen gemeenten een aanpak kansrijke start faciliteren?	11
3.2 Een denkraam voor een integrale aanpak 'kansrijke start'	12
3.3 Toelichting op de elementen	12
Drie casussen - Moment 3: drie gezinnen en hoe zij baat hebben bij een integrale aanpak	17
4. Versterken van beschermende factoren	18
4.1 Gezonde zwangerschap zonder stress en een veilige bevalling	19
4.2 Een positieve ontwikkeling van baby's en peuters	19
4.3 Veerkrachtig ouderschap en netwerk	19
4.4 Een goede gehechtheid tussen kind en verzorgers	20
5. Innovatieve voorbeelden	21
5.1 Praktijkvoorbeelden	21
Voorbeeld bij pijler 1 'Regie op de keten': Eigenwijs Kraamzorg (Amersfoort)	21
Voorbeeld bij pijler 2 'Community-aanpak': 1000 Dagen (Amsterdam)	23
Voorbeeld bij pijler 3 'Palet van professionele zorg': Gezonde Start (Nijmegen)	24
Drie casussen - Moment 4: drie kinderen en hun kansrijke toekomst	27
6. Samenvattend	28
Meer lezen?	29

Voorwoord

Een veilige, gezonde en kansrijke start is de basis voor een gelukkig mensenleven. Bij het overgrote deel van de Nederlandse kinderen lukt zo'n goede start, maar er is nog altijd een grote groep kinderen die al bij de start een achterstand oploopt. Kinderen raken daardoor in de knel, kwetsbaar en soms zelfs beschadigd. En dat is onnodig. Mijn analyse is dat we (aanstaande ouders, professionals in de zorg, de welzijnssector en bij de overheid) te weinig oog hebben voor een gezonde omgeving en steunende samenleving voor dat kind en de ouders, preventie te weinig inzetten en lang niet altijd optimale steun en zorg kunnen garanderen. Sterker nog: iedereen in de samenleving is er verantwoordelijk voor dat alle aanstaande ouders gesteund worden om een kind een goede start te geven. Dat ze weten dat er hulp is. En dát ze deze steun ook daadwerkelijk ontvangen. In de praktijk is er nog een grote kloof tussen de behoefte en het aanbod. Gelukkig groeit de maatschappelijke aandacht voor deze groep, mede getuige de populariteit van het actieprogramma Kansrijke Start en de daaraan gelieerde lokale coalities. Maar hoe gaan we deze aandacht omzetten in concrete acties voor integrale zorg in de wijk? Dit vergt visie op de ontwikkeling van krachtige gemeenschappen, waar kwetsbare gezinnen zich veilig en prettig thuis voelen met de juiste inzet van hulpverleners en beleidsmakers. Dit rapport geeft handvatten hoe deze ontwikkeling in de praktijk van alledag vorm te geven. In een rijk land als Nederland moet elk kind en aanstaande ouder kunnen rekenen op een kansrijke start. Het minste dat we daarvoor kunnen doen is de voorwaarden hiervoor creëren, het werk slim organiseren en in samenhang uitvoeren.

Koos van der Velden
Emeritus Hoogleraar Public Health
Radboud Universiteit Nijmegen

Kansrijke Start

In de afgelopen jaren groeide het wetenschappelijk bewijs voor de cruciale invloed van de eerste levensfase op het verdere leven van een kind is. De eerste 1000 dagen is de periode tussen de eerste dag van de zwangerschap en de tweede verjaardag van het kind. Deze periode wordt in de internationale literatuur vaak beschreven als '1001 critical days' of 'first 1000 days' omdat in deze periode van snelle groei de hersenen van kinderen gevormd door hun ervaringen en de interacties die ze hebben met hun ouders en andere verzorgers. Deze periode is het fundament voor het verdere leven. Met deze groeiende kennis werd ook zichtbaar wat de invloed van deze fase is op de sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland. Het feit dat de fase van de eerste 1000 dagen beïnvloedbaar zijn en dat daarmee veel problemen in de toekomst kunnen worden voorkomen, maakt dat er een momentum is ontstaan voor maatschappelijke aandacht. Met het landelijk actieprogramma Kansrijke Start gelanceerd door minister Hugo de Jonge krijgt deze aandacht concreet vorm. Minister De Jonge roept gemeenten en lokale partners op om hierin hun rol uit te breiden en een 'lokale coalitie' kansrijke start te vormen. In dit document staan belangrijke vragen die de partners binnen een lokale coalitie (in wording) elkaar kunnen stellen bij het werken aan een kansrijke start voor alle kinderen, met bijzondere aandacht voor (aanstaande) ouders in een kwetsbare positie.

We hebben zoveel mogelijk actuele kennis gebundeld. Momenteel is er zoveel gaande op dit thema dat er dagelijks nieuwe inzichten rondom een kansrijke start worden opgedaan, zowel landelijk als lokaal. Dit inspiratiedossier is daarom bedoeld als een levend document dat geen blauwdruk biedt, maar inzicht biedt in elementen waarvan we op basis van de praktijk en experts weten dat die belangrijk zijn voor een kansrijke start van alle kinderen.

(Aanstaande) ouders in een kwetsbare positie

(Aanstaande) ouders in een kwetsbare positie¹ hebben meer risico op problemen rond zwangerschap, geboorte en de eerste levensjaren van het kind. Dit kan vele achtergronden hebben. Voor een deel kan het te maken hebben met een ongezondere leefstijl. Andere risicofactoren in deze groep liggen in een cumulatie van sociale en individuele problemen zoals huisvestingsproblemen, armoede, het wonen in een achterstandswijk, psychosociale problematiek, het onvoldoende beheersen van de Nederlandse taal, en het hebben van minder gezondheidsvaardigheden.

Inspiratiedossier

Dit dossier is tot stand gekomen met medewerking van diverse experts die in interviews hun ervaringen, kennis en visie hebben gedeeld over hoe gemeenten en lokale partners samen kunnen bijdragen aan een kansrijke start. We presenteren de uitkomsten in de vorm van vragen om lokaal te stellen en het benoemen van enkele belangrijke elementen. Het doel is om abstracte doelen concreet te vertalen naar lokale acties. We richten ons in dit dossier specifiek tot de trekker – bijvoorbeeld een project- of programmaleider – en leden van de lokale coalities kansrijke start.

Het actieprogramma Kansrijke Start hanteert de definitie van kwetsbare zwangerschap zoals die is opgesteld door het Erasmus MC en de Gemeente Rotterdam². Hier wordt kwetsbaarheid uitgelegd als balans tussen risico- en beschermende factoren. Dit leidt tot 4 categorieën.

1. Zelfredzame zwangere vrouw
2. Potentieel kwetsbare zwangere vrouw
3. Kwetsbare zwangere vrouw
4. Zeer kwetsbare zwangere vrouw

In bovengenoemd document wordt uitgebreid ingegaan op de beschermende- en risicofactoren.

1 'Handreiking Kwetsbare Zwangere' van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).

2 https://www6.erasmusmc.nl/verloskunde_gynaecologie/Research/healthy-pregnancy-4all/factsheets/definitie-kwetsbaarheid.pdf?view=active&type=pdf

1. Doelen en focus

1.1 Doelen en focus van dit dossier

De wetenschappelijke kennis over de cruciale periode van de eerste 1000 dagen is nog niet altijd voldoende bekend bij alle professionals, organisaties, gemeenten en (aanstaande) ouders. Gemeenten en de lokale partners zijn zich daarbij nog niet altijd voldoende bewust van de invloed en de verantwoordelijkheden die zij hebben in deze fase van het leven en welke kansen daar liggen. Investeren in een kansrijke start kan intergenerationele overdracht van ongezondheid voorkomen.³ Juist dat gegeven maakt deze investering zo duurzaam: het kan doorwerken in volgende generaties en daarmee gezondheidsverschillen langdurig voorkomen. Doel van dit dossier lokale coalities te helpen invulling geven aan de ambitie om de kans op een kansrijke start voor ieder kind te vergroten.

Wat is een coalitie kansrijke start?

Een coalitie kansrijke start zorgt voor een versnelling in een betere samenwerking tussen de partijen die een rol van betekenis hebben in de eerste duizend dagen.

1. Vragen om lokaal te stellen

Lokale coalities kansrijke start willen gezamenlijk en meer investeren in een gezonde, veilige en kansrijke start voor jonge kinderen via een integrale aanpak, specifiek gericht op inwoners in kwetsbare posities. Dit dossier bundelt belangrijke vragen om lokaal te stellen en in een aanpak vorm te geven.

2. Een inhoudelijk denkraam bieden

Om een aanpak kansrijke start vorm te geven zijn enkele belangrijke elementen geïdentificeerd, zowel randvoorwaardelijk als inhoudelijk. Dit inspiratiedossier bundelt deze elementen op basis van landelijke ontwikkelingen, inzichten van experts en wetenschappelijke kennis. Deze elementen zijn vertaald naar handelingspectieven op lokaal niveau.

3. Illustratie met casuïstiek

Aan de hand van drie voorbeelden illustreren wat een integrale aanpak kan betekenen voor drie verschillende gezinnen.

4. Inspirerende voorbeelden

Aan de hand van drie innovatieve gemeentelijke werkwijzen biedt dit document inspiratie hoe een 1000 dagen-aanpak concreet kan worden vormgegeven. Partners uit Amersfoort, Amsterdam en Nijmegen geven aan hoe zij binnen hun gemeente concreet invulling geven aan hun ambities op het thema kansrijke start.



Focus

Een kansrijke start aanpak draagt bij aan de kansen van alle kinderen. Dit dossier belicht daarbij extra wat (aanstaande) ouders in kwetsbare posities nodig hebben. Die focus heeft een aantal redenen. Ten eerste worden deze ouders minder goed bereikt met de reguliere preventieve zorg. Ons stelsel sluit nog onvoldoende aan op de specifieke behoeften van deze groep waardoor zorg hen later bereikt. Bijvoorbeeld omdat gezinnen vragen hebben waar de zorg niet in voorziet, er te veel basis-kennis verondersteld wordt, omdat culturele verschillen groot zijn of omdat armoede en stress een ongezien onderliggend probleem zijn. Ten tweede hebben deze (aanstaande) ouders vaak op meerdere levensgebieden vragen waardoor een integrale aanpak specifiek voor hen belangrijk is. Een kwetsbare positie van ouders heeft direct gevolgen voor de kansen voor hun (ongeboren) kind. Hun kinderen hebben vaker ondersteuning op maat nodig. Zorg die goed aansluit op de behoefte van mensen is voor iedereen beter, maar ouders in een kwetsbare positie profiteren daar extra van. We spreken van het principe van inclusieve zorg. Dit dossier vindt haar onderbouwing in het TNO rapport 'Versterken van de ontwikkeling in de eerste twee levensjaren: de eerste 1001 dagen'. TNO levert daarin de wetenschappelijke onderbouwing van de noodzaak te investeren in deze belangrijke periode van het leven. Ook worden beschermende factoren, succesvolle interventies en werkzame elementen beschreven die de ontwikkeling tijdens de eerste 1001 dagen positief beïnvloeden. Daarnaast borduren we voort op de position paper 'Naar een gezonde, veilige en kansrijke generatie', door vijf partijen opgesteld als input voor de landelijke en lokale politiek met daarin een aantal kernprincipes waar partijen op kunnen letten bij de investeringen in de vroegste jeugd.

Leeswijzer

Hoofdstuk 2 vat samen waarom investeren in een kansrijke start zo belangrijk is. Hoofdstuk 3 richt zich op de specifieke rol die gemeenten samen met lokale partners kan spelen. Op basis van vijf elementen gaan we in op de belangrijkste vragen die een coalitie kansrijke start zichzelf kan stellen. Hoofdstuk 4 bundelt concrete vragen die een coalitie zichzelf kan stellen bij het vormgeven van een aanpak kansrijke start. Hoofdstuk 5 beschrijft drie innovatieve voorbeelden. Hoofdstuk 6 geeft een samenvatting. Tussendoor leest u in drie casussen wat een aanpak kansrijke start in de praktijk voor gezinnen kan betekenen.

