

Eindrapport Wetenschappelijke evaluatie Programma Moeders van Rotterdam.



MOEDERS VAN ROTTERDAM

Auteurs:

Dr. Loes C.M. Bertens (senior epidemioloog, (mede)hoofdonderzoeker Moeders van Rotterdam),
drs. Kajal S.C. Mohabier (promovendus Moeders van Rotterdam), drs. Adja J.M. Waelput
(projectleider/ onderzoeker sociale verloskunde), dr. Hanneke P. de Graaf (projectleider en
(mede)hoofdonderzoeker Moeders van Rotterdam)

Afdeling Verloskunde & Gynaecologie, Erasmus MC, Rotterdam

Afdelingshoofd; Prof. dr. Eric A.P. Steegers

16 juni 2023

COLOFON

Het Programma Moeders van Rotterdam is uitgevoerd door Bureau Frontlijn en mogelijk gemaakt door financiering van Stichting de Verre Bergen.

Het Onderzoek Moeders van Rotterdam is mogelijk gemaakt door een subsidie van de Stichting de Verre bergen en uitgevoerd door de afdeling Verloskunde & Gynaecologie van het Erasmus MC.

© Juni 2023, Erasmus MC

Citeren als

Bertens LCM, Mohabier KSC, Waelput AJM, de Graaf JP; *Eindrapport Wetenschappelijke evaluatie Programma Moeders van Rotterdam*. Erasmus MC, Rotterdam, mei 2023

Het gebruik van de gegevens uit deze publicatie in de vermelde vorm is toegestaan, mits de bron duidelijk en nauwkeurig wordt vermeld.

Samenvatting

In 2005 ontstond in Rotterdam het inzicht dat er in Nederland grote verschillen bestaan in de kansen op het krijgen van een kind met perspectief op welzijn, geluk en gezondheid later in het leven. Uit onderzoek bleek dat die verschillen voor een groot deel zijn toe te schrijven aan de sociale omgeving, en armoede in het bijzonder. Om dit aan te pakken zijn in de gemeente Rotterdam, en later elders in het land, verschillende programma's opgezet. Deze waren echter niet voldoende voor de groep (zeer) kwetsbare vrouwen, bij wie sprake is van multi-complexe problematiek die ze niet op eigen kracht of met hulp vanuit de omgeving kunnen oplossen. Daarom werd in 2014 het Programma Moeders van Rotterdam ontwikkeld. In hoofdstuk 2 wordt beschreven hoe dit programma (zeer) kwetsbare (aanstaande) moeders, en hun eventuele partner, een langdurig en intensief traject aanbiedt met begeleiding vanaf de zwangerschap tot aan de 2e verjaardag van hun kind. Daarna volgt nog een minder intensieve nazorgfase. Voor iedere vrouw is een klein, vast team beschikbaar, met een coach en derde- of vierdejaars hbo-studenten pedagogiek en welzijn. De kern van de aanpak is 'het bij de hand nemen van mensen' en bij mensen thuiskomen om samen te werken aan 'de basis op orde' en het zo snel mogelijk verlagen van de stress bij de aanstaande moeder. Zo worden omstandigheden gecreëerd voor een veilige hechting tussen moeder en kind en het bevorderen van ouderschapsvaardigheden, waardoor optimale groei en ontwikkeling van het kind wordt gestimuleerd. Ook wordt de zelfredzaamheid van de moeders gestimuleerd zodat zij weer zelfstandig en actief kunnen deelnemen aan de maatschappij, wat ook weer bijdraagt aan een duurzaam stabiele omgeving voor het kind.

Sinds 2015 werken het innovatieve Bureau Frontlijn van de gemeente Rotterdam en het Erasmus MC, met steun van de Stichting De Verre Bergen, samen met meerdere partijen in de stad aan dit programma. In 2016 is het wetenschappelijke onderzoek van start gegaan om het Programma Moeders van Rotterdam te evalueren (hoofdstuk 3). Het Onderzoek hanteert als hypothese dat het Programma Moeders van Rotterdam, uitgevoerd door Bureau Frontlijn, effectiever zou zijn dan de reguliere sociale hulpverlening uitgevoerd door de Wijkteams. Daarom worden beide aanpakken met elkaar vergeleken. Via kwantitatieve onderzoeksmethoden, zoals vragenlijsten, registratiedata en observaties wordt de effectiviteit van het programma op het welzijn en zelfredzaamheid van de (aanstaande) moeder en de groei en ontwikkeling van het kind onderzocht. Dit gebeurt op drie domeinen: domein *Moeder*, domein *Kind* en domein *Hulpverlening*. Voor het kwalitatieve deel van het onderzoek zijn focusgroep interviews gehouden met verschillende groepen betrokkenen bij het programma. Zij zijn bevraagd op de ervaren toegankelijkheid en kwaliteit van het programma, de dilemma's die professionals ervaren bij de geleverde hulpverlening en de samenwerking tussen verschillende partijen. De gebruikte onderzoeksmethoden en meetinstrumenten zijn beschreven in hoofdstuk 4.

De resultaten uit het kwantitatieve en het kwalitatieve deel zijn terug te vinden in respectievelijk hoofdstuk 5 en 6. In het kort, onder de meeste participanten is de ervaren depressie, angst en stress verlaagd en de zelfredzaamheid verhoogd bij afsluiting van de ontvangen hulpverlening. Hierin is geen statistisch significant verschil tussen de aanpak van Moeders van Rotterdam en de Wijkteam aanpak. De geboorte uitkomsten in gehele groep zeer kwetsbare zwangere vrouwen zijn veelal slechter dan die van de algehele Nederlandse populatie. Ook tonen veel van de kinderen op tenminste een moment in de eerste drie levensmaanden een (tijdelijke) achterstand in de ontwikkeling van de grove of fijne motoriek. Iets wat landelijk gezien aanzienlijk minder vaak voorkomt. Het onderzoek laat ook zien dat de opvoedkwaliteiten van de moeders niet-voldoende adequaat zijn. Uit de focusgroep interviews komt naar voren dat de holistische benadering van de

hulpverlening in het Programma Moeders van Rotterdam erg gewaardeerd wordt door de deelnemende moeders. Daarnaast ervoeren de geboortezorgprofessionals en de moeders zelf dat de bereikbaarheid van de sociale hulpverlening vergroot is, onder andere door het centrale aanmeldpunt, dat speciaal voor het Programma in het leven geroepen is.

In het afsluitende en beschouwende hoofdstuk 7 geven we een algemene reflectie op het onderzoek en gaan we meer specifiek in op aanbevelingen die voortkomen uit kritische kanttekeningen bij en de resultaten van het onderzoek. Zowel het Programma als het Onderzoek Moeders van Rotterdam vonden plaats in een dynamische setting, wat tot aanpassingen leidde in zowel het aanbod aan de (zeer) kwetsbare vrouwen als in het onderzoek naar de aanpak. De wederzijdse beïnvloeding tussen het Programma, het Onderzoek en de brede, externe omgeving hebben lessen opgeleverd voor de implementatie en borging van innovatieve, complexe gemeentelijke processen; voor de samenwerking tussen het medisch en sociaal domein; voor co-creatie met alle betrokkenen, inclusief ouders; voor onderzoek; en voor onderwijs en deskundigheidsbevordering.

Gebaseerd op de opgedane ervaringen en resultaten uit het onderzoek concluderen wij dat het Programma Moeders van Rotterdam een bijdrage levert aan een kansrijke, veilige en stevige start van kinderen (en het ouderschap en welzijn van hun moeders en vaders). Ten eerste zijn we instaat geweest om (zeer) kwetsbare zwangere vrouwen te identificeren en toe te leiden naar sociale hulpverlening, waar deze vrouwen met verhoogde urgentie hulpverlening geleverd kregen. Ook al heeft het onderzoek niet kunnen aantonen dat de aanpak volgens Moeders van Rotterdam effectiever is dan de Wijkteam aanpak, is wel in vrijwel iedereen de zelfredzaamheid verhoogd en de stress verlaagd. Daarnaast heeft het onderzoek vele nieuwe inzichten geleverd over de doelgroep van (zeer) kwetsbare zwangere vrouwen en hun kinderen, over de problematiek waarmee ze te maken hebben en over hoe zij dat ervaren. Deze inzichten laten niet alleen zien dat de participanten aan het Moeders van Rotterdam Programma en Onderzoek (zeer) kwetsbaar zijn. Ze laten ook zien dat deze groep heel divers is in de kwetsbaarheden die ze ervaren en hoe ze hiermee omgaan. Het is aannemelijk dat de impact van hun kwetsbaarheid op de gezondheid van hun (ongeboren) kind en op hun welzijn en zelfredzaamheid is verminderd door de hulpverlening die ze hebben ontvangen van het Programma Moeders van Rotterdam of de Wijkteams doordat hun zelfredzaamheid verbeterd en hun stress verlaagd is. Aanvullend komt uit de kwalitatieve evaluatie dat de (aanstaande) moeders de holistische benadering van het programma erg hebben gewaardeerd. Ook ervoeren zij dat de bereikbaarheid van de sociale hulpverlening vergroot is. Elementen uit het Programma die heel belangrijk zijn om aan een kansrijke, veilige en stevige start van kinderen te kunnen werken is het koppelen van urgentie aan deze doelgroep; goed bereikbare hulpverlening, vooral voor aanmelding en doorverwijzing; verbinding tussen het medische en sociale domein; zorg-op-maat en een holistische benadering van de problematiek. Dit samengenomen, laat het onderzoek zien dat adequate en bereikbare hulpverlening voor (zeer) kwetsbare vrouwen en hun (ongeboren) kinderen nodig is en dat de visie van het Programma Moeders van Rotterdam hieraan bijdraagt.

Daarom adviseren wij deze elementen van de aanpak te integreren in het reguliere sociale hulpaanbod voor zeer kwetsbare zwangere vrouwen en moeders. De gemeente Rotterdam heeft hierin de eerste stappen gezet, met de borging van de aanpak binnen de Wijkteams.

Inhoudsopgave

<u>Samenvatting</u>	<u>3</u>
<u>1. Belang verbinding medisch en sociaal domein voor gezonde start</u>	<u>12</u>
1.1 Het belang van een goede start	12
1.2 Verbinding sociale en medische zorgdomeinen	13
<u>2. Programma Moeders van Rotterdam</u>	<u>15</u>
2.1. Sociale hulpverlening kwetsbare zwangeren	15
2.1.1. Moeders van Rotterdam aanpak	15
2.1.2. Wijkteam aanpak	17
2.1.3. Belangrijkste verschillen	17
2.2. Centraal aanmeldpunt	18
2.3. Zeer kwetsbare zwangere vrouwen	18
2.3.1. Definiëring kwetsbaarheid	19
2.3.2. Prevalentie zeer kwetsbare zwangeren in Rotterdam	19
<u>3. Onderzoek Moeders van Rotterdam</u>	<u>20</u>
3.1. Onderzoeksopzet	20
3.1.1. Onderzoeksvragen kwantitatieve evaluatie	21
3.1.2. Onderzoeksvragen kwalitatieve evaluatie	23
3.2. Wisselwerking sociale domein en wetenschappelijk onderzoek	23
3.2.1. Kansen	24
3.2.2. Uitdagingen en aanpassingen	24
<u>4. Onderzoeksmethode</u>	<u>27</u>
4.1. Kwantitatieve evaluatie	27
4.1.1. Inclusie procedure	27
4.1.2. Dataverzameling	27
4.1.3. Instrumenten	29
4.1.3.1. Domein Moeder	29
4.1.3.1.1. Depressie, angst en stress	29
4.1.3.1.2. Zwangerschaps- en geboorte uitkomsten	30
4.1.3.1.3. Overige vragenlijsten	30
4.1.3.2. Domein Kind	31
4.1.3.2.1. Kind ontwikkeling	31
4.1.3.2.2. Ouderschapskwaliteiten	32
4.1.3.2.3. Overige vragenlijsten	32
4.1.3.3. Domein Hulpverlening	34
4.1.3.3.1. Zelfredzaamheid	34
4.1.3.3.2. Overige vragenlijsten	34
4.1.4. Benodigde aantal participanten	34
4.1.5. Statistische analyses	35
4.1.5.1. Domein Moeder	36

4.1.5.1.1.	Depressie, angst en stress	36
4.1.5.1.2.	Zwangerschap- en geboorte uitkomsten	36
4.1.5.2.	Domein Kind	36
4.1.5.2.1.	Kind ontwikkeling	36
4.1.5.2.2.	Ouderschapskwaliteiten	36
4.1.5.3.	Domein Hulpverlening	37
4.1.5.3.1.	Zelfredzaamheid	37
4.2.	Kwalitatieve evaluatie	37
<u>4.2.1.</u>	<u>Methode</u>	<u>37</u>
<u>4.2.2.</u>	<u>Analyse</u>	<u>38</u>
5.	Resultaten – Kwantitatieve evaluatie	39
5.1.	Achtergrondkenmerken studiepopulatie	39
<u>5.1.1.</u>	<u>Vergelijking studiepopulatie met de algemene populatie</u>	<u>39</u>
<u>5.1.2.</u>	<u>Geïdentificeerde problemen bij aanmelding en intake</u>	<u>41</u>
5.2.	Resultaten domein <i>Moeder</i>	43
<u>5.2.1.</u>	<u>Depressie, angst en stress (DASS-21)</u>	<u>43</u>
<u>5.2.2.</u>	<u>Resultaten zwangerschap en geboorte</u>	<u>44</u>
<u>5.2.3.</u>	<u>Overige vragenlijsten</u>	<u>45</u>
5.3.	Resultaten domein <i>Kind</i>	48
<u>5.3.1.</u>	<u>Kind ontwikkeling</u>	<u>48</u>
<u>5.3.2.</u>	<u>Opvoedcapaciteiten</u>	<u>50</u>
5.3.2.1.	De opvoedvaardigheden van moeders met kinderen 6-7 weken oud	51
5.3.2.2.	De opvoedvaardigheden van moeders met kinderen 1 jaar oud	52
5.3.2.3.	De ontwikkeling van opvoedvaardigheden	52
<u>5.3.3.</u>	<u>Overige vragenlijsten</u>	<u>53</u>
5.4.	Resultaten domein <i>Hulpverlening</i>	55
<u>5.4.1.</u>	<u>Zelfredzaamheid</u>	<u>55</u>
<u>5.4.2.</u>	<u>Overige vragenlijsten</u>	<u>57</u>
6.	Resultaten - kwalitatief onderzoek	59
6.1.	Schets van de focusgroep participanten	59
<u>6.1.1.</u>	<u>Participerende moeders.</u>	<u>59</u>
<u>6.1.2.</u>	<u>Sociale hulpverleners van Bureau Frontlijn en de Wijkteams.</u>	<u>60</u>
<u>6.1.3.</u>	<u>Verwijzende zorgprofessionals.</u>	<u>60</u>
<u>6.1.4.</u>	<u>Participerende stagiaires</u>	<u>60</u>
6.2.	Beantwoording kwalitatieve onderzoeksvragen	60
<u>6.2.1.</u>	<u>Ervaringen met toegankelijkheid van het Programma Moeders van Rotterdam</u>	<u>60</u>
6.2.1.1.	Vanuit de moeders gezien	61
6.2.1.2.	Vanuit de verwijzers gezien	61
<u>6.2.2.</u>	<u>Ervaringen met het Programma Moeders van Rotterdam?</u>	<u>61</u>
6.2.2.1.	Informatievoorziening bij start en tijdens begeleidingstraject	62
6.2.2.2.	Invloed van wisselingen in de hulpverlening	62
6.2.2.3.	Netwerkactivatie	63

6.2.2.4.	Gezondheidseducatie	63
6.2.2.5.	Praktische ondersteuning	64
6.2.2.6.	Opvoedondersteuning	64
6.2.2.7.	Emotionele ondersteuning	65
6.2.3.	<u>Ervaren dilemma's door sociale hulpverleners</u>	65
6.2.3.1.	Professionele dilemma's	65
6.2.3.1.1.	Relationele nabijheid versus professionele afstand	66
6.2.3.1.2.	Vrijwillige verandering versus gedwongen aanpassing	66
6.2.3.1.3.	Behoud vertrouwensrelatie versus ethische handelen	66
6.2.3.2.	Organisatorische dilemma's	66
6.2.3.2.1.	Intensieve bekommerzorg versus bevorderen zelfredzaamheid	66
6.2.3.2.2.	Generalistische versus specialistische sociale hulpverlening	67
6.2.3.2.3.	Culturele sensitiviteit versus culturele context	67
6.2.3.3.	Omgang met dilemma's	67
6.2.4.	<u>Ervaringen met stagiaires, door moeders en stagiaires zelf</u>	68
6.2.4.1.	Ervaringen van de stagiaires	68
6.2.4.2.	Ervaringen van de moeders met de stagiaires	68
6.2.5.	<u>Samenwerking tussen geboortezorg- en sociale zorgprofessionals</u>	69
7.	<u>Beschouwing</u>	70
7.1.	<u>Reflectie op de resultaten</u>	70
7.1.1.	<u>Theory of Change</u>	70
7.1.2.	<u>Domein Moeder:</u>	73
7.1.2.1.	Depressie, angst en stress	73
7.1.2.2.	Zwangerschap en geboorte uitkomsten	73
7.1.3.	<u>Domein Kind</u>	73
7.1.3.1.	Groei en ontwikkeling	73
7.1.3.2.	Opvoedvaardigheden volgens de INCAS	74
7.1.4.	<u>Domein Hulpverlening</u>	74
7.1.5.	<u>Kwalitatief onderzoek</u>	75
7.1.6.	<u>Succesvolle onderdelen Programma Moeders van Rotterdam</u>	76
7.1.6.1.	Zorg-op-maat	76
7.1.6.2.	Verbinding medisch en sociaal domein.	76
7.1.6.3.	Holistische aanpak	77
7.1.6.4.	Centrale aanmeldpunt	77
7.2.	<u>Methodologische reflectie</u>	78
7.2.1.	<u>Programmadoelen en onderzoeksvragen</u>	78
7.2.2.	<u>Verschillen in aanpak werden kleiner</u>	79
7.2.3.	<u>Geén gecontroleerde omgeving</u>	79
7.2.4.	<u>Deelname aan het onderzoek en beschikbaarheid van data</u>	81
7.2.5.	<u>Geschiktheid van gebruikte meetinstrumenten</u>	82
7.3.	<u>Context en disseminatie van het Programma Moeders van Rotterdam</u>	83
7.3.1.	<u>Context van het Programma</u>	83
7.3.2.	<u>Disseminatie in nationaal en internationaal perspectief</u>	84

7.3.2.1.	Nationaal	84
7.3.2.2.	Internationaal	85
7.3.2.3.	(Wetenschappelijke) publicaties	85
7.4.	Toekomstperspectief	86
<u>7.4.1.</u>	<u>Waardevolle elementen voor implementatie</u>	<u>86</u>
7.4.1.1.	Beschikbaarheid elementen Programma Moeders van Rotterdam	88
<u>7.4.2.</u>	<u>Lessen voor samenwerking</u>	<u>88</u>
<u>7.4.3.</u>	<u>Borging in gemeentelijk beleid</u>	<u>89</u>
<u>7.4.4.</u>	<u>Lessen voor onderzoek</u>	<u>90</u>
<u>7.4.5.</u>	<u>Lessen voor onderwijs en deskundigheidsbevordering</u>	<u>91</u>
7.5.	Tot slot	91
<u>Dankwoord</u>		<u>93</u>
<u>Referenties</u>		<u>94</u>
<u>Bijlages</u>		<u>98</u>
Bijlage 1. Tijdslijn		
Bijlage 2. Samenwerking van Moeders van Rotterdam met de betrokken stakeholders		
Bijlage 3. Convenant Programma Moeders van Rotterdam		
Bijlage 4. Programma doelen Moeders van Rotterdam		
Bijlage 5. Overzicht wijzigingen Programma Moeders van Rotterdam		
Bijlage 6. Kruisjeslijst intake		
Bijlage 7. Toestemmingsformulier Onderzoek Moeders van Rotterdam		
Bijlage 8. Resultaten overige vragenlijsten <i>domein Moeder</i>		
Bijlage 9. Resultaten overige vragenlijsten <i>domein Kind</i>		
Bijlage 10. Resultaten overige vragenlijsten <i>domein Hulpverlening</i>		
Bijlage 11. Presentaties en publicaties		

Inleiding

Onderzoek vanaf 2005 door het Erasmus MC toonde grote verschillen aan in Rotterdam in de gezondheid van pasgeboren kinderen. Voor het eerst bleek armoede daarbij een onverwacht grote bepalende factor. Dat werd direct zichtbaar door plattegronden van Rotterdam waarin de verdeling van geboorte uitkomsten- zoals perinatale sterfte (babysterfte), vroeggeboorte en een te laag geboortegewicht -over de wijken te zien was. Deze lieten heel duidelijk zien dat er in de achterstandswijken meer ongunstige geboorte uitkomsten voorkwamen. Door deze inzichten te delen met de verantwoordelijke wethouders is er een basis gelegd voor een samenwerking tussen de gemeente Rotterdam en de afdeling Verloskunde & Gynaecologie van het Erasmus MC om de verschillen in geboorte uitkomsten te verkleinen. De kern daarvan was het verbinden van het medisch en sociale domein in de zorg voor zwangere vrouwen. Daaruit ontstond het gemeentelijk gefinancierde actieprogramma 'Klaar voor een Kind'. De gemeente Rotterdam en het Erasmus MC hebben in dit programma samengewerkt met Rotterdamse geboortezorgprofessionals, Centrum Jeugd en Gezin (CJG) Rijnmond, Gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD), Verloskunde Academie Rotterdam (samenwerking tussen Erasmus MC en Hogeschool Rotterdam) en het Geboortecentrum Sophia. Dit programma had een looptijd van 2009-2012 en had als doel het verlagen van de Rotterdamse perinatale sterfte tot het Nederlands gemiddelde in 10 jaar tijd. In *bijlage 1* staan in een tijdslijn de belangrijkste gebeurtenissen en activiteiten vanaf 'Klaar voor een Kind' tot en met 2022.

Naast deze activiteiten ontstond een brede inzet van de gemeente om mensen in diverse levensfasen met een lage sociaaleconomische status te ondersteunen en hun situatie te verbeteren. Eén partij die zich daarvoor inzette was Bureau Frontlijn, een gemeentelijke organisatie die gevraagd en ongevraagd zoekt naar nieuwe oplossingen en kansen voor problemen in de hulp- en dienstverlening voor kwetsbare Rotterdammers. Bureau Frontlijn introduceerde een 'bij de hand neem benadering achter de voordeur' om het verlies van zelfredzaamheid door problemen als armoede bij de wortel aan te pakken. Kenmerkend is dat hulpverlening op maat centraal staat, in plaats van een meer generieke aanpak die uitgaat van de zelfredzaamheid van de cliënt, een aanpak die veelal standaard in de maatschappelijke hulpverlening gebruikt wordt.

Vanaf 2011 meldden de geboortezorgprofessionals dat er meer en meer zwangeren leken te zijn die kampten met ernstige sociale problematiek en met een verlies aan zelfredzaamheid, wat hen extreem kwetsbaar maakte voor ongunstige geboorte-uitkomsten. Dit meldden zij tijdens (in)formeel overleg binnen het Verloskundig Samenwerkingsverband, bij het expertisecentrum en binnen het Programma 'Klaar voor een Kind'. Ook bleek de sociale hulpverlening complex georganiseerd, waardoor veel van deze zeer kwetsbare zwangeren niet bij de hulpverlening aankwamen. Dit leidde tot het idee om de 'bij de hand nemen' hulpverleningsaanpak van Bureau Frontlijn toe te passen op deze (zeer) kwetsbare zwangere populatie. Dit is vervolgens het Programma Moeders van Rotterdam genoemd. Om tot uitvoering te komen zijn de gemeente Rotterdam, het Erasmus MC en Stichting de Verre Bergen in gesprek gegaan. Stichting de Verre Bergen zet zich in om Rotterdam beter en sterker te maken door sociaal maatschappelijke programma's te bedenken, steunen, ontwikkelen, uit te voeren, verbeteren en onderzoeken. Begin 2013 hebben de gemeente en het Erasmus MC een formele subsidieaanvraag ingediend bij Stichting de Verre Bergen voor het Programma Moeders van Rotterdam. Half 2014 werd een pilot van het Programma Moeders van Rotterdam uitgevoerd in Charlois. Deze pilot liet al snel zien dat er veel meer vraag was naar de hulpverlening die door het Programma Moeders van Rotterdam werd aangeboden dan vooraf werd aangenomen. Mede door

het succes van de pilot besloot Stichting de Verre Bergen in 2015 om het programma te financieren, inclusief een wetenschappelijke evaluatie van het programma.

Om de verantwoordelijkheden van alle betrokken stakeholders (*bijlage 2*) vast te leggen werd het Convenant Moeders van Rotterdam opgesteld en in juli 2015 ondertekend door Stichting de Verre Bergen, Gemeente Rotterdam, Erasmus MC, de Verloskundig Samenwerkingsverbanden rondom de vier Rotterdamse ziekenhuizen in Rotterdam, Jeugdbescherming Rijnmond, CJG Rijnmond, Kraamzorg Rotterdam, GGZ-instelling Antes, Verloskunde Academie Rotterdam en InHolland (*bijlage 3*).

Het belangrijkste uitgangspunt van het Programma Moeders van Rotterdam is dat ieder kind recht heeft op een gezonde en kansrijke start. In de uitvoering van het programma komt dit neer op het willen behalen van de volgende doelstellingen: het verminderen van stress door het op orde krijgen van de basis, het stimuleren van een gezonde kind ontwikkeling en het verbeteren van de zelfredzaamheid van de (aanstaande) moeder. Zo wordt bijgedragen aan een veilige en stabiele omgeving en een veilige hechting tussen moeder en kind waardoor optimale groei en ontwikkeling wordt gestimuleerd. De programmadoelen worden in meer detail beschreven in *bijlage 4*. Het Erasmus MC heeft deze doelen gebruikt als basis voor het onderzoek. Om de effectiviteit van Programma Moeders van Rotterdam te kunnen beoordelen ten opzichte van de bestaande hulpverlening is besloten om de hulpverlening geleverd door de sociale Wijkteams te gebruiken om het Programma Moeders van Rotterdam mee te vergelijken. De onderzoekopzet is getoetst en akkoord bevonden door de Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC) van het Erasmus MC. In januari 2016 is het onderzoek van start gegaan en medewerkers van Bureau Frontlijn en betrokken Wijkteams werden getraind in de gegevensverzameling voor het onderzoek.

De inzichten uit de aanloop naar het programma, de pilot en de opgedane ervaring met het hulpverlening leveren aan zeer kwetsbare zwangere vrouwen zijn gebruikt om tot een zogenoemde 'Theory of Change' te komen. Deze theorie is vormgegeven tijdens het leiderschapsprogramma 'Leading and scaling Early Childhood Initiatives' aan de Harvard Kennedy School in mei 2016. Een afvaardiging van Bureau Frontlijn, Erasmus MC, Stichting de Verre Bergen en Bernard van Leer Foundation (gefinancierd door de laatste) namen hieraan deel. De volgende Theory of Change voor het Programma Moeders van Rotterdam is toen geformuleerd:

1. Als medische en sociale risicoanalyse vroeg in de zwangerschap gecombineerd kan worden, kunnen de meest kwetsbare vrouwen en kinderen geïdentificeerd worden;
2. Door een nauwe samenwerking tussen medische en sociale hulpverlening te bewerkstelligen, kan holistische en effectieve hulpverlening verleend worden;
3. Als intensieve gepersonaliseerde hulpverlening verleend wordt, kan stress gereduceerd, kwaliteit van leven en ouderschapsvaardigheden verbeterd en zelfredzaamheid verhoogd worden;
4. Door stressreductie en verhoogde zelfredzaamheid, wordt de kans op gezonde pasgeborenen, veilige hechting en optimale ontwikkeling van kinderen verhoogd;
5. Als kinderen gezond worden geboren en zich optimaal kunnen ontwikkelen, wordt hun kans op een gezond en gelukkig leven vergroot;
6. Als vrouwen zelfredzaam worden en de kans op een gezonde ontwikkeling van het kind vergroot is, dan scheelt dit overheidsuitgaven en vergroot dit de inkomsten (uit belasting).

Deze Theory of Change laat zien dat het Programma Moeders van Rotterdam de ambitie heeft om zowel de gezondheid als zelfredzaamheid van de huidige en komende generaties te verbeteren.

In het voorliggende rapport wordt de wetenschappelijke evaluatie van het Programma Moeders van Rotterdam gepresenteerd. Eerst wordt de essentie van de belangrijkste kennis uit de internationale literatuur en dagelijkse hulpverleningspraktijk in het kort beschreven, gevolgd door een beschrijving van het Programma Moeders van Rotterdam en de doelgroep. Daarna volgt de onderzoeksopzet met onderzoeksdoelen, gevolgd door de gebruikte methoden en resultaten. Tot slot zal een algemene beschouwing van het gehele onderzoek worden gegeven, inclusief aanbevelingen voor de toekomst.

1. Belang verbinding medisch en sociaal domein voor gezonde start

Het Programma Moeders van Rotterdam richt zich op (zeer) kwetsbare zwangere vrouwen. Door deze (aanstaande) moeders te helpen hun eigen situatie te verbeteren, wordt daarmee niet alleen de vrouw zelf, maar ook haar (ongeboren) kind geholpen. Door dit te bewerkstelligen worden de kansen op intergenerationele overdracht van gezondheids- en sociale ongelijkheden verkleind, wat gezien kan worden als de ultieme manier van preventie. In dit hoofdstuk wordt eerst het belang van een goede start beschreven en vervolgens het belang van de noodzakelijke verbinding tussen het sociale en medische zorgdomein.

1.1 Het belang van een goede start

Vanaf het moment van de bevruchting tot aan de tweejarige leeftijd van de peuter: de eerste 1000 dagen van een mensenleven zijn cruciaal voor een optimale ontwikkeling in de kindertijd, voor een goede gezondheid later in het leven en zelfs voor de kansen van volgende generaties.[1] Deze periode van het leven is daarnaast ook een heel kwetsbare periode; allerlei factoren kunnen in deze periode de groei, ontwikkeling en het potentieel van het (ongeboren) kind beïnvloeden.

De groei en ontwikkeling van het ongeboren kind worden beïnvloed door de gezondheid en leefstijl van de (aanstaande) ouders. Ziekten zoals diabetes en hypertensie, als ook overgewicht, voeding, alcoholconsumptie en roken tijdens de zwangerschap zijn geassocieerd met meer ongunstige uitkomsten van zwangerschap en geboorte.[2-7] Ook factoren gerelateerd aan de sociale omstandigheden, zoals armoede en wonen in een achterstandswijk, hebben invloed op de zwangerschap- en geboorte uitkomsten. Deze effecten zijn al waarneembaar in de groei en ontwikkeling van het embryo in de eerste weken van de zwangerschap.[8] Ook komen er meer ongunstige geboorte uitkomsten, zoals vroeggeboorte, een te laag geboortegewicht en perinatale sterfte, voor in groepen met ongunstiger sociale omstandigheden.[9-15]

Armoede is voor (aanstaande) moeders in achterstandswijken meestal niet de enige zorg; zij worstelen vaak langdurig met een opeenstapeling van problemen. Zij kampen vaak met andere sociale problematiek zoals huisvestingsproblematiek en huiselijk geweld. Daarnaast is de gezondheid en leefstijl vaak suboptimaal; zo eten ze niet altijd gezond, roken en/of gebruiken drugs.[16, 17] Deze problemen cumuleren, zijn verweven met elkaar én versterken elkaar. Daarom wordt er in deze situatie vaak gesproken van multi-complexe problematiek.

De bovengenoemde factoren zorgen niet alleen voor een suboptimale start, maar werken ook door in de ontwikkeling en gezondheid van het (jonge) kind en later in het leven als volwassene.[6, 18] In gezinnen die in sociaal ongunstige omstandigheden leven zijn de opvoedvaardigheden van de ouders en de verbondenheid tussen ouder en kind vaker suboptimaal.[19, 20] Kinderen die opgroeien in een situatie met sociale problematiek hebben zelf ook meer kans op sociale problematiek tijdens hun eigen leven en krijgen vaker zelf kinderen met dezelfde (gezondheids)problemen.[21] Samen met de effecten van sociale achterstand op de zwangerschap en geboorte wordt dit de ook wel *intergenerationele overdracht van problemen* genoemd, en daarmee is de kwetsbaarheidskring rond. Het is daarom van groot belang om (zeer) kwetsbare moeders en aanstaande moeders adequate ondersteuning te bieden om hun welzijn en zelfredzaamheid te vergroten en zo de kans te verhogen dat hun kinderen wél een goede start in het leven krijgen.