Drie casussen

Moment 1: drie gezinnen en de start van een nieuw leven

Bij het opstellen van dit dossier hebben we ook met ouders gesproken. De casussen komen voort uit hun verhalen.



Meriam en Micha verwachten hun tweede kindje. Ze zijn vaak verhuisd maar wonen nu al een aantal jaar in een tweekamerflat. Ze spreken goed Nederlands, maar lezen en schrijven vinden ze lastig. Micha werkt af en toe als vuilnisman als hij wordt opgeroepen door het uitzendbureau. Meriam brengt de meeste tijd thuis door. Hun eerste kind, dochter Mera (5), heeft moeite met school, maar ze heeft het wel naar haar zin. Meriam heeft aan haar verloskundige verteld dat ze bang is voor de bevalling. Toen Mera werd geboren voelde ze zich lang verdrietig en angstig. Ze is bang dat dit weer gaat gebeuren. Ook maakt ze zich er zorgen over of ze alle babyspullen wel kunnen betalen.



Linda is de moeder van een twee weken oud zoontje. Zijn naam is Davie. Linda werkt als kapster en woont alleen. Spulletjes en een babykamer waren al vroeg in de zwangerschap perfect in orde. Via de huisarts kwam Linda ruim op tijd in contact met haar verloskundige. Linda heeft veel vriendinnen, zegt ze. Maar tijdens de verloskundige consulten kwam ze altijd alleen, omzeilde ze vragen over de biologische vader en praatte ze honderduit alsof ze behoefte had aan een praatje. Voor zwangerschapsgroepen heeft ze geen tijd, zegt ze.



Tiny en Leo verwachten hun eerste kind. Ze zijn jong en onvoor- bereid, de zwangerschap is hen overkomen maar ze zijn toch heel erg blij met het nieuws. Omdat ze jong zijn hebben ze wei- nig vrienden en bekenden die ook een kind verwachten. Ze zijn nieuwsgierig naar hoe andere aanstaande ouders zich voor- bereiden. Tiny werkt veel als productiemedewerkster en heeft daardoor weinig tijd voor nieuwe sociale contacten. Leo rookt en vraagt zich of hoe hij kan stoppen. Tijdens voetbal heeft hij er ook al last van. Hij kent alleen niemand die het gelukt is om te stoppen en weet niet of hij hulp kan krijgen.

2. Belang van investeren

Waarom is het zo belangrijk om te investeren in een gezonde, veilige en kansrijke start van een kind?

2.1 Kansrijke start

De eerste 1000 dagen zijn een cruciale fase voor de brede ontwikkeling van een kind. Ieder kind wordt in aanleg geboren met een kans op een positieve ontwikkeling op lichamelijk, cognitief en sociaal-emotioneel gebied. Omdat in deze relatief korte periode in de hersenen een basis wordt gelegd waar complexere functies op voortbouwen, is het belangrijk om juist hier de kansen

voor een kind te vergroten. De omgeving speelt hierin een cruciale rol. Voor de gezonde sociaal-emotionele ontwikkeling van een kind is een gezonde zwangerschap nodig. Het ervaren van stress is normaal en functioneel. Zo ook tijdens de zwangerschap. Chronische, hevige stress tijdens de zwangerschap vormt echter een risico voor de sociaal emotionele ontwikkeling van het kind. Toxische stress beschadigt de hersen op drie manieren. De omvang van de hersenen neemt af, het aantal verbindingen tussen de hersencellen vermindert en er ontstaat een teveel aan stresshormonen. Het is belangrijk om te weten dat deze gevolgen heel groot zijn maar niet onherstelbaar.

STIMULEREN VAN EEN GEZONDE ZWANGERSCHAP



Kansrijk voor zowel ouder als kind is...

een gelijkwaardige
relatie zonder
huiselijk geweld



een
evenwichtig
voedings-
patroon



kunnen omgaan
met stress en
spanning

Vrij zijn van verslavingen zoals
tabak, alcohol en drugs



Een goede fysieke,
mentale en
emotionele
gezondheid





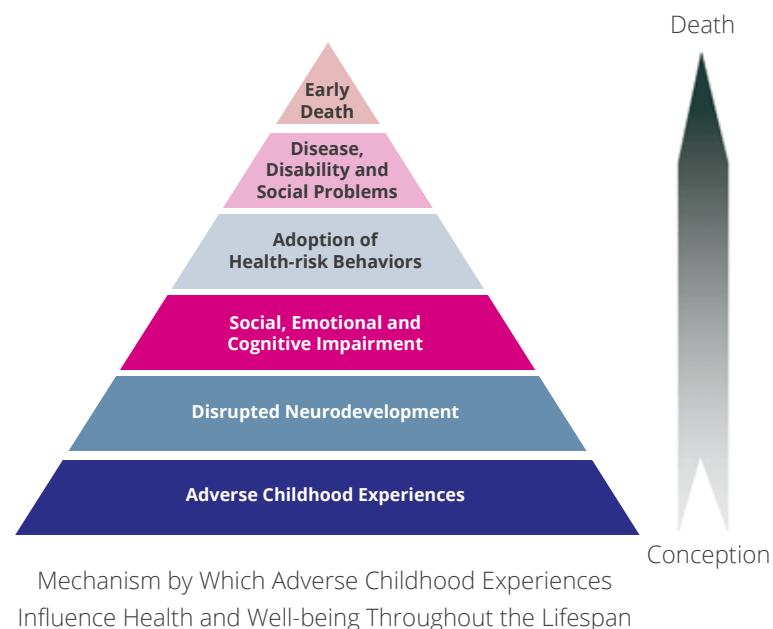
Na de geboorte is het van belang dat er sprake is van sensitieve verzorgers, verzorgers die oog hebben voor de behoeften van het kind en daar adequaat en direct op reageren. Goed genoeg ouderschap. Daar hoort bijvoorbeeld ook bij dat ouders gezonde stress hebben of vragen of ze het goed doen, en momenten van onzekerheid.

Kinderen die opgroeien in gunstige sociaal-economische situaties leven gemiddeld 7 jaar langer en 16 jaar langer in goede gezondheid. Kinderen in laag sociaal-economische omstandigheden en bij wie tevens meerdere problemen spelen in het gezin lopen groter risico op gedrags- en sociaal- emotionele problemen. Dat maakt dat ze minder kansen hebben vanaf de eerste start. Negatieve ervaringen en omstandigheden ontnemen kinderen kansen.

Wanneer deze dermate ernstig of langdurend zijn dat ze de ontwikkeling van het brein negatief beïnvloeden, dan kan dit levenslang leiden tot problemen met leren, gedrag en emotionele en fysieke gezondheid. We spreken dan over de invloed van toxische stress. Kinderen met negatieve jeugdervaringen zijn dus levenslang benadeeld, worden eerder ziek en leven vaak korter.⁴

Toxische stress wordt ook veroorzaakt door maatschappelijke omstandigheden van ouders en kinderen. Factoren die maar ten dele door de gezondheidszorg en jeugdzorg zijn te beïnvloeden. Het gaat dan bijvoorbeeld om langdurige armoede of opgroeien in een achtergesteld gebied (zowel stad als platteland).

Door het aanpakken van risicofactoren en het versterken van de beschermende factoren kunnen gezondheids- en gedragsproblemen worden voorkomen. Hiermee kan het versterken van de kansrijke start een belangrijke rol spelen in het doorbreken van de intergenerationele overdracht van ongezondheid en daarmee het terugdringen van gezondheidsverschillen.



⁴ Gebaseerd op een model uit ACE study (Adverse Childhood Experiences - Negatieve Ervaringen in de Kindertijd), door o.a. Vincent Felitti

Drie casussen

Moment 2: drie gezinnen en wat ze nodig hebben voor een kansrijke start

De drie gezinnen hebben op basis van hun verschillende geschiedenissen en omstandigheden verschillende behoeften. Ze zijn alle drie gebaat bij gerichte steun. Uit zowel het professionele netwerk als uit hun eigen omgeving.



Door hun lage inkomen en krappe woonsituatie ervaren Meriam en Micha regelmatig stress. Ze verheugen zich op de komst van hun tweede kind, maar de zwangerschap brengt ook extra zorgen. De angst voor een depressie en zorgen om de extra kosten voor de nieuwe baby bijvoorbeeld.

Meriam en Micha zijn gebaat bij het leren omgaan met hun zorgen. Ze zijn op zoek naar meer stabiliteit in hun leven. Meriam heeft baat bij een goede mentale gezondheid, gezond leven en een steunend netwerk.



Linda kan een beroep doen op haar netwerk voor praktische hulp. Maar ze heeft weinig zelfvertrouwen in zichzelf en mist emotionele relaties. Linda had eigenlijk liever een meisje gewild. Ze raakte bij de bevalling in paniek. Ze blijkt een verleden te hebben met seksueel misbruik. Ze heeft het niet nodig gevonden dit te bespreken, ondanks de gerichte vragen van de verloskundige.

Via het ziekenhuis komt ze in gesprek met Fawzia van het wijkteam. Zij maakt samen met Linda een plan om beter in haar vel te komen en meer contacten te krijgen. Linda wil namelijk graag mensen vinden om mee te praten en die haar



Tiny en Leo zijn nieuwsgierig en willen graag veel leren over het aanstaand ouderschap. Ze gaan graag nieuwe contacten aan ook al hebben ze weinig tijd. Ze hebben nog weinig kennis over zwangerschap en gezondheid. Ze geven aan dat ze eigenlijk al vóór de zwangerschap hadden willen weten wat er allemaal belangrijk is voor hun kindje.

Leo wil graag stoppen met roken en hoort via zijn voetbalvereniging over een stoppen-met-roken-coach.

3. Rol gemeenten

3.1 Hoe kunnen gemeenten een aanpak kansrijke start faciliteren?

Gemeenten hebben een wettelijke verantwoordelijkheid voor uitvoering van de jeugdwet, de jeugdgezondheidszorg en voor het informeren van inwoners over gezondheid en opvoeding. Daardoor kunnen gemeenten ongeacht waar kinderen worden geboren zowel zorg inzetten om de (psychische) gezondheid van (aanstaande) ouders en kinderen te beïnvloeden. Dit is nodig omdat sociaal-economische gezondheidsverschillen niet terug te dringen zijn met een tijdelijke, eendimensionale interventie: de oorzaken liggen dieper en altijd op meerdere domeinen. Naast het sociaal domein, inclusief publieke gezondheid, participatie, schulden en onderwijs, raakt een kansrijke start expliciet aan het medisch domein. Ook wonen, veiligheid, economie, werkgelegenheid en ruimtelijke ordening zijn belangrijk.

Gezien de verschillende domeinen die van belang zijn en de uiteenlopende partijen zijn gemeenten bij uitstek in staat om in samenwerking met de betrokken partijen de lokale opgaven in beeld te brengen, te analyseren en om in gezamenlijkheid doelen en prioriteiten te stellen. Is er beleid ontwikkeld rondom de kansrijke start? Beleid op de kansrijke start kan aanvullend zijn op andere beleidsdoelen van de gemeente. Zijn de ambities binnen Kansrijk Start bijvoorbeeld geformuleerd als onderdeel van de aanpak terugdringen gezondheidsverschillen? En zijn de inspanningen van de coalitie verbonden aan de invulling van de preventie jeugdhulp? Er zijn bijvoorbeeld lokale coalities die de 1000 dagen expliciet koppelen aan hun ambities op thema's als preventie kindermishandeling, overgewicht en taalachterstanden.