1.2 Verbinding sociale en medische zorgdomeinen

Als een vrouw zwanger is, gaat ze naar de verloskundige of gynaecoloog voor zorg voor haar zwangerschap. Als iemand sociale problematiek heeft, gaat zij naar het gemeentelijk loket voor de passende hulpverlening. Als een zwangere vrouw sociale problematiek heeft, is zorg van beide partijen nodig. Dat gaat tot op zekere hoogte goed; beide zorgaanbieders hebben hun eigen specialisme en strikt gezien beïnvloedt de ene zorgvraag de andere niet. Maar als een zwangere vrouw te maken heeft met multi-complexe problematiek, is dit niet meer toereikend. Ten eerste heeft de multi-complexe problematiek vaak invloed op de gezondheid en het welzijn van de aanstaande moeder, wat zichtbaar kan worden in het verloop van de zwangerschap. Ten tweede voegt de zwangerschap een bepaalde mate van urgentie toe aan het oplossen of verbeteren van de sociale problematiek; door de aankomende bevalling is er meer haast met het vinden van een dak boven het hoofd van een zwangere vrouw die binnenkort uit haar huis gezet wordt. Ook gaat de situatie vaak gepaard met veel stress, wat een ongunstige invloed heeft op de groei en ontwikkeling van het ongeboren kind. Ten derde zijn er voor verschillende soorten problemen verschillende gemeenteloketten, waardoor de zwangere vrouw op diverse plaatsen hulp moet vragen.

Op dat moment is er een directe verbinding en samenwerking nodig tussen het medische en het sociale domein. Zo kunnen zij samen een brede aanpak leveren aan vrouwen die zwanger zijn en te maken hebben met sociale problematiek, bijvoorbeeld door afspraken te maken over tijdig identificeren van mogelijke knelpunten en gerichte toeleiding naar 'het juiste loket'. Dit noemen we sociale verloskunde.[1]

In de laatste 15 jaar is hier meer en meer aandacht voor gekomen en zijn verloskundige professionals begonnen met het uitvragen van sociale problemen.[22] Rotterdamse geboortezorgprofessionals constateerden vanaf 2011 op basis van deze risicoscreening een toename van (zeer) kwetsbare aanstaande moeders. Ook bleken deze aanstaande moeders steeds minder gebruik te maken van (medische) zorg. Dit hield vaak verband met het eigen risico van de zorgverzekering, dat in 2006 is ingevoerd. In eerste instantie probeerden de Rotterdamse geboortezorgprofessionals de benodigde sociale hulp voor de toenemende groep (zeer) kwetsbare aanstaande moeders zelf te organiseren. Ze ontwikkelden zich tot een soort casemanager, waarbij ze gebruik maakten van samen met de gemeente ontwikkelde zorgpaden op het gebied van het sociale domein, denk bijvoorbeeld zorgpaden voor de aanpak van schulden en huisvesting. Maar in het geval van zwangere vrouwen met multi-complexe problematiek was deze rol niet meer haalbaar voor geboortezorgprofessionals. De sociale hulpverlening was voor buitenstaanders op een complexe manier georganiseerd, er was geen centraal aanmeldpunt voor (zeer) kwetsbare aanstaande moeders en de zorgpaden waren talrijk, maar niet toereikend voor het oplossen van de multi-complexe problematiek.

Dat maar weinig (zeer) kwetsbare aanstaande moeders gebruik maakten van de sociale hulpverlening kwam enerzijds door de complexe organisatie van de sociale hulpverlening, anderzijds omdat ze vanuit wantrouwen actief zorg mijden. Zo zwijgen sommige (zeer) kwetsbare aanstaande moeders over hun problemen uit angst in aanraking te komen met de Raad voor de Kinderbescherming of Jeugdbescherming Rotterdam Rijnmond. De complexiteit van het sociale zorgdomein versterkt het gevoel van wantrouwen; het neemt toe met het aantal hulpverleners dat actief is in een gezin en wordt versterkt door moeizame communicatie met de betrokken hulpverleners.[23] Dit kan leiden tot een negatieve spiraal van toenemende kwetsbaarheid bij de aanstaande moeders. Hierdoor lopen zij het risico om langdurig langs de zijlijn te blijven staan in onze samenleving.[23]

Kortom, (zeer) kwetsbare aanstaande moeders die stress ervaren door de multi-complexe problematiek waarmee zij worstelen, hebben meer kans op een slechte start voor hun (ongeboren) kind. Deze groep vrouwen dreigde in Rotterdam meer en meer buiten het bereik van de reguliere hulpverlening te vallen, terwijl juist voor hen adequate ondersteuning noodzakelijk is. Deze situatie vroeg om een innovatieve aanpak waarbij (zeer) kwetsbare aanstaande moeders zo vroeg mogelijk in beeld van de hulpverlening moeten komen om de kans op intergenerationele overdracht van problemen te verkleinen. Er was ketenzorg nodig die het medische en sociale domein kon verbinden en zo niet alleen de kansen van kinderen kon verbeteren, maar ook de multi-complexe problematiek van hun moeders kon aanpakken. Bovendien zou deze interventie *outreaching* moeten zijn om ook de (zeer) kwetsbare aanstaande moeders te bereiken die gewend waren om de sociale hulpverlening actief te mijden. Dit was aanleiding tot het Programma Moeders van Rotterdam.

2. Programma Moeders van Rotterdam

Zoals beschreven in voorgaand hoofdstuk, is het noodzakelijk om ervoor te zorgen dat mensen die sociale hulp of ondersteuning nodig hebben, daadwerkelijk toegang krijgen tot deze hulpverlening. Zeker in het geval van zwangere vrouwen, omdat hun omstandigheden niet alleen hun eigen welzijn en gezondheid beïnvloeden maar ook die van hun (ongeboren) kind. Het Programma Moeders van Rotterdam heeft als doel om passende hulp te verlenen aan zwangere vrouwen in een kwetsbare situatie en daarmee de situatie, zelfredzaamheid en het welzijn van deze vrouwen en hun (ongeboren) kind te verbeteren. Om deze hulp beter bereikbaar te maken voor verwijzers en (zeer) kwetsbare zwangeren zelf is een centraal aanmeldpunt ingericht. Om de meerwaarde van het Programma Moeders van Rotterdam ten opzichte van het reguliere hulpaanbod te kunnen evalueren, wordt deze met de hulpverlening aangeboden door de Wijkteams vergeleken.

In dit hoofdstuk worden kenmerken van de sociale hulpverlening binnen het Programma Moeders van Rotterdam, verzorgd door Bureau Frontlijn en de Wijkteams, het centrale aanmeldpunt en de doelgroep besproken. Het uitgangspunt bij deze beschrijvingen is de situatie zoals deze was bij aanvang van het Onderzoek Moeders van Rotterdam in 2016, omdat deze situatie ook leidend was bij het maken van de keuzes voor het onderzoek.

2.1. Sociale hulpverlening kwetsbare zwangeren

Binnen de reguliere organisatie van de sociale hulpverlening, zoals bij de Rotterdamse Wijkteams, wordt er geen onderscheid gemaakt tussen zwangere vrouwen en andere vrouwen die sociale hulpverlening nodig hebben. Alleen voor een beperkte groep vrouwen die voor de eerste keer zwanger zijn is er hulpverlening die uitgevoerd wordt door het CJG. De zwangerschap wordt min of meer gezien als een kenmerk van de hulpverlening ontvangende vrouw waar een andere zorgpartij verantwoordelijk voor is. Binnen het Programma Moeders van Rotterdam wordt wél specifiek aandacht besteed aan de zwangerschap. Kenmerkend in deze aanpak is dat de zwangerschap zelf gezien wordt als reden voor een hoge urgentie in de hulpvraag, iets wat niet gebeurde bij de Wijkteams. Het Programma Moeders van Rotterdam werkt volgens principes zoals de 'bij de hand neem benadering achter de voordeur' en zorg-op-maat, die niet vaak gebruikt worden in de reguliere sociale hulpverlening door de Wijkteams. Het overkoepelende doel van de sociale hulpverlening binnen het Programma Moeders van Rotterdam is het realiseren van punten 3 en 4 van de Theorie of Change zoals gepresenteerd in de Inleiding, namelijk:

- Als intensieve gepersonaliseerde hulpverlening verleend wordt, kan stress gereduceerd, kwaliteit van leven en ouderschapsvaardigheden verbeterd en zelfredzaamheid verhoogd worden;
- Door stressreductie en verhoogde zelfredzaamheid, wordt de kans op gezonde pasgeborenen, veilige hechting en optimale ontwikkeling van kinderen verhoogd;

Hieronder beschrijven we beide werkwijzen op basis van de informatie die voor aanvang van de studie was verstrekt door beide partijen. Dit is een theoretische beschrijving van de werkwijze en komt niet noodzakelijkerwijs overeen met de praktijk.

2.1.1. Moeders van Rotterdam aanpak

Bureau Frontlijn, de sociale hulpverleningsinstantie die het Programma Moeders van Rotterdam uitvoert, werkt bij iedere (zwangere) vrouw met koppels van professionals en hbo-stagiaires, veelal van de opleidingen Maatschappelijk werk, Pedagogiek en Toegepaste psychologie. De

verantwoordelijkheid voor de dagelijkse begeleiding ligt bij de sociale zorgprofessional en in de uitvoering doen zij dit samen met de stagiaires. Indien de problematiek van de kwetsbare zwangere vrouw te complex is, neemt deze professional de hulpverlening tijdelijk over van de stagiaire. Een belangrijke aangenomen meerwaarde van het inzetten van stagiaires is dat de kwetsbare zwangere vrouwen hen als minder bedreigend ervaren. Hierdoor neemt het wantrouwen en de achterdocht tegenover de hulpverlening af. Daarnaast kan de stagiair op deze manier snel en realistisch het vak leren.

Het uitgangspunt van de hulpverlening is dat ieder kind recht heeft op een gezonde en kansrijke start. De aanpak is *outreaching* en oplossingsgericht en bestaat uit langdurige en holistische hulpverlening om zo samen met de (aanstaande) moeder te werken aan het verminderen van de stressvolle situatie, een gezonde en veilige ontwikkeling van het (ongeboren) kind stimuleren, en het verhogen van zelfredzaamheid van de moeder. Voor iedereen wordt een individueel plan van aanpak opgesteld, gericht op vier leefgebieden: 1) gezondheid & zorg, 2) wonen, 3) financiën & administratie en 4) ontwikkeling kind. Met dit plan werken de vrouw en haar begeleiders gericht aan het verminderen van haar kwetsbare situatie. Daarnaast worden in dit plan ook de samenwerking en afspraken met andere zorg- en hulpverleners opgenomen om zo de zorg rondom de kwetsbare zwangere vrouw te stroomlijnen. Verder doen (aanstaande) moeders kennis op over en oefenen ze met opvoedvaardigheden (zie voor meer details *bijlage 4*).

De aanpak bestaat uit drie hoofdfasen, te weten:

- Het oplossen van de acute crisissituatie door de regie van de moeder tijdelijk over te nemen en rust te creëren ('basis op orde', max 2 maanden);
- Het creëren van omstandigheden voor een veilige hechting tussen moeder en kind (max 6 maanden);
- Het stimuleren van de ouderschapsvaardigheden van de moeder en het verbeteren van de vaardigheid van de moeder om actief en zelfstandig aan de samenleving deel te nemen (max 12 maanden).

Hierna wordt overgegaan op de nazorgfase, waarin de moeder laagdrempelig contact kan blijven zoeken met de begeleiders. Het hulpverleningstraject is aanvankelijk intensief met twee huisbezoeken per week die na verloop van tijd worden afgebouwd tot één huisbezoek per twee weken. In de nazorgfase is er voornamelijk telefonisch contact. De hierboven beschreven aanpak komt overeen met de situatie zoals deze was bij aanvang van het Onderzoek Moeders van Rotterdam in 2016. Tijdens de looptijd van het onderzoek - en ook daarna - zijn processen aangescherpt en aangepast. Meer informatie hierover staat beschreven in H7.2. Beschouwing.



Figuur 1 Fasering van Moeders van Rotterdam

De cijfers 1, 2, 3, 5 en 7 in de bollen staan voor beslismomenten in het hulpverleningstraject, waar geëvalueerd wordt of de moeder klaar is voor doorstroming naar een nieuwe fase. De cijfers 4 en 6 staan voor de evaluatiemomenten in de betreffende fase.

2.1.2. Wijkteam aanpak

Reguliere hulpverlening aan (zeer) kwetsbare mensen vindt plaats door de Wijkteams. In Rotterdam zijn er 42 Wijkteams bestaande uit met elkaar samenwerkende professionals die ieder vanuit hun eigen specialisme hulpverlening en ondersteuning geven aan Rotterdammers. Zo hebben zij o.a. expertise op het gebied van jeugdhulp en hulp bij opvoeden, financiën en schulden, geestelijke gezondheidszorg en verslaving. Zij werken alleen in de buurt waar het Wijkteam zich bevindt. Als een cliënt verhuist, zal de hulpverlening overgedragen worden aan het Wijkteam dat actief is in de wijk bij het nieuwe adres. Bij de Moeders van Rotterdam aanpak is het niet nodig om bij verhuizingen binnen Rotterdam over te dragen omdat Bureau Frontlijn actief is in heel Rotterdam. De aanpak door het Wijkteam is veelal vraag gestuurd en gaat uit van zelfredzaamheid, waarbij de cliënt zelf aangeeft welke problematiek er speelt en waar hulp bij nodig is. De hulpverleningstrajecten zijn vaak relatief kort; zij duren gemiddeld zes tot negen maanden.

2.1.3. Belangrijkste verschillen

Voor het Onderzoek Moeders van Rotterdam zijn de verschillen tussen beide sociale hulpaanpakken belangrijk voor de vergelijking. Hieronder volgt een opsomming van de belangrijkste verschillen:

Tabel 1. Verschillen in hulpverleningsaanpak Moeders van Rotterdam en de Wijkteams

	Moeders van Rotterdam	Wijkteams
Duur van hulpverlening	Tot 2 ^e verjaardag kind; maximaal 1000 dagen	Maximaal 9 maanden
Focus	Holistische aanpak met focus op meerdere problemen en domeinen	Generieke aanpak met focus op zelfredzaamheid cliënt
Kind ontwikkeling	Door het hele traject	Alleen bij specifieke hulpvraag hierover
Methodiek	Lerende methodiek, met ook aandacht voor voorkomen van toekomstige problematiek	Geen lerende methodiek, aandacht voor huidige problematiek (vraag gestuurd)

Naast de bovengenoemde verschillen in aanpak bestaat er ook een verschil in het aanmerken van (zeer) kwetsbare zwangere vrouwen als aparte doelgroep. Binnen de reguliere hulpverlening van de Wijkteams worden zij niet gezien als aparte doelgroep waar voorrang aan verleend moet worden. Dit is voor het onderzoek aangepast. De deelnemende Wijkteams zullen deze groep wel als aparte doelgroep beschouwen met daarbij een grotere urgentie om een intake in te plannen na aanmelding voor hulpverlening.

2.2. Centraal aanmeldpunt

Voor het aanmelden van (zeer) kwetsbare zwangere vrouwen voor het Programma Moeders van Rotterdam is het zogenoemde 'aanmeldpunt' ingericht. Deze is bij de start van het programma opgericht om laagdrempelig en direct overleg tussen geboortezorgprofessionals en hulpverleners in het sociale domein te faciliteren. Ook zwangere vrouwen kunnen zichzelf aanmelden als zij sociale hulpverlening willen ontvangen. Dit laatste maakt het aanmeldpunt uniek, in Rotterdam was het eerder niet mogelijk om zonder verwijzing door een zorgverlener of instantie aangemeld te worden voor sociale hulpverlening.

Als professionals uit de geboortezorg via hun reguliere screeningsinstrumenten vrouwen identificeren die potentieel (zeer) kwetsbaar zijn, kunnen zij deze vrouw doorverwijzen via het aanmeldpunt. Dit kan zowel telefonisch als digitaal. Voor aanmelding vult de verwijzer de zogenoemde 'kruisjeslijst' in om zicht te krijgen op de problematiek en een afweging te kunnen maken of deze vrouw voldoet aan de criteria van '(zeer) kwetsbaar' (*bijlage 5*). In een enkel geval komt het voor dat een professional ervan overtuigd is dat een zwangere vrouw zeer kwetsbaar is, maar dit niet uit de reguliere screening komt. Ook het 'niet pluis gevoel' (een intuïtief gevoel gebaseerd op ervaring, context en kennis) van de professionals wordt erkend als indicator van kwetsbaarheid.[24] Al vrij snel na de start van het Programma is de rol van het centrale aanmeldpunt uitgebreid en konden ook hier ook vrouwen voor andere programma's voor (zeer) kwetsbare zwangere vrouwen aangemeld worden zoals Voorzorg.

Nadat een kwetsbare zwangere vrouw is aangemeld, wordt een intake bij haar thuis ingepland om in kaart te brengen of deze vrouw zeer kwetsbaar is en wat de hulpverlening behoefte is.

Dit aanmeldpunt is binnen het onderzoek gebruikt om potentiële participanten aan het onderzoek te benaderen en includeren. Met het centrale aanmeldpunt is aan het eerste punt van de Theory of Change gewerkt; "Als medische en sociale risicoanalyse vroeg in de zwangerschap gecombineerd kan worden, kunnen de meest kwetsbare vrouwen en kinderen geïdentificeerd worden". Om deze doelgroep goede ondersteuning en hulp te kunnen bieden is het noodzakelijk dat deze vrouwen eerst 'te vinden' (identificeren) en succesvol te laten aankomen bij de beoogde hulpverlening (toeleiding).

2.3. Zeer kwetsbare zwangere vrouwen

De hulpverlening binnen het Programma Moeders voor Rotterdam is speciaal ontwikkeld voor (zeer) kwetsbare zwangere vrouwen in Rotterdam. Om deze hulpverlening zo goed mogelijk in te kunnen zetten is het belangrijk om de groep kwetsbare zwangere vrouwen die in aanmerking komen voor de hulpverlening goed te definiëren.

In de praktijk en in de (wetenschappelijke) literatuur bestaan vele verschillende definities van kwetsbaarheid en wie er als zeer kwetsbaar worden aangemerkt. In de basis lijken veel van deze definities met elkaar te overlappen, maar in de praktijk ontstaan er grote verschillen bij het operationaliseren van deze definitie. In 2019 hebben de gemeente Rotterdam en het Erasmus MC een gezamenlijke definitie kwetsbaarheid opgesteld. De doelgroep die wordt aangemeld bij het centrale aanmeldpunt komt overeen met de kwetsbare en zeer kwetsbare zwangere vrouwen uit deze definitie. Vrijwel alle zeer kwetsbare zwangere vrouwen zijn onderdeel van de Moeders van

Rotterdam doelgroep, maar dit geldt niet voor alle kwetsbare zwangere vrouwen. Deze vrouwen komen wel in aanmerking voor andere programma's zoals Voorzorg.

Hieronder volgt een omschrijving van de operationalisering van kwetsbaarheid die gebruikt is voor het onderzoek vanaf de start van het Programma in 2016. Deze komt daarmee niet geheel overeen met de in 2019 ontwikkelde Rotterdamse definitie kwetsbaarheid.

2.3.1. Definiëring kwetsbaarheid

Binnen het Programma Moeders van Rotterdam werd een zeer kwetsbare situatie als volgt omschreven: *'De aanwezigheid van multi-complexe problematiek, die niet op eigen kracht of met hulp vanuit de omgeving kan worden opgelost.'*

Voor het laatste gedeelte van de omschrijving maakt het onderscheid tussen kwetsbaar en zeer kwetsbaar: iemand die niet in staat is om zelf een probleem op te lossen of adequate hulp in te schakelen, is meer kwetsbaar dan iemand in dezelfde situatie die dat wel kan.

Voor de operationalisering van deze omschrijving is er gebruik gemaakt van de 'kruisjeslijst' (bijlage 5) die gebruikt wordt bij het aanmeldpunt. Op deze lijst staan meerdere problemen genoemd die aangekruist kunnen worden. Een zwangere vrouw wordt gezien als zeer kwetsbaar zodra er drie of meer problemen spelen, verdeeld over meerdere leefdoms (multi-complexe problematiek). Omdat niet iedere vrouw open is over de problemen die zij ervaart, is besloten om ook het 'niet pluis gevoel' van de (verwijzend) zorgverlener als toevoeging aan de 'kruisjeslijst' gebruikt kan worden.

2.3.2. Prevalentie zeer kwetsbare zwangeren in Rotterdam

Om een inschatting te maken van het aantal potentieel (zeer) kwetsbare zwangere vrouwen in Rotterdam, is er voor aanvang van het onderzoek een poging gedaan om de prevalentie vast te stellen. Omdat data over veel van de items op de kruisjeslijst niet beschikbaar waren, is besloten om in twee stappen een inschatting te maken, namelijk 1) op basis van uitkomsten van het Programma Klaar voor een Kind in combinatie met 2) de ervaringen binnen de pilot Moeders van Rotterdam.

Het onderzoek van Quispel et al.[25] leverde de eerste stap. Jaarlijks worden 8000 kinderen geboren in Rotterdam, daarvan woont 45% (N=3600) in een achterstandswijk. Van deze pasgeborenen in een achterstandswijk leeft 45% (N=1620) in een kwetsbare situatie en daarvan is ongeveer 25% zeer kwetsbaar (N=405). Dit komt neer op 11,25% van de geboortes in een achterstandswijk en 5,06% in heel Rotterdam.

De gegevens uit de pilot Moeders van Rotterdam lieten zien dat 65% van de (zeer) kwetsbare zwangeren in een achterstandswijk wonen en 35% in een niet-achterstandswijk. In combinatie met de berekening van hierboven komen we tot de volgende schatting:

De 405 zeer kwetsbare zwangeren in achterstandswijken komen overeen met 65% van de totale zeer kwetsbare populatie. De overige 35% komt uit een niet-achterstandswijk, dit komt overeen met 218 zeer kwetsbare zwangeren. In totaal komt dit uit op 623 (zeer) kwetsbare zwangeren, wat uiteindelijk overeenkomt met 7,8% van de 8000 geboortes in Rotterdam per jaar. Bij de berekening van de studie grootte is dit aantal gebruikt als controle aantal voor de haalbaarheid.

3. Onderzoek Moeders van Rotterdam

In 2016 is het wetenschappelijke onderzoek van start gegaan om het Programma Moeders van Rotterdam te evalueren. De Moeders van Rotterdam aanpak wordt hierin vergeleken met de bestaande standaard hulpverlening, ofwel de aanpak volgens de sociale Wijkteams. Het onderzoek werd uitgevoerd tussen 2016 en 2022 door de afdeling Verloskunde & Gynaecologie van het Erasmus MC in Rotterdam.[26] De methode van het onderzoek staat beschreven in het onderzoeksprotocol dat in april 2016 is goedgekeurd door de Medische Ethische Toetsingscommissie (METC) van het Erasmus MC. In september 2019 heeft de METC een addendum bij het onderzoeksprotocol goedgekeurd, met daarin de toevoeging van een kwalitatieve evaluatie van het Programma Moeders van Rotterdam. De voortgang van het Programma en het Onderzoek Moeders van Rotterdam is gemonitord door de Stuurgroep Moeders van Rotterdam. Deze stuurgroep werd voorgezeten door Prof. dr. Eric Steegers en de vaste leden waren: drs. Anne Coenen (tot oktober 2020) en dr. Josine Meurs (vanaf januari 2021; beiden Directeur Maatschappelijke ondersteuning in de wijk, Gemeente Rotterdam), mr. Anne-Marie Willemsen (Afdelingshoofd Ondersteuning & Hulp, Gemeente Rotterdam) en Marte van Oort, MBA (Senior Program Manager, Stichting De Verre Bergen).

Hieronder wordt eerst de onderzoeksopzet met de onderzoeksvragen besproken. Daarna volgt een beschrijving van de setting waarin dit onderzoek heeft plaatsgevonden, inclusief kansen, uitdagingen en aanpassingen.

3.1. Onderzoeksopzet

Het Onderzoek Moeders van Rotterdam is opgezet als een meerjarige kwantitatieve cohortstudie. In het kort is een cohortstudie een onderzoek waarbij een groep participanten over tijd gevolgd worden. Onder hen wordt data verzameld, veelal via vragenlijsten of metingen. Belangrijk is dat de onderzoekers van de cohortstudie geen invloed uitoefenen op de hulpverlener die de hulpverlening verleent aan de deelnemers, noch op de inhoud van die hulpverlening. Verschillen in de hulpverlening en hulpverleners worden bepaald in de dagelijkse praktijk. Voor het Onderzoek Moeders van Rotterdam betekent dit studie design dat (zeer) kwetsbare zwangere vrouwen die hulpverlening krijgen binnen het Programma Moeders van Rotterdam, gevolgd werden gedurende hun sociale hulpverleningstraject en tot de tweede verjaardag van hun kind. De verdeling tussen sociale hulpverlening door Bureau Frontlijn en de Wijkteams was gebaseerd op de beschikbaarheid van de Wijkteams, die in tegenstelling tot de hulpverlening door het Bureau Frontlijn nog niet in alle wijken beschikbaar waren voor deze doelgroep. Daarnaast was er een uitzondering voor de zogenoemde crisis-aanmeldingen die altijd bij Bureau Frontlijn kwamen. Er was sprake van een crisis-aanmelding als er sprake was van dakloosheid, dreigende uithuiszetting, huiselijk geweld en illegale verblijfsstatus. Dit was in 2,9% van alle meldingen. Verschillende soorten gegevens zijn verzameld over - en bij - de participanten vanaf de intake bij de kwetsbare zwangere vrouw thuis tot het moment dat de hulpverlening werd afgesloten of totdat zij afzag van verdere deelname aan het onderzoek.

Om de objectiviteit van het onderzoek te waarborgen is gekozen voor een strikte scheiding tussen de dataverzameling en de uitvoering van de hulpverlening. Het Erasmus MC was verantwoordelijk voor de dataverzameling en de betrokken sociale zorgprofessionals van zowel Bureau Frontlijn als de Wijkteams waren verantwoordelijk voor de uitvoering en inhoud van de hulpverlening. Door deze scheiding hadden de onderzoekers geen inzicht in de inhoud van de verleende hulpverlening, ook

niet of de hulpverlening correct of in lijn met de beschreven werkwijze werd geleverd. Een reden hiervoor was dat de betrokken hulpverlener altijd zou moeten kunnen handelen naar wat het beste is voor de (aanstaande) moeder, zonder dat het onderzoek hierin beperkingen oplegt. Wel werd aangenomen dat beide manieren van hulpverlening in zekere mate met de beschrijving overeenkwamen en dat voldoende verschil tussen beide aanpakken aanwezig bleef voor de vergelijking. Ook hadden de betrokken zorgprofessionals geen inzicht in de verzamelde data voor het onderzoek. Zo werden bijvoorbeeld gegevens verzameld over het IQ van de (aanstaande) moeders; deze werden niet gedeeld met de hulpverlener. Daarnaast zijn er tijdens de looptijd van het onderzoek geen verkennende analyses uitgevoerd op de database om zo mogelijke beïnvloeding te minimaliseren. Voor enkele wetenschappelijke stages is er wel tussentijds data van het onderzoek geanalyseerd, maar dan alleen voor de beantwoording van die specifieke onderzoeksvraag. Hierbij is de data steeds gepseudo-anonimiseerd en uitkomsten waren niet herleidbaar naar de (aanstaande) moeder.

Binnen deze cohortstudie ligt de nadruk op het onderzoeken van de effectiviteit (zie 3.1.1.) van Programma Moeders van Rotterdam op het welzijn en zelfredzaamheid van de (aanstaande) moeder en de ontwikkeling van het kind. Om de meerwaarde van het Programma Moeders van Rotterdam te kunnen bepalen is deze aanpak vergeleken met het reeds bestaande hulpaanbod, uitgevoerd door de Wijkteams. De hypothese was dat het Programma Moeders van Rotterdam uitgevoerd door Bureau Frontlijn effectiever zou zijn dan de reguliere sociale hulpverlening uitgevoerd door de Wijkteams. Dat betekent dat er voor de verschillende onderzoeksvragen een grotere verbetering verwacht werd in de groep die begeleid werd door Moeders van Rotterdam dan in de groep die begeleid werd door de Wijkteams. Naast deze evaluatie van de effectiviteit is ook de ervaren kwaliteit van het Programma Moeders van Rotterdam onderzocht met focusgroep interviews met verschillende groepen betrokkenen en deelnemers aan het Programma Moeders van Rotterdam. Deze kwalitatieve evaluatie geeft de mogelijkheid om vragen te beantwoorden over ervaringen, visies en meningen; deze kenmerken zijn vaak niet goed te vangen in kwantitatieve evaluaties waarbij cijfers meer centraal staan. Hieronder volgen eerst de onderzoeksdoelen en vragen van de kwantitatieve cohortstudie, waarna de doelen en vragen van de kwalitatieve evaluatie besproken worden.

3.1.1. Onderzoeksvragen kwantitatieve evaluatie

Het Programma Moeders van Rotterdam zet zich expliciet in om het welzijn van de (aanstaande) moeder te verbeteren, het (ongeboren) kind zo goed mogelijk te laten ontwikkelen en de zelfredzaamheid van de moeder duurzaam te verbeteren. Vanuit dat oogpunt wordt de effectiviteit van het programma binnen het onderzoek dan ook geëvalueerd op drie domeinen: *domein Moeder*, *domein Kind* en *domein Hulpverlening*. Vanuit de werkwijze van de Wijkteams wordt er niet specifiek ingezet op de domeinen Moeder en Kind, tenzij er een specifieke zorgvraag is die hierop inspeelt. Ook de aanpak bij het *domein Hulpverlening* verschilt tussen Moeders van Rotterdam en het Wijkteam. Volgens de werkwijze beschrijving volgt Programma Moeders van Rotterdam een langdurig en intensief hulpverleningstraject waarbij de verbinding tussen het medische en sociale domein belangrijk is. Ook wordt er gewerkt met een lerende methodiek en is er aandacht voor het voorkomen van toekomstige problematiek. De Wijkteams werken met minder langdurige hulpverleningstrajecten en veelal een vraag gestuurde aanpak, waarbij de acute zorgvragen van de cliënt centraal staan. Zie ook tabel 1, H 2.1.3.

Belangrijk bij kwantitatief onderzoek is dat de beoogde uitkomsten goed meetbaar zijn met valide meetinstrumenten. Om dit te waarborgen zijn de doelen uit het Programma Moeders van Rotterdam

iets aangepast voor de centrale vragen van het onderzoek. Hieronder worden de onderzoeksvragen gepresenteerd, de beschrijving van de gebruikte meetinstrumenten staan in 4.1.3.1, 4.1.3.2 en 4.1.3.3 respectievelijk.

Voor het *domein Moeder* is het doel van het Programma ‘Het verbeteren van het welzijn van de (aanstaande) moeder door in te zetten op stressreductie.’ Voor het Onderzoek Moeders van Rotterdam is dit aangepast naar de volgende hoofdvraag:

Neemt de ervaren depressie, angst en stress als gevolg van de kwetsbare situatie meer af bij (aanstaande) moeders die hulpverlening ontvangen volgens de Moeder van Rotterdam aanpak ten opzichte van de Wijkteam aanpak?

Binnen de opgestelde Theory of Change (zie *Inleiding*) is vastgesteld dat de stressreductie en toegenomen zelfredzaamheid van de moeder kan leiden tot een grotere kans op gezonde pasgeborenen. Voor het onderzoek is de volgende secundaire onderzoeksvraag aan dit doel gekoppeld:

Wat is de prevalentie van verschillende (ongewenste) zwangerschaps- en geboorte uitkomsten van de participerende moeders?’ Hierbij wordt niet gekeken naar de verschillen tussen beide aanpakken, aangezien een groot deel van de (aanstaande) moeders pas halverwege de zwangerschap in beeld komt en het dus niet realistisch is om meetbare effecten van de hulpverlening op de uitkomsten te verwachten. Om dit wel meetbaar aan te kunnen tonen zouden enkele duizenden bevallingen geëvalueerd moeten worden, een aantal wat niet haalbaar is binnen de looptijd van het onderzoek. Wel worden de uitkomsten in de context van de algehele Nederlandse populatie geplaatst.

Voor het *domein Kind* is het doel van het Programma ‘Het optimaliseren van de groei en ontwikkeling van het (ongeboren) kind.’ Voor het Onderzoek Moeders van Rotterdam is dit aangepast naar de volgende hoofdvraag:

Wijkt de groei en ontwikkeling minder vaak af van de referentiewaardes bij kinderen waarvan de moeder begeleid wordt door Moeders van Rotterdam dan bij kinderen waarvan de moeder begeleid wordt door de Wijkteams?

Ook is in de Theory of Change geformuleerd dat de stressreductie en toegenomen zelfredzaamheid van de moeder kan leiden tot een veiligere hechting. Voor het onderzoek is dit geoperationaliseerd in ouderschapskwaliteiten en de volgende secundaire vraag is aan dit doel gekoppeld:

Zijn de ouderschapskwaliteiten van deelnemende moeders anders ten opzichte van de referentiewaardes? Hiervoor zijn video-observaties van dagelijkse zorgtaken uitgevoerd bij 6 tot 7 weken na de geboorte en als het kind een jaar is.

Voor het *domein Hulpverlening* is het doel van het Programma ‘Het vergroten van de zelfredzaamheid van de moeder.’ Voor het Onderzoek Moeders van Rotterdam is dit aangepast naar de volgende hoofdvraag:

Zijn moeders die begeleid worden door Moeders van Rotterdam vaker volledig zelfredzaam aan het einde van het hulpverleningstraject dan moeders die begeleid worden door de Wijkteams?

Er is geen secundaire onderzoeksvraag geformuleerd voor dit domein.

3.1.2. Onderzoeksvragen kwalitatieve evaluatie

Het doel van het kwalitatieve onderzoek is het onderzoeken van de kwaliteit van het Programma Moeders van Rotterdam. Voor het behalen van dit doel zijn meerdere focusgroep interviews gehouden met sociale hulpverleners, medische professionals en participerende zeer kwetsbare zwangeren. Met deze kwalitatieve evaluatie worden de sterke en minder sterke punten van het programma in kaart gebracht. De focus hierbij ligt bij de *ervaringen* met het Programma Moeders van Rotterdam (en niet zozeer of de hulpverlening uitgevoerd is zoals deze beschreven staat). De overkoepelende hoofdvraag voor de kwalitatieve evaluatie is als volgt geformuleerd:

Wat is de ervaren kwaliteit van, en zijn de ervaringen met, het Programma Moeders van Rotterdam?

De onderliggende onderzoeksvragen voor het beantwoorden van de hoofdvraag zijn als volgt:

- *Hoe wordt de toegankelijkheid van het Programma Moeders van Rotterdam ervaren door cliënten en verwijzers?*
- *Wat zijn de ervaringen van de cliënten met de hulpverlening binnen het Programma Moeders van Rotterdam?*
- *Welke dilemma's ervaren sociale hulpverleners in het leveren van hulpverlening aan kwetsbare zwangeren?*
- *Wat zijn de ervaringen van en met stagiaires binnen het Programma Moeders van Rotterdam?*
- *Hoe verloopt de samenwerking tussen geboortezorgprofessionals en sociale hulpverleners binnen het Programma Moeders van Rotterdam?*

3.2. Wisselwerking sociale domein en wetenschappelijk onderzoek

De ideale situatie om effectiviteit van een interventie wetenschappelijk te bepalen is een gecontroleerde setting, zoals een randomised controlled trial, waarin er veel controle is over wat er gebeurt en waarin de deelnemende participanten erg op elkaar lijken. Een nadeel van deze situatie is dat de vertaling van bevindingen in deze gecontroleerde setting naar het dagelijks leven lastig is. In de dagelijkse, niet gecontroleerde praktijk verschillen de mensen die de interventie krijgen vaak van elkaar en wordt het protocol vaak aangepast aan de actuele situatie van de betrokken personen. De laatste jaren komt meer vraag naar onderzoeksresultaten die beter aansluiten bij deze dagelijkse praktijk. Dit vraagt om een meer pragmatische manier van onderzoek doen, waarbij zowel de setting als de doelgroep iets minder gecontroleerd is en meer aansluit bij de realiteit.

Om het Programma Moeders van Rotterdam in de dagelijkse praktijk te kunnen onderzoeken is voor zo'n meer pragmatische aanpak van onderzoek gekozen. Om echt iets te kunnen zeggen over de effectiviteit van het Programma Moeders van Rotterdam is het noodzakelijk om deze in de setting te evalueren waarin deze wordt aangeboden en uitgevoerd. Dit geldt niet alleen voor de hulpverlening die uitgevoerd wordt door Bureau Frontlijn, maar ook voor die door de Wijkteams. Hoewel de werkwijzen van beide hulpverleners verschillen, zijn er ook overeenkomsten: beiden proberen om de

problemen die de (aanstaande) moeder heeft op te lossen en dat de invulling hiervan kan per persoon verschillen. Hierdoor is in de praktijk de geleverde hulpverlening nooit helemaal hetzelfde. Ook zijn de participanten verschillend van elkaar, wat de variatie in geleverde hulpverlening verder vergroot. Daarnaast is het ethisch niet verantwoord om mogelijke participanten uit te sluiten van het Programma en het Onderzoek omdat ze te veel verschillen van andere participanten. Tot slot verandert de geleverde hulpverlening over tijd door nieuwe inzichten, aanpassingen in protocollen en veranderingen in de samenleving. Door die laatste ontwikkeling verandert ook de groep participanten.

3.2.1. Kansen

Een groot voordeel van deze pragmatische aanpak is dat de effecten die in het onderzoek gevonden worden, direct vertaalbaar zijn naar de dagelijkse praktijk. Ook was de bereidheid om mee te werken aan het onderzoek van de betrokken sociale hulpverleners groot, juist omdat de onderzoeks aanpak zo dicht aansloot bij hun reguliere werkzaamheden.

Waar voor vele onderzoeksprojecten het identificeren van potentiële participanten een grote uitdaging is, heeft het Onderzoek Moeders van Rotterdam hiervoor gebruik kunnen maken van het centrale aanmeldpunt. Hierdoor werd iedere zwangere vrouw, die potentieel zeer kwetsbaar, woonachtig was in Rotterdam, en zich aanmeldde voor het Programma Moeders van Rotterdam een potentiële participant in het onderzoek. Bij de intake bij de zeer kwetsbare zwangere vrouw thuis werd ook de deelname aan het onderzoek besproken. Bij bereidheid tot deelname kon gelijk de toestemming voor deelname vastgelegd worden.

Voor het *domein Kind* hebben de onderzoekers (video-)observaties uitgevoerd bij de participanten thuis. De betrokken sociale hulpverlener speelde een grote rol bij het winnen van vertrouwen om hieraan deel te nemen. Veel van de participanten wantrouwen instanties en ook onderzoekers. De betrokken professional opende de weg door het doel van de observaties te verduidelijken en de onderzoekers persoonlijk te introduceren. Ook bleef de professional vaak in huis aanwezig als de onderzoeker bezig was met de observaties om zo de participanten waar nodig gerust te stellen.

Vanuit de reguliere werkzaamheden van de sociale zorgprofessionals zijn ze gewend om te werken met concepten als zelfredzaamheid. Daardoor waren zij al voor het onderzoek ervaren met het bepalen van iemands' zelfredzaamheid. Dit heeft ervoor gezorgd dat de vragenlijsten voor het *domein Hulpverlening* voor veel participanten op meerdere momenten en op een consequente manier ingevuld zijn.

3.2.2. Uitdagingen en aanpassingen

Zoals eerder aangegeven brengt het doen van pragmatisch onderzoek ook verschillende uitdagingen met zich mee. Doordat het onderzoek zo nauw verbonden was met de dagelijkse praktijk, verlopen verschillende processen niet zoals dat in een gecontroleerde onderzoeksetting zou gebeuren.

Zo kwam er naar boven dat de gemeente (als uitvoerende organisatie) en professionals uit het sociale domein niet gewend zijn om te participeren in onderzoek. Zo werden bepaalde handelingen die specifiek voor het onderzoek van belang zijn, vaker vergeten of moest herhaaldelijk de noodzaak hiervan uitgelegd worden, zoals het verkrijgen van een volledig ondertekend toestemmingsformulier en wijzigingen in personele bezetting. Ook bleek dat de gegevens die de sociale hulpverleners vastleggen in hun registratiesystemen veel minder goed bruikbaar waren voor het onderzoek dan vooraf aangenomen. Voor aanvang van het onderzoek was besloten om aanvullende informatie over de sociale hulpverleningstrajecten van de participanten uit deze registratiesystemen te halen. De

geregistreerde data in de systemen was erg variabel per participant, van zeer uitgebreid tot een benoeming van alleen het soort contact. Door deze grote verschillen kan onduidelijk zijn hoe betrouwbaar de bevindingen uit onderzoek zullen zijn. Daarom is besloten om verdiepende analyses over de geleverde hulpverleningstrajecten en een kosteneffectiviteit analyse, waarbij deze registratiesystemen de hoofdbron zouden zijn, te laten vervallen.

Bij de onderzoeksopzet was berekend dat er voor het onderzoek in vier jaar tijd in totaal 1122 zeer kwetsbare zwangere vrouwen geïnccludeerd moesten worden (zie hiervoor 4.1.4.). Met de vooraf uitgevoerde prevalentie berekening van zeer kwetsbare zwangeren per jaar in Rotterdam werd aangenomen dat dit haalbaar was. Tijdens de eerste maanden van het onderzoek bleek dit aantal niet goed haalbaar. Er werden wel voldoende zeer kwetsbare zwangere vrouwen bij het centrale aanmeldpunt aangemeld, of meldden zichzelf. Alleen was slechts een minderheid in staat of bereid om deel te nemen aan het onderzoek en zelf vragenlijsten in te vullen.

Uit de eerder uitgevoerde berekeningen voor de benodigde aantallen kwam naar voren dat de meeste participanten nodig waren voor het *domein Hulpverlening* en aanzienlijk minder voor beide andere domeinen. Aangezien de vrouwen voor het *domein hulpverlening* zelf geen vragenlijsten hoefden in te vullen, is ervoor gekozen om dit domein los te koppelen van de gegevensverzameling van de andere twee domeinen. Er bleek ruimte binnen het medisch-ethische kader om de informatie binnen het *domein Hulpverlening* te verzamelen als onderdeel van de evaluatie van de reguliere sociale hulpverlening, zonder dat hier expliciete toestemming voor nodig was van de deelnemers aan het programma. Op deze manier kwam vanaf het tweede kwartaal in 2016 het onderzoek in twee varianten beschikbaar: één waarbij de kwetsbare zwangere vrouw zelf actief meedeelde aan het onderzoek en ook haar hulpverlener gegevens aanleverde over het traject (volledig onderzoek); en één waarbij alleen de hulpverlener gegevens aanleverde over het hulpverleningstraject, zonder dat de deelnemer zelf gegevens hoefde aan te leveren (zorgevaluatie). Hierdoor konden meer zeer kwetsbare zwangere vrouwen geïnccludeerd worden. Een bijkomend voordeel was dat als een participant wel had toegezegd om aan het volledige onderzoek deel te nemen, maar toch geen vragenlijsten had ingevuld, haar gegevens wel konden gebruikt worden voor de zorgevaluatie. Dit had zonder de splitsing in twee delen geresulteerd in exclusie uit het gehele onderzoek.

Ook was er geen gelijke verdeling in aantallen moeders die begeleid werden door Bureau Frontlijn en die door de Wijkteams. Dit komt deels omdat de studie als een cohortstudie is opgezet waarbij de verdeling niet bepaald wordt door de onderzoekers. Ook was de geografische beschikbaarheid van de Wijkteams lager dan die van Bureau Frontlijn: deelnemende Wijkteams konden niet in alle wijken en buurten van Rotterdam hulpverlening leveren, terwijl Bureau Frontlijn dat wel kon. Om deze verdeling gelijkjer te krijgen is het aantal deelnemende Wijkteams opgeschaald van 6 Wijkteams bij de start van het onderzoek in 2016, naar 10 Wijkteams later in datzelfde jaar, naar 14 en in 2019 deden uiteindelijk 19 van de 42 Wijkteams in Rotterdam mee.

Ondanks de aanpassingen in het onderzoek, bleven de aantallen onder het geplande aantal. Om de aantallen zoveel mogelijk te optimaliseren is in de zomer van 2018 besloten om de inclusie periode te verlengen van 4 naar 5 jaar.

Tot slot veranderde ook de uitvoering van de sociale hulpverlening zelf (zie voor gebeurtenissen bijlage 5). Alle verwijzingen van (zeer) kwetsbare zwangere vrouwen liepen via het centrale aanmeldpunt, waarna de hulpverlening werd doorgezet naar de Wijkteams of Bureau Frontlijn. Door deze manier van handelen kwamen de zwangere vrouwen als aparte doelgroep binnen met hun

eigen (verhoogde) urgentie. Dit was geen onderdeel van de reguliere hulpverlening die de Wijkteams aanbieden. Daarnaast werden alle sociale hulpverleners getraind in handelingen voor het onderzoek door de onderzoekers voordat zij aanstaande moeders binnen het Programma Moeders van Rotterdam gingen begeleiden. Tijdens deze training werd in het kort verteld over de noodzaak van adequate sociale en medische hulpverlening voor de zeer kwetsbare zwangere vrouwen, wat het doel van het onderzoek was en hoe de professionals de vragenlijsten moesten invullen. Door deze training kregen de Wijkteam medewerkers een inkijkje in de werkwijze van Bureau Frontlijn. Ook werd het Programma Moeders van Rotterdam tijdens onderwijs en op verschillende lokale en landelijke bijeenkomsten gepresenteerd. Dit heeft ertoe geleid dat de zorgprofessionals van de Wijkteams meer en meer kennis van de principes achter de Moeders van Rotterdam aanpak kregen. Door anekdotes en gesprekken met mensen uit het sociale domein in Rotterdam is bekend dat enkele Wijkteams ook daadwerkelijk hun werkwijze voor deze doelgroep hebben aangepast. Zo werkten professionals met verschillende specialismes vaker samen binnen hetzelfde Wijkteam en werd de hulpverlening langduriger geleverd dan dat bij reguliere trajecten gebeurt. Voor de (aanstaande) moeders die begeleid werden door de Wijkteams was dit een positieve verandering; ze kregen daardoor beter passende en langdurigere hulpverlening aangeboden. Deze verandering van de hulpverlening door de Wijkteams echter voor het onderzoek lastiger om de vraag of de effectiviteit van het Programma Moeders van Rotterdam beter is dan het Wijkteam te beantwoorden. Het contrast tussen de aanpak door Bureau Frontlijn en de Wijkteams is immers kleiner geworden over tijd, wat het statistisch aantonen van een verschil in effectiviteit tussen beide aanpakken lastiger maakt. Om hieraan recht te doen is besloten om de verzamelde gegevens en resultaten ook te gebruiken om elementen uit het Programma Moeders van Rotterdam te identificeren die het meest waardevol lijken te zijn voor sociale hulpverlening aan de doelgroep van zeer kwetsbare (zwangere) vrouwen. Dit zal worden gepresenteerd en toegelicht in de beschouwing (zie H7.1.6).

4. Onderzoeksmethode

In dit hoofdstuk wordt de wetenschappelijke methode van het onderzoek naar Moeders van Rotterdam beschreven.[26] In het voorgaande hoofdstuk zijn de onderzoeksopzet en de onderzoeksvragen al gepresenteerd. Dit hoofdstuk richt zich op de methoden die gebruikt zijn om tot de resultaten van het onderzoek te komen. Deze resultaten zullen vanaf hoofdstuk 5 gepresenteerd worden. Hieronder worden achtereenvolgens de inclusie procedure, de dataverzameling, de instrumenten, de powercalculaties en statistische analyses beschreven van de kwantitatieve evaluatie. Daarna worden de methoden en analysetechnieken van de kwalitatieve evaluatie beschreven.

4.1. Kwantitatieve evaluatie

4.1.1. Inclusie procedure

Iedere zwangere vrouw, die potentieel zeer kwetsbaar en woonachtig was in Rotterdam, kon deelnemen aan het Programma Moeders van Rotterdam en het onderzoek. Iemand werd aangemerkt als potentieel zeer kwetsbaar wanneer zij verwezen werd naar, of zichzelf aanmeldde voor, sociale hulpverlening bij het centrale aanmeldpunt van het Programma Moeders van Rotterdam. Verschillende partijen konden potentieel zeer kwetsbare zwangeren verwijzen naar het Programma Moeders van Rotterdam. Dit waren veelal partijen uit de geboortezorg, maar ook partijen uit het sociale domein hebben vrouwen verwezen. In het kort, als een zwangere vrouw tenminste drie problemen had, verdeeld over tenminste twee leefdomeinen (*bijlage 6*), kwam zij in aanmerking voor het Programma Moeders van Rotterdam en werd een intake bij de vrouw thuis gepland. Tijdens deze intake werd de zorgbehoefte in kaart gebracht, de studie uitgelegd en gevraagd of ze wilden deelnemen aan het onderzoek. Na de intake wordt de hulpverlening opgestart bij het Programma Moeders van Rotterdam zelf (door Bureau Frontlijn) of bij een van de deelnemende Wijkteams. Zoals eerder beschreven, was hulp via de sociale Wijkteams echter niet in de hele stad beschikbaar voor deze doelgroep. Deze beschikbaarheid was leidend voor de verdeling; dus eerst werd gekeken of de vrouw terecht kon bij een deelnemend Wijkteam en als dat niet zo was, zou zij hulpverlening ontvangen door Bureau Frontlijn.

Als de (aanstaande) moeder aangaf dat zij wilde meedoen aan het onderzoek, werden de toestemmingsformulieren (*bijlage 7*) overhandigd, besproken en ondertekend. Als de moeder in kwestie een van de volgende talen niet machtig was (Nederlands, Engels, Arabisch, Pools, Turks en Spaans), kon zij niet deelnemen aan het onderzoek. Voor het krijgen van de sociale hulpverlening binnen het Programma Moeders van Rotterdam geldt deze restrictie in talen niet. Aan het onderzoek deelnemende moeders kregen een VVV-bon voor het invullen van de vragenlijsten: per meetmoment (10 euro) en een bonus (10 euro) wanneer ze op alle meetmomenten vragenlijsten hadden ingevuld (100 euro totaal). Deelname aan het onderzoek was niet voorwaardelijk voor het ontvangen van sociale hulpverlening. Wel was deelname aan het onderzoek alleen mogelijk als de sociale hulpverlening werd opgestart.

4.1.2. Dataverzameling

Binnen het Onderzoek Moeders van Rotterdam is data verzameld op verschillende manieren, verschillende momenten en van verschillende bronnen. In tabel 2 is weergegeven welke vragenlijsten of observaties er op welk van de negen meetmomenten zijn verzameld. Veel van de meetinstrumenten worden op meerdere momenten afgenomen, omdat er voorafgaand aan het

onderzoek weinig informatie beschikbaar was over de optimale termijn om verandering te bewerkstelligen. Ook kan deze termijn anders zijn voor de verschillende domeinen in het onderzoek.

Tabel 2 Meetmomenten onderzoek Moeders van Rotterdam

Meetmoment		Domein Zorgverlening	Domeinen Moeder en Kind
1	Start zorg*	•Mate van kwetsbaarheid •Zelfredzaamheid •Psychosociaal functioneren	•Depressie, Angst en Stress •Non-verbale IQ •Motivatatie voor verandering •Autonomie •Participatie •Subjectieve gezondheid •Leefstijl (o.a. roken, borstvoeding)
2	6 weken na start zorg*	-	•Depressie, Angst en Stress •Subjectieve gezondheid
3	6 weken na de geboorte	-	•Depressie, Angst en Stress •Subjectieve gezondheid •Moeder-kind interactie •Ouder-kind binding •Ouderlijk stress •Thuisituatie •Leefstijl (o.a. roken, borstvoeding)
4	6 maanden na de geboorte	•Zelfredzaamheid •Psychosociaal functioneren	•Depressie, Angst en Stress •Motivatatie voor verandering •Autonomie •Participatie •Subjectieve gezondheid •Leefstijl (o.a. roken, borstvoeding)
5	12 maanden na de geboorte	•Zelfredzaamheid •Psychosociaal functioneren	•Depressie, Angst en Stress •Motivatatie voor verandering •Autonomie •Participatie •Subjectieve gezondheid •Leefstijl (o.a. roken, borstvoeding)
6	18 maanden na de geboorte	•Zelfredzaamheid •Psychosociaal functioneren	•Depressie, Angst en Stress •Participatie •Subjectieve gezondheid •Leefstijl (o.a. roken, borstvoeding) •Gedrag van het kind
7	24 maanden na de geboorte	•Zelfredzaamheid •Psychosociaal functioneren	•Depressie, Angst en Stress •Participatie •Subjectieve gezondheid
8	Einde zorg of start nazorg**	•Zelfredzaamheid •Psychosociaal functioneren	•Depressie, Angst en Stress •Autonomie •Participatie
9	6 maanden na start nazorg**	•Zelfredzaamheid •Psychosociaal functioneren	•Depressie, Angst en Stress •Participatie •Subjectieve gezondheid

* Participant is nog zwanger op dit moment; ** Deze meetmomenten vinden plaats bij een wisseling van actieve hulpverlening naar nazorg of bij het afsluiten van de zorg. Alle meting na dit tijdstip vervallen

Meetmomenten 1 en 2 vinden plaats nog tijdens de zwangerschap en geven inzicht in de situatie van de zwangere vrouw aan het begin van de hulpverlening en na de eerste 6 weken van hulpverlening. Meetmoment 3 wordt 6 weken na de bevalling ingevuld en bij deze meting ligt de nadruk op de hechting met het kind en de ouderschapskwaliteiten. Op dit moment is voldoende routine in het zorgen voor de baby gekomen, om zo betrouwbaar mogelijke metingen te doen van deze constructen. Meetmoment 4 is op 6 maanden na de bevalling en de volgende meetmomenten zijn steeds weer 6 maanden later tot aan de tweede verjaardag van het kind. Vanaf meetmoment 4 wordt de voortgang van de zelfredzaamheid gemeten. Meetmomenten 8 en 9 zijn gekoppeld aan het afsluiten van de hulpverlening; meetmoment 8 is bij de overgang van actieve hulpverlening naar nazorg en meetmoment 9 bij het afsluiten van de nazorgfase. Afsluiten van de hulpverlening kan ook eerder plaatsvinden bijvoorbeeld 6 maanden of 1 jaar na de geboorte. Als dit het geval is worden meetmomenten 8 of 9 ingevuld en vervallen de andere meetmomenten. De gegevens voor de domeinen *Moeder* en *Kind* werden voornamelijk uitgevraagd bij de (aanstaaende) moeder, aangevuld met gegevens uit (video-)observaties. De gegevens voor het domein *Hulpverlening* werden uitgevraagd bij de betrokken zorgprofessionals (van Bureau Frontlijn of de Wijkteams). De beschrijving van de verschillende vragenlijsten en (video-)observaties staan in de volgende paragrafen beschreven. Aanvullend op deze verzamelde gegevens is er (registratie) data opgevraagd bij de obstetrische professionals over de zwangerschaps- en geboorte uitkomsten en bij het CJG Rijnmond over de groei en ontwikkeling van het kind.

4.1.3. Instrumenten

Hieronder worden per domein de verschillende gebruikte meetinstrumenten beschreven. Steeds wordt dezelfde structuur aangehouden met eerst het instrument van de primaire uitkomst, daarna de secundaire uitkomst, en tot slot de beschrijving van de overige instrumenten. Deze laatste categorie bevatten verschillende vragenlijsten, waarmee aanvullende informatie over de doelgroep is verzameld om de uitkomsten van de primaire en secundaire analyses te helpen duiden.

4.1.3.1. Domein Moeder

Binnen het domein *Moeder* wordt bijna alle informatie verzameld door vragenlijsten die de moeder zelf heeft ingevuld. De uitzondering hierop is de informatie over de zwangerschaps- en geboorte uitkomsten. Deze zijn verkregen uit het dossier van de betrokken verloskundig professional.

4.1.3.1.1. Depressie, angst en stress

Depressie, angst en stress is gemeten met de Nederlandse versie van de 21-item versie van de Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS-21).[27, 28] Er is gekozen voor deze vragenlijst omdat deze gevalideerd is in een andersoortig kwetsbare populatie (groep met verslavingsproblematiek). Andere gevalideerde vragenlijsten waren minder geschikt omdat vooral klinisch relevante depressie angst en stress meten. De DASS-21 is een zelf-rapportage tool die met 21 stellingen de mate van aanwezigheid van drie constructen (depressie, angst en stress) in kaart brengt voor de afgelopen week. Toepasbaarheid van de stellingen wordt uitgevraagd op een 4 punt schaal (score 0-3) met hogere scores wijzend op grotere toepasbaarheid van de stellingen. Per construct kan de somscore ingedeeld worden in 5 categorieën: normaal (<9 voor depressie, <7 voor angst en < 14 voor stress), mild (respectievelijk, 10-13, 8-9 en 15-18), matig (respectievelijk, 14-20, 10-14 en 19-25), ernstig (respectievelijk, 21-27, 15-19 en 26-33) en zeer ernstig (respectievelijk, ≥28, ≥20 en ≥34) De drie constructen zijn met elkaar verweven en kunnen derhalve niet afzonderlijk van elkaar geïnterpreteerd worden.

De vragenlijst is afgenomen op alle meetmomenten (*tabel 1*; meetmoment 1 t/m meetmoment 9). Voor het beantwoorden van de primaire onderzoeksvraag is een verbetering in klachten gedefinieerd als een netto verbetering in 2 categorieën over de drie constructen samen, bijvoorbeeld van ernstig naar mild. Deze verandering wordt gemeten door de scores van meetmoment 1 (start hulpverlening) af te trekken van de scores aan het einde van de hulpverlening (meetmoment 8, of het laatst beschikbare meetmoment als meetmoment 8 niet beschikbaar is).

4.1.3.1.2. Zwangerschaps- en geboorte uitkomsten

De zwangerschaps- en geboorte uitkomsten van de participanten werden opgevraagd bij de betrokken verloskundig professional. Onder zwangerschapsuitkomsten vallen de locatie van de bevalling, de manier van bevallen en maternale (moederlijke) complicaties. Onder de geboorte uitkomsten valt perinatale sterfte (babysterfte), vroeggeboorte, te laag geboortegewicht, aangeboren afwijkingen, en suboptimale start (gemeten als APGAR-score <7 op 5 minuten na de geboorte).

4.1.3.1.3. Overige vragenlijsten

De vragenlijsten die hieronder beschreven staan, zijn veelal afgenomen om de mate van, en verandering in de primaire onderzoeksvragen te helpen duiden; door te corrigeren voor verschillen in variatie tussen beide groepen en eventueel te gebruiken om subgroepen te definiëren. De vijf eerstgenoemde vragenlijsten worden gebruikt in het kader van de zelfredzaamheidsmatrix. Non-verbale IQ heeft mogelijk invloed op de te behalen mate van zelfredzaamheid. Van de motivatie voor verandering wordt verwacht dat deze de mate van verandering in zelfredzaamheid beïnvloed. De ervaren autonomie, participatie en financiële stress zijn onderdelen van zelfredzaamheid en worden gemeten vanuit het perspectief van de moeder. Net als depressie, angst en stress is subjectieve gezondheid gemeten in het kader van 'welzijn' welke opgenomen is in de Theory of Change. De leefstijl gerelateerde vragen zijn afgenomen omdat binnen de uitvoering van Programma Moeders van Rotterdam specifiek aandacht is voor deze kenmerken. Uitkomsten van deze vragenlijsten kunnen mogelijk helpen met identificeren van specifieke populaties bij wie de primaire uitkomsten anders dan verwacht zijn, of anders dan de rest van de populatie zijn.

- Non-verbale IQ werd eenmalig uitgevraagd met de RAVEN-short. Dit is een verkorte versie van de volledige Raven IQ test, bestaat uit 9 items en geeft een waardering van iemands fluïde intelligentie, ofwel logisch redeneren.[29, 30] Lagere scores op de test zijn indicatief voor een lager IQ. De scores zijn gecategoriseerd in 5 intelligentie categorieën: laag begaafd (≤ 35), beneden gemiddeld (36-46), gemiddeld (47-55), boven gemiddeld (56-58) en hoogbegaafd (≥ 59).
- Motivatie voor verandering is in kaart gebracht met een vertaling van de University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA).[31] De deelnemer start met het beschrijven van een actueel probleem waarvoor verandering nodig is, waarna met 32 vragen in kaart gebracht wordt in welke fase van verandering dit probleem zich bevindt en wat de bereidheid tot verandering is. De fases van verandering zijn precontemplatie (men erkent nog niet dat er een probleem is), contemplatie (men raakt bewust van het bestaan van het probleem), voorbereiding/actie en onderhoud. De mate van bereidheid tot verandering wordt berekend door de gemiddelde score op het domein Voorbeschouwing af te trekken van de som van de gemiddelde score op de andere 3 domeinen. Hogere somscores staan voor een grotere bereidheid tot verandering.
- Ervaren autonomie is uitgevraagd door de Adolescent Autonomie Vragenlijst (AAV).[32, 33] Deze vragenlijst bestaat uit 18 items verdeeld over de domeinen Attitude, Emotie en Functie, waarbij

op een 5-punt schaal aangegeven kan worden in hoeverre elke stelling toepasbaar is. Hogere scores geven een grotere autonomie aan.

- Maatschappelijke participatie van de deelnemende vrouwen is in kaart gebracht door middel van de Impact on Participation and Autonomy (IPA) vragenlijst.[34] Een subset van 28 vragen uit deze vragenlijst is gebruikt om de participatie van de deelnemer in kaart te brengen op het gebied van financiën, sociale contacten, werk en opleiding. Elke vraag is beantwoord op een 5-punt schaal en hogere scores geven hogere barrières voor participatie weer.
- De financiële capaciteit/stress van participanten is in kaart gebracht met de Material Needs Scale van de Conger & Elder measure of economic pressure or strain.[35] Deze schaal bestaat uit vier stellingen over de ervaren financiële capaciteit/stress om geld te besteden aan voedsel, wonen, medische zorg en kleding. Lagere scores indiceren minder (geld)problemen. In het huidige onderzoek is elke mediaan score van 3 of hoger een indicatie voor financiële stress op de verschillende domeinen. Ook is een aanvullende vraag gesteld over de bron van hun inkomsten (werk, uitkering, geen inkomen, anders, onbekend).
- Ervaren subjectieve gezondheid is gemeten met de EuroQol Visual Analog Scale (EQ-VAS).[36] Ervaren gezondheid wordt op deze schaal door participanten gemarkeerd door een stip te zetten op een verticale lijn van 10 centimeter lang, waarbij iedere millimeter correspondeert met 1 punt (scores lopen van 0 tot 100). Hogere scores staan voor een beter ervaren gezondheid.
- Leefstijl gerelateerde vragen zijn gesteld in een vragenlijst ontwikkeld door de onderzoekers zelf. Hierin wordt gevraagd naar rookgedrag, (intentie tot) borstvoeding geven, anticonceptie en samenstelling van het huishouden.

4.1.3.2. *Domein Kind*

Om de beoogde effecten van het programma op het niveau van het kind te evalueren werd er gekeken naar de kind ontwikkeling in de eerste twee jaar, hechting tussen moeder en kind en ouderschapskwaliteiten.

4.1.3.2.1. *Kind ontwikkeling*

De kind ontwikkeling is gemeten met twee instrumenten: het Van Wiechenschema en de Ages & Stages questionnaire (ASQ). De eerste wordt gebruikt als leidende uitkomstmaat en is gekozen omdat deze gebruikt wordt in de Nederlandse praktijk. Deze is helaas niet gevalideerd in een internationale context. Om de bevindingen uit dit onderzoek te kunnen publiceren in internationale literatuur is gekozen om ook de ASQ af te nemen. De resultaten van de ASQ dienen als extra kader voor de bevindingen volgens het Van Wiechenschema.

In Nederland wordt ieder kind vanaf de geboorte opgevolgd door de jeugdgezondheidszorg. Hier wordt de groei en ontwikkeling van het kind gevolgd en ook de vaccinaties van het Rijksvaccinatieprogramma worden hier verstrekt. Voor het onderzoeken van de kind ontwikkeling is in dit onderzoek primair gebruik gemaakt van de groei en ontwikkeling zoals de jeugdgezondheidszorg dit bijhoudt met het Van Wiechenschema.[37] Het Van Wiechenschema wordt bij alle kinderen die tijdens de reguliere controles het Centrum voor Jeugd en Gezin bezoeken afgenomen door een (hiervoor getrainde) jeugdarts op een aantal standaard meetmomenten (4 weken, 8 weken, 3 maanden, 6 maanden, 9 maanden, 12 maanden, 15 maanden). Met dit schema kan de kwaliteit van de ontwikkeling gevolgd worden zoals de fijne motoriek, adaptatie, persoonlijkheid en sociaal gedrag van het kind. Zo kunnen ontwikkelingsstoornissen vroegtijdig opgespoord worden. Een afwijking van dit schema op enig moment vanaf de geboorte tot de leeftijd van 2 jaar wordt in dit onderzoek gerekend als een afwijkende ontwikkeling.

Daarnaast is ook de Ages & Stages Questionnaire (ASQ) ingevuld.[38] Dit instrument bestaat uit verschillende opdrachten voor het kind en brengt daarmee de ontwikkelgebieden communicatie, grove en fijne motorische vaardigheden, problemen oplossen en persoonlijke-sociale vaardigheden in kaart. De ASQ-3 werd afgenomen door de onderzoekers in de huisomgeving op een leeftijd van 12 maanden. De volgende afkapwaarden worden aangeraden: communicatie: 15,64, grove motorische vaardigheden: 21,49, problemen oplossen: 27,32 en persoonlijke-sociale vaardigheden: 21,73. Een score onder de afkapwaarden indiceert dat er op dat domein mogelijk sprake is van een vertraging in de ontwikkeling. Deze lijst is internationaal gevalideerd en evalueert de ontwikkeling van een kind ten opzichte van klinische referentiewaardes.

4.1.3.2.2. Ouderschapskwaliteiten

De Nederlandse *Infant Caregiving Assessment Scales* (INCAS) [39] werd gebruikt om te meten of Moeders van Rotterdam leidde tot een verbetering van de opvoedvaardigheden van de deelnemende moeders in het eerste jaar na de geboorte van haar kind. De INCAS is een gevalideerde adaptatie van een Australisch observatie-instrument, ontwikkeld om de opvoedvaardigheden van moeders met psychiatrische problemen in kaart te brengen.[40] De INCAS-scores zijn nadrukkelijk niet bedoeld als 'beoordeling', maar geven een indicatie wanneer ondersteuning bij de opvoeding wenselijk is en op welke domeinen deze ondersteuning het beste kan worden geboden. In deze gestructureerde observatieprocedure worden de opvoedvaardigheden van zeer kwetsbare moeders in het eerste jaar na de bevalling in kaart gebracht op twee domeinen: emotionele en instrumentele verzorging. *Emotionele opvoedvaardigheden* zijn van belang voor een veilige gehechtheidrelatie tussen moeder en kind. Een moeder met adequate emotionele opvoedvaardigheden toont affectie naar haar kind, reageert gepast en afgestemd op zijn/haar behoeften, toont empathie, begrijpt wat er in het kind omgaat en wat het kind nodig heeft en is in staat om het kind te troosten en gerust te stellen. De *instrumentele opvoedvaardigheden* zorgen ervoor dat de moeder een veilige opvoedomgeving biedt. Moeders met adequate instrumentele vaardigheden waarborgen de veiligheid en gezondheid van het kind, bieden goede fysieke verzorging door competent (fysiek) handelen en door gerichte aandacht, voorzien in de basisbehoeften van het kind en zijn voldoende zorgvuldig om verzorging van goede kwaliteit te bieden.