Lokale coalities kunnen een enorme impuls geven aan een kansrijke start voor alle kinderen. Veel partijen richten zich nu nog op een meer afgebakend onderdeel van de start van kinderen. Door samenwerkingsafspraken in een lokale coalitie kan een meer integrale aanpak rondom de start kunnen worden ontwikkeld. De gemeente kan hierin een faciliterende rol spelen.

Rondom de start van kinderen werken veel partijen al lang en intensief samen. Het is belangrijk dat bestuurders en ambtenaren zich realiseren dat lokale coalities kansrijke start aansluiten bij partijen en professionals die zich al jaren inzetten voor een kansrijke start voor ieder kind. De samenwerking met partijen als de verloskundigen, de kraamzorg en ziekenhuizen zijn hierbij vaak relatief nieuw, terwijl met de jeugdgezondheidszorg en het welzijnswerk al langer intensief wordt samengewerkt. Hierbij is het belangrijk om goed zicht te hebben op wat er al is en hierop aan te sluiten en voort te bouwen. Binnen de coalitie kan gezamenlijk gekozen worden wat wordt versterkt – en soms ook waarmee wordt gestopt, zeker als verschillende activiteiten rondom de start zich opstapelen rondom een gezin. Wees daarom alert op bottom up-initiatieven. Waar initiatieven ontstaan zit energie en vaak ook al de juiste expertise. Is er zicht op de lokale voorlopers?

Voor het versterken van een kansrijke start is samenwerking – of een lokale coalitie – essentieel. Het gaat daarbij om een brede samenwerking; tussen partners uit specifiek het medische domein, de publieke gezondheid en het sociale domein. Samenwerking is geen doel op zich, maar een middel om gezondheidsrisico's en hun achterliggende sociale problemen tijdig te signaleren en om door te kunnen verwijzen naar ondersteuning en zorg. Door het benutten van elkaars expertise en netwerken kunnen (kwetsbare) zwangeren en aanstaande ouders tijdig gevonden en bereikt worden. Het belang van deze samenwerking geldt op meerdere niveaus – op politiek-bestuurlijk niveau, op management- en beleidsniveau en op uitvoeringsniveau. Om niet alleen de aanpak kansrijke start vorm te geven, maar ook te zorgen voor borging en financiering en borging op de lange termijn dienen alle niveaus betrokken te worden, gefaciliteerd door de gemeente. In dat geval kan de lokale coalitie samenwerkingsafspraken maken over bijvoorbeeld zorgpaden, doorverwijzingen en prioritering van zwangeren en gezinnen met jonge kinderen. Persoonlijk leiderschap blijkt vaak een succesfactor. Dit geldt in alle lagen van de gemeente, dus zowel voor bestuurders, als voor inwoners, projectleiders en professionals. Zijn lokale leiders goed in beeld?

Veel organisaties die een bijdrage leveren aan een goede start, werken naast lokaal ook regionaal. Denk aan ziekenhuizen, de JGZ, kraamzorg en verloskundigen in het Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV's) en de Regionale Ondersteuningsstructuur. Ook verschillende gemeenten werken samen aan dit thema in meerdere regio's. In het themadoc Gezonde en Kansrijke start wordt uitgebreid ingegaan op de rol van de gemeente met meer info, voorbeelden en tips om samenwerking te versterken. Een denkraam voor een integrale aanpak 'kansrijke start'

3.2 Een denkraam voor een integrale aanpak 'kansrijke start'

We hebben experts gevraagd wat essentiële onderdelen zijn in deze integrale aanpak en waar lokale coalities rekening mee kunnen houden. Op basis van hun belangrijkste conclusies beschrijven we een 'denkraam voor een integrale aanpak voor de eerste 1000 dagen'. Dit kan coalities helpen bij het ontwerpen en invullen hun aanpak kansrijke start. Het denkraam geeft eerste handvatten bij het samen ontwikkelen en kan helpen inzicht te geven hoe een aanpak kan voortbouwen op aanwezige basisvoorzieningen. Coa-

lities kunnen het denkraam gebruiken en zichzelf vragen stellen over de uitgangs- en streefsituatie. Welke inspanningen zijn er op alle pijlers? En sluiten ze op elkaar aan? En wat is er nog nodig om de aanpak door te ontwikkelen?

Onderstaand denkraam heeft als doel coalities te helpen bij de start van een integraal programma kansrijke start:

1. Overkoepelende programmadoelen en gezamenlijke uitkomsten
2. Monitoring en leren
3. Community-aanpak
4. Palet van professionele zorg
5. Regie op de ketenzorg

3.3 Toelichting op de elementen

1. Overkoepelende programmadoelen en gezamenlijke uitkomsten

Als coalitie is het belangrijk zorg te dragen voor integraliteit en een breed gedragen programma. Doelen van een programma liggen primair op het vlak van gezonde en veilige bevalling en een positieve ontwikkeling van de kleinste kinderen, maar kunnen ook breder zijn beschre-

NAAR EEN INTEGRALE AANPAK KANSRIJKE START

1. Programmadoelen en beoogde uitkomsten



3. Community aanpak



4. Palet van professionele zorg



5. Regie op de ketenzorg



ven. Denk bijvoorbeeld aan het terugdringen van gezondheidsverschillen of het bestrijden van armoede waarbij ingrijpen op sociaal-economische factoren een belangrijk element is. Hiervoor is het belangrijk dat de urgentie onderschreven wordt door alle relevante betrokkenen: inwoners, professionals en medewerkers van eerste lijn tot specialistische hulp. Op waarstaatjegemeente.nl is informatie beschikbaar over de belangrijkste geboorte-uitkomsten per gemeente, die kan helpen in het onderbouwen van de urgentie. Er is tevens een uitgebreide toelichting op de perinatale kerncijfers [beschikbaar](#).

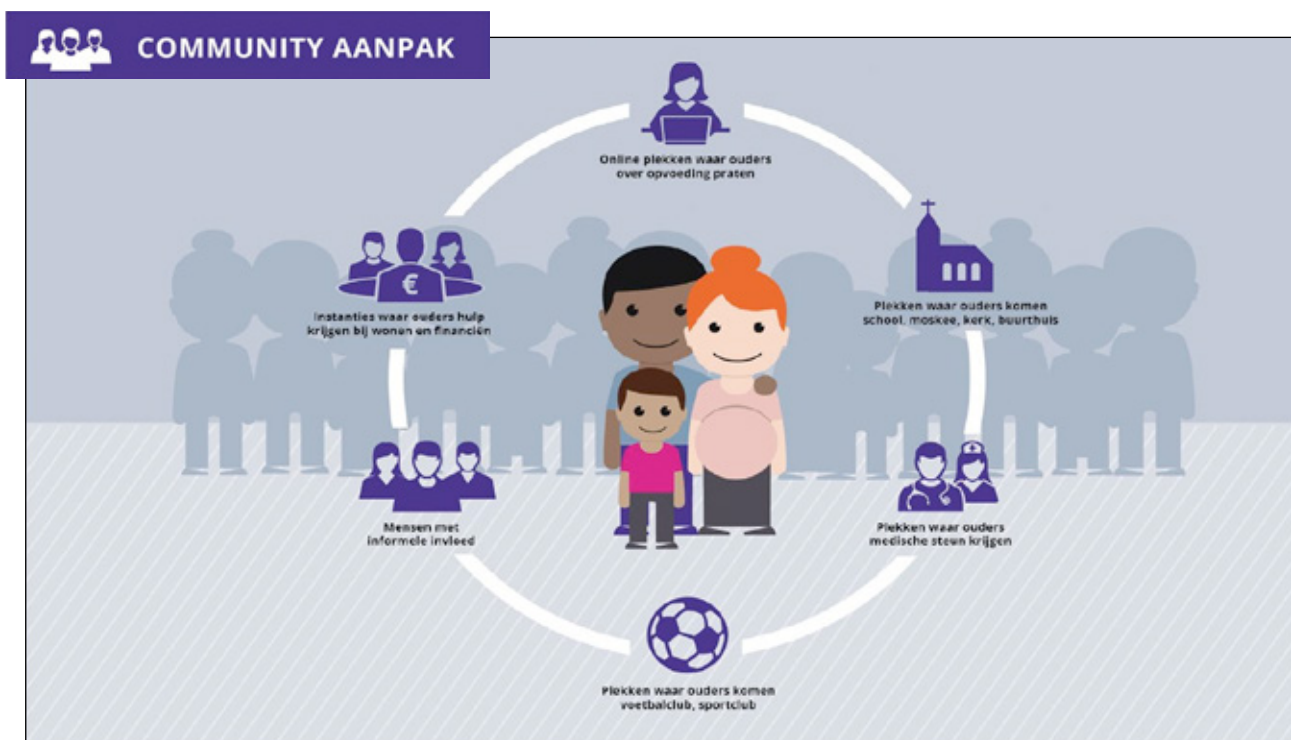
- Is er vanuit de coalitie een gezamenlijke visie met heldere doelen over wat het programma moet bereiken?
- Zijn alle relevante domeinen en spelers betrokken bij het formuleren van de visie en de doelen? Spreken de spelers dezelfde taal?
- Zitten de juiste niveaus aan tafel om gezamenlijk de doelen te stellen? Zijn politiek-bestuurlijk, management en beleid en uitvoeringsniveau betrokken? Klopt het mandaat van de mensen aan tafel bij de te nemen beslissingen? Is er goed zicht op de lokale betrokkenen? Zijn de voorlopers op het thema goed in beeld en wordt er juist met hen samengewerkt?

- Welke data rondom gezinnen met jonge kinderen zijn al beschikbaar en bij welke partijen? Is er een gezamenlijke analyse gedaan van de beschikbare cijfers? Wat is de startsituatie en wat de gewenste ontwikkeling? Hoe definieert de lokale coalitie de doelgroep en kwetsbaarheid? Is er overeenstemming over deze definitie van kwetsbaarheid? Wat zou de coalitie nog meer willen weten?

2. Monitoring en leren

Evaluatie en monitoren zijn belangrijke voorwaarden voor een integrale aanpak kansrijke start. Als duidelijk gedefinieerd is wat de coalitie wil bereiken is het belangrijk om ook te bepalen welke uitkomstmaten daaraan te koppelen. Hoe wordt er binnen de lokale coalitie uitgewisseld, geleerd en bijgestuurd op basis van de monitoringsinformatie?

Naast de uitkomstmaten zijn er andere belangrijke cijfers zoals bijvoorbeeld het percentage vrouwen dat voor 10 weken zwangerschap in beeld is bij verloskundige. Is het mogelijk dergelijke cijfers periodiek te verzamelen en te delen? En op basis daarvan eventueel de plannen bij te stellen?



Bovenop de 'harde cijfers' rondom geboorte-uitkomsten kan de beleving van de doelgroep een belangrijke indicator zijn. Wordt de tevredenheid van gezinnen structureel gemeenten? Wordt het welzijn van ouders gemonitord? Bereiken we daar ook de kwetsbaren mee? En wat geeft deze analyse aan inhoudelijke aanknopingspunten?

Structureel vorm geven aan monitoring en evaluatie maakt het mogelijk om constant te blijven leren en te verbeteren en afspraken te maken over acties op basis van de resultaten van de monitoring.

3. Community-aanpak (gemeenschapsaanpak)

Ouders halen kennis en steun in eerste instantie uit hun directe omgeving. Sociale steun vanuit een informeel netwerk werkt als een beschermende factor. Juist bij kwetsbare groepen is het van belang om formele en informele zorg met elkaar te verbinden. Dit is belangrijk omdat:

- Een community-aanpak bijdraagt aan het zo vroeg mogelijk bereiken van alle ouders met kennis over de cruciale 1000 dagen. Met name door het praten over deze periode van het leven te normaliseren. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden zoeken niet zelf naar (gevalideerde) informatie. Voor hen is het extra van belang om de juiste informatie uit hun omgeving te krijgen.
- Een community-aanpak de veerkracht van ouders versterkt. Bewustwording van het belang van een goede start, en vergroten van kennis over de directe invloed van stress op de ontwikkeling van baby's kan gemeenschappen helpen een versterkend draagvlak te zijn voor jonge ouders.
- Ondersteuning beter landt in een lokale gemeenschap als er bij de inwoners zelf een gevoel van urgentie en perspectief aanwezig is. Zo zal een verloskundige die zegt dat roken slecht is voor de baby nooit dezelfde impact hebben als wanneer de buurman en de schoonmoeder dat zeggen. Zeker als er ook nog bekend is dat en hoe je hulp kunt krijgen bij het stoppen met roken.