Moeders en hun baby werden geobserveerd rond 6 tot 7 weken na de geboorte tijdens vier verzorgingsmomenten in de thuissituatie: de baby in bad doen, aankleden/uitkleden, voeden en een luier verschonen. Bij de observaties op de leeftijd van 1 jaar werden dezelfde verzorgingsmomenten in kaart gebracht. De observaties werden op video opgenomen en achteraf beoordeeld door getrainde codeurs op verschillende deelaspecten van emotionele- en instrumentele opvoedvaardigheden (passend bij de leeftijd van het kind ten tijde van de observatie) met een score van 0-4. Hogere scores betekenen betere opvoedvaardigheden. Bij een score van 0 tot 2 zijn de participanten nog onvoldoende opvoedvaardig en is ondersteuning wenselijk tot noodzakelijk; bij een score vanaf 3 is zijn de opvoedcapaciteiten van de moeder 'voldoende'.

4.1.3.2.3. Overige vragenlijsten

Naast de kind ontwikkeling en ouderschapskwaliteiten zijn er ook gegevens verzameld over de vaccinatie status, groei van het kind en het gedrag van het kind. Deze gegevens worden gebruikt als aanvulling en verdieping op de primaire analyses op het *domein Kind*. Afwijkende groei en kans op ziekte (op basis van vaccinatiestatus) kan de ontwikkeling van het kind beïnvloeden. De *Child Behaviour Checklist* (CBCL) geeft aanvullend inzicht op het temperament en de vaardigheden van het kind, welke ook samenhangen met de kind ontwikkeling.

- De standaard momenten vanuit het Rijksvaccinatieprogramma zijn voor zover van toepassing, opgevraagd: 3 maanden, 5 maanden, 11 maanden en 14 maanden. Indien moeder tijdens de zwangerschap niet was gevaccineerd voor kinkhoest, kreeg het kind nog een extra vaccinatie bij 2 maanden. Per kind werd gekeken welke vaccinaties er waren toegediend. Een kind dat alle vaccinaties volgens het schema heeft ontvangen wordt gezien als volledig gevaccineerd en een kind dat een of meerdere vaccinaties mist als gedeeltelijk (of niet) gevaccineerd
- De groei van het kind is bestudeerd met behulp van de meet- en weeggegevens die de jeugdgezondheidszorg verzamelt tijdens bezoeken op het consultatiebureau. Standaardmomenten zijn: 3 weken, 3 maanden, 5 maanden, 11 maanden 14 maanden. De lengte, gewicht en hoofdomtrek werden per meetmoment vergeleken met de landelijke referentie curves om eventuele afwijkingen te kunnen identificeren.
- Het gedrag van het kind is in kaart gebracht met de *Child Behaviour Checklist*.^[41] Deze vragenlijst meet probleemgedrag en vaardigheden van kinderen en werd ingevuld door de moeder wanneer haar kind 18 maanden oud was. Bij elk probleem gaf de moeder op een drie-puntenschaal aan in hoeverre dit probleem in de afgelopen twee maanden aanwezig was. De score geeft aan tot in hoeverre er sprake is van psychiatrische problematiek volgens twee schalen (DSM (diagnostisch en statistisch handboek van psychische stoornissen) en syndromen). Participanten vallen op basis daarvan in de groep 'klinisch verhoogde score', 'grensgebied', 'normale score'.

Moeders die aangaven deel te willen nemen aan de INCAS, hebben een aantal aanvullende vragenlijsten gekregen bij 6-7 weken na de geboorte. Deze lijsten zijn geanalyseerd om de uitkomsten van de INCAS te helpen duiden en zijn beschikbaar voor een beperkt aantal moeders.

- De Nijmeegse Ouderlijke Stress Index (NOSI)^[42] is gebruikt om in kaart te brengen in hoeverre moeders opvoedstress ervaren en hoe competent zij zich als ouder voelen. De lijst is niet volledig van toepassing bij de leeftijd van 6-7 weken en daarom zijn alleen onderdelen van de lijst uitgevraagd die wel van toepassing zijn op deze leeftijd. Opvoed stress en competentie werd gescoord op basis van stellingen op een 6 puntschaal (1-6). Voor opvoedstress geldt, hoe hoger de score hoe meer stress. Bij competentie betekenen hogere scores meer competentie.
- De Mother and Baby Scales (MABS)^[43] is ontwikkeld om de zelf gerapporteerde ouderschap competentie in kaart te brengen. Via 36 stellingen kan de ouder de mate van competentie van haar/hemzelf en het temperament van het kind aangeven op een 5-punt schaal, met hoe hoger de score hoe meer de stelling toepasbaar is.
- De verbondenheid met hun baby is gemeten met de Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ).^[44] Dit instrument wordt gebruikt als een screening voor een mogelijke verstoorde moeder-kind relatie en gaat in op de volgende vier deelgebieden: problemen in de verbondenheid, afwijzing en pathologische woede, kindgerichte angst en beginnende mishandeling. De toepasbaarheid van 25 stellingen kan worden aangegeven op een 6-punt schaal van Altijd toepasbaar tot Nooit toepasbaar.
- De CHAOS vragenlijst^[45] is gebruikt om de structuur in het huishouden in kaart te brengen. Moeders gaven aan hoe gestructureerd of chaotisch hun huishouden is. Via 15 stellingen kan iemand op een 4 punt schaal aangeven in hoeverre de stelling van toepassing is. Hoe hoger de score, hoe minder structuur er is in het huishouden.

4.1.3.3. Domein Hulpverlening

Informatie over het verloop van het hulpverleningstraject is verzameld bij de betrokken hulpverleners bij Bureau Frontlijn en de Wijkteams. De mate van zelfredzaamheid en psychosociaal functioneren zijn verkregen door middel van vragenlijsten. De duur van de hulpverlening is berekend vanuit de onderzoek administratie, aangevuld met informatie uit de registratie van de betrokken sociale zorg professionals.

4.1.3.3.1. Zelfredzaamheid

De mate van zelfredzaamheid werd gemeten met de 'Zelfredzaamheidsmatrix' (ZRM),[46, 47] die de betrokken hulpverleners op meerdere momenten hebben ingevuld. De ZRM meet zelfredzaamheid op 11 domeinen die alle belangrijke gebieden van dagelijks functioneren bevatten (inkomen, dagbesteding, huisvesting, huiselijke relaties, geestelijke gezondheid, fysieke gezondheid, verslaving, activiteiten dagelijks leven, sociaal netwerk, maatschappelijke participatie en justitie). De domeinen worden gescoord op een 5-puntsschaal, waarbij hogere scores staan voor een hogere mate van zelfredzaamheid. Een score beneden 4 werd gezien als niet zelfredzaam voor dat betreffende domein. De 11 domeinen samen bepalen of iemand volledig zelfredzaamheid is of niet. Om volledig zelfredzaam te zijn moet de moeder op alle domeinen een score van 4 of hoger hebben. Voor het primaire eindpunt van het *domein Hulpverlening* is gekeken naar het percentage participanten dat volledig zelfredzaam is aan het einde van het hulpverleningstraject (meetmoment 8 of het laatst beschikbare meetmoment als meetmoment 8 niet beschikbaar is).

4.1.3.3.2. Overige vragenlijsten

De vragenlijsten die hieronder beschreven staan zijn afgenomen om de mate van, en verandering in de zelfredzaamheidsmatrix te helpen duiden. Hoewel psychosociaal functioneren ook uit andere vragenlijsten naar voren komt is de HoNOS afgenomen om dit vanuit het perspectief van de betrokken hulpverlener te verzamelen. Van de duur van de hulpverlening wordt verwacht dat dit gerelateerd is aan de mate van, en verandering in zelfredzaamheid.

- Het psychosociaal functioneren van de participanten in de afgelopen twee weken werd gemeten met de Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS).[48, 49] In deze vragenlijst scoorde de hulpverlener 16 items tussen 0 (geen probleem) en 4 (ernstige problemen). Elk item hoort bij een van de vier subschalen; 'gedrag', 'beperkingen', 'symptomatologie' en 'sociale problemen'. Voor de analyses binnen dit onderzoek zijn de scores per subschaal en de totaalscore berekend. Een afwijking is aanwezig wanneer de gemiddelde scores overeenkomen of hoger zijn dan de referentieswaardes (1,45 voor 'gedrag', 1,83 voor 'beperkingen', 3,73 voor 'symptomatologie', 4,41 voor 'sociale problemen' en 11,00 voor de totale score).
- De duur van de hulpverlening werd berekend door het verschil tussen de datum van de start van de hulpverlening en de datum bij het einde van het hulpverleningstraject te berekenen. Deze gegevens waren beschikbaar vanuit de eigen onderzoek administratie. Als dit missend was in de eigen administratie werden gegevens aangevuld met gegevens uit het hulpverleningsdossier van de betrokken zorgverlener.

4.1.4. Benodigde aantal participanten

Voor de start van kwantitatief onderzoek, waarin twee aanpakken van sociale hulpverlening met elkaar worden vergeleken, wordt er bepaald hoeveel participanten nodig zullen zijn om een statistisch relevant verschil aan te kunnen tonen. Bij de berekening is uitgegaan van een toegestane foutmarge van 5% ($\alpha = 0.05$) en een power van 80% ($\beta = 0.20$). Het Onderzoek Moeders van

Rotterdam bestaat uit drie domeinen en voor elk domein is er eerst berekend hoeveel participanten nodig zijn door middel van zogenoemde sample size calculaties. Voor het totale aantal benodigde participanten wordt dan uitgegaan van het hoogste aantal van deze drie berekeningen.

Voor het *domein Moeder* staat een vermindering van depressie, angst en stress, gemeten met de DASS-21, centraal. Bij de berekening van de benodigde sample size werd aangenomen 50% voor de participanten begeleid door Bureau Frontlijn en 40% voor participanten begeleid door de Wijkteams een netto vermindering van klachten zou doormaken was. Om dit als statistisch verschillend aan te tonen, zijn er 384 participanten per groep nodig (768 totaal).

Voor het *domein Kind* staat een optimale ontwikkeling van de kinderen centraal, waarbij het percentage kinderen dat een afwijkende ontwikkeling laat zien vergeleken wordt met de algehele Nederlandse populatie. De schatting was dat 20% van de gehele groep op enig moment (en op tenminste een domein) tot en met de leeftijd van 1 jaar zou afwijken in de ontwikkeling volgens het Van Wiechenschema. Er is ingeschat dat de aanpak van Bureau Frontlijn dit percentage vermindert naar 12,5%, waar dit op 20% blijft voor de Wijkteam aanpak (20%). Om dit als statistisch verschillend aan te tonen, zijn er 376 kinderen per groep nodig (752 totaal).

Voor het *domein Hulpverlening* is de aanname dat meer participanten aan Moeders van Rotterdam volledig zelfredzaam (gemeten met de ZRM) zouden zijn bij het einde van de hulpverlening (12,5%) dan de participanten die hulpverlening uit het Wijkteam ontvingen (7,5%). Om dit als een statistisch verschil aan te tonen, zijn er 561 participanten per groep nodig (1122 totaal).

Van de drie domeinen is het benodigde aantal participanten voor het *domein Hulpverlening* het grootst en dus leidend. Dit aantal komt neer op 281 te includeren participanten per jaar. Op basis van de berekening van de prevalentie van zeer kwetsbare vrouwen in Rotterdam (zie 2.3.2) zou dit haalbaar moeten zijn.

4.1.5. Statistische analyses

Bij de opzet van de studie was gekozen om bij alle primaire analyses te corrigeren voor verschillen tussen de groep van moeders die begeleid worden door Bureau Frontlijn en de Wijkteams door middel van propensity score matching. Bij propensity score matching wordt eerst een statistisch model gemaakt om de kans op toewijzing tot een van beide groepen te bepalen. In dit model wordt het behoren tot de groep begeleid door Bureau Frontlijn (of Wijkteam) als uitkomstvariabele gebruikt. Alle beschikbare gegevens worden als voorspellers van deze uitkomst toegevoegd aan het model. Met dit model wordt voor iedere participant de kans om begeleid te worden door Bureau Frontlijn berekend, de zogenoemde propensity score. Participanten die begeleid worden door Bureau Frontlijn worden gekoppeld aan participanten met dezelfde propensity score die begeleid worden door de Wijkteams. Zo ontstaan steeds koppels van participanten die door de verschillende organisaties begeleid worden, maar dezelfde kans op begeleiding door Bureau Frontlijn hebben. In de analyses wordt het effect steeds binnen ieder koppel bepaald en samengenomen om zo tot het totale groepseffect te komen. Door te analyseren op koppel-niveau worden overkoepelende groepsverschillen ondervangen wat de mogelijke vervuiling van het gevonden effect verkleint.

Met de beoogde aantallen was dit de geprefereerde methode. In de praktijk zijn deze aantallen niet gehaald en is de methode niet mogelijk omdat de groepen ongelijk qua grootte zijn wat het maken van de koppels de beschikbare aantallen voor de analyses nog verder verkleint. Hieronder staan de daadwerkelijk gebruikte analysetechnieken voor de beantwoording van de onderzoeksvragen beschreven.

De beschrijving volgt dezelfde structuur als bij de beschrijving van de instrumenten: per domein wordt eerst de primaire analyse beschreven, gevolgd door eventuele additionele analyses met de primaire uitkomst. Daarna volgen de analyses met de secundaire uitkomst. Voor alle vergelijkingen wordt een p-waarde < 0.05 gehanteerd als significant verschillend.

Alle items benoemd bij de overige vragenlijsten zijn beschrijvend geanalyseerd, dat wil zeggen de aantallen en percentages of gemiddelde en mediaan scores zijn berekend en gepresenteerd. Dit is gedaan voor de totale groep en gestratificeerd naar zorgorganisatie.

4.1.5.1. *Domein Moeder*

4.1.5.1.1. *Depressie, angst en stress*

De primaire analyses voor de uitkomst van depressie angst en stress is een logistische regressie met het wel of niet doorgemaakt hebben van een netto verbetering bij einde hulpverlening ten opzichte van de start van de hulpverlening als uitkomstmaat (ja/nee variabele). Een netto verbetering is gedefinieerd als een verbetering van tenminste een categorie op een van de constructen depressie angst en stress (zie 4.3.1.1). De belangrijkste determinant in deze analyse is de begeleiding door het Programma Moeders van Rotterdam of de Wijkteams. Daarnaast worden de vragenlijst scores bij de start van de hulpverlening (DASS-21 op meetmoment 1), het aantal probleem domeinen op de kruisjeslijst en de totale duur van de hulpverlening (in maanden) toegevoegd als determinant. Als additionele analyse is het verloop van de DASS-21 uitkomsten over tijd beschreven en weergegeven in een figuur.

4.1.5.1.2. *Zwangerschap- en geboorte uitkomsten*

De gegevens uit de registratie van de geboortezorgprofessionals zijn omgerekend naar aantallen en percentages. Daarna is voor elke uitkomst de prevalentie per 1000 geboortes berekend, inclusief het bijbehorende betrouwbaarheidsinterval. Voor de interpretatie van de gevonden prevalenties zijn de landelijke en Rotterdamse prevalenties van dezelfde uitkomsten berekend op basis van de gegevens van Perined. Bij de presentatie van deze uitkomsten wordt niet gekeken naar de verschillen tussen beide aanpakken, aangezien een groot deel van de (aanstaande) moeders pas halverwege de zwangerschap in beeld komt en het dus niet realistisch is om effecten van de hulpverlening op de uitkomsten te verwachten. Ook zouden er gegevens van duizenden geboortes nodig zijn om dit te kunnen analyseren. Wel worden de uitkomsten in de context van de algehele Nederlandse populatie geplaatst.

4.1.5.2. *Domein Kind*

4.1.5.2.1. *Kind ontwikkeling*

Voor de primaire analyses is het aantal kinderen met een afwijkende ontwikkeling vergeleken tussen beide aanpakken van sociale hulpverlening. Omdat er een te laag aantal kinderen was waarvan zowel de kind ontwikkeling als bijvoorbeeld geboorte uitkomsten beschikbaar was, is er geen statistisch model gemaakt om de verschillen te toetsten en te corrigeren hiervoor. De gepresenteerde resultaten zullen de groep kinderen zo goed mogelijk beschrijven en aangeven waar afwijkingen van de Nederlandse referentiewaardes optreden. Voor de kind ontwikkeling op basis van de ASQ geldt hetzelfde; het aantal kinderen met een afwijkende ontwikkeling is vergeleken met de referentiewaardes zonder onderscheid naar aanbieders van sociale hulpverlening.

4.1.5.2.2. *Ouderschapskwaliteiten*

De scores van de verschillende aspecten in de INCAS-observaties zijn samengevat in een totale INCAS-score en gesplitst in de domeinen emotionele en instrumentele opvoedvaardigheden. Deze

scores worden gepresenteerd voor de hele groep met INCAS-observaties en gestratificeerd naar begeleiding door Moeders van Rotterdam en de Wijkteams. Daarnaast is er gekeken of er een verandering over tijd heeft plaatsgevonden, dat wil zeggen of de INCAS-scores verbeterd zijn tussen de meting bij 6-7 weken en bij 12 maanden. Tot slot zijn de gemiddelde scores en percentages voor de verschillende vragenlijsten (zie overige vragenlijsten *domein Kind*) berekend.

4.1.5.3. Domein Hulpverlening

4.1.5.3.1. Zelfredzaamheid

Voor de primaire analyses is bepaald of moeders volledig zelfredzaam zijn aan het einde van het hulpverleningstraject. Hiervoor is een logistische regressieanalyse uitgevoerd met volledige zelfredzaamheid als uitkomstmaat. Als belangrijkste determinant in deze analyse is de begeleiding door het Programma Moeders van Rotterdam of de Wijkteams toegevoegd. Daarnaast wordt er rekening gehouden met de vragenlijst scores bij de start van de hulpverlening, het aantal probleem domeinen op de kruisjeslijst en de totale duur van de hulpverlening (in maanden). Als additionele analyse werd het verloop van de zelfredzaamheid over tijd beschreven, zowel voor de hele groep als voor de beide zorgorganisaties apart.

4.2. Kwalitatieve evaluatie

Om de vijf vragen uit de kwalitatieve evaluatie te beantwoorden zijn er meerdere focusgroep interviews gehouden onder verschillende groepen van betrokkenen. Hieronder wordt eerst de methode van dataverzameling besproken, gevolgd door een beschrijving van de analysemethode van de data.

4.2.1. Methode

De focusgroep interviews zijn gehouden met vijf groepen van betrokkenen bij het Programma Moeders van Rotterdam: deelnemende moeders, sociale zorgprofessionals van Bureau Frontlijn, sociale zorgprofessionals van de Wijkteams, verwijzende zorgprofessionals, en studenten die stageliepen bij Bureau Frontlijn. In totaal zijn er 26 focusgroep interviews gehouden, waarvan vijf met deelnemende moeders, zes met hulpverleners van Bureau Frontlijn, drie met hulpverleners van de Wijkteams, vijf met geboortezorgprofessionals en zeven met stagiaires. Het aantal deelnemers per focusgroep interview verschilde per groep betrokkenen en per keer. De focusgroepen duurden ongeveer 90 minuten en in elk interview werden in ieder geval de volgende onderwerpen besproken: sterke en verbeterpunten van het Programma Moeders van Rotterdam, samenwerking tussen het medische en sociale domein, en de inzet van studenten in de begeleiding van zeer kwetsbare (zwangere) vrouwen. Daarnaast werd er dieper ingegaan op onderwerpen die specifiek voor de geïnterviewde groep van belang zijn, zoals hoe de hulpverlening ervaren wordt bij de doelgroep moeders, en hoe het is om stage te lopen in de context van zeer kwetsbare vrouwen voor de doelgroep studenten. Om de verschillende vragen te beantwoorden zijn steeds de bevindingen over dat onderwerp per doelgroep samengenomen om zo de verschillende perspectieven over dat onderwerp te belichten.

Toestemming voor het gebruik van de gegevens uit de focusgroep interviews werd mondeling door de interviewer aan de participanten gevraagd en vastgelegd op de audio-opname die ook gebruikt werd voor de rest van dat interview. De interviewer vroeg tijdens de focusgroep interviews verschillende onderwerpen tegelijk uit, maar lette er tevens op dat er niet te veel onderwerpen aan

bod kwamen. Op deze manier kon iedereen vertellen wat hij of zij wilde. Deelnemende moeders kregen een vergoeding van een VVV-bon van 10 euro voor hun bijdrage.

De geluidsopnames zijn letterlijk getranscribeerd waarbij herleidbare gegevens van de participanten eruit gelaten zijn om anonimiteit te waarborgen. Voor de controle op volledigheid en validiteit van de transcripties, zijn de focusgroep interviews getranscribeerd door twee onderzoekers. De validiteit is verder geoptimaliseerd door zogenaamde member-checks, waarbij de participanten hun eigen teksten kregen toegestuurd voor eventueel commentaar of aanvullingen.

4.2.2. Analyse

De gegevens uit de focusgroep interviews zijn bewerkt en geanalyseerd door middel van de framework methode.[50] Deze methode biedt een structurele en stapsgewijze aanpak voor het managen en analyseren van data uit focusgroep interviews en bestaat uit 7 stappen:

1. Data transcriberen (letterlijk uitschrijven van opgenomen focusgroep interviews);
2. Affiniteit krijgen met de inhoud (zorgvuldig lezen van transcripten);
3. Inhoud coderen (labelen van passages in de transcripten, die van waarde zijn voor beantwoording van de onderzoeksvragen);
4. Analytisch kader ontwikkelen (samenvoegen van labels onder overkoepelende thema's);
5. Het analytisch kader toepassen (de gelabelde teksten samenvoegen per thema);
6. Data structureren en samenvatten (rubriceren van passages en quotes in tabel);
7. De data interpreteren.

De wijze van codering en interpretatie is geleid door de vooraf vastgestelde onderzoeksvragen. Zo werden er voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag over de ervaren toegankelijkheid van het Programma Moeders van Rotterdam specifiek passages gecodeerd die iets vertelden over de toegankelijkheid. Binnen deze overkoepelende code werden labels samengevoegd die iets zeiden over bijvoorbeeld het aanmeldpunt of bereikbaarheid voor telefonisch overleg. Daarnaast is er ook kritisch naar de teksten gekeken om eventuele onverwachte bevindingen niet over het hoofd te zien. Voor elk van de onderzoeksvragen zijn de bevindingen uit van alle 5 groepen participanten samengenomen om zo meerdere perspectieven over het onderwerp vorm te kunnen geven.

5. Resultaten – Kwantitatieve evaluatie

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het kwantitatieve gedeelte van het onderzoek besproken. Eerst worden de achtergrondkenmerken van de studiepopulatie besproken. Daarna volgen de resultaten van het *domein Moeder*, het *domein Kind* en het *domein Hulpverlening*.

5.1. Achtergrondkenmerken studiepopulatie

Tussen 2016 en 2020 werden er in totaal 2099 potentieel zeer kwetsbare vrouwen aangemeld bij het aanmeldpunt. Bij 1574 (75%) van deze vrouwen vond er een intake plaats. Na de intake is een groot aantal vrouwen (N=686) uitgevallen om diverse redenen, waaronder niet zeer kwetsbaar (dat wil zeggen enkelvoudige problematiek) of vanwege zorg door CJG Rijnmond zoals bijvoorbeeld Voorzorg. Van deze groep vrouwen zijn geen gegevens voor het onderzoek beschikbaar.

Na de intake werden 868 zeer kwetsbare vrouwen geïnccludeerd in het onderzoek. In **Tabel 3** is het aantal inclusies per jaar weergegeven en uitgesplitst naar het soort onderzoek (volledig onderzoek en zorgevaluatie) en zorgaanbieder (Bureau Frontlijn en de Wijkteams). De zeer kwetsbare moeders die hebben deelgenomen aan het onderzoek zullen in het vervolg van dit hoofdstuk geduid worden als participanten en/of studiepopulatie. Bij zes van deze zeer kwetsbare moeders geteld onder het volledige onderzoek, bleek achteraf toch geen hulpverleningstraject opgestart te zijn. Deze moeders zijn achteraf geëxcludeerd, met uiteindelijk 862 participanten beschikbaar voor de analyses, waarvan 445 participanten ook deelnamen aan het volledig onderzoek. De overige 417 participanten namen alleen deel aan de zorgevaluatie.

Tabel 3. Inclusies in het Onderzoek Moeders van Rotterdam

Jaar	2016	2017	2018	2019	2020	Totaal	
						N	%
Totaal aantal inclusies	123	213	254	166	112	868	
Moeders van Rotterdam	91	132	145	93	90	551	63,3%
Wijkteam	32	81	109	73	22	317	36,7%
Alleen volledig onderzoek							
Moeders van Rotterdam	60	79	83	40	24	286	63,3%
Wijkteam	19	55	60	26	5	165	36,7%
Alleen zorgevaluatie							
Moeders van Rotterdam	31	53	62	53	66	265	63,3%
Wijkteam	13	26	49	47	17	152	36,7%

5.1.1. Vergelijking studiepopulatie met de algemene populatie

Tabel 4 toont de achtergrondkenmerken van de totale studiepopulatie (N=862) en de vergelijking met de algemene populatie. De participanten waren over het algemeen jonger (gemiddeld 27,5 jaar) en woonden relatief vaker in achterstandswijken (64%) vergeleken met vrouwen in Rotterdam en Nederland. In 86% van de moeders was de Nederlandse taal van dusdanig niveau dat de hulpverlening in het Nederlands verleent kon worden. Bij de overige 14% was hulpverlening in een

andere taal noodzakelijk. Bij aanmelding voor sociale hulpverlening was voor het merendeel van de participanten de Nederlandse taal (86%) als voertaal genoteerd.

Tabel 4. Achtergrondkenmerken studiepopulatie en algemene populatie

	Studiepopulatie	Rotterdam*	Nederland*
Aantal bevallingen in de periode 2016-2020	N=862	N= 34009	N= 813755
Leeftijd (gemiddeld in jaren, range)	27,5 (15-53)	30,68	30,78
Wonende in een achterstandswijk**	547 (64,0)	12564 (37,0)	54881 (7,0)
Gesproken taal			
Nederlands	742 (86,0)		
Engels	33 (4,0)		
Arabisch	64 (7,0)		
Pools	7 (0,8)		
Turks	2 (0,2)		
Spaans	6 (0,7)		
Anders/ onbekend	8 (1,0)		
Zwangerschapsduur bij aanmelding (gemiddeld in weken, range)	20,7 (4-40)		
Eerste trimester	197 (23,0)		
Tweede trimester	398 (46,0)		
Derde trimester	267 (31,0)		
Verwijzers			
Obstetrische professional (1 ^{ste} & 2 ^{de} /3 ^e lijn)	483 (56,0)		
Anders, bijvoorbeeld scholen	159 (19,0)		
Zelfmelders	106 (12,0)		
Sociaal domein professional	35 (4,1)		
Kraamzorg	35 (4,1)		
Centrum voor Jeugd en Gezien	14 (1,6)		
Onbekend	30 (3,5)		
Data weergegeven als frequentie (%), tenzij anders aangegeven; * Voor deze data is gebruik gemaakt van de PERINED database; ** Gebaseerd op de postcode van woonadres op het moment van aanmelding (NZa)			

Gemiddeld genomen waren de participanten 20 weken en 5 dagen zwanger, wat varieerde tussen de 4 en 40 weken. De participanten werden in 56% van de gevallen aangemeld voor sociale hulpverlening door obstetrische professionals (zowel 1^e lijn als 2^e of 3^e lijn zorg) en 12% van de participanten hebben zichzelf aangemeld.

5.1.2. Geïdentificeerde problemen bij aanmelding en intake

Tabel 5 toont de vergelijking tussen geïdentificeerde problemen tijdens de aanmelding (door verwijzer) en de intake (door Moeders van Rotterdam medewerker), uitgesplitst naar hulpverlening door Bureau Frontlijn of de Wijkteams. De kruisjeslijst was in totaal beschikbaar voor 831 participanten (96% van alle participanten) bij zowel de aanmelding als de intake.

Tabel 5. Vergelijking van geïdentificeerde problematiek bij aanmelding en intake, gestratificeerd naar Moeders van Rotterdam en Wijkteam

	Aanmelding		Intake	
	Moeders van Rotterdam (N=526)	Wijkteam (N=305)	Moeders van Rotterdam (N=526)	Wijkteam (N=305)
Zwangerschap	46,4	48,5	62,0	49,5
Ongecontroleerde zwangerschap	8,0	9,5	7,2	4,6
Jong en/of onwetend moeder-/zwangerschap	25,7	22,0	37,6	29,5
Medische problematiek bij ongeborene	4,8	5,2	6,3	3,9
Negatieve beleving van de zwangerschap	6,5	7,2	9,5	7,2
Angst voor de bevalling	8,7	10,8	20,9	11,8
Geen reële verwachtingen moederschap	5,1	3,9	4,6	4,3
Ongezonde leefstijl	12,5	8,5	12,0	6,6
Wonen	41,4	37,0	47,3	40,0
Dakloos	6,8	4,9	4,6	2,3
Thuisloos	20,5	14,1	28,3	15,7
Dreigende huisuitzetting	10,6	7,9	9,3	6,2
Geen gas/water/licht	0,6	1,0	0,2	0,7
Achterstallig onderhoud	5,3	5,9	5,7	7,9
Onhygiënische/ onveilige woning	5,1	7,2	8,0	11,5
Illegale situatie	8,2	7,2	12,2	11,1
Administratie & financiën	73,8	73,1	75,9	76,4
Onvoldoende inkomen	65,2	63,6	58,4	58,0
Schulden	33,1	34,4	52,5	54,4
Werk & opleiding	46,0	44,9	52,5	53,8
Ongewenst werkloos >3mnd	21,9	23,6	14,6	16,7
Geen zinvolle dagbesteding	15,0	15,4	15,4	16,1
Analfabeet	1,9	2,3	1,5	1,6
< 7 jaar onderwijs gevolgd	2,9	3,9	7,8	4,6
Alleen basisonderwijs	9,5	4,6	11,4	12,1
Geen startkwalificatie	15,8	12,5	27,9	30,2
Data zijn weergegeven als percentages. Percentages vermeld per domein (blauwe lijn) komt niet overeen met de som van de losse problemen uit dat domein omdat meerdere problemen per				

Tabel 5. Vervolg				
Opvoeding	50,8	48,2	73,6	68,5
Hechttingsproblemen	2,3	3,6	2,7	1,6
Opvoedproblemen (verwacht)	8,9	9,5	10,6	10,5
(Dreigende) uithuisplaatsing kind(eren)	2,5	1,6	2,7	3,9
Jeugdbeschermingsmaatregel in gezin	3,2	3,6	3,8	4,3
Geen/onvoldoende baby-uitzet	44,9	40,3	68,6	63,0
Gezondheid	60,5	65,2	77,6	76,4
Lichamelijke problemen	12,0	12,1	18,1	19,0
Afwijkend lichaamsgewicht	3,4	4,3	4,4	3,3
Roken	9,1	12,8	13,9	13,4
Softdrugsgebruik	3,0	4,6	3,4	3,9
Harddrugsgebruik	1,3	1,3	0,4	1,0
Alcoholgebruik	1,1	1,6	1,1	0,7
Psychische problemen	15,2	17,4	18,4	18,0
Veel stress	48,3	48,9	64,8	61,6
Geen zorgverzekering	8,0	7,5	10,8	6,2
Licht verstandelijke beperking (LVB)	1,7	2,0	4,2	5,6
Sociaal functioneren	80,6	76,4	82,5	78,7
Zwak sociaal netwerk	54,9	47,2	50,8	44,3
Alleenstaande moeder	39,9	41,0	43,0	43,0
Zwakke communicatieve vaardigheden	19,0	16,1	17,3	11,8
Taal onmachtig	29,5	25,9	31,7	25,9
Niet zelfredzaam	18,1	17,0	12,4	9,5
Moeite met huishoudelijke taken	5,5	6,6	5,7	6,6
Veiligheid	11,6	11,1	21,5	23,0
Detentie (verleden) moeder	1,1	1,3	3,4	3,0
Detentie (verleden) vader	2,7	2,3	4,6	3,9
Illegale verblijfsstatus	2,7	3,3	4,8	3,6
Huiselijk geweld	6,8	5,9	10,5	14,4
Data zijn weergegeven als percentages. Percentages vermeld per domein (blauwe lijn) komt niet overeen met de som van de losse problemen uit dat domein omdat meerdere problemen per				

Over het algemeen valt op dat de geïdentificeerde problemen zeer divers zijn, zowel tijdens de aanmelding als de intake. Bij de intake identificeerden de Moeders van Rotterdam medewerkers relatief het vaakst problemen zoals onvoldoende babyuitzet (66,5%), veel stress (63,9%), onvoldoende inkomen (59,0%) en schulden (53,7%) werden. Ook bij de verwijzers werden deze problemen het vaakst geïdentificeerd, alleen minder vaak dan na de intake.

Het mediane aantal problemen dat werd aangekruist bij de intake was 6, verdeeld over 4 domeinen. Dit was hetzelfde voor beide groepen. De domeinen 'Zwangerschap', 'Wonen', 'Opvoeding' en 'Sociaal functioneren' worden vaker gescoord bij de groep onder begeleiding van Bureau Frontlijn en de domeinen 'Veiligheid' en 'Werk en Opleiding' vaker bij de Wijkteams. Er was bij beide groepen een grote verscheidenheid aan combinaties van problemen, echter zonder een duidelijk patroon van samenhang hiertussen. Door deze grote variatie in problemen binnen de groepen participanten bij

Bureau Frontlijn en de Wijkteams is niet goed te bepalen of deze variatie voor een vervuiling in de uitkomsten van de effectanalyses zorgt (confounding).

5.2. Resultaten domein *Moeder*

In deze paragraaf worden de resultaten van het *domein Moeder* besproken. Participanten die mee hebben gedaan aan het volledig onderzoek (N=447) werden verzocht maximaal zeven gevalideerde vragenlijsten in te vullen op de 9 meetmomenten van het onderzoek (zie ook tabel 1 in de Methoden). De respons verschilt per vragenlijst. De respons neemt af per meetmoment door verschillen in duur van de hulpverleningstrajecten; veel moeders waren eerder uit hulpverlening dan de geplande 2 jaar. De exacte aantallen staan in de tabellen.

Samenvattend laten de resultaten binnen het domein *Moeder* zien dat de gemiddelde ervaren depressie angst en stress van de participanten bij het einde van de hulpverlening is afgenomen ten opzichte van de start van de hulpverlening. Dit was onafhankelijk van de totale zorgduur en of de participant begeleid werd door Bureau frontlijn of het Wijkteam. De afname vond veelal plaats tussen de start van de hulpverlening tot zes weken na de geboorte, waarna deze stabiliseerde. De geboorte en bevallingsuitkomsten waren veelal minder optimaal dan in Nederland en de stad Rotterdam. Het non-verbale IQ was in 65% van de participanten beneden gemiddeld of laag begaafd. De subjectieve gezondheid was gemiddeld genomen redelijk, met een relatieve piek bij 6 weken na de geboorte en dip bij 6 maanden na de geboorte. De motivatie voor verandering, autonomie en participatie waren redelijk bij de start van de hulpverlening en veranderen weinig tot niet gedurende het gehele hulpverleningstraject. Bij de uitkomsten van deze vragenlijsten zijn er geen duidelijke verschillen zichtbaar tussen Moeders van Rotterdam en de Wijkteams.

5.2.1. Depressie, angst en stress (DASS-21)

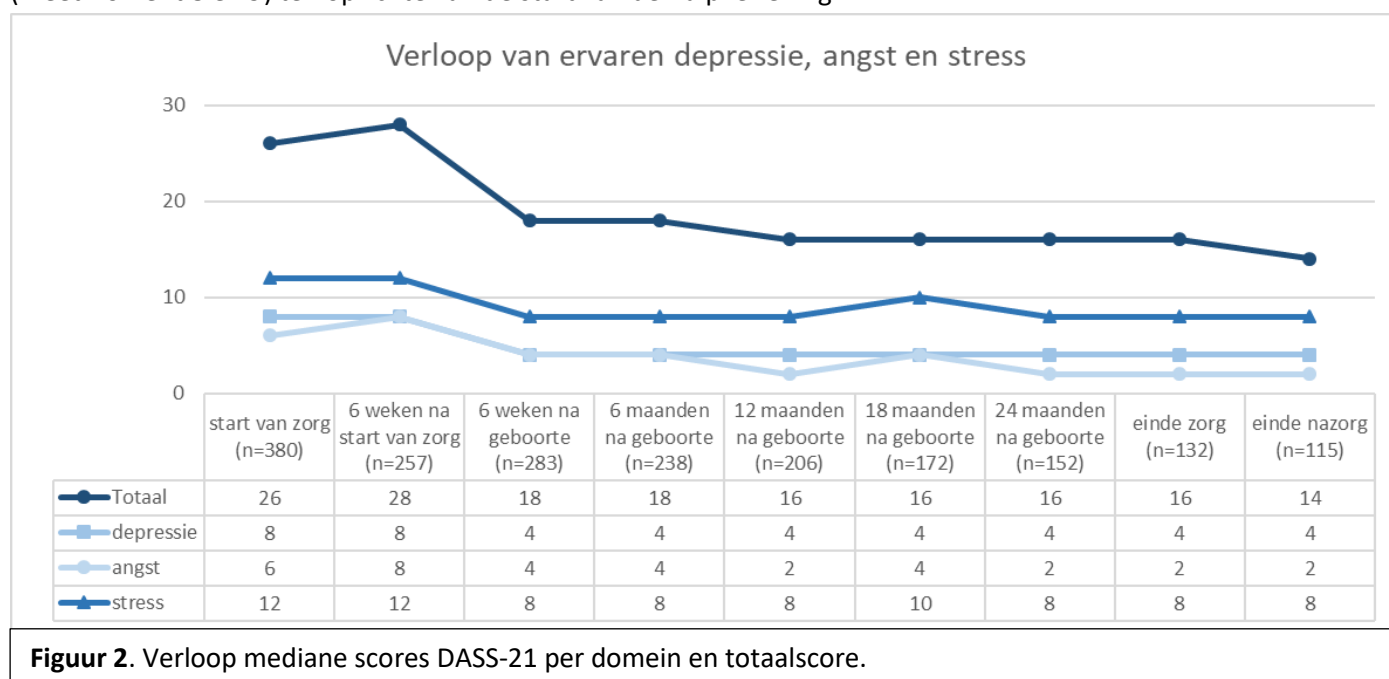
Voor het meten van de door de participanten 'ervaren' depressie, angst en stressniveaus is gebruik gemaakt van de *Depression, Anxiety and Stress Scales* (DASS-21). De DASS-21 werd ingevuld op alle 9 meetmomenten van het onderzoek met een maximale respons van N=380 (85%) en een minimale respons van N=115 (26%) van de groep vrouwen die vragenlijsten voor de domeinen *Moeder* en *Kind* hebben ingevuld. De logistische regressie is uitgevoerd op de groep vrouwen die de vragenlijst bij start van de zorg hebben ingevuld en nog tenminste op een ander meetmoment, waarbij de laatst beschikbare vragenlijst is gebruikt (n= 320).

Tabel 6. Logistische regressieanalyse – netto-verbetering DASS-21 score

	B	Odds Ratio (OR)	95%CI ondergrens	95%CI bovengrens	p-waarde
Type zorgverlener⁺	- 0,508	0,6	0,249	1,453	0,259
DASS-score meetmoment 1	0,080	1,1	1,062	1,106	0,000*
Probleem domeinen kruisjeslijst	0,325	1,4	1,066	1,797	0,015*
Totale duur van zorg (in maanden)	0,006	1,0	0,964	1,049	0,788
⁺ Wijkteam=referentie; *p<0,05					

De analyse (**tabel 6**) toont dat er geen associatie is tussen het ontvangen van hulpverlening van Bureau Frontlijn en een netto verbetering van de DASS-21 (OR0,6; $p=0,259$). De totale DASS-score op meetmoment 1 (OR1,4; $p=0,015$) en het aantal probleem domeinen op de kruisjeslijst (OR1,1; $p<0,001$) zijn beide significant positieve voorspellers voor de netto verbetering van de DASS-21 op het laatst beschikbare meetmoment. De hulpverleningsduur in maanden was niet significant geassocieerd met een netto verbetering van de DASS-21 op het laatst beschikbare meetmoment (OR1,0, $p=0.788$).

Figuur 2 toont het verloop van de mediane depressie, angst en stress scores over de verschillende meetmomenten. Scores onder de 9 voor het domein depressie worden als normaal gecategoriseerd. Voor angst ligt deze grens bij een score van 7 en bij 14 voor het domein stress. Er zijn drie punten die opvallen aan het verloop van de DASS-scores: (1) de mediane scores van de 3 domeinen vallen binnen de grens van normaal op start van hulpverlening (meetmoment 1), (2) de mediane scores van de 3 domeinen blijven binnen de grens van normaal op de daaropvolgende meetmomenten en (3) de mediane scores van de 3 domeinen zijn verder gedaald op bij het einde van de hulpverlening (meetmoment 8 en 9) ten opzichte van de start van de hulpverlening.



5.2.2. Resultaten zwangerschap en geboorte

Van de 447 participanten hebben 346 participanten (77%) toestemming gegeven voor het opvragen van zwangerschaps- en geboorte uitkomsten bij de betrokken obstetrische professionals. De zwangerschaps- en geboorte uitkomsten van de studiepopulatie zijn geplaatst naast de uitkomsten van 813.755 geboortes in Nederland en 34.009 geboortes in de stad Rotterdam over de periode 2016-2020.

Een meerderheid van de participanten is bevallen in het ziekenhuis (87,3%; zowel poliklinisch als klinisch), terwijl slechts 2,0% van de participanten thuis is bevallen (**tabel 7**). Bij 40 participanten (11%) werd een secundaire sectio (keizersnede) verricht en bij 23 participanten (6,6%) was een vacuümextractie nodig. Bij 11 participanten (3,2%) werd een fluxus (ernstig bloedverlies van de moeder) gemeld als complicatie.

De prevalenties van de geboorte uitkomsten zijn weergegeven in **tabel 8** voor zowel de studiepopulatie als voor de gehele populatie in Nederland en in de stad Rotterdam. Gedurende de studieperiode was er geen perinatale sterfte geregistreerd in de studiepopulatie. De prevalentie van vroeggeboorte (43,4% (95%CI 21,9-64,8)) was lager in de studiepopulatie vergeleken met Nederland (62,1% (95%CI 61,6-62,7)) en Rotterdam (63,9% (95%CI 61,3-66,5)). De prevalentie van een te laag geboortegewicht (211,0% (95% CI 168,0-254,0)) was hoger in de studiepopulatie vergeleken met Nederland (101,1% (95%CI 100,4-101,7)) en Rotterdam (132,8% (95%CI 129,2-136,5)). De prevalentie aangeboren afwijkingen was hoger (57,8 (95% CI 33,2-82,4)) in de studiepopulatie en de prevalentie suboptimale start was lager (8,7% (95%CI 0,0-18,4)).

Tabel 7. Zwangerschapsuitkomsten

	Studiepopulatie	Nederland	Rotterdam
Aantal geboortes in de studieperiode	346	813.755	34.009
Locatie van bevalling			
Thuis	7 (2,0)	104.955 (12,9)	1.700 (5,0)
Ziekenhuis (poliklinisch + klinisch)	302 (87,3)	681.468 (83,8)	28.961 (85,2)
Geboortecentrum	29 (8,4)	23.117 (2,8)	3.029 (8,9)
Onbekend	8 (2,3)	4.225 (0,5)	319 (0,9)
Manier van bevallen			
Vaginale bevalling, spontaan	240 (69,4)	424.018 (52,1)	15.764 (46,4)
Vaginale bevalling, inductie	13 (3,7)	177.470 (21,8)	8.346 (24,5)
Primaire sectio (gepland)	25 (7,2)	64.489 (7,9)	2.711 (8,0)
Secundaire sectio (spoed)	40 (11,6)	63.772 (7,8)	2.999 (8,8)
Vacuümextractie	24 (6,9)	59.426 (7,4)	2.734 (8,0)
Onbekend	4 (1,2)	24.580 (3,0)	1.455 (4,3)
Complicaties voor de moeder			
Fluxus*	11 (3,2)	51.869 (6,5)	1.740 (5,1)
Data weergegeven als frequentie (%); * Bloedverlies > 1000 ml binnen de eerste 24 uur na de bevalling			

5.2.3. Overige vragenlijsten

In deze paragraaf worden de resultaten beschreven van de overige vragenlijsten: non-verbale IQ, motivatie voor verandering, ervaren autonomie, maatschappelijke participatie, ervaren subjectieve gezondheid, en leefstijl. De beschreven verschillen zijn niet met een statistische test getoetst en geven slechts de observatie weer. De tabellen per vragenlijst zijn te vinden in *bijlage 8*. Ook voor de

overige vragenlijsten geldt dat de respons verschilt per vragenlijst en afneemt per meetmoment door verschillen in doorlooptijd van de hulpverleningstrajecten, de exacte aantallen staan in de tabellen. Deze vragenlijsten worden niet standaard gebruikt in de Nederlandse of Rotterdamse sociale hulpverlening, geboortezorg of jeugdgezondheidszorg. Vergelijkingen met algemenere populaties zijn daarom niet mogelijk.

Tabel 8. Prevalenties van de geboorte uitkomsten

	Studiepopulatie		Nederland	Rotterdam
	N (%)	Prevalentie	Prevalentie	Prevalentie
Perinatale sterfte*	0 (0,0)	0,00 [0,00;0,00]	5,22 [5,06;5,37]	5,59 [4,79;6,38]
Vroeggeboorte	15 (4,3)	43,35 [21,89;64,81]	62,13 [61,61;62,66]	63,87 [61,27;66,46]
Te laag geboortegewicht	73 (21,1)	210,98 [167,99;253,97]	101,08 [100,43;101,74]	132,84 [129,22;136,46]
Aangeboren afwijkingen	20 (5,8)	57,80 [33,21;82,39]	20,61 [20,31;20,92]	19,79 [18,31;21,27]
Suboptimale start**	3 (0,9)	8,67 [0,00;18,44]	19,46 [19,16;19,76]	21,39 [19,85;22,93]

Data weergegeven als prevalentie per 1000 [95% CI]; * Sterfte van het kind tussen de 22 weken zwangerschap en 7 dagen na de geboorte; ** Apgar score <7 op 5 minuten na de geboorte

Non-verbale IQ (tabel 1 bijlage 8): Het merendeel van de participanten heeft een non-verbale IQ-score in de categorie beneden gemiddeld (38%) gevolgd door gemiddeld (33%) en laag begaafd (27%). Geen van de participanten wordt geclassificeerd als hoogbegaafd. Na stratificatie naar zorgorganisatie is te zien dat participanten bij Moeders van Rotterdam relatief vaker gecategoriseerd waren als gemiddeld en/of laag begaafd. Participanten bij het Wijkteam waren relatief vaker gecategoriseerd als beneden gemiddeld.

Motivatie voor verandering (tabel 2 bijlage 8): De motivatie voor verandering bij de start van de hulpverlening (meetmoment 1) kwam overeen met de contemplatiefase (gemiddelde gereedheidsscore 8,08) en veranderd 6-12 maanden na de geboorte (meetmomenten 4 en 5) naar de precontemplatie fase (gemiddelde gereedheidsscores respectievelijk, 7,38 en 7,43). Dit patroon is ook zichtbaar na stratificatie naar zorgorganisatie. Participanten bij Moeders van Rotterdam scoren gemiddeld hoger op alle 3 meetmomenten dan participanten bij het Wijkteam.

Ervaren autonomie (tabel 3 bijlage 8): Op alle 4 meetmomenten ervaren de participanten over het algemeen voldoende autonomie op alle 3 subschalen (gemiddelde score ≥ 3). Daarnaast stijgende de gemiddelde scores over tijd met hogere scores bij het einde van hulpverlening (meetmoment 8) dan

bij de start van hulpverlening (meetmoment 1). Dit is ook zichtbaar na stratificatie naar zorgorganisatie, hoewel de participanten bij Moeders van Rotterdam bij het einde van de hulpverlening op alle 3 subschalen lager scoren dan participanten bij het Wijkteam.

Maatschappelijk participatie (tabel 4 bijlage 8): Op alle 7 meetmomenten ervaren de participanten over het algemeen problematische barrières op de domeinen financiën en opleiding (median score ≥ 2). Dit patroon is ook zichtbaar na stratificatie naar zorgorganisatie.

Financiële capaciteit/stress (tabel 4 bijlage 8): Op meetmoment 1 ervaren de participanten over het algemeen financiële stress met betrekking tot het besteden van hun geld aan wonen en zorgkosten (median score ≥ 3). Dit lijkt echter weer te verbeteren vanaf 6 maanden na de geboorte (meetmoment 4). Tevens ervaren de participanten op alle 7 meetmomenten financiële stress met betrekking tot het besteden van geld aan kleding. Na stratificatie naar zorgorganisatie blijven de bevindingen hetzelfde met uitzondering van participanten bij het Wijkteam die ook financiële stress ervaren met betrekking tot voedsel op meetmoment 1.

Betreffende de inkomstenbronnen valt op dat slechts 20,2% van de participanten inkomsten uit werk heeft op meetmoment 1. Het grootste deel van de participanten heeft een uitkering (39,2%) of helemaal geen inkomstenbron (23,4%). De inkomsten uit werk lijken af te nemen op meetmoment 2 (6 weken naar de start van de hulpverlening, maar nog tijdens de zwangerschap) en juist toe te nemen bij 1,5 tot 2 jaar na de geboorte (meetmomenten 6 en 7). Over tijd is zichtbaar is dat het percentage uitkeringen toeneemt naar 61,3% en het aantal participanten dat geen inkomstenbron heeft afneemt naar 8,5%.

Ervaren subjectieve gezondheid (tabel 5 bijlage 8): De participanten ervaren hun subjectieve gezondheid over het algemeen als redelijk bij de start van de hulpverlening (meetmoment 1; gemiddelde EQ-VAS-score 55,1, SD 26,1). De gemiddelde EQ-VAS-score heeft een dynamisch beloop en is het hoogst op meetmoment 3, 6 weken na de geboorte (gemiddeld 72,0, SD 24,2). Op 6 maanden na de geboorte (meetmoment 4) is er een dip zichtbaar in de gemiddelde EQ-VAS-score, die op de volgende meetmomenten weer toeneemt. Na stratificatie naar zorgorganisatie blijven de bevindingen hetzelfde, inclusief het beschreven patroon.

Leefstijl (tabel 6 bijlage 8):

Roken: Op meetmoment 1 (zwanger) rookt 15,3% van de participanten actief en 39,3% passief. Het aantal actieve rokers neemt over tijd toe tot 24,4% bij 1,5 jaar na de geboorte (meetmoment 6), terwijl het aantal passieve rokers geleidelijk aan afneemt over tijd tot 21,7%. Dit patroon is ook zichtbaar na stratificatie naar zorgorganisatie. Het relatieve aantal actieve rokers stijgt wel meer bij Moeders van Rotterdam dan bij het Wijkteam.

Borstvoeding: Op meetmoment 1 (zwanger) heeft 85,5% van de participanten de intentie om borstvoeding te geven. Op meetmoment 3 (6 weken na de bevalling) geeft 37,6% van de participanten daadwerkelijk borstvoeding, gevolgd door flesvoeding (36,6%) en een combinatie van fles- en borstvoeding (25,8%). Bij de vervolgmeting 6 maanden na de bevalling is een sterke afname zichtbaar in het aantal participanten dat nog borstvoeding of een combinatie van fles- en borstvoeding geeft en is er juist een relatieve verdubbeling zichtbaar van het aantal participanten dat flesvoeding geeft. Dit patroon is ook zichtbaar na stratificatie naar zorgorganisatie.

Anticonceptie: Op de vraag naar (de intentie om) anticonceptie (te) gebruiken, geeft 74,4% van de participanten aan enige vorm van anticonceptie te overwegen. Het is echter niet bekend hoeveel participanten vervolgens daadwerkelijk met anticonceptie zijn begonnen.

Samenstelling huishouden: Gemiddeld 38,8% van de vrouwen woont 6 maanden na de geboorte (meetmoment 4) samen met de vader van het kind. Na stratificatie naar zorgorganisatie is zichtbaar dat dit percentage groter is bij Moeders van Rotterdam dan bij het Wijkteam.

5.3. Resultaten domein *Kind*

In deze paragraaf worden de resultaten van het *domein Kind* besproken. Participanten die mee hebben gedaan aan het volledig onderzoek (N=447) werden om toestemming gevraagd om gegevens over hun kind op te vragen bij CJG Rijnmond, evenals huisbezoeken af te leggen gecombineerd met observatiemomenten voor de INCAS en ASQ. Tevens werden de participanten voor dit deel van het onderzoek verzocht om vier vragenlijsten in te vullen op meetmoment 3 (6 weken na de geboorte) en één vragenlijst op meetmoment 5 (12 maanden na de geboorte). De respons per vragenlijst evenals de opgevraagde gegevens bij het CJG en de observatiemomenten verschilt per meetmoment door verschillen in toestemming en doorlooptijd van de hulpverleningstrajecten.

Samenvattend heeft 58% van de kinderen een afwijkende ontwikkeling op het Van Wiechenschema, op ten minste één domein en één moment. Opvallend is dat het overgrote deel van deze kinderen niet meer afwijkt op de daaropvolgende momenten. Volgens de referentiewaarden van dit schema is het aantal afwijkingen maximaal 20%. Op de ASQ scoren tussen de vijf en 19% van de kinderen een afwijking op een van de vijf domeinen, hoewel de gemiddelde scores boven de referentiewaarden waren. Landelijk gezien ligt het percentage met afwijkingen tussen de vier en acht procent. Twaalf procent van de kinderen in het onderzoek wijken in gewicht af van de referentiewaarden, landelijk gezien is dit ongeveer 5%, in alle gevallen het gewicht bij de volgende meting weer genormaliseerd. De resultaten over het temperament van het kind laten zien dat 11% affectieve problemen vertoont waarvoor behandeling noodzakelijk is. De gemiddelde ouderschapskwaliteiten zijn onder de referentiewaarden, met grotere afwijkingen hiervan op het domein van emotionele ouderschapsvaardigheden. Gemiddeld genomen ervaren de moeders weinig opvoedstress en voelen zich capabel in hun rol als ouder. Problemen met gehechtheid worden gerapporteerd door 9% van de moeders. Bijna 70% van de moeders leeft in een chaotische thuissituatie, iets wat vanuit theoretisch oogpunt opvoedstress vergroot en gehechtheid verkleint. Gezien de kleine aantallen waarover deze gegevens beschikbaar zijn is moeilijk te beoordelen of de verschillen in afwijkingen van de kinderen, of verschillen in ouderschapskwaliteiten van de moeders bij de groep onder begeleiding van Moeders van Rotterdam daadwerkelijk anders zijn dan die bij de Wijkteams.

5.3.1. Kind ontwikkeling

Van Wiechenschema: Van de 447 participanten in het volledig onderzoek gaven 356 (80%) toestemming om gegevens over hun kind op te vragen bij CJG Rijnmond. Het CJG was in staat om de gegevens van 254 kinderen op te halen en aan te leveren. Voor het Onderzoek Moeders van Rotterdam ligt de nadruk op afwijkingen op de domeinen Fijne motoriek, Grove motoriek en Communicatie, omdat de meeste mijlpalen die gemeten worden tot twee jaar onder deze domeinen vallen.

Van de 254 kinderen hadden 146 (57,5%) kinderen een afwijking op minimaal een domein en minimaal een moment. Elf kinderen (7,5%) hadden op alle 3 domeinen een afwijking (**tabel 9**).

Afwijkingen op het domein fijne motoriek werden met name gezien in de eerste drie maanden na de geboorte. De meest genoemde afwijkingen betroffen: ogen fixeren, volgen met ogen en hoofd, handen af en toe openen en kijken naar eigen handen. Bij 3 van de 89 kinderen werden er op meerdere momenten afwijkingen gezien in de fijne motoriek, uit de geleverde data is onduidelijk of er vervolgmetingen zijn geweest.

Ook afwijkingen op het domein grove motoriek werden met name geobserveerd in de eerste drie maanden na de geboorte. Het betrof afwijkingen op het gebied van: reacties bij optrekken tot zit en kin even heffen van onderlaag. Bij 8 van de 74 kinderen werden er op meerdere momenten afwijkingen gesignaleerd in de grove motoriek, deze waren weer normaal bij vervolgmetingen. Afwijkingen op het domein communicatie werden vaak pas geobserveerd veertien maanden na de geboorte. Het betrof met name om afwijkingen op het gebied van: 2 geluidswoordjes zeggen met begrip, enkele dagelijks gebruikte zinnen begrijpen, 2 woords-zinnen zeggen en lichaamsdelen aanwijzen bij pop.

Na stratificatie naar zorgorganisatie is zichtbaar dat kinderen van participanten bij Moeders van Rotterdam relatief minder vaak afwijkend scoren op de fijne en grove motoriek, en relatief gezien wel net iets vaker afwijkend scoren op communicatie. Zoals beschreven in de methoden sectie, zijn deze verschillen niet getoetst op statistische significantie.

Tabel 9. Kinderen met een afwijking in ontwikkeling per domein van het Van Wiechenschema

	Totale groep (N=146)	Moeders van Rotterdam (N=98)	Wijkteam (N=48)
Fijne motoriek	89 (60,9)	57 (58,2)	32 (66,7)
Grove motoriek	74 (50,7)	48 (48,9)	26 (54,2)
Communicatie	50 (34,2)	35 (35,7)	15 (31,3)
Alle 3 domeinen afwijkend	11 (7,5)	7 (7,1)	4 (8,3)
Data weergegeven als frequenties (%), tenzij anders aangegeven			

Tabel 10. Kinderen met een afwijking in ontwikkeling per domein op de ASQ-3

Tabel 9. Aantal kinderen met een afwijking per domein (ASQ-3)

	Totale groep (N=94)	Moeders van Rotterdam (N=64)	Wijkteam (N=30)
Communicatie	5 (5,3)	3 (4,7)	2 (6,7)
Grove motoriek	7 (7,4)	4 (6,3)	3 (10,0)
Fijne motoriek	18 (19,1)	13 (20,3)	5 (16,7)
Problemen oplossen	18 (19,1)	14 (21,9)	4 (13,3)
Persoonlijk-sociale vaardigheden	14 (14,9)	12 (18,8)	2 (6,7)
Data weergegeven als frequentie (%)			

ASQ (tabel 10): Voor de gehele groep lijkt er gemiddeld genomen geen sprake te zijn van vertraging in ontwikkeling op de verschillende domeinen van de ASQ, met gemiddelde scores voor elk domein hoger dan de afkapwaarde. Indien een afwijking gevonden werd, dan was dit relatief vaker op de domeinen fijne motoriek, probleemoplossend vermogen en persoonlijk-sociaal. Er werd relatief vaker een afwijking gevonden bij kinderen van participanten bij Moeders van Rotterdam op de domeinen fijne motoriek, probleem oplossen en persoonlijk-sociale vaardigheden dan bij participanten die begeleid worden door Wijkteams. Ook hier zijn de verschillen tussen zorgorganisaties niet statistisch getoetst.

5.3.2. Opvoedcapaciteiten

Van de 447 participanten hebben 111 participanten (24,8%) ingestemd met het maken van video-opnamen in de thuisomgeving rond 6 à 7 weken na de geboorte van hun kind. Van deze 111 video-opnamen bevatten 83 voldoende informatie om de opvoedvaardigheden van moeders betrouwbaar in kaart te brengen en kon er bij 34 gezinnen rond 1-jarige leeftijd van het kind wederom filmmateriaal verzameld worden. Daarnaast is bij 2 gezinnen wel een opname gemaakt bij 1-jarige leeftijd en niet bij 6 à 7 weken. Van deze 36 filmopnamen rond 1-jarige leeftijd bevatte N=27 voldoende informatie om betrouwbaar de opvoedvaardigheden van moeders in kaart te brengen. Voor 21 gezinnen was er bruikbaar videomateriaal beschikbaar op 6 à 7 weken en rond 1-jarige leeftijd.

Om deze hieronder gepresenteerde gegevens nader te illustreren zijn hieronder twee voorbeelden uitgewerkt van hoe een interactie er uit kan zien als er sprake is van beperkte instrumentele dan wel emotionele opvoedvaardigheden.

Illustratie beperkte instrumentele opvoedvaardigheden: Deze moeder heeft alleen basale spullen in huis; ze heeft geen goede plek om de baby aan- en uit te kleden en gebruikt nauwelijks verzorgingsproducten. Tijdens de verzorgingsmomenten zien we onvoldoende beschermend gedrag bij de moeder. Als zij het bad moet vullen, laat zij haar baby op een tweepersoonsbed in de slaapkamer achter, terwijl er een peuter op dat bed aan het springen is. Als ze de baby komt ophalen en meeneemt naar het badje, houdt ze de baby onder haar arm geklemd vast (zonder het onderlijf te ondersteunen), omdat ze met haar andere hand de handdoek en kleertjes meedraagt. Dit oogt niet

gevaarlijk, maar is wel een onprettige houding voor de baby. In het bad glijdt de baby een paar keer bijna uit haar greep. Het aankleden gaat moeizaam, moeder is lang bezig om de mouwen goed aan te trekken van het rompertje en het shirtje. Ook het voorbereiden van de flesvoeding duurt lang, omdat moeder eerst het flesje te heet maakt en het vervolgens lang duurt voor het flesje weer afgekoeld is. Tijdens de voeding dwaalt moeders aandacht af naar een televisie die in de kamer aan staat en merkt zij niet op dat de melk langs de mond van de baby stroomt.

Illustratie beperkte emotionele opvoedvaardigheden: De moeder praat niet of nauwelijks tegen haar baby en maakt geen oogcontact. Soms lijkt ze de (redenen achter) de emoties van haar kind verkeerd te interpreteren: bijvoorbeeld, als de baby begint te huilen bij het uitkleden, zegt de moeder 'Je schaamt je hè, omdat die mevrouw staat te filmen'. Ze is verder vooral bezig met de verzorging, maar niet met de beleving van de baby. Tijdens het badje gooit ze een aantal keer water over het hoofd en in de ogen van de baby. De baby schrikt duidelijk en begint te huilen. Moeder reageert met 'Niet zo piepen, jij!' past haar handelen hierna niet aan en doet nog een aantal keer hetzelfde. Als de baby huilt tijdens het aankleden, reageert moeder hier niet op, noch door te sussen, noch door bijvoorbeeld de taak te versnellen. De baby raakt meer en meer overstuur tot het moment dat het huilen stopt. Dit lijkt echter niet het gevolg van een handeling van de moeder. Haar fysieke omgang is wat ruw, waarbij ze de baby meer als pop lijkt te behandelen dan als baby.

5.3.2.1. De opvoedvaardigheden van moeders met kinderen 6-7 weken oud

Tabel 11 toont de beschrijvende gegevens van de opvoedvaardigheden, voor zowel de totale groep participanten als voor de participanten die hulpverlening ontvingen vanuit Moeders van Rotterdam en participanten die hulpverlening ontvingen vanuit de Wijkteams apart. Er zijn helaas geen scores op dit instrument van een bredere populatie beschikbaar om de bevindingen uit deze groep mee te vergelijken. De emotionele opvoedvaardigheden waren in 89% van de gevallen beneden het voldoende-niveau (de referentiewaarde van 3 punten); dit was vergelijkbaar voor de groep Moeders van Rotterdam en de groep bij de Wijkteams. De instrumentele opvoedvaardigheden waren in 46% van de gevallen beneden het voldoende-niveau. Dit kwam vaker voor in de groep onder begeleiding van Bureau Frontlijn (55%) dan in de groep onder begeleiding bij de Wijkteams (29%).

Tabel 11. Opvoedvaardigheden bij 6-7 weken postpartum volgens de INCAS

	Moeders van Rotterdam (n=55)		Wijkteam (n=28)		Totale groep (N=83)	
	Aantal (%)	Gemiddelde (min-max)	Aantal (%)	Gemiddelde (min-max)	Aantal (%)	Gemiddelde (min-max)
Totaal		2,46 (1,15 – 3,42)		2,66 (1,62 – 3,46)		2,53 (1,15 – 3,46)
Score <3	44 (80%)		19 (68%)		63 (76%)	
Score ≥3	11 (20%)		9 (32%)		20 (24%)	
Emotioneel		2,13 (0,43 – 3,29)		2,24 (0,43 – 3,43)		2,17 (0,43 – 3,43)
Score <3	50 (91%)		24 (86%)		74 (89%)	
Score ≥3	5 (9%)		4 (14%)		9 (11%)	
Instrumenteel		2,84 (1,50 – 3,75)		3,13 (1,58 – 3,92)		2,94 (1,50 – 3,92)
Score <3	30 (55%)		8 (29%)		38 (46%)	
Score ≥3	25 (45%)		20 (71%)		45 (54%)	

5.3.2.2. De opvoedvaardigheden van moeders met kinderen 1 jaar oud

Tabel 12 toont de beschrijvende gegevens van de opvoedvaardigheden, voor zowel de totale groep participanten als voor de participanten die hulpverlening ontvingen vanuit Moeders van Rotterdam en participanten die hulpverlening ontvingen vanuit de Wijkteams apart. De totaalscore opvoedvaardigheden is bij 67% van de totale groep moeders beneden het voldoende niveau. Voor de emotionele opvoedvaardigheden was dit 78%, voor de instrumentele opvoedvaardigheden 37%. Tegelijkertijd blijkt dat er binnen deze zeer kwetsbare doelgroep ook moeders zijn die zowel op emotioneel (22%) als op instrumenteel (63%) voldoende opvoedvaardigheden hebben. De verschillen tussen de participanten die hulpverlening ontvingen bij Moeders van Rotterdam en degenen die hulpverlening ontvingen via de Wijkteams zijn, door het te lage aantal participanten per groep, niet te toetsen op significantie. Voor beide groepen geldt dat voor een substantieel deel van de participanten ondersteuning bij de opvoeding wenselijk is.