Vragen die een coalitie zichzelf kan stellen op het element community

- Zijn er in de gemeente sleutelpersonen actief? Het versterken van de community kan door het versterken van de community zelf en het leggen van verbindingen tussen inwoners en professionals. Een goed voorbeeld hiervan is het werken met wat vaak 'sleutelpersonen' worden genoemd. Dit zijn mensen met informele in-

vloed uit de gemeenschap met een brugfunctie naar de professionals. Idealiter zijn deze sleutelpersonen getraind om kennis binnen de gemeenschap te delen. Het kan bijvoorbeeld zijn dat de gemeente werkt(e) met Voorlichters eigen Taal en Cultuur (VETC). Deze mensen kunnen een belangrijke rol vervullen om groepsgesprekken over de eerste 1000 dagen op gang te brengen op scholen en kinderdagverblijven. Een interessante voor een lokale coalitie is bijvoorbeeld 'hoe gaan wij zorgen dat er in de voetbalkantine gesproken wordt over gezond zwanger worden?'

- Zijn de inspanningen op voorlichting en informatieoverdracht goed afgestemd op de te bereiken mensen?
 - Is er rekening gehouden met de vaardigheden van de (aanstaande) ouders? Laaggeletterde kwetsbare (aanstaande) ouders begrijpen bijvoorbeeld vaak de informatie niet die op brede groepen is gericht. Betekenis geven aan de informatie binnen de eigen leefwereld is daarom erg belangrijk en daarom is samenwerken met die doelgroep van groot belang.
 - Is er zicht op plekken waar inwoners bij elkaar komen? Worden die momenten al gebruikt om met hen in gesprek te gaan? Wie zijn degenen binnen de gemeente of de coalitie die hier zicht op hebben? Denk daarbij ook eens aan het (MBO) onderwijs, jongerenwerk of sport.
 - Community-based werken vraagt soms om inbreng van nieuwe disciplines als social design'. In Groningen en Tilburg werd deze benadering ingezet om op het thema kansrijke start de leefwereld van inwoners als uitgangspunt te nemen. Zou een dergelijke aanpak kunnen werken?

Naast het versterken van en aansluiten op de community is het goed om hen te betrekken bij het maken van plannen en het ontwikkelen van interventies en voorlichting.

4. Een palet van professionele zorg

Goede kwalitatieve zorg op maat dient zo vroeg mogelijk toegankelijk te zijn voor alle gezinnen. Omdat de eerste 1000 dagen een bijzonder gevoelige periode zijn – met mogelijk meer ontvankelijkheid voor duurzame gedragsverandering – vraagt dit ook specifieke, samenhangende ondersteuning voor groepen in een kwetsbare positie. Het gaat om een slimme combinatie van interventies die ingrijpen op alle levensdomeinen; om bijvoorbeeld stress te reduceren in deze fase gaat het dus ook om partijen als de woningbouw en de schulddienstverlening.

Binnen het landelijk programma kansrijke start komt een interventieoverzicht beschikbaar.

Puzzelstukjes

Het is verleidelijk om bij de invulling van de lokale aanpak kansrijke start te denken aan het inkopen van een of twee (effectieve) interventies. Een interventie dekt echter nooit de volle breedte van doelstellingen rondom de kansrijke start. Het gaat om het vergroten van aandacht voor de 1000 dagen bij professionals in het sociaal domein, afstemming, professionalisering op cultuur- en stress-sensitief werken. Zie interventies daarom als de puzzelstukjes die samen met slimme samenwerkingsafspraken kunnen helpen bij het invullen van de lokale ambities. Het is aan de lokale coalitie om hier keuzes in te maken, breed afspraken te maken tussen partners en een palet van interventies en activiteiten te realiseren.

Vragen die een coalitie zichzelf kan stellen op de pijler Palet van professionele zorg:

- Hebben we goed zicht op het huidige aanbod aan hulp en ondersteuning tijdens de eerste duizend dagen? Hoe wordt er doorverwezen? Hoe wordt er afgestemd?

- Sluit dit aanbod op elkaar aan? Hoe verhoudt het aanbod zich tot de gemeenschappelijke doelen? En hoe verhoudt het aanbod zich met informele zorg?
- Is er overlap? Zo was er een gemeente die er bij een analyse van het aanbod achter komt dat zij bij drie partijen voorlichting over borstvoeding inkochten.
- Wordt er al extra geïnvesteerd op de vroegste fase? Bijvoorbeeld door extra huisbezoeken via de JGZ of de inzet van groepsgerichte interventies.

Op welke manier wordt er gewerkt aan deskundigheidsbevordering?

Interventies kunnen een groot effect hebben, maar de juiste competenties, houding en gedrag van professionals zijn van groot belang. Er ligt wellicht nog meer winst in het investeren in vaardigheden dan in het inkopen van interventies, juist waar het gaat om de 1000 dagen en hoe belangrijk die zijn voor kinderen en ouders. Voelen professionals zich voldoende geëquipeerd om gevoelige onderwerpen met gezinnen te bespreken?

Investeren in het vakmanschap van de geboortezorg-professionals, jeugdprofessionals en sociale wijkteams kan een goed en duurzaam onderdeel zijn van de lokale

PALET VAN PROFESSIONELE ZORG



ambities. Denk bijvoorbeeld aan thema's als gehechtheid, stress-sensitiviteit, trauma-sensitief en cultuursensitief werken.

Zijn professionals in alle relevante domeinen op de hoogte van het belang – en de kansen – van de eerste 1000 dagen? Spreken de professionals dezelfde taal?

Wordt er in de ondersteuning voldoende rekening gehouden met de gezondheidsvaardigheden van kwetsbare groepen? De meeste opvoedondersteuning gaat bijvoorbeeld uit van reflectie op het eigen gedrag van de ouder. Niet alle ouders hebben deze manier van abstract denken en dat vraagt om een andere vorm van ondersteuning.

5. Regie op de ketenzorg

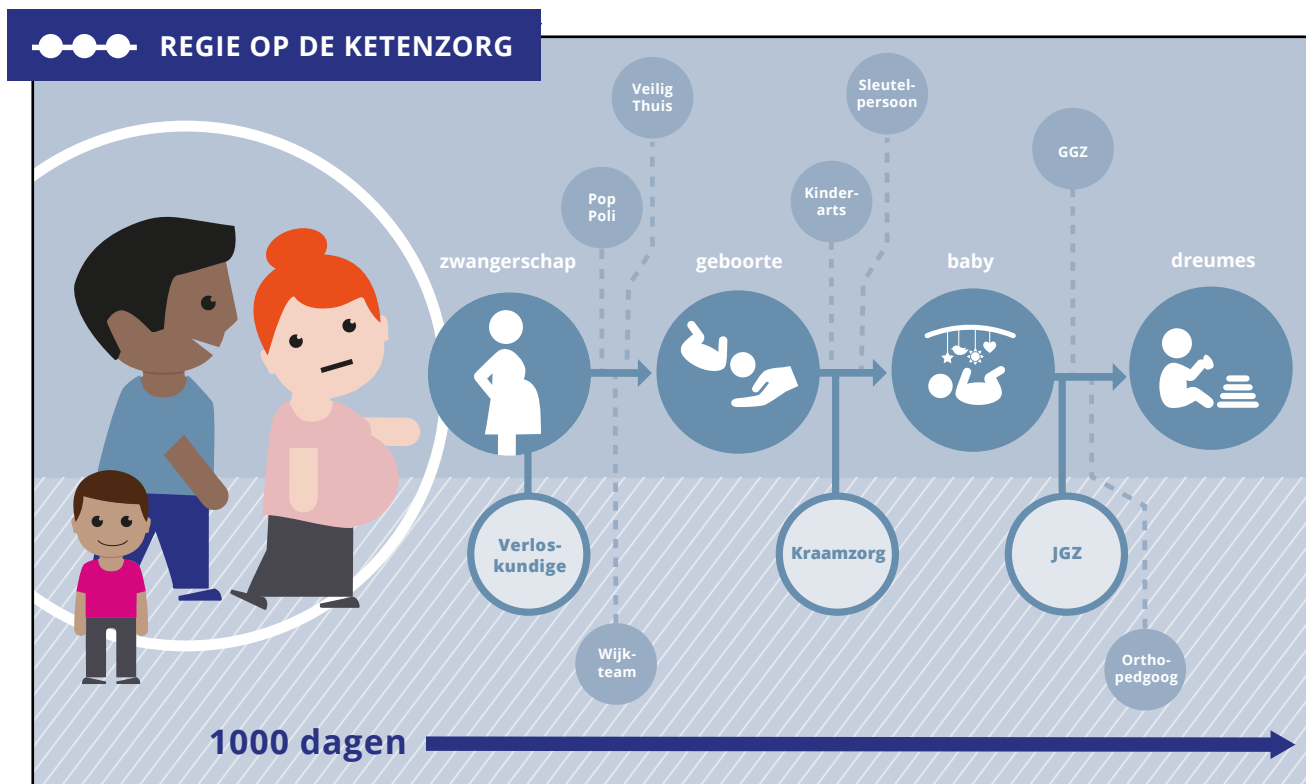
Ouders in kwetsbare posities hebben vaak te maken met veel instanties die hen op verschillende leefgebieden ondersteunen. De zwangerschap zelf maakt dat er nieuwe gezichten van zorgverleners bij komen, met opnieuw (en soms dezelfde) vragen en afspraken. Voor het gezin is het belangrijk dat deze partijen afspraken maken met het gezin en met elkaar, de zorg goed op elkaar afstemmen en prioriteiten stellen om een veilige, gezonde en kansrijke start te stimuleren.

Coördinatie van zorg kost tijd en vraagt ondersteuning en expertise. Vragen die een coalitie zichzelf kan stellen op de pijler 'regie op de keten'.

Weten we hoe kwetsbare gezinnen op dit moment de zorg en ondersteuning ervaren? Is er weleens gebruik gemaakt van zogenaamde 'cliënt journeys'?

Is er in de gemeente in de praktijk sprake van één professionele of informele regisseur? Dit kan bijvoorbeeld vanuit de benadering 'één gezin, één plan'. Idealiter gaat dit al in vanaf de zwangerschap en loopt dit door zolang het gezin dit nodig heeft. Hebben deze regisseurs de benodigde kennis in huis om hun rol optimaal te vervullen? Regievoering voor de vroegste periode vergt specifieke kennis en ervaring van de sociaal-emotionele en fysieke ontwikkeling in de eerste 1000 dagen, de omgevingsfactoren die dat beïnvloeden en van hechting en veerkrachtig ouderschap in het bijzonder. Daarnaast vergt het specifieke kennis van de geboorte- en volwassenenzorg in relatie tot gemeentelijke voorzieningen. Samenwerking met de huisarts, verloskundige en gynaecoloog is hierin cruciaal. Wat geven deze regisseurs zelf aan over hun rol? Hebben zij behoefte aan meer inhoudelijke kennis? En zo, ja wie kan daarin faciliteren?

Door de regierol te faciliteren kan de gemeente sturen op effectieve samenwerking en overdracht.



Drie casussen

Moment 3: drie gezinnen en hoe zij baat hebben bij een integrale aanpak



Meriam en Micha's flatgenote is net opgeleid tot sleutelpersoon in de lokale aanpak 'kansrijke start'. Zij praat met Meriam over de zwangerschap. Ze geeft haar bonnen, een kleine gift van de gemeente, waarmee ze iedere week bij de groenteman groente kan kopen. De buurvrouw vertelt ook dat het belangrijk is dat Meriam en Micha samen de verloskundige bezoeken en hun zorgen bespreken. De verloskundige vraagt hoe het gaat en begrijpt dat Meriam en Micha veel zorgen hebben. De verloskundige zit in het gebouw bij het wijkteam. Daar werkt iemand die hen bij het regelen van een kindpakket en bouwt daarmee vertrouwen op waardoor ze het gezin op meerdere levensterreinen kan ondersteunen. Ze meldt Meriam samen met de verloskundige aan bij kraamzorg en JGZ die speciale, gezamenlijke huisbezoeken doen tijdens de zwangerschap. Via hen, de school en de buurvrouw raken Meriam en Micha betrokken bij een wijkinloop voor aanstaande ouders waardoor ze meer contact krijgen met andere gezinnen in de wijk.



Linda wordt door de verloskundige aangemeld bij een specialist op het gebied van ouder- en kind-interactie waarbij zij haar trauma in relatie tot het aanstaand moederschap kan verwerken. Er is ook aandacht voor haar basisvertrouwen. Doordat zij regelmatig contact heeft met deze specialist leert Linda weer vertrouwen te krijgen in anderen. Ze durft daardoor ook met anderen haar situatie te bespreken. Ze haalt contacten van vroeger aan. Ze kan het goed vinden met haar inmiddels gepensioneerde kleuterjuf Mary en diens man Henk die in de buurt wonen.



Tiny en Leo volgen een online programma over aanstaand ouderschap. Daar leren ze veel over de consequenties van het ouderschap voor hun relatie, maar ook over gezondheid en communiceren met je baby. Omdat Leo meer vrije tijd heeft dan Tiny wordt hij via het online programma gewezen op activiteiten voor aanstaande vaders in de buurt. Leo heeft nu contact met zijn stoppen-met-roken-coach en sluit zich aan bij een aanstaande-vadersgroep die wekelijks gaan poolen.

4. Versterken van beschermende factoren

Kwetsbaarheid wordt gedefinieerd als een balans tussen risicofactoren en beschermende factoren. Er is momenteel veel aandacht voor het signaleren van risico's. Omdat het over kwetsbare groepen gaat is het van belang dat dit sensitief gebeurt. Omdat een aantal risicofactoren zoals werkloosheid, laag inkomen of een ongezonde omgeving niet makkelijk of snel te beïnvloeden zijn is het goed en misschien wel extra motiverend om te kijken naar manieren om de beschermende factoren te versterken. Om dit goed te kunnen doen zijn er twee belangrijke randvoorwaardelijke aspecten:

- Samenwerken over domeinen heen
- Sensitieve vroegsignalering

Samenwerken over domeinen heen

Een belangrijke vraag voor de lokale coalitie is of de inspanningen bijdragen aan het (h)erkennen van risicofactoren en het versterken van beschermende factoren. De mate waarin het medische en sociale domein verbonden zijn is hierin een belangrijke sleutel.

Medische preventie en zorg zijn effectiever wanneer stress-elementen (zoals het ontbreken van werk, inkomen, schuldenbeheer en een sociaal netwerk) zijn weggenomen. Andersom dragen goede preventie en medische zorg bij aan participatie, werk en inkomen. Geboortezorg en het sociaal domein zijn niet noodzakelijkerwijs natuurlijke samenwerkingspartners; hier ligt een kans voor gemeenten en coalities. Gezinnen ervaren nu regelmatig letterlijk een 'knip' in de zorg na de kraamperiode waar de verantwoordelijkheid van de verloskundige stopt. Dat heeft ondermeer te maken met gescheiden financiering: de kraam- en verloskundige zorg worden betaald door de ziektekostenverzekering. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de financiering van het sociaal domein, zoals de Jeugdgezondheidszorg, zorg voor de jeugd, sociale wijkteams en maatschappelijk werk.

Belangrijke vragen die een coalitie zich kan stellen:

Op welke manier is er op casusniveau overleg tussen het medisch en sociaal domein rondom het gezin? Wordt dezelfde taal gesproken? Hoe worden risico's gesignaleerd? Hoe wordt er doorverwezen? Het is belangrijk om te zorgen voor een gezamenlijk plan en een warme over-

dracht bij het afsluiten van de zorg, bijvoorbeeld tussen de verloskundige en het wijkteam. Samenwerken met het verloskundig samenwerkingsverband is voor gemeenten een belangrijke kans om dit vorm te geven.

Zijn er momenten waarom de professionals uit de diverse domeinen elkaar ontmoeten? Is er wel eens sprake van intra-disciplinaire trainingen? Dit is een vorm waarbij diverse professionals samen invulling kunnen geven aan het elkaar beter leren kennen en afspraken kunnen maken over de samenwerking.

Sensitieve vroegsignalering

Brede vroegsignalering op verschillende domeinen als gezondheid, financiën, armoede en wonen vergroot een kansrijke start van kinderen. Het is daarom belangrijk om tijdig te signaleren of er sprake is van een kwetsbare zwangerschap. Er wordt dan vaak direct gedacht aan instrumenten om de risico's in kaart te brengen. Het gaat dan om vragen over het hebben van schulden, relatieproblemen, verslavingsproblematiek of een verleden van seksueel misbruik. Bij kwetsbare groepen gaat het adagium 'baadt het niet dan schaadt het' echter niet op. Als deze vragenlijsten op een niet-sensitieve manier worden ingezet verhogen ze de stress acuut. Zeker als er vervolgens geen concrete ondersteuning wordt aangeboden. Deze sensitiviteit is van belang bij het vormgeven van vroegsignalering. Er zitten dus risico's aan risico-inventarisatie. Veelzeggend is het voorbeeld van een zwangere vrouw met een vluchtverleden die terugkwam van haar intake bij de verloskundige waarin veel confronterende vragen werden gesteld. "Volgens mij was het iemand van de IND."

Belangrijke vragen voor een coalitie:

Hoe krijgt de vroegsignalering in gemeente vorm? Weten we hoe vaak (aanstaande) ouders vragen moeten beantwoorden of lijsten moeten invullen? Wordt er naast het afwegen van instrumenten ook nagedacht over de bijbehorende gesprekstechnieken?

Wordt de effectiviteit van de signaleringsinstrumenten gemonitord? En wordt er bijgehouden hoe de instrumenten worden ervaren door de (aanstaande) ouders?

Een professional die sensitief en begripvol is voor de behoeftes van de (aanstaande) ouder maakt de stap naar ondersteuning of hulp voor ouders eenvoudiger. Hoe voeren de professionals de gesprekken met de (aanstaande) ouders? Lukt het hen om een vertrouwensband op te bouwen?

Zijn de instrumenten die gebruikt worden voor iedereen geschikt? Zijn ze bijvoorbeeld cultuursensitief en geschikt voor mensen met beperkte vaardigheden?

Weten professionals voldoende over het lokale aanbod, zodat de juiste ondersteuning erbij betrokken kan worden? Zijn er goede afspraken over hoe wordt doorverwezen? Zijn er afspraken gemaakt over voorrang van zwangeren of gezinnen met jonge kinderen?

4.1 Gezonde zwangerschap zonder stress en een veilige bevalling

Een gezonde zwangerschap en een goed geboortegewicht zijn voorbeelden van beschermende factoren. Verloskundige zorg en medisch-verloskundige zorg hebben al een goed bereik, maar er is er nog veel winst te behalen in het beter bereiken van (aanstaande) ouders in kwetsbare posities om deze beschermende factoren te versterken. Denk dan aan vroegtijdig in beeld zijn bij de verloskundige en voorlichting die aansluit en maatschappelijke ondersteuning

Belangrijke vragen voor de coalitie:

- Hoe worden aanstaande ouders op dit moment bereikt met voorlichting over en ondersteuning bij een gezonde zwangerschap?
- Hoe geven we invulling aan preconceptiezorg? Hoe wordt hier gebruik van gemaakt? Hoe wordt dit gefinancierd? Worden kwetsbare groepen bereikt met de geboden preconceptiezorg?
- Is er sprake van interconceptiezorg (tussen twee zwangerschappen in)?
- Wie zijn bij ons de belangrijke sleutelpersonen om beter aan te kunnen sluiten bij de gemeenschappen om te bereiken? Is er zicht op het moment van instroom bij de verloskundige, en zijn er ideeën om te zorgen dat kwetsbare zwangeren eerder in beeld zijn?
- Wordt er al tijdens de zwangerschap gewerkt met één gezin, één plan en een specifiek geboorteplan?

Met de juiste cijfers en de juiste professionals om tafel is het mogelijk om gezamenlijk te bepalen waar de grootste winst te behalen is. Is dat bijvoorbeeld inzetten op rookvrije zwangerschappen, speciale aandacht voor schuld-hulpverlening rondom een zwangerschap, voorlichting over 'wanneer bel ik mijn verloskundige?' of het inzetten op groepsgerichte verloskundige zorg?

4.2 Een positieve ontwikkeling van baby's en peuters

Bij baby's en peuters hebben de ouders de grootste invloed op een kansrijke ontwikkeling. Beschermende factoren hierbij zijn bijvoorbeeld een warme sensitieve opvoedstijl en gezondheid van het kind. Kinderen leren van het contact met ouders maar ook het contact met andere vaste verzorgers is van invloed. Steun en pedagogische hulp voor ouders die iets extra's nodig hebben een positieve invloed op de kansen voor hun kinderen.

Belangrijke vragen die een coalitie zichzelf kan stellen:

- Is er zicht op de pedagogische kwaliteit van de kinderopvang? En wordt dit gezien als onderdeel van de aanpak kansrijke start?
- Zijn er programma's gericht op ontwikkelingsstimulering en programma's met huisbezoeken die al in de vroege babytijd starten, zoals bijvoorbeeld Moeders Informeren Moeders, Spel Aan Huis en Instapje?
- Wordt aangesloten bij bestaande voorzieningen waar met ouders al het gesprek wordt gevoerd over opvoeding zoals de Jeugdgezondheidszorg, welzijnsorganisaties en kinderdagverblijven?
- Worden ouders in de baby- en peutertijd gevraagd naar hun leefomstandigheden en hoe zij het op alle domeinen vormgeven?
- Worden de belangrijke sleutelfiguren binnen de gemeenschap voorgelicht baby's en hun ontwikkeling?
- Hoe worden vaders benaderd? En hoe ervaren die dit? Liggen er nog kansen om hen meer te betrekken?

4.3 Veerkrachtig ouderschap en netwerk

Het is voor kinderen belangrijk dat ze opgroeien binnen een stabiel netwerk van volwassenen dat hen beschermt

tegen negatieve invloeden van buitenaf. Het krijgen van een kind is een grote verandering in het leven en heeft invloed op de relatie tussen ouders. Achteraf geven (kwetsbare) ouders vaak aan dat zij zich beter hadden willen voorbereiden op de komst van hun kind en de impact daarvan op hun eigen leven. Dit kan problemen zoals vechtscheiding, kindermishandeling en armoede helpen voorkomen. Veerkrachtig ouderschap en een veerkrachtig net- werk zijn daarom belangrijke thema's binnen een aanpak kansrijke start.

Belangrijke vragen die een coalitie zichzelf kan stellen:

Wordt het gesprek over veerkrachtig ouderschap in de gemeenschap op gang gebracht? Dit raakt aan gemeentelijk beleid gericht op het versterken van de civil society, het aanspreken van eigen kracht en het stimuleren van bewonersinitiatieven.

Vragen professionals naar de visie van ouders op het ouderschap? Wordt er gesproken over hun verwachtingen? Dit helpt ouders om zich beter voor te bereiden op de impact van de komst van een kind. Bijvoorbeeld de invloed op de financiële situatie, de combinatie met werk en het effect op de relatie.