5.3.2.3. De ontwikkeling van opvoedvaardigheden

Tabel 13 toont de beschrijvende gegevens van de opvoedvaardigheden op beide meetmomenten, voor de totale groep participanten. Deze is niet verder uitgesplitst naar Moeders van Rotterdam en de Wijkteams apart vanwege de te kleine aantallen. Op groepsniveau is er geen progressie zichtbaar in opvoedcapaciteiten van 6 à 7 weken tot 1 jaar. Bij vergelijking binnen individuele gezinnen zien we verschillende patronen: sommige participanten gaan vooruit, anderen achteruit en weer andere blijven ongeveer gelijk.

Tabel 12. Opvoedvaardigheden bij 12 maanden postpartum volgens de INCAS

	Moeders van Rotterdam (n=18)		Wijkteam (n=9)		Totaal (N=27)	
	Aantal (%)	Gemiddelde (min-max)	Aantal (%)	Gemiddelde (min-max)	Aantal (%)	Gemiddelde (min-max)
Totaal		2,38 (1,07 – 3,73)		2,80 (1,60 – 3,80)		2,52 (1,07 – 3,80)
Score <3	13 (72%)		5 (56%)		18 (67%)	
Score ≥3	5 (28%)		4 (44%)		9 (33%)	
Emotioneel		1,91 (0,56 – 3,78)		2,59 (0,67 – 3,89)		2,14 (0,56 – 3,89)
Score <3	16 (89%)		5 (56%)		21 (78%)	
Score ≥3	2 (11%)		4 (44%)		6 (22%)	
Instrumenteel		3,09 (1,83 – 3,83)		3,11 (2,17 – 3,83)		3,09 (1,83 – 3,83)
Score <3	8 (44%)		2 (22%)		10 (37%)	
Score ≥3	10 (56%)		7 (78%)		17 (63%)	

Tabel 13. Opvoedvaardigheden bij 6-7 weken en 12 maanden postpartum volgens de INCAS

	Meting 1		Meting 2	
	Aantal (%)	Gemiddelde (min-max)	Aantal (%)	Gemiddelde (min-max)
Totaal		2,73 (1,23 – 3,62)		2,50 (1,07 – 3,80)
Score <3	13 (62%)		14 (67%)	
Score ≥3	8 (38%)		7 (33%)	
Emotioneel		2,42 (0,79 – 3,50)		2,06 (0,56 – 3,89)
Score <3	16 (76%)		17 (81%)	
Score ≥3	5 (24%)		4 (19%)	
Instrumenteel		3,10 (1,58 – 3,92)		3,16 (1,83 – 3,83)
Score <3	8 (38%)		6 (29%)	
Score ≥3	13 (62%)		15 (71%)	

5.3.3. Overige vragenlijsten

In deze paragraaf worden de overige resultaten besproken die zijn verkregen vanuit het CJG Rijnmond (vaccinatiestatus en meet- en weeggegevens) evenals door de participant ingevulde vragenlijst (CBCL). De tabellen per vragenlijst zijn te vinden in *bijlage 9*. Ook voor de overige vragenlijsten geldt dat de respons per vragenlijst evenals de opgevraagde gegevens bij het CJG verschilt per meetmoment door verschillen in toestemming en doorlooptijd van de hulpverleningstrajecten, de exacte aantallen staan in de tabellen.

Vaccinatiestatus: Vaccinatiegegevens waren beschikbaar voor 254 kinderen. Hieruit bleek dat 160 kinderen (62,9%) volledig gevaccineerd zijn volgens het Rijksvaccinatieprogramma en dat 10 kinderen (4%) geen enkele vaccinatie hebben gehad. Voor 84 kinderen (33,1%) geldt dat zij slechts gedeeltelijk gevaccineerd lijken te zijn. Het is echter niet duidelijk of het hier gaat om missende gegevens of om daadwerkelijk niet toegediende vaccins. Dit komt doordat er bij het overgrote deel van deze kinderen niet geregistreerd staat of zij de vaccinaties op 14 maanden volledig hebben gehad. Op 14 maanden wordt namelijk zowel gevaccineerd voor BMR als voor meningokokken. Bij het merendeel van deze kinderen staat de BMR wel geregistreerd als toegediend, maar is niet ingevuld of zij ook de meningokokken vaccinatie hebben gekregen.

Meet- en weeggegevens: Meet- en weeggegevens waren beschikbaar voor 255 kinderen op enig moment tussen drie weken en twee jarige leeftijd. Het gewicht van 32 (12,5%) kinderen was op minimaal een moment afwijkend van normaal. Ook de lengte van 13 (5,1%) kinderen was minimaal op een moment afwijkend van normaal. Bij zeven (2,7%) van deze kinderen was er sprake van zowel een afwijkend gewicht als lengte op minimaal een moment. Helaas waren van te weinig kinderen ook de gegevens van de geboorte beschikbaar om de meet- en weeggegevens te vergelijken van kinderen met en zonder ongewenste geboorte uitkomsten.

Van de 32 kinderen met een afwijking in het gewicht, betrof het bij 24 (75%) kinderen een afbuigende gewichtscurve, die grotendeels eenmalig voorkwam tussen de 6 en 12 maanden. Eenmalig ondergewicht kwam voor bij twee (6,3%) kinderen, drie (9,4%) kinderen hadden eenmalig overgewicht en drie (9,3%) kinderen hadden op enig moment obesitas. De gevallen van obesitas werden allen gezien na de leeftijd van 12 maanden. De gewichtscurves van alle 32 kinderen waren echter weer genormaliseerd bij vervolgmetingen.

Tot slot bleek dat 12 kinderen (92,3%) eenmalig een afbuigende lengtegroei (>1 SDS) lieten zien, gevolgd door normale vervolgmetingen. Hiervan heeft een derde een afbuiging tussen 2-6 maanden, een derde tussen 6-12 maanden en een derde na 12 maanden. Ook heeft een kind (7,7%) eenmalig een lengtegroei onder de 2,5 SDS na 12 maanden, gevolgd door een normale vervolgmeting. Drie kinderen (42,9%) hebben op een moment gelijktijdig zowel een afbuigende gewichtscurve als een afbuigende lengtegroei. De overige vier kinderen (57,1%) hebben afwijkingen in gewicht en lengte op van elkaar losstaande momenten.

Gedrag van het kind (tabel 1 en 2 bijlage 9): De gemiddelde scores voor alle DSM-schalen en syndroomschalen vallen binnen het normale vlak. De schaal 'affectieve problemen' wordt wel relatief vaker als grensgeval (21% in de totale groep) of klinisch (11% in de totale groep) gescoord vergeleken met de overige DSM-schalen. In het geval van afwijkingen op de syndroomschalen, betreft het in de meeste gevallen internaliserende gedragsproblemen, oftewel naar binnen gerichte problemen zoals angst en depressie. Kinderen van participanten bij Moeders van Rotterdam scoren over het algemeen wel iets hoger op zowel de DSM-schalen als de syndroomschalen dan kinderen van participanten bij het Wijkteam.

Aanvullende vragenlijsten INCAS-groep: In de groep moeders met een INCAS-meting ($N=111$) zijn de ervaren opvoedstress en opvoedcompetentie (NOSI en MABS) in kaart gebracht. Tevens zijn de verbondenheid moeder en kind (PBQ), chaos in de thuisomgeving (CHAOS) en temperament van het kind (MABS) in deze groep moeders uitgevraagd.

Opvoedstress en opvoedcompetentie: Uit deze vragenlijsten blijkt dat moeders over het algemeen weinig opvoedstress rapporteren ($N=58$; $M=2,23$; $SD=0,76$). Ook geven de meeste moeders aan dat zij zich competent voelen als ouder (NOSI: $N=58$; $M=5,03$; $SD=0,89$; MABS: $N=94$; $M=3,83$; $SD=0,77$).

Verbondenheid moeder en kind: In het algemeen rapporteerden moeders weinig problemen gerapporteerd op het gebied van verbondenheid met hun kind. Als de klinische afkapwaarden voor dit instrument worden gehanteerd blijkt dat 9,3% ($N=10$) van de moeders problemen rapporteert in het verbonden voelen met de baby. Zij voelen zich bijvoorbeeld gevangen in de rol als moeder, voelen irritatie of onverschilligheid naar het kind en/of zouden willen dat hun kind er niet was. Drie (2,8%) van de moeders is afwijzend en ervaart pathologische woede naar het kind. Zij rapporteren bijvoorbeeld boosheid of geen behoefte om te knuffelen of te spelen met het kind. Drie (2,8%) van de moeders ervaart kindgerichte angst, bijvoorbeeld angst voor het kind of ongemak in het verzorgen van het kind. Een moeder rapporteert beginnende mishandeling; zij geeft aan dat zij schadelijke dingen heeft gedaan en het kind pijn zou willen doen. In de hele groep zijn 13 moeders met een of meerdere scores in de klinische range. Dit geeft aan dat er gericht onderzoek gedaan moet worden naar de moeder-kind relatie, en in één geval zelfs sprake is van directe urgentie hiertoe.

Chaos in de thuisomgeving: Van alle moeders geeft 68,4% aan dat er meestal sprake is van een chaotische thuisomgeving op een of meerdere van de gemeten indicatoren. Deze chaotische thuisomgeving hangt negatief samen met de kwaliteit van de opvoedomgeving op 1-jarige leeftijd. Dit onderstreept het belang om moeders te helpen met het reguleren en structureren van de gezinsomgeving.

Temperament van het kind: het temperament van de kinderen is in kaart gebracht met de Mother and Baby Scales (MABS) toen het kind 6 weken oud was. Moeders geven aan dat hun kind in het

algemeen weinig onrustig en prikkelbaar is ($N=261$; $M=1,78$; $SD=0,75$; mogelijke range 0-5) en over het algemeen wel alert en responsief ($N=261$; $M=3,76$; $SD=0,67$; mogelijke range 0-5).

Het temperament van het kind hangt samen met het niveau van chaos in de thuisomgeving. Hoe meer chaos, des te meer onrust en prikkelbaarheid bij het kind en des te minder alertheid en responsiviteit bij het kind. Gezien de cross-sectionele aard van deze data, kunnen we geen uitspraken doen over de richting van dit verband: wellicht leidt een chaotische thuisomgeving tot meer prikkelbaarheid en minder responsiviteit, maar ook het temperament van het kind kan een bepalende factor zijn in de mate van chaos in de thuisomgeving.

5.4. Resultaten domein *Hulpverlening*

In deze paragraaf worden de resultaten van het *domein Hulpverlening* besproken. Voor dit onderdeel van het onderzoek werden de sociale hulpverleners (Bureau Frontlijn en Wijkteam) verzocht een tweetal vragenlijsten in te vullen op de meetmomenten 1, 4, 5, 6, 7, 8. Dit komt overeen met de start van de hulpverlening (meetmoment 1), dan 6 maanden na de geboorte (meetmoment 4) en vanaf dan iedere 6 maanden (meetmoment 5 tot 7) en nog een meting bij het einde van de hulpverlening (meetmoment 8). De respons verschilt per vragenlijst en neemt af per meetmoment door verschillen in doorlooptijd van de hulpverleningstrajecten.

Samenvattend laten de resultaten binnen het domein *Hulpverlening* zien dat de mediane score op zelfredzaamheid van de participanten is toegenomen bij het einde van de hulpverlening ten opzichte van de start van de hulpverlening. Ook zijn meer participanten te classificeren als volledig zelfredzaam. Dit was onafhankelijk van de totale hulpverleningsduur en of de participant begeleid werd door Bureau frontlijn of het Wijkteam. Op de domeinen financiën en dagbesteding scoren de minste participanten als zelfredzaam aan het einde van de hulpverlening (25% en 30%). Voor de meeste domeinen wordt de hoogste mate van zelfredzaamheid gehaald tussen de zes en 12 maanden na de geboorte van het kind. De vragenlijst over de motivatie tot verandering (uit domein *Moeder*) laat zien dat rond dit moment de motivatie tot verandering gemiddeld genomen afneemt. Het psychosociaal functioneren is bij de start van de hulpverlening in 20% van de participanten afwijkend, wat afneemt naar 10% afwijkend bij het einde van de hulpverlening. De gemiddelde hulpverleningsduur was 344 dagen en gemiddeld 414 dagen bij Moeders van Rotterdam en 224 bij het Wijkteam. Voor zowel Bureau Frontlijn als de Wijkteams wijkt deze hulpverleningsduur af van datgene wat vóórafgaand aan het onderzoek in de beschrijving van de werkwijze staat. De meest voorkomende redenen voor het afsluiten van de hulpverlening was voor beide groepen het behalen van gestelde doelen of op verzoek van de moeders. Overdracht naar andere hulpverleners vond veelal binnen de eerste 6 maanden van de hulpverlening plaats en dit kwam vergelijkbaar vaak voor bij beide groepen.

5.4.1. Zelfredzaamheid

De zelfredzaamheid van de participanten werd gemeten met de Zelfredzaamheidsmatrix (ZRM). De maximale respons is $N=842$ bij start van de hulpverlening (meetmoment 1) en de minimale respons $N=75$ bij 2 jaar na de geboorte (meetmoment 7). De logistische regressie is uitgevoerd op de groep vrouwen die de vragenlijst bij start van de zorg hebben ingevuld en nog tenminste op een ander meetmoment, waarbij de laatst beschikbare vragenlijst is gebruikt ($n=748$).

De analyse (**tabel 14**) toont laat zien dat er geen associatie is tussen het ontvangen van hulpverlening van Bureau Frontlijn en het behalen van volledige zelfredzaamheid ($OR_{1,3}$; $p=0,134$). Het aantal

domeinen waarop participanten zelfredzaam zijn op meetmoment 1 was een significant positieve voorspeller (OR 1,4; $p < 0,001$) en het aantal probleem domeinen op de kruisjeslijst was een significant negatieve voorspeller (OR 0,8; $p < 0,001$) voor volledige zelfredzaamheid op het laatst beschikbare meetmoment. De duur van de hulpverlening in maanden heeft geen significante associatie met het behalen van volledige zelfredzaamheid. Het hebben van minder problematische leefdomeinen op de kruisjeslijst en meer zelfredzame domeinen bij de start van de hulpverlening zijn geassocieerd met een grotere kans om volledig zelfredzaam te zijn bij het einde van de hulpverlening.

Tabel 14. Logistische regressieanalyse Zelfredzaamheid volgens de ZRM

	B	Odds Ratio (OR)	95%CI ondergrens	95%CI bovengrens	<i>p</i> -waarde
Type zorgverlener⁺	0,282	1,3	0,917	1,916	0,134
Zelfredzaamheid meetmoment 1	0,362	1,4	1,295	1,593	0,000*
Probleem domeinen kruisjeslijst	-0,230	0,8	0,701	0,901	0,000*
Zorgduur (in maanden)	0,006	1,0	0,987	1,025	0,536
*Wijkteam=referentie; * $p < 0,05$					

Figuur 3 toont de verandering in ZRM-scores over tijd van de start van de hulpverlening (meetmoment 1) naar het einde van de hulpverlening (meetmoment 8) voor de elf verschillende leefgebieden. In de kolommen staan de ZRM-scores per domein bij de start van de hulpverlening en in de rijen de ZRM-score bij het einde van de hulpverlening. In de cellen staan de aantallen van het aantal deelnemers. Een groene cel geeft aan dat er een verbetering heeft plaatsgevonden en een rode cel een verslechtering. Op alle leefgebieden is een trend zichtbaar waarbij de scores tussen beide meetmomenten verbeteren. Hierbij is het van belang om op te merken dat > 80% van de participanten op de leefgebieden ‘verslaving’ en ‘justitie’ al volledig zelfredzaam was op meetmoment 1 (evenals op meetmoment 8). Iets meer dan de helft van de participanten was al zelfredzaam op het leefgebied ‘huisvesting’, en meer dan twee-derde op de leefgebieden ‘huiselijke relaties’, ‘geestelijke gezondheid’, ‘lichamelijke gezondheid’, ‘activiteiten dagelijks leven’ en ‘sociaal netwerk’ op meetmoment 1 (evenals op meetmoment 8).

Op het leefgebied ‘maatschappelijke participatie’ is relatief de grootste verbetering zichtbaar. Op de leefgebieden ‘financiën’ en ‘dagbesteding’ blijft merendeel van de vrouwen niet zelfredzaam tot het einde van de hulpverlening en is er op meetmomenten 4 en 5 zelfs een daling zichtbaar (**Figuur 1, bijlage 10**).

Participanten zijn bij start van de hulpverlening niet volledig zelfredzaam. Dit geldt zowel voor participanten bij Moeders van Rotterdam als bij het Wijkteam. Participanten bij Moeders van Rotterdam hebben bij 6 maanden na de geboorte van het kind (meetmoment 4) een gemiddelde ZRM-score ≥ 4 , dat wil zeggen zelfredzaam, voor participanten bij het Wijkteam is dat gemiddeld bij het einde van de hulpverlening (meetmoment 8).

Financiën						Dagbesteding					
	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5		Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
Score 1	23 (3.6)	18 (2.8)	33 (5.2)	8 (1.3)	2 (0.3)	Score 1	3 (0.5)	7 (1.1)	4 (0.6)	0 (0.0)	0 (0.0)
Score 2	6 (0.9)	28 (4.4)	83 (13.0)	23 (3.6)	9 (1.4)	Score 2	6 (0.9)	190 (29.8)	83 (13.0)	32 (5.0)	14 (2.2)
Score 3	4 (0.6)	20 (3.1)	220 (34.5)	39 (6.1)	16 (2.5)	Score 3	2 (0.3)	47 (7.4)	61 (9.6)	12 (1.9)	7 (1.1)
Score 4	2 (0.3)	3 (0.5)	29 (4.5)	35 (5.5)	11 (1.7)	Score 4	0 (0.0)	26 (4.1)	12 (1.9)	32 (5.0)	19 (3.0)
Score 5	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (0.6)	6 (0.9)	16 (2.5)	Score 5	1 (0.2)	10 (1.6)	6 (0.9)	27 (4.2)	37 (5.8)
Huisvesting						Huiselijke relaties					
	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5		Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
Score 1	5 (0.8)	6 (0.9)	15 (2.4)	12 (1.9)	6 (0.9)	Score 1	0 (0.0)	4 (0.6)	0 (0.0)	5 (0.8)	4 (0.6)
Score 2	1 (0.2)	12 (1.9)	41 (6.4)	21 (3.3)	32 (5.0)	Score 2	1 (0.2)	7 (1.1)	13 (2.0)	20 (3.1)	11 (1.7)
Score 3	2 (0.3)	12 (1.9)	68 (10.7)	32 (5.0)	39 (6.1)	Score 3	2 (0.3)	3 (0.5)	32 (5.0)	38 (6.0)	23 (3.6)
Score 4	2 (0.3)	2 (0.3)	13 (2.0)	31 (4.9)	48 (7.5)	Score 4	3 (0.5)	6 (0.9)	24 (3.8)	90 (14.1)	78 (12.2)
Score 5	2 (0.3)	4 (0.6)	16 (2.5)	32 (5.0)	184 (28.8)	Score 5	1 (0.2)	5 (0.8)	23 (3.6)	59 (9.2)	186 (29.2)
Geestelijke gezondheid						Lichamelijke gezondheid					
	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5		Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
Score 1	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (0.3)	Score 1	1 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (0.5)	0 (0.0)
Score 2	2 (0.3)	11 (1.7)	16 (2.5)	21 (3.3)	5 (0.8)	Score 2	0 (0.0)	1 (0.2)	3 (0.5)	7 (1.1)	5 (0.8)
Score 3	0 (0.0)	9 (1.4)	18 (2.8)	47 (7.4)	25 (3.9)	Score 3	0 (0.0)	3 (0.5)	2 (0.3)	20 (3.1)	17 (2.7)
Score 4	1 (0.2)	3 (0.5)	24 (3.8)	123 (19.3)	129 (20.2)	Score 4	0 (0.0)	1 (0.2)	18 (2.8)	59 (9.2)	84 (13.2)
Score 5	0 (0.0)	2 (0.3)	12 (1.9)	51 (8.0)	137 (21.5)	Score 5	1 (0.2)	3 (0.5)	10 (1.6)	33 (5.2)	367 (57.5)
Verslaving						Activiteiten Dagelijks Leven					
	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5		Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
Score 1	1 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.2)	1 (0.2)	Score 1	0 (0.0)	1 (0.2)	0 (0.0)	1 (0.2)	0 (0.0)
Score 2	0 (0.0)	2 (0.3)	0 (0.0)	1 (0.2)	3 (0.5)	Score 2	1 (0.2)	2 (0.3)	6 (0.9)	4 (0.6)	4 (0.6)
Score 3	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (0.3)	4 (0.6)	12 (1.9)	Score 3	0 (0.0)	2 (0.3)	33 (5.2)	49 (7.7)	51 (8.0)
Score 4	1 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	9 (1.4)	33 (5.2)	Score 4	1 (0.2)	2 (0.3)	27 (4.2)	81 (12.7)	85 (13.3)
Score 5	1 (0.2)	1 (0.2)	0 (0.0)	8 (1.3)	558 (87.5)	Score 5	0 (0.0)	1 (0.2)	17 (2.7)	69 (10.8)	201 (31.5)
Sociaal Netwerk						Maatschappelijke participatie					
	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5		Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
Score 1	2 (0.3)	4 (0.6)	10 (1.6)	9 (1.4)	9 (1.4)	Score 1	12 (1.9)	12 (1.9)	17 (2.7)	17 (2.7)	15 (2.4)
Score 2	3 (0.5)	8 (1.3)	28 (4.4)	21 (3.3)	7 (1.1)	Score 2	4 (0.6)	11 (1.7)	14 (2.2)	11 (1.7)	3 (0.5)
Score 3	7 (1.1)	9 (1.4)	76 (11.9)	102 (16.0)	33 (5.2)	Score 3	4 (0.6)	7 (1.1)	90 (14.1)	92 (14.4)	39 (6.1)
Score 4	1 (0.2)	2 (0.3)	34 (5.3)	110 (17.2)	69 (10.8)	Score 4	9 (1.4)	2 (0.3)	27 (4.2)	65 (10.2)	41 (6.4)
Score 5	0 (0.0)	2 (0.3)	8 (1.3)	31 (4.9)	53 (8.3)	Score 5	5 (0.8)	1 (0.2)	14 (2.2)	41 (6.4)	85 (13.3)
Justitie											
	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5						
Score 1	0 (0.0)	1 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	Afname score, niet zelfredzaam					
Score 2	0 (0.0)	1 (0.2)	1 (0.2)	2 (0.3)	2 (0.3)	Afname score, wel zelfredzaam					
Score 3	0 (0.0)	1 (0.2)	2 (0.3)	8 (1.3)	12 (1.9)	Geen verschil in score, niet zelfredzaam					
Score 4	0 (0.0)	1 (0.2)	3 (0.5)	16 (2.5)	32 (5.0)	Geen verschil in score, wel zelfredzaam					
Score 5	0 (0.0)	3 (0.5)	5 (0.8)	30 (4.7)	518 (81.2)	Toename score, niet zelfredzaam					
						Toename score, wel zelfredzaam					
						Meetmoment 1 = verticaal / Meetmoment 8 = horizontaal					

Figuur 3. Veranderingen op ZRM-scores van start van de zorg (meetmoment 1) naar einde van de zorg (meetmoment 8)

5.4.2. Overige vragenlijsten

In deze paragraaf worden de resultaten besproken met betrekking tot het psychosociale functioneren van de participanten en de duur van hulpverlening. De tabellen per vragenlijst zijn te vinden in *bijlage 9*. Ook voor de overige vragenlijsten geldt dat de respons per vragenlijst verschilt per meetmoment door verschillen in doorlooptijd van de hulpverleningstrajecten, de exacte aantallen staan in de tabellen.

Psychosociaal functioneren (tabel 1 bijlage 10): Op meetmoment 1 (start van hulpverlening) heeft 21,9% van de participanten een totale score hoger dan de afkapwaarde, indicatief voor een probleem in het psychosociale functioneren van de participant over de afgelopen 2 weken. Op meetmoment 8 (einde van hulpverlening) is dit gehalveerd naar 10,3%. Met name op de domeinen gedrag en symptomatologie scoren de participanten hoog bij start van hulpverlening; dit zijn ook de domeinen die relatief het meest verbeteren bij einde van hulpverlening. Verder blijkt dat

participanten bij Bureau Frontlijn een hogere totaalscore hebben op meetmoment 1 (start van hulpverlening) in vergelijking met participanten bij het Wijkteam. Kijkend naar de losse subschalen is dit verschil andersom met hogere scores bij de Wijkteams. De totaalscore en de domeinscores verbeteren relatief meer bij participanten bij Bureau Frontlijn.

Duur van hulpverlening (tabel 2 bijlage 10): voor 831 participanten kon berekend worden hoe lang de periode was vanaf moment van intake tot en met einde hulpverlening. Van hen waren er 526 onder begeleiding bij Bureau Frontlijn en 305 bij het Wijkteam. Voor de totale groep participanten bedroeg de gemiddelde hulpverleningsduur 344 dagen (SD 279). De gemiddelde hulpverleningsduur van participanten bij Moeders van Rotterdam was hoger (414 dagen, SD 294) vergeleken met participanten bij het Wijkteam (224 dagen, SD 197). De gemiddelde hulpverleningsduur neemt af per kalenderjaar, dit geldt voor de totale groep en is na stratificatie ook zichtbaar bij Moeders van Rotterdam. Bij het Wijkteam is initieel een toename in de gemiddelde hulpverleningsduur zichtbaar tot 2018.

6. Resultaten - kwalitatief onderzoek

Door het Programma Moeders van Rotterdam zijn er elementen toegevoegd aan de bestaande organisatie van de hulpverlening voor zeer kwetsbare zwangeren, zoals de introductie van het centrale aanmeldpunt. Maar niet alle effecten van sociale hulpverlening zijn te vangen met kwantitatieve evaluaties. Om de waarde van het Programma Moeders van Rotterdam breder te kunnen evalueren is eveneens een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. De volgende onderzoeksvragen stonden centraal in het kwalitatieve onderzoek:

- *Hoe wordt de toegankelijkheid van het Programma Moeders van Rotterdam ervaren door cliënten en verwijzers?*
- *Wat zijn de ervaringen van de cliënten met de hulpverlening binnen het Programma Moeders van Rotterdam?*
- *Welke dilemma's ervaren sociale zorg professionals in het leveren van hulpverlening aan kwetsbare zwangeren?*
- *Wat zijn de ervaringen van en met stagiaires binnen het Programma Moeders van Rotterdam?*
- *Hoe verloopt de samenwerking tussen geboortezorgprofessionals en sociale zorg professionals binnen het Programma Moeders van Rotterdam?*

Naast de focusgroep interviews is deskresearch uitgevoerd om na te gaan of de kernelementen en processen beschreven in het Handboek Moeders van Rotterdam overeenkomen met de manier van werken in de dagelijkse praktijk. Hoewel het doen van observaties in de dagelijkse praktijk een completer, en soms ook beter beeld kan geven van de programma integriteit, vonden wij dit te belastend voor de deelnemende vrouwen omdat de hulpverlening veelal in hun directe thuisomgeving plaatsvond. Ook was een observatie speciaal voor het onderzoek van een hulpverleningsmoment ethisch niet verantwoord gezien de zeer kwetsbare situatie waarin de deelnemende vrouwen zich bevinden. Door zo'n observatie zou de geleverde hulpverlening beïnvloed kunnen worden door de aanwezigheid van de onderzoeker. Als dit soort observaties alleen over handelingen van het onderzoek zou gaan, en daarmee los zou staan van de geleverde hulpverlening, was dit wel verantwoord zijn geweest.

6.1. Schets van de focusgroep participanten

Hieronder worden de kenmerken van de focusgroep participanten weergegeven, uitgesplitst naar de groep waartoe zij behoren.

6.1.1. Participerende moeders.

In totaal deden 19 moeders mee, verdeeld over vijf interviews. Twee van de focusgroep interviews vonden plaats op het kantoor van Bureau Frontlijn en de andere drie sloten aan bij georganiseerde gezamenlijke activiteiten, zoals bingo's of verwendagen. De meerderheid (N=12) was bevallen van het eerste kind en relatief jong, terwijl de overige moeders (N=7) al 2 of meer kinderen hadden. De moeders bevonden zich in verschillende fases van hulpverlening: tien zaten in de eerste fase, acht in de tweede fase en één moeder was net uit zorg. Er waren geen moeders uit de startfase aanwezig, dit was een expliciete keuze, omdat deze moeders nog te kort in hulpverlening waren om zinvol te reflecteren op de geleverde hulpverlening. Daarnaast leek extra onderzoek belasting tijdens deze fase ethisch niet verantwoord. Veel moeders hadden een migrantenachtergrond, met de meeste herkomstlanden van buiten Europa. De meeste moeders waren door hun verloskundige verwezen

naar het Programma Moeders van Rotterdam en een aantal had zichzelf aangemeld. De problematiek van deze laatste groep was vergelijkbaar met de door professionals naar Moeders van Rotterdam verwezen populatie.

6.1.2. Sociale hulpverleners van Bureau Frontlijn en de Wijkteams.

Er zijn negen focusgroep interviews met de betrokken sociale hulpverleners gehouden. Alle professionals van Bureau Frontlijn waren uitgenodigd, waarvan 24 participeerden verdeeld over 6 interviews. Zij hadden veelal een achtergrond in maatschappelijk werk, pedagogiek of psychologie met wisselende werkervaring van minder dan 1 jaar tot ruim 10 jaar. Er waren drie focusgroep interviews met in totaal 11 professionals van de Wijkteams. Hun achtergrond en werkervaring varieerde sterk.

6.1.3. Verwijzende zorgprofessionals.

Vijftien geboortezorgprofessionals participeerden in vijf focusgroep interviews. De meeste participanten waren werkzaam in de geboortezorg, met 4 participanten werkzaam in de kraamzorg, 8 eerstelijns verloskundigen en een gynaecoloog. Deze hadden allemaal ruime werkervaring, op één verloskundige na, die korter dan een jaar werkervaring had. Daarnaast participeerden 2 maatschappelijk werkers, beide met meer dan vijf jaar ervaring.

6.1.4. Participerende stagiaires

In totaal participeerden 29 studenten aan focusgroep interviews. In drie interviews namen studenten aan het einde van hun stage deel. Daarnaast zijn er twee keer twee focusgroep interviews gedaan met andere studenten; twee bij de start van hun stage, gevolgd door dezelfde twee groepen nogmaals aan het einde van hun stageperiode. Op deze manier konden zowel de verwachtingen als ervaringen uitgevraagd worden en met elkaar worden vergeleken. Vrijwel al deze studenten volgden een hbo-opleiding pedagogiek of maatschappelijk werk. De meeste studenten waren afkomstig van Hogeschool Rotterdam, er waren ook studenten van de Haagse Hogeschool, Hogeschool InHolland en Hogeschool Windesheim.

6.2. Beantwoording kwalitatieve onderzoeksvragen

Hieronder worden er per onderzoeksvraag (zie begin van dit hoofdstuk) de belangrijkste en opvallende bevindingen besproken vanuit de verschillende perspectieven van de betrokkenen.

6.2.1. Ervaringen met toegankelijkheid van het Programma Moeders van Rotterdam

In het handboek Moeders van Rotterdam staat dat de sociale hulpverlening van het Programma Moeders van Rotterdam laagdrempelig toegankelijk moet zijn voor zowel verwijzers als voor zeer kwetsbare zwangeren.

Verloskundig professional: *“Het is vooral heel fijn want jaren geleden als iemand dan bij ons kwam met echt heel veel problematiek, hadden we zoiets van: we moeten naar dat loket voor die problematiek en naar dat loket voor die problematiek. Op een moment kwam moeders van Rotterdam en konden daar gewoon een kwetsbare zwangere aanmelden en zij gingen kijken hoe ze deze mensen konden begeleiden. En dat is heel prettig, dat je gewoon echt één vast aanspreekpunt hebt.[...] Want wij hoeven dan maar één persoon te bellen en die heeft dan de lijntjes naar de verschillende organisaties en dat is gewoon heel prettig.”*

6.2.1.1. Vanuit de moeders gezien

Moeders gaven aan dat het uniek is dat zij zichzelf kunnen en mogen aanmelden bij het Programma Moeders van Rotterdam. Voor andere programma's moeten zij altijd verwezen worden door een officiële instantie. De moeders zien 'zelfaanmelding' als drempelverlagend voor de toegang en voor het gebruikmaken van hulpverlening. Daarbij noemen zij het centrale aanmeldpunt als helpend, omdat de aanmelding zowel telefonisch als per mail kan gebeuren. Het aanmeldformulier was gebruiksvriendelijk en makkelijk in te vullen. Wel adviseerden zij om het aanmeldformulier in verschillende talen te vertalen zodat ook een taalbarrière wordt weggehaald als drempel. Een aantal andere moeders gaf aan dat het lastig voor hen was om een verwijzing te krijgen via een verwijzende instantie. De genoemde instanties waren geen frequente doorverwijzers naar het Programma Moeders van Rotterdam. Bij deze moeders met een moeizame verwijzing bleek tijdens de intake dat zij wel degelijk te maken hadden met multi-complexe problematiek.