Als er gewerkt wordt met een geboorte(zorg)- plan, is dat zowel gericht op de bevalling als op het nieuwe ouderschap? De wensen van de ouders rondom hun informele netwerk kunnen een belangrijke plek krijgen in dit plan. Wordt er gewerkt aan het versterken van een steunend netwerk van ouders? Sommige ouders zijn gebaat bij hulp om hun eigen netwerk aan te spreken.

4.4 Een goede gehechtheid tussen kind en verzorgers

Kinderen die zich veilig hechten aan hun ouders of verzorgers ontwikkelen een gevoel van basisveiligheid. Dit is een belangrijke beschermende factor voor de rest van het leven. Daarnaast geeft een gezonde gehechtheid een belangrijke basis voor het aangaan van sociale relaties. De periode waarbinnen kinderen gevoelig zijn voor deze beschermende invloed van gehechtheid is kort. Naast aandacht vanuit professionals op dit thema is het van belang dat het ook binnen de gemeenschap gewoon wordt om hierover te praten en elkaar in te ondersteunen. Binnen

een integrale aanpak kansrijke start verdient het thema gehechtheid bijzondere aandacht.

Belangrijke vragen die een coalitie zichzelf kan stellen:

- Is er binnen de lokale coalitie kennis over gehechtheid? En hoe wordt deze kennis ingezet om ouders te ondersteunen?
- Is er in de huidige voorlichting, informatie en ondersteuning – naast aandacht over bijvoorbeeld voeding en verzorging – aandacht voor de interactie tussen ouders en kind?
- Is er aandacht voor de invloed van kinderopvang op de gehechtheid? Denk aan de continuïteit in het personeel en de responsiviteit van de pedagogisch medewerkers.
- Is er bij verwachte problemen in de hechtingsrelatie al in de zwangerschap begeleiding beschikbaar door professionals met specifieke expertise op dit gebied?
- Is er in de hechtingsperiode hulp beschikbaar, gericht op stressreductie bij ouders?
- Weten de generalisten vanuit bijvoorbeeld de wijkteams over het belang van gehechtheid? En zijn zij in staat om gehechtheidsproblematiek te herkennen?
- Is er bij professionals kennis over responsief ouderschap in niet-westerse culturen, waar lichaamscontact en waarneming via aanraking met baby's bijvoorbeeld meer de norm kan zijn dan oogcontact?
- Wordt gehechtheid als aandachtspunt meegenomen bij het inkopen van interventies en ondersteuning?
- Op welke manier wordt er invulling gegeven aan het belang van het vaderschap? Denk bijvoorbeeld aan activiteiten als vadersnetwerken en vaderschapscursussen. Is er zicht op hoe de vaders zich benaderd voelen door de professionals?

5. Innovatieve voorbeelden

5.1 Praktijkvoorbeelden

In veel gemeenten gebeurt al veel op het thema Kansrijke Start. In dit hoofdstuk illustreren we met drie voorbeelden hoe een initiatief ontstaat, hoe dit zich verder ontwikkelt en wat er nog nodig is.

Voorbeeld bij pijler 1 'Regie op de keten': Eigenwijs Kraamzorg (Amersfoort)

Soms ontstaat een stuk nieuwe ketenzorg door een vreemde eend in de bijt. Vier jaar geleden gingen Sandra Kooiman van der Pol (directeur), Simone van de Veen (manager) en Ingrid Groenewegen (kwaliteitsfunctionaris) van Eigenwijs Kraamzorg om tafel met een aantal experts. Samen ontwikkelden ze kraamzorg voor kwetsbare zwangeren. Sandra: 'Wij merken dat deze gezinnen niet heel veel extra nodig hebben. Ze hebben gewoon iets anders nodig.'

Waarom is deze specifieke vorm van kraamzorg ontwikkeld?

"Wij waren ervan overtuigd dat dit nodig was", vertellen Simone en Sandra. "Simpelweg omdat het er niet was. In de reguliere kraamzorgfinanciering wordt geen rekening gehouden met kwetsbaarheid." Met het wegvallen van de integrale vroeghulp verdween de regierol voor echt kwetsbare zwangeren en jonge ouders, terwijl het wel een specialisme is. In de praktijk lopen veel kraamverzorgenden hier tegenaan. Ze zien en signaleren veel problemen in de dop omdat ze vlak na de bevalling veel tijd doorbrengen in de gezinnen. Juist daarom hebben ze een cruciale rol waarvan te weinig gebruik wordt gemaakt.

Wat houdt jullie aanpak precies in?

Wij bieden inclusieve zorg. Het is kraamzorg die ontworpen is voor kwetsbare zwangeren maar die geschikt is voor alle zwangeren. De nadruk van de zorg ligt op de voorbereiding op de bevalling door al vroeg in de zwangerschap met ouders een bevallingsplan te maken. Een gedegen voorbereiding helpt kwetsbare zwangeren bij hun persoonlijke vragen en zorgen en voorkomt problemen als het kindje er is. Kwetsbare zwangeren zijn voor ons zwangeren die een of andere kwetsbaarheid in zich hebben. Dat varieert van een hoogopgeleide moeder met

een depressie tot een arm gezin in een achterstandswijk. Het gaat om 25% van de zwangeren. Wij bereiken jaarlijks zo'n 800 gezinnen al vroeg in de zwangerschap: 70% van de zorg gaat naar kwetsbare gezinnen en 30% naar niet-kwetsbaren.

Wat verstaan jullie onder zorg op maat?

Wij leveren zorg op maat voor iedere ouder. De kraam-specialist is sensitief voor wat ouders specifiek nodig hebben. Er wordt dus niet regulier gewerkt aan bijvoorbeeld 'het kind in bad doen', maar aan waar ouders zelf mee komen. Het kan zijn dat iemand wil werken aan meer zelfvertrouwen als aanstaande moeder. Dan wordt dáár aandacht aan besteed.

Hoe vullen jullie de regie op de keten in?

Het bevallingsplan vormt de basis voor samenwerking met andere zorg waarvan het gezin gebruik maakt. Samenwerking, afstemming en overdracht naar sociale en medische partijen is een vast onderdeel van de zorg. "We betrekken en verbinden alle nodige partijen: geboortezorgprofessionals, sociaal domein, GGZ, het informeel netwerk van de cliënt, ieder die kan bijdragen aan een optimale start van het ouderschap". Als kraamzorg functioneren wij in sommige gevallen als miniwijkteam in het jonge ouderschap: dicht bij de gezinnen, werkend vanuit de vertrouwensrelatie, zorg op maat biedend, met kennis vanuit verschillende disciplines en coördinatie van zorg.

Wat zijn kraamspecialisten?

De kraamspecialisten hebben hele diverse achtergronden: sommigen zijn afkomstig uit de zorg voor de jeugd, anderen uit de zorg voor verstandelijk beperkten. Wel volgen ze allemaal naast de kraam- zorgopleiding een extra opleidingsjaar. Ze hebben extra kennis van psychiatrie, hechting en verslaving. Daarnaast is er begeleiding in de praktijk en er vindt toetsing plaats op de kwaliteit van het methodisch werken, aan de hand van dossiers.

Hoe zien jullie integraal samenwerken?

Naast een goede samenwerking met alle regionale ziekenhuizen is er ook samenwerking met programma's in het sociaal domein waaronder VoorZorg en Centering

Pregnancy. Die samenwerking gaat vanuit de inhoud, en dat maakt de keten rondom kwetsbare zwangeren op die plekken extra sterk.

“Twee van onze coördinatoren draaien mee op de Centering-groepen en onze kwaliteitsfunctionaris is trainer bij VoorZorg. Onze zorg werkt complementair aan elkaar. We spreken in eenzelfde gezin af wie wat doet. VoorZorg is duurzaam en zorgt voor de continuïteit van zorg. Ze werken net iets breder omdat ze op alle levensdomeinen werken. Maar in de kraamperiode zijn ze maar mondjesmaat aanwezig. Dat stuk doen wij dan weer. En Centering is een prachtige aanvulling voor moeders die wat meer willen en een steunend netwerk nodig hebben. Die moeders verwijzen we dus door.”

Wat zijn succesfactoren?

“Onze succesfactoren zijn onze bevoegdheid en verbondenheid met het thema. Ik ben zelf dochter van een 19-jarige moeder”, zegt Sandra. “Dat heeft me gevormd. Maar ik heb ook gemerkt dat doordat mijn moeder de juiste begeleiding kreeg het goed is gekomen met me.” Simone komt uit een kraamzorgorganisatie en heeft daarbinnen altijd gezocht naar innovatie voor specifieke doelgroepen. Ingrid heeft expertise van het opzetten van kwaliteitssystemen en brengt als orthopedagoog kennis mee van methodisch werken vooral in multiprobleem gezinnen.

“Wij waren ervan overtuigd dat dit nodig was”, vertellen Simone en Sandra. “En met nog twee experts vanuit kraamzorg en een financiële man zaten we in de juiste combinatie aan tafel. We hebben toen een visie geformuleerd, plannen gemaakt, een methode uitgedacht en hadden al een kwaliteitscertificaat voordat we zorg leverden. We voelden ons gesteund door ketenpartners uit de geboortezorg en specialistische zorg, die enthousiast aangaven dat er behoefte was aan expertise en aan de werkwijze die wij voor ogen hadden.

Hierdoor waren wij in staat te beargumenteren dat dit nodig was, zodat we snel voldeden aan de voorwaarden om van start te kunnen gaan.”

Daarna werd duidelijk dat het ook veel lef vergt om iets nieuws in de markt te zetten. Om bij het Verloskundigen SamenwerkingsVerband (VSV) te mogen aansluiten moet

je eerst toegelaten worden tot het Kraamzorg SamenwerkingsVerband (KSV), en om bij het KSV te mogen aansluiten moet je minstens twee jaar bestaan. “Wij bouwen expertise op waar iedereen iets aan heeft. We staan ervoor open onze kennis te delen. Het gaat ons om de betere zorg voor kwetsbare zwangeren. En die visie opent deuren. Soms niet de voordeur, maar dan zoeken we wel een luikje aan de zijkant.”

Wat zijn nog wensen?

“Als innovator is het belangrijk om te weten wie onze partners zijn. De deuren staan open voor een gesprek. Anderzijds is het niet eenvoudig om ook echt aan de beslistafel te komen als kleine partij.

Wat zou helpen is dat onze activiteiten erkend en gezien worden als maatschappelijke opbrengst. Alle ziekenhuizen uit de regio kennen en waarderen ons, maar bij de gemeente zijn we nog onvoldoende zichtbaar. We werken in 26 gemeenten in Utrecht en daarnaast in het Noord-Hollandse stuk van de Gooi- en Vechtstreek; dat maakt het lastig gezien te worden. In Utrecht zijn we nu wel aangesloten bij het ZOAK (Zorg Aan Ouders & Kind), in Amersfoort moeten we de verbinding met de gemeente nog goed leggen.”

“We zouden graag zien dat de extra's die we bieden een aanvulling zijn op het preventieve aanbod van de gemeenten en dat zij met ons meedenken over waar we extra middelen vandaan kunnen halen. De regierol op de kwetsbare zwangere is eigenlijk een apart product. De reguliere kraamzorg wordt natuurlijk door de verzekering betaald, maar de zorgcoördinatie, de extra zorg op maat en de inzet in Centering Parenting betalen we zelf. We zouden graag meer verbinding zien tussen het gemeentelijk sociale domein en de geboortezorg, gefinancierd vanuit zorgverzekeraars. Zo'n verbinding draagt echt bij aan de mogelijkheid zorg op maat te leveren en een verbetering van de eerste 1000 dagen.”

**Wat herken je uit dit verhaal?
Wat is er bij jullie anders?
En wat neem je mee?**

Voorbeeld bij pijler 2 'Community-aanpak': 1000 Dagen (Amsterdam)

Met een intensieve community-aanpak lukt het Amsterdam om de gemeenschap zelf aan de slag te laten gaan met informatie over de eerste 1000 dagen. In 2017 startte Marianne Mahieu als projectmanager van de 1000-dagen aanpak binnen de Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht (AAGG). Mahieu: "Mensen vinden eigenlijk allemaal gezondheid belangrijk.