Sommige moeders werden specifiek door hun geboortezorg professional aangemeld voor hulp bij het vinden van huisvesting. Deze moeders geven aan dat de geboortezorgprofessionals geen te hoge verwachtingen op dit terrein bij hun hadden mogen aanwakkeren. Vanwege het groot tekort aan betaalbare huisvesting in Rotterdam is dit niet realistisch.

Intake procedure: Alle moeders gaven aan dat de intake zeer snel na aanmelding volgde en stellen dat op prijs. Vrijwel alle moeders lieten weten dat zij zich niet ongemakkelijk of geïntimideerd hebben gevoeld tijdens de intake. Ze benoemden dat de professionals zich zeer open en begrijpend hebben opgesteld tijdens de intake en dat zij zich niet veroordeeld hebben gevoeld. Wel geven sommige van deze moeders aan dat zij de intake behoorlijk lang vonden duren en dat er heel veel vragen beantwoord moesten worden. Ook vertellen sommige moeders dat ze de intake een emotioneel zware gebeurtenis vonden. Dit omdat zij hun hele levensverhaal in een keer op tafel moeten leggen in het bijzijn van onbekenden. Enkele moeders gaven dan ook toe dat zij tijdens de intake niet het hele verhaal hebben verteld uit wantrouwen of schaamte.

Ten slotte vertelden sommige moeders dat in eerste instantie het intensieve karakter van de geleverde bekommerzorg een drempel opwierp, omdat zij of hun partner het lastig vonden 'externe inmenging' in hun leven toe te laten.

6.2.1.2. Vanuit de verwijzers gezien

Verwijzers benadrukken dat het Moeders van Rotterdam aanmeldpunt de bereikbaarheid van deze hulpverlening zeer laagdrempelig en toegankelijk maakt. Dit komt omdat het heel makkelijk is om iemand aan te melden en met medewerkers van het aanmeldpunt te overleggen.

Verloskundig professional: *"Ja, ik vind het wel heel prettig dat je online kunt aanmelden. Dat gaat snel. Je kunt het samendoen met de patiënt. Of je doet het even tussen de bedrijven door. Het is niet een al te ingewikkeld formulier, waar je toch wel de meeste knelpunten in kan meegeven. Ik weet ze ook wel te vinden als ik dingen mondeling wil overleggen. Dus als ik merk dat een aanmelding lang blijft liggen of als iemand nog niks gehoord heeft of als ik denk dit heeft meer toegevoegde waarde mondeling, dan bel ik hun gewoon wel even. Dus dat werkt wel heel prettig."*

6.2.2. Ervaringen met het Programma Moeders van Rotterdam?

De informatie uit de focusgroep interviews die gebruikt zijn voor het beschrijven van de ervaringen met het Programma Moeders van Rotterdam komen uitsluitend vanuit de deelnemende moeders.

De ervaringen van geboortezorgprofessionals en professionals uit het sociale domein komen aan de orde bij de bespreking van andere onderzoeksvragen.

Moeder: *“Moeders van Rotterdam is niet alleen voor moeders, het is ook voor mannen, want mijn man hebben ze ook goed begeleid met de huisbezoeken. Ja, dus het was niet alleen voor mij, ook voor hem.”*

6.2.2.1. Informatievoorziening bij start en tijdens begeleidingstraject

In het handboek Moeders van Rotterdam wordt beschreven dat alle moeders zowel aan de start als tijdens het begeleidingstraject goed geïnformeerd moeten worden over het proces, de inhoud en het doel van het traject. De meeste moeders vertellen dat zij aan de start van het traject uitgebreid zijn ingelicht door de professionals. Daarbij werden ook expliciet wederzijdse verwachtingen uitgesproken. Veel moeders benadrukken dat er tijdens elk huisbezoek een uitgebreide uitleg wordt gegeven over de uitgevoerde en voorgenomen acties. Ook vinden veel moeders het fijn dat deze acties zwart op wit worden vastgelegd in een plan van aanpak, zodat ze dit altijd kunnen nazoeken. Ze waarderen het dat zij ook buiten de huisbezoeken om altijd om informatie en uitleg kunnen vragen via WhatsApp of door te bellen. De moeders die de Nederlandse taal nog niet perfect beheersen, noemden de taalbarrière een knelpunt bij een goede informatievoorziening.

6.2.2.2. Invloed van wisselingen in de hulpverlening

Een wisseling in hulpverlening omvat alle veranderingen die plaatsvinden als een moeder te maken krijgt met een wissel tussen begeleidingsorganisaties, professionals, zorgfases of een combinatie van die drie factoren.

De moeders vertelden maar weinig wisselingen ervaren te hebben tijdens de hulpverlening en dat vinden zij prettig. Zij denken dat dit komt doordat het Programma Moeders van Rotterdam veelomvattend is, waardoor er niet zo snel andere begeleidingsorganisaties betrokken hoeven te worden in het traject.

Wel gaven ze aan dat er frequent wisselingen plaatsvinden in de betrokken zorgverleners zelf; zowel de zorgprofessionals als de betrokken studenten. Sommige moeders laten weten dat zij de wisselingen van hulpverleners en vooral studenten storend vinden, omdat zij elke keer weer moeten investeren in het opbouwen van een vertrouwensrelatie. Volgens deze moeders kan dit op den duur zorgen voor demotivatie. Moeders vinden dat het, in het geval van wisseling van hulpverleners en studenten, van belang is om de continuïteit van het begeleidingstraject te waarborgen door een goede overdracht van dossier. Op deze manier zijn professionals en studenten goed op de hoogte van de problematiek die speelt en de activiteiten die ondernomen zijn of moeten worden. Dit is bij enkele moeders een of meerdere malen niet goed gegaan, waardoor zij hun verhaal weer opnieuw hebben moeten vertellen met pijnlijke herinneringen en schaamte tot gevolg.

Moeder: *“Wat wel jammer is aan stagiaires, is dat ze na zoveel tijd weer weg moeten.”*

Veel moeders geven aan dat ze weinig last hadden de wisselingen van de ene naar de volgende fase in het begeleidingstraject, omdat ze dit als gestructureerd, natuurlijk en noodzakelijk hebben ervaren. Andere moeders gaven daarentegen aan dat zij hier wel last van gehad hebben, omdat het onduidelijk was wat er in deze fase van hen werd verwacht. Dit laatste komt vaker voor bij moeders die nog erg afhankelijk zijn van de hulpverlening.

6.2.2.3. Netwerkactivatie

Om meer zelfredzaamheid te krijgen is een ondersteunend sociaal netwerk noodzakelijk. Daarom is er in de begeleiding aandacht voor activatie van bestaande netwerken en de ontwikkeling van nieuwe netwerken.

Moeder: *“Maar ik heb niemand. Mijn families hier zijn ver..... En ik heb ook geen vriendin weet je dichtbij. Dus ik ben... Alleen. Echt alleen”*

Moeders die al langer in begeleiding zijn, vertelden dat hulpverleners ook daadwerkelijk bezig zijn geweest met netwerkactivatie. Moeders die zich nog in een eerdere fase van het begeleidingstraject bevinden, merken op dat daar tot op heden nog weinig aandacht aan besteed is. Vrijwel alle moeders vinden de activatie van bestaande netwerken belangrijk, omdat zij stress ervaren door verstoorde of verbroken contacten. Veel moeders vonden het visualiseren van het netwerk zeer geschikt en inzichtelijk. Het brengt namelijk niet alleen alle naasten in beeld, maar maakt ook de afstand tot die naasten inzichtelijk en laat zien hoe mensen zouden kunnen bijdragen aan de zelfredzaamheid van de moeder. Dit inzicht is belangrijk; moeders geven aan dat het bestaande netwerk niet altijd een positief effect heeft op de zelfredzaamheid. De meeste moeders vinden dat vooral de partner, familie en vrienden onderdeel zijn van hun netwerk. Een aantal moeders vertelt dat de professional succesvol heeft bemiddeld in de relatie met hun partner, of door dit zelf te doen of door een therapeut in te schakelen. Deze moeders geven aan dat er meer begrip is gekomen tussen hen en hun partner en dat zij minder stress door conflicten in de privésfeer ervaren. Andere moeders geven aan dat de professionals hen hebben aangemoedigd om de banden met hun familie en vrienden weer aan te halen.

Moeder: *“... en de Rotterdampas is handig. Ik loop hem helemaal uit... Ja. [lach] Of naar de bibliotheek, als je weet hoe je naar de Blaak komt, dan kan je naar de bibliotheek. Dan kun je boekjes lezen met de kleine. Elke eerste woensdag en donderdag van de maand hebben ze daar activiteiten voor moeder en kind. Kijk, dat vind ik leuk. Zie je? Je praat met mensen... dus bezigheden... dat vind ik leuk. Ja.”*

6.2.2.4. Gezondheidseducatie

Gezondheidseducatie is een belangrijk speerpunt binnen het Programma Moeders van Rotterdam. Veel moeders vertellen dat zij over verschillende onderwerpen gezondheidseducatie ontvangen, met name over roken, anticonceptie en kind ontwikkeling. Veel moeders stellen dat zij zeer uitgebreid zijn voorgelicht over anticonceptie. Sommige moeders vinden dit erg leerzaam, terwijl anderen van mening zijn dat zij niet veel nieuws hebben geleerd van de voorlichting. Enkele moeders hebben na de voorlichting ook een doorverwijzing naar ‘Nu niet zwanger’ gehad. Sommige moeders zeggen te zijn voorgelicht over de gevolgen van en het stoppen met roken. Deze moeders geven aan dat het bij de voorlichting erg belangrijk is dat er nog meer praktische handvatten en stimulans (bv. tips en oefeningen voor het omgaan met verleiding) aangeboden worden. Door te werken met dagboeken is de voorlichting over kind ontwikkeling goed gebeurd. De moeders vinden de dagboeken zeer duidelijk en hebben onderdelen van de kennis ook daadwerkelijk toegepast in de opvoeding. De meerwaarde van de dagboeken wordt alleen genoemd door moeders die zijn bevallen van hun eerste kind, de andere moeders wisten het meeste al.

Moeder: *“In dat boek heb ik elke week met mijn begeleider samen gelezen en in het boek staat allemaal... als een kind huilt, wat moet je doen? Als een kind buikgriep heeft... of... ..een andere*

ziekte... wat moet je doen? En dat boek helpt mij heel erg met mijn dochter. Want ik ben hier alleen en ik heb helemaal geen familie hier en eh... mijn dochter is mijn eerste kind."

Sommige moeders geven ook aan dat gezondheidseducatie soms een ondergeschoven kindje wordt als er veel praktische problemen zijn of er sprake is van een crisissituatie.

6.2.2.5. *Praktische ondersteuning*

Moeder: "Als ik een brief krijg dan kan alles lezen en begrijpen wat er in de brief staat. Ja, ik kan als ik wil een afspraak maken bij de dokter. Ik kan nu niet zeggen, nee Moeders van Rotterdam regelt het. Normaal moet Moeders van Rotterdam de dokter bellen, nu bel ik de dokter en leg ik uit wat ik voel of wat mijn kinderen voelen en maak ik de afspraak. Op de afspraak zelf kan ik alles vertellen, van mijn dochter heeft pijn hier, zij kan niet slapen. Ja... maar nu kan ik alles doen."

Het Programma Moeders van Rotterdam is gericht op vier leefgebieden: 1) gezondheid & zorg, 2) wonen, 3) financiën & administratie en 4) ontwikkeling kind. De meeste vrouwen ervaren vooral praktische ondersteuning in de vorm van financieel advies en hulp bij huisvesting als. De meeste moeders geven aan dat financiële problematiek, zoals het aanvragen van een uitkering, het aflossen van schulden en het krijgen van overzicht in de financiële administratie, het belangrijkste is voor hen. Veel moeders ervaren dat professionals zeer bekwaam zijn in het oplossen van financiële problematiek, bijvoorbeeld doordat ze onderhandelen over betalingsachterstanden, bemiddelen over schuldsanering en veel manieren weten om meer inkomsten te krijgen en kosten te besparen.

Moeder: "En eh... maar ik heb ook altijd wel een beetje mijn hoofd in het zand gestoken en nu ben ik wel sneller... ik maakte mijn post niet open dat soort dingen... Oh ja. Dat deed ik echt. Ik spaarde alles. Ik had zo'n [volle] kast toen ze bij me aankwamen... Vol met deurwaarders... en nu is het wel elke woensdag gaat gewoon mijn brievenbus open en dan haal ik netjes mijn post eruit. Dus dat is wel een stukje dat ze mij hebben meegegeven, van stop je kop nou niet in het zand en doe er iets mee. Want anders kom je weer in dezelfde situatie terecht."

Dit verschilt wel erg veel tussen de hulpverleners en studenten. Veel moeders hebben door slechte behuizing of thuisloosheid ook hulp nodig voor het vinden van goede huisvesting. Volgens de moeders kunnen de professionals op dit terrein minder voor elkaar krijgen. Ondanks de moeite en tijd die professionals investeren in het vinden van geschikte huisvesting, blijkt dat veel moeders tot op heden nog geen goede woning hebben gevonden. Sommige moeders geven aan dat hulp bij de huisvesting een van de belangrijkste redenen was om in te stemmen met deelname aan het programma. Zij zijn teleurgesteld dat het vinden van huisvesting niet lukt en geven aan dat dit het risico op uitval kan doen toenemen.

6.2.2.6. *Opvoedondersteuning*

Onder opvoedondersteuning verstaan moeders voornamelijk het ondersteunen bij dagelijkse opvoedtaken en het aanleren van didactische en pedagogische vaardigheden. Veel moeders vertelden dat professionals hen goed helpen bij het onder de knie krijgen van alledaagse taken (zoals kind aankleden, kind voeren, kind badderen) en algemene kennis (bijvoorbeeld temperatuur badwater, overschakelen op vast voedsel, handelen bij ziekte). Vooral de (jonge) moeders die hun eerste kind hebben gehad, vinden deze begeleiding erg belangrijk omdat zij naar eigen zeggen nog erg onzeker te zijn op dit gebied. Ook benoemen ze dat ze geholpen worden met de meer didactische en pedagogische kant van het opvoeden, bijvoorbeeld hoe zij hun kind sneller kunnen kalmeren bij huilbuien, of hoe ze het beste kunnen disciplineren zonder te slaan of te schreeuwen.

De meeste moeders zijn blij met de alternatieve opvoedmethodes. Enkele moeders zijn door de hulpverleners bewust geworden van de culturele verschillen in de opvoeding van kinderen. Enkele ervaren moeders geven aan dat zij de opvoedadviezen soms overbodig of zelfs betuttelend vinden.

Moeder: *“Dat boek hielp mij heel vaak heel veel met mijn zwangerschap. Wat moet ik doen? In welke week eh... dat kan ik helemaal in het boek zien... er staat wat ik moet doen toen ik in de dertig weken van mijn zwangerschap was... of eh... dat heeft mij heel erg geholpen.”*

6.2.2.7. Emotionele ondersteuning

Onder emotionele ondersteuning verstaan moeders voornamelijk het wegnemen of verminderen van stress, angst en depressie. Veel moeder stellen dat hun kwetsbare situatie in combinatie met zwangerschap en het opvoeden van een kind hen veel stress oplevert. Zij vinden dat professionals deze stress goed weten te verminderen door dagelijkse problematiek uit handen te nemen, maar vooral door hen goed voor te bereiden op de bevalling en het moederschap. Deze voorbereiding bestaat, volgens veel moeders, uit het regelen van een uitzet, voorbereidingen voor de bevalling zelf en het aanleren van vaardigheden voor het moederschap. Ook steunen de professionals hen bij het overwinnen van de angsten die zij ervaren, zoals bel-angst en reis-angst. Sommige moeders zeggen dat ze ook depressieve gevoelens hadden. Hierbij hebben de hulpverleners gedeeltelijk geholpen. Moeders ervaren echter dat kennis en bevoegdheden van de hulpverleners soms te beperkt waren en er daarom de hulp van een externe psycholoog of psychiater is ingeroepen. Dit vinden deze moeders best moeilijk, omdat zij dan weer opnieuw moesten wennen aan een ander gezicht, weer opnieuw een vertrouwensband moesten opbouwen en weer opnieuw hun pijnlijke verhaal moesten vertellen.

Moeder: *“Ja. En dat komt écht écht waar, dat komt door het stukje persoonlijke dat ze erin gooien. Ja, snap je? Dus ze zijn echt eh... hoe moet je dat zeggen? Ik had bijvoorbeeld [naam], die liet me er iedere keer aan herinneren dat ik het heel goed doe. Dan zegt ze “ja maar, je moet jezelf een schouderklopje geven, want je doet het heel goed.” Terwijl ik dat eigenlijk... de laatste keer dat ik dat heb gehoord is heel lang geleden op school. En dat laat jezelf ook heel trots voelen waardoor je ook verder wilt gaan.”*

6.2.3. Ervaren dilemma's door sociale hulpverleners

De sociale hulpverleners krijgen met veel verschillende dilemma's te maken tijdens hun dagelijkse werkzaamheden. Zij moeten daarbij ook nog rekening houden met juridische regels en ethische richtlijnen. Het is belangrijk dat zij weten hoe zij met deze dilemma's moeten omgaan om ervoor te zorgen dat de sociale hulpverlening binnen het Programma Moeders van Rotterdam goed wordt uitgevoerd. De belangrijkste dilemma's in de Moeders van Rotterdam hulpverlening worden hierna besproken, opgesplitst naar professionele dilemma's en organisatorische dilemma's.

6.2.3.1. Professionele dilemma's

Professionele dilemma's doen zich voor binnen de relatie tussen moeder en de hulpverlener. De volgende drie kwamen naar voren uit de focusgroep interviews: 1) relationele nabijheid versus professionele afstand, 2) vrijwillige verandering versus gedwongen aanpassing en 3) behoud van de vertrouwensrelatie versus ethische handelen.

6.2.3.1.1. Relationale nabijheid versus professionele afstand

Hulpverlener: *“Kom bij mij eten, komt op mijn verjaardag, kom op mijn zoons verjaardag... Ze zijn heel erg gastvrij. Ik waardeer die gastvrijheid in sommige culturen. Maar hoe ga je daarmee om? Zelf kan ik heel goed mijn grenzen stellen. Dus, ik maak heel duidelijk dat dat niet iets is wat ik ga doen.”*

De hulpverleners bouwen aan een vertrouwensrelatie met een moeder. Hierdoor kunnen zij gedragsverandering voor elkaar krijgen bij moeder. Het kan echter voorkomen dat hulpverleners van Moeders van Rotterdam zodanig emotioneel betrokken raken bij een moeder dat zij het moeilijk vinden om voldoende professionele afstand te houden en objectief te reflecteren op de moeder en haar situatie. Veel hulpverleners geven aan dat zij zelf bij aanvang van de begeleiding bewust zijn van dilemma. Door duidelijk de wettelijke en persoonlijke grenzen bij de moeder aan te geven en deze grenzen ook tijdens het gehele traject te blijven handhaven, proberen ze problemen voor te zijn.

6.2.3.1.2. Vrijwillige verandering versus gedwongen aanpassing

Dit dilemma komt soms voor. De hulpverleners zetten in op vrijwillige gedragsverandering, wat vaker tot duurzame lange termijn resultaten leidt. Het komt echter voor dat moeders niet luisteren naar adviezen en daarmee zichzelf en haar kind in gevaar brengen. In zo'n geval is het moeilijk voor de hulpverleners om vast te houden aan vrijwilligheid en moeten ze (zachte) dwang toepassen. Veel hulpverleners geven aan dat zij dit liever niet doen, maar dat het soms onvermijdelijk is.

6.2.3.1.3. Behoud vertrouwensrelatie versus ethische handelen

Dit dilemma gaat over het behouden van de vertrouwensrelatie en het volgen van wettelijke en ethische richtlijnen. Er wordt veel waarde gehecht aan het behouden van de vertrouwensrelatie met de moeder; zonder goed vertrouwen kan de behandelrelatie contraproductief worden. Soms ontstaan er echter situaties waarin hulpverleners wettelijk of ethisch verplicht zijn om toch vertrouwelijke informatie te delen (zoals de plicht om kindermishandeling te melden). In dit soort situaties kan de hulpverlener het vertrouwen van de moeder moeten beschamen. De meesten gaan hiermee om door de moeder te adviseren over de nodige gedragsverandering en meerdere waarschuwingen te geven.

6.2.3.2. Organisatorische dilemma's

Organisatorische dilemma's die uit de focusgroep interviews naar voren kwamen zijn: 1) intensieve bekommerzorg versus bevorderen zelfredzaamheid, 2) generalistische versus specialistische sociale hulpverlening en 3) culturele sensitiviteit versus culturele context.

6.2.3.2.1. Intensieve bekommerzorg versus bevorderen zelfredzaamheid

Dit dilemma komt vaak voor. Een belangrijk doel van dit programma is immers het verminderen van stress en zorgen bij moeders. Door intensieve hulpverlening kunnen moeders zich focussen op hun zwangerschap en kind. Volgens de hulpverleners zorgt deze intensieve aanpak er bij enkele moeders voor dat zij denken dat zij geen verantwoordelijkheid meer voor hun eigen leven hoeven te dragen. Dit terwijl het bevorderen van zelfredzaamheid juist een belangrijk doel is van het programma. Veel hulpverleners benadrukken daarom ook dat het belangrijk is om vooraf en tijdens het traject de verwachtingen van de moeder te managen, en zeer consequent het principe van ervaringsleren ('Voordoelen, samendoen, zelf doen') toe te passen.

Hulpverlener: *“Ik herinner me dat bij veel huisbezoeken de moeders je gewoon de telefoon geven zo van ... ‘Bel jij maar, ik spreek geen goed Nederlands’. Je moet er dan echt op aandringen dat het belangrijk is dat ze zelf kunnen bellen.”*

6.2.3.2.2. Generalistische versus specialistische sociale hulpverlening

Een belangrijk kenmerk van het programma is dat alle problemen van een moeder worden aangepakt door slechts één generalistisch werkende professional in plaats van door diverse specialistische professionals. Sommige problemen (bijvoorbeeld depressieve stoornis) zijn echter dusdanig complex dat generalistische hulpverlening onvoldoende is. Er moet dan specialistische hulpverlening worden geleverd in aanvulling op de generalistische hulpverlening. Veel professionals geven aan dat deze specialistische hulpverlening op sommige gebieden (zoals anticonceptie) voorhanden is via aandachtfunctionarissen binnen het programma. Maar nog niet alle specialistische zorgbehoeften zijn beschikbaar binnen het Programma Moeders van Rotterdam. Daarom zouden er meer gespecialiseerde professionals beschikbaar moeten zijn.

Hulpverlener: *“...Soms is het echt heel moeilijk om deze vrouwen te helpen met bijna alles in hun leven. [...] Als ik alles opschrijf waarmee ik niet kan helpen denk ik o help... huisvesting, zwangerschap, stress, fysieke gezondheid, sociaal netwerk, financiën... ik kan zo 15 dingen bedenken waar je sowieso aandacht aan moet geven [...] Dit dwingt ons wel om aan alles een beetje te doen en niet heel goed een probleem op te lossen.”*

6.2.3.2.3. Culturele sensitiviteit versus culturele context

In het handboek Moeders van Rotterdam staat dat de hulpverleners moeten meebewegen met de culturele normen en waarden van de cliënt. Een aantal hulpverleners ervaart dat dit soms in strijd is met de Nederlandse culturele normen en waarden (bijvoorbeeld bij disciplineren van kinderen). De meeste hulpverleners hebben een manier gevonden om hiermee om te gaan. Zij doen dit door zowel met de culturele achtergrond van de moeder mee te bewegen als duidelijk de begrenzingen van de Nederlandse context aan te geven.

Hulpverlener: *“Je kan haar gewoon vertellen dat het wettelijk verboden is om je kinderen te slaan in Nederland, zonder dat je haar veroordeelt ofzo. Je benoemt gewoon de feiten en als ze ervoor open staat, geef je andere manieren om haar kinderen te disciplineren.”*

6.2.3.3. Omgang met dilemma's

Binnen het Programma Moeders van Rotterdam zijn er verschillende mogelijkheden om de ervaren dilemma's aan te kaarten. Volgens veel hulpverleners werken ad hoc overleg met collega's, intervisie bijeenkomsten of moreel beraad goed om dilemma's voor te leggen, te bediscussiëren en op te lossen. Daarbij maken zij de kanttekening dat deze bijeenkomsten regelmatig worden overgeslagen of uitgesteld vanwege de primaire dienstverlening. Hierdoor blijven prangende vragen of pijnlijke dilemma's onbesproken en kunnen hulpverleners niet van elkaars ervaringen leren. Veel studenten bespreken hun professionele dilemma's met hun casusbegeleider, teamleden en medestudenten. Enkele studenten benoemen dat zij hiernaast ook nog met hun studentbegeleider en op school reflecteren op de professionele dilemma's.

6.2.4. Ervaringen met stagiaires, door moeders en stagiaires zelf

6.2.4.1. *Ervaringen van de stagiaires*

Binnen het Programma Moeders van Rotterdam wordt de professionalisering van studenten belangrijk geacht voor het verlenen van goede hulpverlening. Om die reden is er een uitgebreid inwerkprogramma ontwikkeld dat elke student bij aanvang van de stageperiode moet volgen. Vrijwel alle studenten geven aan veel geleerd te hebben van deze training. Ze geven aan dat de trainingen interactief worden ingericht met zowel theorie als opdrachten. Dit wordt over het algemeen als prettig ervaren.

Sommige studenten stellen voor om deze trainingen over meerdere dagen te verdelen om de inhoud behapbaar te houden. Dit is vooral het geval bij de training over de institutionele inrichting van gemeente Rotterdam. Sommige studenten vragen zich af in hoeverre de geleerde stof blijft hangen en of studenten deze daadwerkelijk toepassen in hun contacten met de moeders. Enkele studenten geven ook aan dat niet alle begeleiders belangrijke elementen van de Moeders van Rotterdam aanpak benadrukken in de praktijk.

Studenten worden altijd gekoppeld aan een andere student bij het verlenen van begeleiding. Dit wordt ook wel een koppelpartner genoemd. Veel studenten geven aan dat het werken met een koppelpartner prettig is, dat ze zichzelf aan elkaar optrekken, dat ze van elkaar leren en dat ze minder bang zijn om fouten te maken. Ze vertellen echter ook dat het alleen werkt met een koppelpartner waarmee een klik is. Ook moet er een goede afstemming zijn over type werkzaamheden en invulling van agenda's. Dit blijkt soms nog een uitdaging, omdat werkwijzen kunnen verschillen binnen en tussen teams evenals de invulling van agenda's door de verschillende eisen van de diverse onderwijsinstellingen.

De studenten gaan tijdens hun stage geleidelijk meer zelf doen en krijgen steeds meer verantwoordelijkheid. Dit geldt voor zowel individueel als gezamenlijk handelen. Deze groeiende verantwoordelijkheid wordt als zeer leerzaam en goed voor hun persoonlijke en professionele ontwikkeling ervaren.

Voor veel studenten loopt de dagelijkse samenwerking en communicatie met de begeleidende hulpverleners naar tevredenheid. De begeleidende hulpverleners dragen veel kennis aan hen over, steunen hen en zetten hen aan tot zelfreflectie. Toch ontstaan er soms spanningen tussen studenten en de begeleidende hulpverleners. Deze spanningen kunnen ontstaan door botsende karakters, conflicterende meningen of andere perspectieven op studentbegeleiding. Om deze spanningen op te lossen, zoekt het management vaak naar een oplossing. Meestal is de oplossing het uit elkaar halen van de student en begeleidende hulpverlener.

Veel studenten geven aan met plezier stage bij het Programma Moeders van Rotterdam te lopen en vinden de benadering over de inzet van studenten leerzaam. Het is hierbij wel belangrijk dat de voorwaarden en arbeidsomstandigheden goed geregeld zijn, afspraken duidelijk zijn, samenwerking goed loopt en er toereikende voorbereiding en begeleiding is.

6.2.4.2. *Ervaringen van de moeders met de stagiaires*

Sommige moeders geven aan dat de stagiaires de sociale hulpverlening meer laagdrempelig maken, omdat zij met hen minder hiërarchie ervaren dan met professionals zelf. Voor andere moeders is de inzet van stagiaires drempelverhogend, omdat zij zich afvragen of de stagiaires wel professioneel genoeg zijn om hen de juiste hulp te bieden. Ook wordt de wisseling van studenten om de paar

maanden als drempel ervaren. Ze moeten de nieuwe stagiair immers weer leren kennen en hun verhaal weer vertellen.

Moeder: *“Nou... ik zie ze eigenlijk niet als stagiaires. Want ze zijn sowieso een opleiding aan het volgen. Wat ze doen is eigenlijk al heel mooi, het feit dat ze mensen willen helpen en dat ze stagelopen bij zo’n project.”*

6.2.5. Samenwerking tussen geboortezorg- en sociale zorgprofessionals

Over het algemeen beoordelen de geboortezorg- en sociale hulpverleners de samenwerking met Moeders van Rotterdam en de Wijkteams als positief. De communicatie vindt meestal telefonisch plaats en is respectvol en professioneel. Ook reageren beide groepen professionals vlot op elkaars mailberichten en is iedereen over het algemeen behulpzaam. De geboortezorgprofessionals zijn tevreden over het initiële contact en over de aanmelding. Tegelijkertijd wil een deel van hen meer samenwerking en informatie-uitwisseling gedurende het begeleidingstraject. Dan kan dit ook mee genomen worden tijdens de multidisciplinaire besprekingen. Veel sociale hulpverleners begrijpen deze wens en doen hun best om daarin te voorzien, maar door drukte schiet dat er weleens bij in.

Verloskundig professional: *“En af en toe komen ze ook mee hierheen naar het spreekuur, dat ze eventjes meekomen om te kijken hoe het gaat. Ook voor de mensen zelf een beetje ondersteuning. Dus een zekere doortastendheid is zeker wel gewenst bij deze... Doelgroep. Ja, zeker.”*

Daarnaast benoemen enkele geboortezorgprofessionals dat zij meer samenwerking zouden willen op het gebied van expertise- en kennisdeling. Zo willen zij graag Moeders van Rotterdam professionals uitnodigen om het programma verder toe te lichten in hun eigen achterban. Vice versa willen zij als geboortezorgprofessionals zelf graag vertellen aan de hulpverleners in het sociale domein over wat zij voor het programma kunnen betekenen. De sociale hulpverleners zouden graag bij de multidisciplinaire besprekingen van de ziekenhuizen worden uitgenodigd, zodat ze dan direct samen kunnen schakelen.

7. Beschouwing

Samenvattend, in 2014 is de eerste pilot van het Programma Moeders van Rotterdam van start gegaan. Dit resulteerde in een meerjarig programma (2015-2021) met een bijbehorende evaluatie (2016-2022). Een uniek onderzoek waarbij een innovatieve manier van sociale hulpverlening voor zeer kwetsbare (zwangere) vrouwen en hun (ongeboren) kind beschikbaar kwam en tegelijkertijd wetenschappelijk geëvalueerd werd. Om de Moeders van Rotterdam aanpak te vergelijken met het bestaande hulpaanbod, zijn de sociale Wijkteams gevraagd om ook deel te nemen aan het onderzoek. De resultaten van het onderzoek laten zien dat in de gehele groep participanten de algehele mate van zelfredzaamheid verhoogd was bij afsluiting van de hulpverlening en de ervaren stress was verlaagd. De zwangerschap en geboorte uitkomsten van deelnemers aan de studie zijn over het algemeen ongunstiger dan in de rest van Nederland. Ook was de gemiddelde opvoedcapaciteit van de moeders niet-voldoende adequaat. Van de kinderen die binnen het programma geboren zijn, wijkt de ontwikkeling in de eerste twee levensjaren vaker af ten opzichte van de Nederlandse referentiewaarden. Hierin is geen verschil aangetoond tussen de groep onder begeleiding van Moeders van Rotterdam en de Wijkteams. Ook op het gebied van vermindering van stress en verbetering van de zelfredzaamheid, was er geen statistisch aantoonbaar verschil tussen beide hulpverleningsorganisaties. De toegankelijkheid van de sociale hulpverlening voor zeer kwetsbare zwangere vrouwen is verbeterd volgens betrokken geboortezorgprofessionals en de zeer kwetsbare vrouwen zelf. Ook werd de holistische aanpak van hulpverlening binnen het Programma Moeders van Rotterdam erg gewaardeerd door de moeders die aan de focusgroep interviews hebben geparticipeerd.

In dit hoofdstuk reflecteren we op het onderzoek en de bevindingen en gaan we in op de context waarin het onderzoek heeft plaatsgevonden. Daarna volgen het toekomstperspectief en aanbevelingen uit het Onderzoek Moeders van Rotterdam.

7.1. Reflectie op de resultaten

In deze paragraaf reflecteren we op de resultaten van het onderzoek. Eerst bespreken we de bevindingen aan de hand van de Theory of Change (zie Inleiding). Daarna zullen een aantal opvallende resultaten per onderzoeksdomein, de hoofd en secundaire vragen geduid worden. Ook worden de ervaringen van de moeders met het Programma Moeders van Rotterdam en andere opvallende bevindingen uit de kwalitatieve evaluatie besproken. Aan het einde van de paragraaf beargumenteren we, op basis van de resultaten, welke onderdelen van het Programma Moeders van Rotterdam bevorderend lijken te zijn voor bereikbare en adequate sociale hulpverlening voor zeer kwetsbare (zwangere) vrouwen.