Dat merken we ook in de buurten. Het thema gezondheid inspireert veel bewoners om er zelf mee aan de slag te gaan. Gezondheid activeert!"

Waarom is de 1000 dagen-aanpak ontwikkeld?

De community-aanpak is al vanaf 2013 onderdeel van het integrale programma Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht. De aanpak is succesvol in de beïnvloeding van de directe sociale omgeving en leefomgeving van kinderen en hun ouders (zoals scholen, buurthuizen, openbare ruimte en voedselomgeving). Met als doel om de gezonde keuzes normaal te maken en daarmee gedragsverandering in gang te zetten. Inmiddels wordt deze aanpak uitgevoerd in verschillende aandachtswijken (in Zuidoost, West, Nieuw West, Oost, Noord en Zuid). Mahieu: "We zagen in de cijfers dat het aandeel kinderen met overgewicht en obesitas in Amsterdam, in het bijzonder in deze wijken, afnam. Het lukte ons steeds meer om op verschillende plekken de gezonde keuzes te normaliseren en steeds meer verschillende groepen bewoners gingen aan de slag met onze drie vuistregels voor een gezonde leefstijl (eet en drink gezond, beweeg goed en slaap goed).

Voor ouders en kinderen tijdens de eerste 1000 dagen was dat bereik nog te beperkt. Terwijl we uit onderzoek wisten we dat de invloed op gedrag van (aanstaande) ouders door de directe omgeving het grootst is. In 2017 startten we daarom met specifieke aandacht voor de 1000-dagen als onderdeel van de lopende buurtaanpak."

Wat is de 1000 dagen-aanpak?

Eén van de doelen van AAGG is dat de sociale norm verandert en een gezondere leefstijl normaal wordt. Binnen de 1000 dagen-aanpak hebben we de AAGG vuistregels toegespitst op zwangeren en baby's tot één jaar. Deze vormen de inhoudelijke kaders van de community aanpak. De essentie

van de AAGG community aanpak is om vervolgens in gesprek te gaan met collega's in het stadsdeel, buurtorganisaties en buurtbewoners: via welke plekken en kanalen en hoe kun je de directe sociale omgeving van (aanstaande) ouders beïnvloeden? Denk bijvoorbeeld aan speeltuinen, de speeltheek, de buurthuizen, de moskee of kerk, eigen radio en televisiestations. Personen met informele invloed zijn daarbij belangrijke sleutelfiguren die je wilt benutten. Via hen kun je de lokale community aanspreken.

Verkenning en onderzoek

Eerst werd een verkenning gedaan naar mogelijkheden om met netwerkpartners die eerste 1000 dagen zo gezond mogelijk te laten zijn. Daarnaast liep er een exploratief participerend onderzoek door de Vrije Universiteit. Om goed in kaart te brengen wat bewoners belangrijk vinden in de eerste 1000 dagen en vooral hoe ze het liefst informatie zouden willen krijgen. "Zuidoost is een van de twee buurten waar we sinds vorig jaar de buurtaanpak richten op de eerste 1000 dagen. We kennen de buurt en de aanwezige netwerken daar inmiddels goed en we werken al nauw samen met verschillende partijen. We wisten dus al dat Zuidoost uit vele verschillende culturen en community's bestaat, met eigen sleutelfiguren, zelforganisaties en religieuze leiders. Hier hadden we al goed contact mee."

Sleutelfiguren

Sleutelfiguren uit die verschillende community's volgden een training over een gezonde leefstijl. "We trinden hen niet in het overbrengen van de letterlijke kernboodschap over gezond leven.

Maar we werkten aan bewustwording door een gesprek aan te gaan over hun eigen overtuigingen en waarden. We stelden de vraag: Waar heeft jouw wieg gestaan? En als een kind wordt geboren, hoe vieren jullie dat dan? Op welke gebruiken kunnen we aansluiten? "Deze vraag gaat uit van positieve kracht en heeft aandacht voor iemands persoonlijke geschiedenis. De essentie hierbij is het benoemen van wat wél goed gaat. Empowerment is een belangrijk onderdeel van de aanpak en daar hoort bij dat je waardeert wat goed gaat. "We lieten sleutelpersonen nadenken over hoe zij zelf in actie wilden komen en impact wilden hebben op de gezonde eerste 1000 dagen. Ze konden hiervoor een subsidieaanvraag indienen." Dat resulteerde onder andere in verschillende lokale

tv- en radioprogramma's over de eerste 1000 dagen voor verschillende etnische groepen. Zo is er een serie radio-interviews geweest met een verloskundige en een jeugdverpleegkundige via de Pan Afrikaanse Media. Ook hebben acteurs in samenwerking met ons een script ontwikkeld voor een uitzending op de lokale tv.

Wat zijn succesfactoren?

De 1000 dagen-aanpak sluit goed aan bij de leefwereld van bewoners. Door actieve bewoners zelf over het belang van een gezonde zwangerschap te laten vertellen, via de kanalen die mensen binnen hun gemeenschap al gebruiken, wordt hun betrokkenheid bij het thema vergroot. Bewoners varen vaker op adviezen uit de eigen gemeenschap dan op de gezonde leefstijladviezen van professionele zorg. Een eenduidige, begrijpelijke boodschap die goed aansluit bij de leefwereld van inwoners helpt ook. In het kader van de 1000 dagen-aanpak werd een zwangerschapskalender ontwikkeld, waarin de vaste vuistregels zijn 'vertaald' met plaatjes en eenvoudige teksten.

Samenwerken met sleutelfiguren vraagt een goed oog voor de balans die er moet zijn tussen het empowerment van bewoners en het belasten van bewoners. Belangrijk is om de inzet, kennis en toegevoegde waarde van de bewoners te erkennen. Deze actieve bewoners doen meestal nog veel meer in hun community. Ook de gemeente vraagt vaak erg veel van ze. Het is heel belangrijk om op voorhand heel duidelijk de kaders en voorwaarden af te spreken. Geen vage beloftes!

De community-aanpak is onderdeel van een bredere integrale aanpak. Er is een doel en een visie hoe dat te bereiken. Er is een kernboodschap er is heel goed nagedacht over wat gezamenlijk nodig is. Daardoor vinden activiteiten in samenhang plaats. Inhaken bij andere lopende thema's maakt dat de community-aanpak aan duurzaamheid wint. Zo sluiten tijdens groepsbijeenkomsten in de buurten over gezondheid soms ook professionals aan in het kader van armoedebestrijding. Dat maakt het verschil met de veelal ad hoc georganiseerde activiteiten in de gemeenschap.

Tot slot is aansluiten bij de formele zorg erg belangrijk, én via de community-aanpak verbinding maken tussen informele hulp en formele zorg. Verloskundigen, kraamzorg en Jeugdgezondheidszorg zijn bijvoorbeeld hele belangrijke

partners in die 1000 dagen. Het laten participeren van professionals in de community kan inwoners en zorg dichterbij elkaar brengen. Voor beide groepen is inzet op excellentere uitvoering essentieel, zodat iedereen de eigen rol kent en kan invullen.

Wat zijn nog wensen?

"Het zou voor de uitbreiding van de community-aanpak helpen wanneer we een meer methodische manier zouden ontwikkelen om actieve bewoners als vrijwilligers in te zetten binnen het thema 1000 dagen. Met daarin duidelijke handvatten voor een werkwijze of workshop, gecombineerd met (duurzame) ondersteuning en coaching. En bij voorkeur een verbinding met de formele infrastructuur. Daarnaast missen we nog praktische tools die door bijvoorbeeld de gezondheidsambassadeurs kunnen worden ingezet. Tools waarmee ambassadeurs concrete activiteiten in de buurten kunnen uitvoeren. We zouden ook veel meer willen inzetten op het gebruik van social media. Dit gebeurt al gericht op oudere kinderen en hun ouders. Er zijn bijvoorbeeld bewoners die hun eigen vlogs maken, met een enorm bereik. Het zou geweldig zijn om hier nog meer mee te doen voor (aanstaande) ouders."

**Wat herken je uit dit verhaal?
Wat is er bij jullie anders?
En wat neem je mee?**

Voorbeeld bij pijler 3 'Palet van professionele zorg': Gezonde Start (Nijmegen)

In Nijmegen wordt met een samenhangend palet van interventies gewerkt aan een gezonde, veilige en kansrijke start voor alle kinderen. Ongeveer drie jaar geleden ontwikkelde de GGD in opdracht van de gemeenten Nijmegen samen met verschillende partners uit het medische en sociaal domein het programma Gezonde Start. Projectleider Anja Ton: "Er gebeurde in Nijmegen al best veel rondom de gezonde start, maar er was nog weinig samenhang tussen de verschillende interventies en zorg."

Waarom is Gezonde Start ontwikkeld?

"Gezonde Start is onderdeel van het programma 'Gezond in...' en wordt gefinancierd met GIDS-subsidie vanuit het

Gezond In programma. Voor de gemeente Nijmegen was het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen al langere tijd een belangrijk speerpunt van het gezondheidsbeleid,” vertelt Anja.” Door de perinatale sterftcijfers die wij kregen vanuit het programma Healthy Pregnancy for All (HP4All) besepte de gemeente dat het beleid meer gericht zou moeten zijn op de eerste 1000 dagen, want net als in andere grote steden waren de perinatale sterftcijfers relatief hoog in de achterstandswijken. Na deelname aan HP4All-1 gaf de gemeente de GGD en NIM Maatschappelijk Werk samen de opdracht om een meerjarig programma Gezonde Start te ontwikkelen en te coördineren.

Wat is Gezonde Start?

“In verschillende bijeenkomsten met partners uit het medisch en sociaal domein zijn de doelen van het programma vastgesteld. We willen dat aanstaande zwangere vrouwen weten hoe ze gezond zwanger kunnen worden, dat positief ouderschap bij kwetsbare (aanstaande) ouders wordt versterkt en optimale samenwerking in de keten. Allereerst is een verkenning gedaan naar Gezonde Start-activiteiten die vanuit verschillende lokale gezondheids- en welzijnsorganisaties in Nijmegen al werden aangeboden. Hierbij ging het zowel om de reguliere zorg als preventieve interventies. Vervolgens hebben Prof. Dr. Clemens Hosman en Dr. Sanny Smeekens de bestaande Gezonde Start-activiteiten in Nijmegen vergeleken met wat er aan landelijk erkende interventies beschikbaar is en wat er bekend is over werkbare elementen. In hun wetenschappelijk onderbouwde adviesnota hebben zij ons aanbevelingen gegeven hoe het bestaande Gezonde Start-aanbod in Nijmegen verder verbeterd kon worden.”

Achterstands- en risicogroepen

“Eén van de aanbevelingen was bijvoorbeeld om meer erkende Gezonde Start-interventies in te zetten die specifiek gericht zijn op achterstands- en risico- groepen. Dit leverde wel wat discussie op met de lokale partners. Was er dan nog niet voldoende aanbod? JOOP, een ontmoetings- en coördinatie- punt voor hulp aan jonge (aanstaande) ouders, bereikt ook risicogroepen. Welke interventie zou dan een aanvulling zijn en waarom? Uiteindelijk werd besloten om eerst casusbesprekingen te houden met alle betrokken professionals om erachter te komen of inderdaad behoefte was aan nieuw aanbod, zoals Voorzorg of Stevig Ouder-



schap. Hieruit bleek dat onder geboortezorgprofessionals zeker wel behoefte was aan erkend aanbod voor een hele kwetsbare groep (aanstaande) ouders met multiproblematiek. JOOP kon deze groep niet voldoende intensief en langdurig begeleiden. Daarom is recent gestart met VoorZorg. Om te zorgen voor goede samenhang tussen JOOP, VoorZorg, begeleid wonen voor tienermoeders en andere aanbod is veel afstemming nodig. De verschillende partijen moeten elkaar nog beter leren kennen en elkaars taal gaan spreken om goed te kunnen samenwerken en te zorgen dat de verschillende interventies elkaar versterken.

Daarnaast is ook geïnvesteerd in het verbeteren van de voorlichting aan kwetsbare zwangeren. Er is een regionale zwangerschaps-app geïmplementeerd (Zwapp) en er zijn speciale voorlichtingsbijeenkomsten opgezet voor Eritrese en Syrische statushouders. Daarnaast wordt ingezet op de preconceptie-periode: voorlichting aan kwetsbare jongeren over gezond zwanger op het ROC en praktijkonderwijs en adviesgesprekken met kwetsbare vrouwen over kindrewens, seksualiteit en anticonceptie ('Nu niet zwanger').

Aandacht voor hechting en ouderschap

“Naast het te weinig bereiken van achterstands- en risicogroepen was er in het bestaande Gezonde Start-aanbod in

Nijmegen ook nog weinig aandacht voor hechting en ouderschap. Binnen VoorZorg is dit een belangrijk onderdeel, dus daarmee hebben we ons aanbod voor zeer kwetsbare (aanstaande) ouders op dat vlak al versterkt. Voor andere doelgroepen is er nog weinig. In de regio Nijmegen geeft één verloskundigenpraktijk voorlichtingsbijeenkomsten over ouderschap. Recent hebben de andere verloskundigenpraktijken die samenwerken in het Verloskundig Cursus Centrum Nijmegen besloten dit voorbeeld te volgen en deze voorlichting ook aan te bieden aan alle zwangeren. Verder zijn we in gesprek met Stichting Babywerk om te kijken hoe we hun beeldmateriaal ('Kijk een baby') zouden kunnen inzetten in Nijmegen. Mogelijk kunnen we het integreren in de Zwapp of het verspreiden via de verloskundige die ze e-mailt aan (aanstaande) ouders."

Wat zijn succesfactoren?

"Tijdens ons eerste gezamenlijk symposium rondom kwetsbare zwangeren vertelden verloskundigen, gynaecologen, kraamzorgconsulenten, jeugdverpleegkundigen en bijvoorbeeld maatschappelijk werkers. elkaar over hun werk rondom kwetsbare (aanstaande) ouders en mogelijke verbeterpunten. Door het organiseren van dergelijke bijeenkomsten en symposia wordt steeds beter de verbinding gelegd tussen het medische en sociale domein en zorgen we dat het aanbod van preventie en zorg beter op elkaar aansluiten. Dit is een tijdrovend proces. De verschillende partijen moeten elkaar nog beter leren kennen en elkaars taal gaan spreken om goed te kunnen samenwerken. Daarom organiseren we regelmatig gezamenlijke scholingsbijeenkomst rondom de centrale intake, het risicoscreeningsinstrument Mind2care en de zorgpaden. Partners uit het sociale domein wordt gevraagd om verdiepende workshops te verzorgen voor de medische professionals rondom onder andere intercultureel werken, het herkennen van licht verstandelijke beperking en laaggeletterdheid. Ze vertellen daarbij over hun aanbod, zodat dit beter bekend wordt en verbindingen gemaakt kunnen worden."

Wat zijn nog wensen?

"Door te starten met VoorZorg en de voorlichtingsbijeenkomsten voor zwangere statushouders worden meer kwetsbare groepen bereikt. Toch valt hier waarschijnlijk nog meer winst te behalen. Zo is er ook nog een groep iets minder kwetsbare (aanstaande) ouders die we bijvoorbeeld met Centering Pregnancy, Centering Parenting, Stevig

Ouderschap of prenatale huisbezoeken goed zouden kunnen bereiken. De gemeenten en GGD blijven hierover met de verschillende lokale partners in gesprek. Dergelijke interventies brengen ook de nodige kosten met zich mee en hoewel de gemeente wel overtuigd is het belang van een Gezonde Start, is het voor hen op dit moment nog niet mogelijk hier middelen voor vrij te maken. Daarnaast is het belangrijk om meer met de kwetsbare (aanstaande) ouders zelf in gesprek te gaan via een wijkgerichte aanpak. Dit gebeurt nu nog weinig. Door via die weg kwetsbare (aanstaande) ouders meer bewust te maken van het belang van een gezonde eerste 1000 dagen en inzicht te krijgen in waar zij behoefte aan hebben, kunnen we het bestaande Gezonde Start-aanbod ook beter laten aansluiten."

**Wat herken je uit dit verhaal?
Wat is er bij jullie anders?
En wat neem je mee?**

Drie casussen

Moment 4: drie kinderen en hun kansrijke toekomst



Meram, zoon van Meriam en Micha wordt op tijd en gezond geboren. Meriam heeft minder stress heeft ervaren tijdens de zwangerschap en ze heeft gezond kunnen eten. Zijn ouders hebben nu een groter steunend netwerk en een goede relatie opgebouwd met de jeugdverpleegkundige.

Meram gaat wekelijks met zijn moeder mee naar een baby- speelgroep in het huis van de wijk. Thuis praten en spelen de ouders en hun oudste kind, dochter Mera, veel met Meram omdat ze hebben geleerd hoe belangrijk dit is. Ze genieten hiervan en hebben hoop op een goede toekomst voor hem.

Micha vindt na hulp van het wijkteam zelf zijn weg naar de sociale loketten. Hij gaat werk en opleiding combineren om zo de kans op een vaste baan te vergroten.



Davie wordt vaak geknuffeld en vertroeteld door zijn moeder. Nu Linda beter in haar vel zit gaat het ook beter om leuke dingen te doen met Davie.

Mary en Henk vinden het leuk om iets met Davie te gaan doen zodat Linda tijd heeft om even iets voor zichzelf te doen. Hierdoor bouwt Davie een band op met meerdere verzorgers.



Tiny en Leo hebben een dochter gekregen. Ze heet Dixie. De bevalling is goed gegaan en na het vertrek van de kraamhulp heeft de buurvrouw nog een tijdje regelmatig voor het jonge gezin gekookt. Omdat het Leo gelukt is om te stoppen met roken groeit Dixie vanaf haar geboorte rookvrij op.

Leo neemt een groot deel van de zorg voor zijn rekening. Hij spreekt regelmatig af met de andere jonge vaders in de wijk. Hij kan daar zijn verhalen kwijt over de gebroken nachten en hoe het leven veranderd is met een baby in huis. Tiny heeft nu meer contact met haar collega's. Ze vindt het fijn om met de ervaren moeders te praten over het zorgen voor een baby. Soms helpen ze haar een beetje om na een gebroken nacht haar productietarget te halen.

6. Samenvattend

Het doel van dit inspiratiedossier is om coalities kansrijke start te helpen om hun aanpak vorm te geven en om met elkaar de juiste vragen te stellen en een denkraam te bieden voor een integrale aanpak.

Bij het invullen van een programma zijn de volgende samenhangende elementen van belang:

- Overkoepelende programmadoelen en gezamenlijke uitkomsten: Werk vanuit een overkoepelende visie en gezamenlijke doelen aan een kansrijke start.
- Monitoring en leren: Organiseer de monitoring en evaluatie van de aanpak zodat er kan worden geleerd en bijgestuurd op basis van (tussentijdse) resultaten.
- Community-aanpak: Een community-based model is noodzakelijk bij het bereiken van alle inwoners.
- Palet van professionele zorg: Redeneer vanuit een palet van professionele zorg. Hierin sluiten basisvoorzieningen, programma's en interventies in gezamenlijkheid aan op de behoefte van de ouders.
- Regie op de ketenzorg: Ketenaanpak: faciliteer een regisseur geboortezorg. Zolang een integrale aanpak nog niet volmaakt is, is die nodig.

Hierbij is het belangrijk dat de lokale coalitie invulling geeft aan de volgende elementen in een integrale aanpak kansrijke start:

- Sensitieve vroegsignalering.
- Gezonde zwangerschap zonder stress en een veilige bevalling voor alle ouders.
- Een positieve ontwikkeling voor alle baby's en peuters.
- De gehechtheid tussen kind en verzorgers.
- Veerkrachtig ouderschap en netwerk.



En hoe nu verder?

Dit inspiratiedossier bevat vragen om lokaal te stellen en bij te dragen aan het gesprek in jullie lokale coalitie.

Ben je na het lezen op zoek naar meer inhoudelijke informatie?

Raadpleeg dan eens de volgende bronnen:

- [De 1e 1000 dagen: het versterken van de vroege ontwikkeling](#), een literatuurverkenning ten behoeve van gemeenten
- [Position paper 1001 kritieke dagen](#)
- [Manifest 1001 kritieke dagen](#)
- [Themadocument gezonde en kansrijke start](#)
- [De eerste 1000 dagen - Tessa Roseboom](#)

Relevante programma's

- [Actieprogramma Kansrijke Start](#)
- [Stimuleringsprogramma Coalities Kansrijke Start](#)
- [Healthy Pregnancy 4 All](#)
- [Programma Sociaal Domein](#)

Heb je nog andere vragen rondom kansrijke start? Ben je na het lezen hiervan verder op zoek naar de ondersteuningsmogelijkheden? Of zijn er vragen over deze uitgave of suggesties voor een volgende versie van dit inspiratiedossier? Neem dan contact op via kansrijkestart@pharos.nl.

Colofon

Dit dossier is een publicatie van Pharos, expertisecentrum gezondheidsverschillen, en is tot stand gekomen in opdracht van de Bernard van Leer Foundation. De Bernard van Leer Foundation gelooft dat het realiseren van een sterke start voor alle jonge kinderen het juiste is om te doen, maar ook de beste manier om een gezonde, welvarende en creatieve samenleving te creëren. Kijk voor meer informatie over het werk van de Foundation op www.bernardvanleer.org.

Niets uit deze publicatie mag vermenigvuldigd en/of openbaar worden gemaakt door middel van druk, fotokopie of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Auteurs:

Marjolein Keij en Bart Looman
Met medewerking van: Anja Ton

Fotografie:

Caro Bonink

Voor meer publicaties van Pharos zie www.pharos.nl.

© Pharos Utrecht, September 2019

Lijst van gesproken experts:

- Paul Asbreuk, kwartiermaker Goede Start, Veenkoloniën
- Marga Beckers, NCJ
- Britt van Beek, NIP
- Karin Boode, GGD GHOR
- David Borman, verloskundige Symone Detmar, TNO
- Wim Gorissen, NJI
- Ingrid Groenewegen, Geboortezorg Eigenwijs
- Stephan Haksteeg, gemeente Dordrecht
- Elma Hilbrink, Stichting Babywerk
- Lucie Huijs, gemeente Bostel
- Vera Jager, gemeente Utrecht Yodit Jacob, Pharos
- Maaïke Kokx, gemeente Tiel
- Sandra Kooiman van der Pol, Geboortezorg Eigenwijs
- Martine Meurs, gemeente Arnhem
- Marianne Mahieu, Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht Sylvia Nossent, Stichting Babywerk
- Marius van Regteren, Stichting VDRS Betrokken Vaderschap Marja Rexwinkel, Ouder-Kind Lijn
- Margreet de Ruijter, GGD Nijmegen Ilse Tamrouti, Kenniscentrum KJP Marieke Timmermans, NCJ
- Anja Ton, Gezonde Start Nijmegen Bram Tuk, Pharos
- Simone van der Veen, Geboortezorg Eigenwijs Remy Vink, TNO
- Jaqueline de Vries, V&VN

CONTACT

Pharos, expertisecentrum gezondheidsverschillen
Arthur van Schendelstraat 600 D
Postbus 13318, 3507 LH Utrecht
Telefoon 030 234 98 00
E-mail info@pharos.nl
www.pharos.nl