7.1.1. Theory of Change

Zoals in de Inleiding staat beschreven is er in het voorjaar van 2016 een Theory of Change opgesteld voor het Programma Moeders van Rotterdam. De kernpunten hiervan zijn de volgende:

1. Als medische en sociale risicoanalyse vroeg in de zwangerschap gecombineerd kan worden, kunnen de meest kwetsbare vrouwen en kinderen geïdentificeerd worden;
2. Door een nauwe samenwerking tussen medische en sociale zorg te bewerkstelligen, kan holistische en effectieve hulpverlening verleend worden;
3. Als intensieve gepersonaliseerde hulpverlening verleend wordt, kan stress gereduceerd, kwaliteit van leven en ouderschapsvaardigheden verbeterd en zelfredzaamheid verhoogd worden;

4. Door stressreductie en verhoogde zelfredzaamheid, wordt de kans op gezonde pasgeborenen, veilige hechting en optimale ontwikkeling van kinderen verhoogd;
5. Als kinderen gezond worden geboren en zich optimaal kunnen ontwikkelen, wordt hun kans op een gezond en gelukkig leven vergroot;
6. Als vrouwen zelfredzaam worden en de kans op een gezonde ontwikkeling van het kind vergroot is, dan scheelt dit overheidsuitgaven en vergroot dit de inkomsten (uit belasting).

In deze paragraaf gebruiken we de resultaten van het onderzoek om te kijken in hoeverre deze kernpunten van het Programma ook behaald zijn.

De introductie van het Programma Moeders van Rotterdam heeft bijgedragen aan de identificatie van (zeer) kwetsbare zwangere vrouwen. Het aantal geïdentificeerde problemen en de mate van zelfredzaamheid bij aanmelding laten zien dat de vrouwen in het onderzoek ook inderdaad (zeer) kwetsbaar zijn. De gegevens over de kind ontwikkeling suggereren dat de kinderen in deze groep eveneens (zeer) kwetsbaar zijn. Hun kwetsbaarheid komt voort uit de (zeer) kwetsbare situatie waarin hun moeder zich bevindt en uit zich in het verloop van hun eigen ontwikkeling, en de afwijkingen hierin. Ook heeft het Programma ertoe geleid dat (zeer) kwetsbare zwangere vrouwen aangemerkt worden als aparte doelgroep met bijpassende (hoge) urgentie. Voor de start van het Programma en het Onderzoek was dit niet het geval bij de reguliere sociale hulpverlening volgens de Wijkteams, en werd de casuïstiek deze doelgroep niet versneld opgepakt.

Het Programma Moeders van Rotterdam heeft door het oprichten van het centrale aanmeldpunt bijgedragen aan betere samenwerking tussen het medische en sociale domein. Door dit aanmeldpunt ervaren de geboortezorgprofessionals de sociale hulpverlening als veel meer toegankelijk. Niet alleen voor doorverwijzing naar het programma, maar ook voor overleg. Zij gaven aan dat de samenwerking nog verder verbeterd kan worden, vooral zodra de sociale hulpverlening opgestart is. Ook de sociale hulpverleners geven aan dat de samenwerking en informatie-uitwisseling tussen hen en de geboortezorgprofessionals verbeterd is en ook daar blijft ruimte voor verdere verbetering. Deze samenwerking, de identificatie van zeer kwetsbare zwangere vrouwen en de oprichting van het centrale aanmeldpunt, hebben een stevige basis voor hulpverlening aan deze doelgroep gecreëerd. Identificatie van de doelgroep en goede toeleiding naar hulpverlening zijn immers voorwaardelijk om deze doelgroep ook van de juiste hulpverlening te kunnen voorzien.

Gemiddeld genomen heeft bij alle deelnemende vrouwen tijdens het hulpverleningstraject, ongeacht type zorgverlener, een reductie in stress plaatsgevonden en is de zelfredzaamheid verhoogd. De kwaliteit van leven, gemeten als ervaren gezondheid, is ook verbeterd voor de meerderheid van de deelnemende vrouwen. Over de ouderschapsvaardigheden kunnen we niet zeggen of deze beïnvloed zijn door de hulpverlening die deze vrouwen ontvangen hebben. Van de zeer beperkte groep vrouwen bij wie de ouderschapsvaardigheden twee keer zijn gemeten, is het verloop heel divers van een verbetering tot een verslechtering in kwaliteiten. In deze groep, die bij de eerste verjaardag nog hulpverlening kreeg, is er mogelijk sprake van minder zelfredzaamheid dan de groep bij wie de hulpverlening al was gestopt. Bij de meerderheid van de moeders is de hulpverlening immers afgesloten voor de eerste verjaardag van het kind.

Vanuit theoretisch oogpunt zullen de behaalde stressreductie en verhoogde zelfredzaamheid de kans op gezonde pasgeborenen, veilige hechting en optimale ontwikkeling van kinderen kunnen verhogen (stap 4 in de Theory of Change). En als dit zo is, wordt de kans van deze kinderen op een gezond en gelukkig leven ook vergroot. Met de resultaten uit het Onderzoek Moeders van Rotterdam kan

helaas niet worden vastgesteld of dat laatste ook daadwerkelijk zo is en wat de rol van het Programma hierin is. Om de geboorte uitkomsten te kunnen beïnvloeden is een interventie nodig die zo vroeg mogelijk in de zwangerschap al plaatsvindt, het liefst al voor de zwangerschap. Het Programma Moeders van Rotterdam was veelal te laat in de zwangerschap pas betrokken om invloed te kunnen hebben gehad op de uitkomsten van de zwangerschap. De gemiddelde zwangerschapsduur bij aanmelding was 20 weken en 5 dagen en slechts 23% was aangemeld tijdens het eerste trimester. Ook zijn de aantallen te klein om potentiële effecten van sociale hulpverlening statistisch te kunnen toetsen. De gevonden zwangerschaps- en geboorte uitkomsten in de studie geven daarom eerder een beeld van de kansen op een gezonde geboorte in deze populatie weer dan de mogelijke invloed van het Programma hierop. Hechting en optimale ontwikkeling zouden al wel beïnvloed kunnen zijn door het Programma Moeders van Rotterdam. In de resultaten zien we dat er bij 9% van de moeders problemen met gehechtheid gerapporteerd worden, de opvoedcapaciteiten gemiddeld genomen niet adequaat zijn en dat meer dan de helft van de kinderen op ten minste een moment afwijkt in de ontwikkeling ten opzichte van de referentie. Het is alleen onbekend hoe dit zou zijn geweest als het Programma Moeders van Rotterdam er niet was geweest. Er is geen informatie beschikbaar over problemen met gehechtheid en opvoedcapaciteiten op landelijk of gemeentelijk niveau. Voor de kind ontwikkeling is er wel informatie over het maximale percentage Nederlandse kinderen dat afwijkt van de referentie en is dus geen puntschatting. Er zijn echter geen gegevens beschikbaar over wat deze range is in een groep kinderen die opgroeien in een zeer kwetsbare situatie, en vaker een suboptimale gezondheid bij de geboorte had, dan de rest van Nederland. Hierdoor is het niet mogelijk om de mogelijke effecten van het Programma Moeders van Rotterdam hierop te kwantificeren.

Omdat het niet mogelijk is om de effecten van het Programma Moeders van Rotterdam op de hechting en de ontwikkeling van het kind te kwantificeren, kan dit ook niet dienen als startpunt naar de effecten op langere termijn. Denk hierbij aan ontwikkelingsmijlpalen later in het leven van het kind, maar ook schoolprestaties, positie op de arbeidsmarkt en maatschappij en het risico op problemen waar hun moeder mee kampten. Vanuit de focusgroep interviews komt naar voren dat de deelnemende moeders zich door de hulpverleners van Bureau Frontlijn erg gesteund voelden in hun zorg voor de opvoeding en ontwikkeling van hun kind. Ook komt daar naar voren dat de moeders zich nu in staat voelen om zelf de zorg voor hun kind te organiseren, ook op medisch vlak. Helaas hebben we geen moeders gesproken die hun hulpverlening ontvingen van de Wijkteams en kunnen daardoor geen uitspraken doen over de toegevoegde waarde van het Programma Moeders van Rotterdam hierin.

Het laatste punt van de Theory of Change gaat in op wat de maatschappij zou kunnen terugverdienen als er geïnvesteerd zou worden in dit programma. De gehele Theory of Change richt zich op de winst voor het kind en dus de volgende generatie. Met een looptijd van het onderzoek van zeven jaar is het deze maatschappelijke winst niet meetbaar. Daarnaast kunnen we op basis van het onderzoek alleen aantonen dat stappen 1 en 2 succesvol waren en dat er suggesties zijn voor het behalen van de derde stap, al is dit laatste al minder duidelijk. Voor de stappen 4 tot en met 6 is het voorwaardelijk dat het Programma aantoonbaar effect heeft op de voorgaande stappen. Een extra moeilijkheid hierin is dat er onvoldoende data van buiten het onderzoek beschikbaar is over de doelgroep van (zeer) kwetsbare zwangere vrouwen. Gegevens over deze doelgroep zijn vrijwel afwezig en al wat er is aan informatie is gefragmenteerd of gaat over een minder kwetsbare doelgroep. Om in de toekomst uitspraken te kunnen doen over de lange termijn effecten van een

grootschalig programma zoals Moeders van Rotterdam, is het van groot belang om de registratie en beschikbaarheid van data te optimaliseren.

7.1.2. Domein *Moeder*:

7.1.2.1. *Depressie, angst en stress*

De grootste kans op vermindering van depressie, angst en stress is te vinden in de groep die bij aanvang van de hulpverlening hierop hoger scoorden, of van wie het aantal problematische leefdomeinen op de kruisjeslijst groter was. Opvallend was dat bij veel van de (zeer) kwetsbare zwangere vrouwen de mate van ervaren depressie, angst en stress bij aanvang van de hulpverlening geclassificeerd werd als normaal of mild. Dit kan komen doordat de aanname over de hoeveelheid stress die ervaren wordt door de doelgroep niet klopt, of doordat het gekozen instrument niet goed past bij het uitvragen van stress door sociale omstandigheden. Omdat bij meer dan helft “veel stress” was aangekruist op de kruisjeslijst bij de intake, denken wij dat het laatste waarschijnlijker is. Mogelijk kan met andere instrumenten de mate en het verloop van stress door bijvoorbeeld armoede beter gemeten worden. Door de lage scores op depressie, angst en stress bij de aanvang van de hulpverlening was er voor de meeste participanten maar weinig ruimte om een netto verbetering door te kunnen maken. Als het verloop over tijd nader bekeken wordt (figuur 2), zien we een toename in depressie, angst en stress bij 6 maanden na de geboorte. Waardoor dit komt weten we niet precies, het kan komen doordat veel van de moeders rond deze tijd wisselden van fase in de hulpverlening. Ook kan dit komen doordat het zwangerschapsverlof nu echt is afgelopen en dat de dagelijkse gang van zaken weer volop aandacht vragen.

7.1.2.2. *Zwangerschap en geboorte uitkomsten*

De zwangerschap en geboorte uitkomsten laten zien dat er significant meer kinderen met een te laag geboortegewicht geboren zijn in de onderzoekspopulatie dan in de rest van Nederland en Rotterdam. Opvallend is dat er minder vroeggeboortes te zien zijn. Vanuit eerdere bevindingen uit andere studies werd een hogere prevalentie van vroeggeboortes verwacht. [9-12, 14, 15, 17, 51-53] Het is niet aannemelijk dat het Programma Moeders van Rotterdam specifiek heeft bijgedragen aan de preventie van vroeggeboorte. Bij het voorkomen van vroeggeboorte zijn de (biologische) processen rondom de conceptie en tijdens het eerste trimester van de zwangerschap cruciaal. De meeste vrouwen werden echter pas na het eerste trimester aangemeld voor hulpverlening binnen het Programma. Nieuwe wetenschappelijke onderzoeken, zoals verschillende onderzoeken naar geboorte uitkomsten onder asielzoekers, ondersteunen de gevonden bevindingen in ons onderzoek. Om goed te kunnen achterhalen welk mechanisme hieraan ten grondslag ligt zal nog uitgebreid onderzoek gedaan moeten worden, ook in andere populaties die op hun eigen manier mogelijk ook zeer kwetsbaar zijn, zoals bijvoorbeeld asielzoekers. Daarnaast is het minder vaak voorkomen van vroeggeboorten is ook niet per definitie een gunstige uitkomst. Het betekent dat het ongebooren kind in de baarmoeder langer wordt blootgesteld aan de gevolgen van de negatieve omgevingsinvloeden zoals de stress van de moeder. Dit laatste kan zich uiten in baby's met een te laag geboortegewicht voor de duur van de zwangerschap, iets wat in de onderzoekspopulatie ook veel vaker voorkomt dan in de rest van Nederland.

7.1.3. Domein *Kind*

7.1.3.1. *Groei en ontwikkeling*

We hadden van 254 kinderen de beschikking over data omtrent hun ontwikkeling. Dit aantal was te klein voor een vergelijking tussen de hulpverlening via Programma Moeders van Rotterdam en die via de Wijkteams. Meer dan de helft van de kinderen vertoonde volgens het Van Wiechenschema

een afwijking in de ontwikkeling op ten minste een domein en op tenminste een moment. Van alle kinderen had 7,5% afwijkingen op alle drie de domeinen. Omdat er geen landelijke gegevens beschikbaar zijn, kunnen we deze uitkomst niet vergelijken met het landelijk gemiddelde. Wel is dit percentage met een afwijking op ten minste een moment op tenminste een domein veel hoger dan de oorspronkelijk aangenomen 20%. Niet van alle van deze 254 kinderen waren de geboorte uitkomsten bekend. Hierdoor kon niet betrouwbaar onderzocht worden of de afwijkingen in de ontwikkeling gerelateerd waren aan minder gunstige geboorte uitkomsten. Over het algemeen suggereren onze bevindingen dat het belangrijk is om deze moeders en kinderen te stimuleren om regelmatig naar het consultatiebureau te gaan om zo vroegtijdig afwijkingen in hun ontwikkeling te kunnen signaleren en er mogelijk iets aan te doen.

7.1.3.2. *Opvoedvaardigheden volgens de INCAS*

Door video-observaties van dagelijkse zorgtaken te beoordelen zijn de opvoedcapaciteiten in kaart gebracht. Gemiddeld genomen vertonen de zeer kwetsbare moeders in het onderzoek onvoldoende adequate opvoedvaardigheden, waarbij de emotionele opvoedvaardigheden lager waren dan de instrumentele opvoedvaardigheden.[54] Gelukkig waren er ook vrouwen die wel voldoende scoorden op alle domeinen. Het resultaat uit de studie geeft reden voor bezorgdheid over de opvoedvaardigheden van de moeders en de effecten daarvan op de kinderen. Wat deze bezorgdheid verder aanwakkert is dat veel moeders niet wilden deelnemen aan deze observaties. Redenen hiervoor waren onder andere: een algemene weerstand tegen huisbezoeken; de angst of het wantrouwen voor hoe deze video-opnamen gebruikt zouden worden en of zij hier negatieve consequenties van zouden ondervinden; of het niet hebben van een eigen woning waarbij het logeeradres niet akkoord was met video-opnamen. Het is zeer waarschijnlijk dat de groep die wel toestemming heeft gegeven over het algemeen in een iets minder kwetsbare situatie verkeert dan degenen die níét mee deden. Deze redenering doortrekkend, kan het zijn dat in de gehele studiepopulatie de gemiddelde opvoedvaardigheden nog lager liggen dan die wij hebben onderzocht. Uit de resultaten van de aanvullende vragenlijsten uit het domein *Kind* blijkt dat veel moeders hun eigen opvoedvaardigheden als adequaat beschouwen, terwijl de INCAS-observaties laten zien dat dit deze niet adequaat zijn. Ook brengen de antwoorden op deze vragenlijsten een aantal zorgwekkende situaties aan het licht, waarbij in sommige gevallen zelfs sprake is van dreigende kindermishandeling. Helaas zijn deze vragenlijsten pas na de afloop van de studie geanalyseerd en is dit dus niet eerder opgemerkt. Gezien de ernst van deze situaties zou er in vervolgonderzoek al eerder naar de resultaten gekeken moeten worden zodat er eventueel geïntervenieerd kan worden met de situatie. Hopelijk kreeg de betreffende moeder ten tijde van deze vragenlijst nog hulpverlening aangeboden en is de situatie gesignaleerd en/of opgelost. De invloed van opvoeding en interactie tussen ouders en kinderen is verrekend.[55-57] Daarom is het belangrijk dat er in de hulpverlening voor zeer kwetsbare vrouwen aandacht is voor het verbeteren van de opvoedcapaciteit om zo de kansen voor het kind verder te optimaliseren. De ontwikkelde baby en dreumes dagboeken bieden een mooi startpunt hiervoor, maar zijn mogelijk niet voldoende gezien het hoge percentage van moeders met onvoldoende adequate opvoedvaardigheden en kinderen met afwijkingen ten opzichte van het Van Wiechenschema. Ook is het belangrijk dat mogelijke zorgwekkende situaties in de opvoeding tijdig worden gesignaleerd, zodat er tijdig ingegrepen kan worden.

7.1.4. *Domein Hulpverlening*

Uit de primaire analyses van de zelfredzaamheid van de moeders aan het einde van de hulpverlening komt geen verschil naar voren tussen de aanpak door Moeders van Rotterdam en de Wijkteam

aanpak. Zelfredzaamheid op een groter aantal domeinen bij de start van de hulpverlening en minder problematisch leefdomeinen op de 'kruisjeslijst' geven meer kans op het volledig zelfredzaam zijn bij afsluiting van de hulpverlening. De duur van de hulpverlening heeft geen significant effect op de zelfredzaamheid. Kijkend naar het verloop over de tijd is te zien dat moeders die begeleid worden door Bureau Frontlijn over het algemeen het meest zelfredzaam zijn op 6 maanden na de geboorte, waar dit bij de Wijkteams bij het einde van het hulpverleningstraject is. Opvallend is ook dat er moeders zijn die bij de afsluiting van de hulpverlening nog niet volledig zelfredzaam zijn. Een mogelijke reden hiervoor is dat de moeder geen actieve hulpvraag had voor de domeinen waarop ze nog niet zelfredzaam was. Ook kan het zijn dat er alleen nog een langdurig probleem speelt, zoals het verkrijgen van een verblijfstatus of passende zelfstandige woonruimte, waardoor de hulpverlening wel afgesloten kan worden terwijl specifieke problemen nog niet zijn opgelost.

Achterafgezien is het te bediscussiëren of het behalen van volledige zelfredzaamheid bij deze doelgroep haalbaar was. Ook zou het mogelijk beter passend zijn geweest om niet alle leefdomeinen even zwaar mee te laten wegen bij het bepalen van de mate van zelfredzaamheid. Welke domeinen belangrijker zijn, ligt veelal aan de situatie en dat maakt eenduidig gebruik van dit soort weging complex. Over het algemeen laten de resultaten uit ons onderzoek zien dat beide hulpverlenersinstanties in staat zijn om de zelfredzaamheid van de zeer kwetsbare vrouwen te vergroten.

Geïnspireerd door het principe dat de eerste 1000 dagen van het leven cruciaal zijn voor de gezondheid en ontwikkeling van kinderen is bij het ontwerp van het programma Moeders van Rotterdam gekozen voor een optimale zorgduur van 1000 dagen. Deze zorgduur zegt echter niets over de termijn die nodig is om specifieke doelen te behalen. Wanneer we kijken naar de metingen over tijd binnen de verschillende domeinen van het onderzoek, zien we dat er tot zes weken na de geboorte een reductie in depressie, angst en stress wordt gerealiseerd. De hoogste mate van zelfredzaamheid wordt bereikt bij zes maanden na de geboorte. Tevens blijkt uit gegevens over de opvoedvaardigheden en kind ontwikkeling dat er gedurende de eerste twee levensjaren, en mogelijk zelfs langer, nog veel ondersteuning nodig is. De optimale zorgduur en de invulling van de hulpverlening zijn afhankelijk van de problematiek die er speelt en de prioriteiten die hierin gesteld worden.

7.1.5. Kwalitatief onderzoek

Uit de focusgroep interviews komt over het algemeen naar voren dat alle geïnterviewden blij zijn met het programma en een duidelijke meerwaarde zien ten opzichte van het reguliere aanbod voor zeer kwetsbare zwangere vrouwen. De deelnemende moeders geven aan dat vooral de bereikbaarheid van de hulpverlening een groot pluspunt is. Ook wordt de holistische aanpak en het ervaringsleren als waardevol gezien. 'Voordoen, samendoen, zelf doen' zorgt ervoor dat de moeders op sommige vlakken eerst aan de hand meegenomen worden. De praktische handvatten en beschikbare dagboeken worden als helpend ervaren, hoewel dit bij de dagboeken alleen geldt voor vrouwen die hun eerste kindje hebben gekregen. De hulpverlening wordt soms als betuttelend gezien en dat werpt voor sommige moeders drempels op. Dat de Moeders van Rotterdam aanpak werkt volgens drie fases plus nazorg wordt als waardevol gezien en behulpzaam in de voortgang van het hulpverleningstraject. Zowel de hulpverleners als de deelnemende moeders plaatsen de kanttekening dat het soms onduidelijk is wat de beste timing is voor het veranderen van fase en wat er dan van de moeder verwacht wordt. Dit laatste kan mogelijk vergemakkelijkt worden door een vragenlijst te gebruiken om te bepalen of de moeder al toe is aan doorstromen naar een volgende

fase. Vragenlijsten zoals de URICA [31], die de bereidheid tot verandering in kaart brengt, kunnen hiervoor gebruikt worden. Hiermee kunnen moeders eventuele knelpunten in de voortgang, of het toe zijn aan een volgende stap, identificeren.

7.1.6. Succesvolle onderdelen Programma Moeders van Rotterdam

Hoewel uit de kwantitatieve analyses geen duidelijk verschil naar voren komt tussen de Moeders van Rotterdam aanpak en de Wijkteams, zijn er onderdelen van de aanpak die de hulpverlening voor de doelgroep verbeterd lijken te hebben. Hieronder bespreken we de onderdelen “zorg-op-maat”, verbinden medisch en sociaal domein, holistische aanpak en het centrale aanmeldpunt.

7.1.6.1. Zorg-op-maat

Vrijwel iedereen was bij het einde van de hulpverlening meer zelfredzaam ten opzichte van bij de start, onafhankelijk van wie de hulpverlening leverde en hoe lang deze duurde. Ook laten de data zien dat de Wijkteams bij deze doelgroep langere hulpverleningstrajecten aanhielden dan standaard was. Dat dit een verandering is wordt geïllustreerd door de uitspraak van een verloskundig professional over hoe de Wijkteams eerder te werk gingen: *“Natuurlijk gaan we allemaal uit van zelfredzaamheid van de patiënten, alleen onze doelgroep mist gewoon zo’n groot deel van die zelfredzaamheid dat dat [het aan de hand meenemen] juist fijn was. Want wijkteams die sluiten juist heel snel af. Van nou, mensen hebben geen hulpvraag. Of we hebben meerdere opdrachten gegeven en we komen niet verder, dus we ronden af.”* Niet alleen de Wijkteams zijn veranderd over de loop van de studie, ook de hulpverleningstrajecten bij Bureau Frontlijn. Deze waren korter dan in de oorspronkelijke programma beschrijving. Dat de duur van de hulpverlening gemiddeld korter was voor beide partijen dan de oorspronkelijk bedachte 1000 dagen, lijkt niet problematisch te zijn. De termijn waarin de meeste verbeteringen in zelfredzaamheid en reductie in stress zijn bewerkstelligd, vallen beide binnen de gerealiseerde duur van de hulpverlening. Het is wel belangrijk om er bewust van te zijn dat op deze termijn nog veel afwijkingen op de kind ontwikkeling zichtbaar waren en dat de opvoedvaardigheden onvoldoende adequaat waren.

Beide veranderingen illustreren dat de duur van de hulpverlening afgestemd werd op de behoefte van de (zeer) kwetsbare vrouw. Ook kwam uit de focusgroep interviews dat de deelnemende moeders het niet prettig vinden om steeds opnieuw hun verhaal te moeten doen bij verschillende (sociale) zorgprofessionals. En dat ze het juist wel prettig vinden dat veel hulpverlening georganiseerd kon worden door de professionals van Bureau Frontlijn. Voor (zeer) kwetsbare (aanstaande) moeders die met meerdere problemen en instanties te maken hebben, is het wenselijk dat de betrokken sociale zorgprofessional in staat is om als casemanager op te treden en de hulpverlening rondom de moeder te organiseren.

7.1.6.2. Verbinding medisch en sociaal domein.

Zoals beschreven in hoofdstuk 1 is de verbinding tussen het medische en sociale domein niet iets vanzelfsprekends. Voordat het Programma Moeders van Rotterdam bestond was er weinig en moeizame samenwerking tussen beide domeinen. Een van de verloskundig professionals beschreef de situatie voor Moeders van Rotterdam als volgt: *“...want jaren geleden als iemand dan bij ons kwam met echt heel veel problematiek, hadden we zoiets van: we moeten naar dat loket voor die problematiek en naar dat loket voor die problematiek. Op een moment kwam moeders van Rotterdam en konden daar gewoon een kwetsbare zwangere aanmelden en zij gingen kijken hoe ze deze mensen konden begeleiden...”* Dit illustreert dat het sociale domein lastig bereikbaar was voor het medische domein. Door het Programma is dit verbeterd en dat blijkt ook uit het aantal geboortezorg professionals dat zeer kwetsbare zwangere vrouwen geïdentificeerd en doorverwezen

hebben voor sociale hulpverlening. Ook de hulpverleners uit het sociale domein hebben een rol voor verwijzing naar het medische domein. Zo gaan de hulpverleners soms met de zeer kwetsbare zwangere vrouw mee naar de verloskundige. Ook door de (ervaren) gezondheid van de moeder en haar kind op te nemen in het zorgplan, kunnen mogelijke medische problemen eerder gesignaleerd worden en kan juiste zorg ingezet. Daarnaast kan de hulpverlener helpen met het formuleren van de hulpvraag voor de arts.

7.1.6.3. Holistische aanpak

In lijn met de Theory of Change van het programma, ligt de ‘winst’ van het programma bij de ontwikkeling van het kind. Door de relatief korte tijd dat de kinderen gevolgd zijn (tot 2 jaar) zeggen de huidig gevonden afwijkingen ten opzichte van de normale ontwikkeling onvoldoende om dit naar schoolgaande leeftijd en verder te trekken. Daarom kan er geen aanname gedaan worden over de maatschappelijke impact van het programma. Wel zeggen deze afwijkingen in de ontwikkeling in de eerste levensjaren dat deze wel degelijk vaker voorkomen in de doelgroep en dat de sociale hulpverlening kan helpen door deze mensen te stimuleren om naar de jeugdgezondheidszorg te gaan voor monitoring en evt. een arts te bezoeken als nodig. Dat deze afwijkingen zo vaak voorkomen suggereert dat er ook nog (lang) na het afsluiten van de actieve hulpverlening behoefte is aan ondersteuning bij het stimuleren van optimale omstandigheden voor de groei en ontwikkeling van het kind. Dit kan mogelijk door tijdens de nazorgfase ook expliciet aandacht aan dit onderwerp te besteden. De observaties van de ouderschapskwaliteiten laten zien dat deze doelgroep hierin onvoldoende adequaat lijkt te zijn. Vooral op het gebied van de instrumentele ouderschapskwaliteiten kunnen de dagboeken van Programma Moeders van Rotterdam ondersteuning bieden. Dit geldt zeker voor moeders van een eerste kind voor wie de handelingen en het zorgen voor een baby nieuw zijn. Bij moeders die al kinderen hebben zijn de handelingen niet meer geheel nieuw. Uit de focusgroep interviews kwam ook naar voren dat juist deze moeders weinig meerwaarde vonden in de dagboeken. Ook blijkt uit de interviews dat bij Moeders van Rotterdam veel aandacht is voor de persoon achter de problematiek en dat werd als heel prettig en motiverend ervaren. Uit zowel de kwantitatieve als de kwalitatieve evaluaties komt geen signaal dat de hulpverlening ondersteuning heeft (kunnen) bieden op het gebied van de emotionele opvoedvaardigheden. Gezien de hoge percentage moeders die hierop onvoldoende adequaat scoren is dit een punt waar nog extra aandacht aan besteed zou moeten worden. Gezien het specialistische karakter zou een orthopedagoog of een getrainde aandachtsfunctionaris hier een rol kunnen spelen.

7.1.6.4. Centrale aanmeldpunt

Uit zowel de kwalitatieve analyses en eerder uit de pilot uit 2014/15 komt naar voren dat er veel vraag is naar een laagdrempelige manier om deze doelgroep hulpverlening aan te bieden. Het centrale aanmeldpunt is een krachtig onderdeel van het programma Moeders van Rotterdam gebleken om dit te bereiken. Dit is niet op een kwantitatieve manier in kaart gebracht omdat we niet weten hoeveel mensen exact tot deze doelgroep behoren en wat hun zorgbehoefte is. Wel weten we dat voorheen mensen zichzelf niet konden aanmelden voor de hulpverlening. Gezien 12% van de aanmeldingen zogenoemde ‘zelfaanmelders’ zijn, was hier wel behoefte aan. Ook is door de opzet van dit aanmeldpunt een aparte ‘route’ voor (zeer) kwetsbare vrouwen ontstaan waarin ze als aparte doelgroep met hun eigen (verhoogde) urgentie gezien worden. In de focusgroep interviews is het aanmeldpunt, en wat de invloed daarvan was op de praktijk, uitgebreid besproken. Door vrijwel iedereen werd het als grote meerwaarde aangeduid. Zo zei een verloskundig professional het volgende over het centrale aanmeldpunt: *“Ja, ik vind het wel heel prettig dat je online kunt*

aanmelden. Dat gaat snel. Je kunt het samendoen met de patiënt. Of je doet het even tussen de bedrijven door. Het is niet een al te ingewikkeld formulier, waar je toch wel de meeste knelpunten in kan meegeven." Naast de meerwaarde van het centrale aanmeldpunt voor de organisatie van hulpverlening voor zeer kwetsbare zwangere vrouwen, levert het ook veel informatie op over de doelgroep. Kennis over deze doelgroep is schaars terwijl deze kennis van groot belang is. Een goede en eenduidige registratie van kenmerken van de doelgroep en hun zorgbehoefte draagt bij aan deze kennis, welke weer gebruikt kan worden voor het optimaliseren van de hulpverlening. Zo kan dit informatie opleveren over veranderingen in de maatschappij welke tot bepaalde hulpvragen leiden en kunnen de vrouwen (en eventueel hun kinderen) ook beter over tijd gevolgd worden. Dit laatste geeft ook de mogelijkheden om al in een vroeg stadium de mogelijke gevolgen van intergenerationele overdracht van armoede en kwetsbaarheid te bespreken en daar een plan van aanpak op in te zetten.

7.2. Methodologische reflectie

In het onderzoek wordt de aanpak van het Programma Moeders van Rotterdam vergeleken met de aanpak volgens de sociale Wijkteams. Hiervoor zijn verschillende onderzoeksmethoden gebruikt. Het (kwantitatieve) onderzoek naar de effectiviteit richtte zich op het welzijn en zelfredzaamheid van de (aanstaande) moeder en de ontwikkeling van het kind. Ook de ervaren kwaliteit van het Programma Moeders van Rotterdam is onderzocht. Hiervoor zijn kwalitatieve data verzameld die een beeld schetsen van de ervaringen, visies en meningen van de deelnemers aan het programma, de betrokken hulpverleners en geboortezorgprofessionals en stagiaires. Het onderzoek laat zien dat de deelnemende vrouwen door de hulpverlening minder stress ervaren en meer zelfredzaam zijn. Het komt alleen niet naar voren of de aanpak van Moeders van Rotterdam beter was in het bewerkstelligen van deze verbeteringen dan de aanpak van de sociale Wijkteams. In deze paragraaf gaan wij in op de methodologische uitdagingen en beperkingen die daar mogelijk aan hebben bijgedragen.

7.2.1. Programmadoelen en onderzoeksvragen

Het Onderzoek Moeders van Rotterdam bestaat uit een kwantitatief en kwalitatief deel. Bij kwantitatief onderzoek zijn er uitkomsten nodig die goed meetbaar zijn met valide meetinstrumenten. Zoals beschreven in 3.1.1. zijn de doelen uit het Programma Moeders van Rotterdam aangepast om meetbare centrale vragen van het onderzoek te formuleren. Zo is bijvoorbeeld het programma *Het verbeteren van het welzijn van de (aanstaande) moeder door in te zetten op stressreductie* geoperationaliseerd in de hoofdvraag: *Neemt de ervaren depressie, angst en stress als gevolg van de kwetsbare situatie meer af bij (aanstaande) moeders die hulpverlening ontvangen volgens de Moeder van Rotterdam aanpak ten opzichte van de Wijkteam aanpak?* Deze onderzoeksvraag is concreter en iets smaller dan het bijbehorende doel van het programma. De vraag naar depressie, angst en stress is wel te beantwoorden. De vraag of het welzijn van de aanstaande moeders is verbeterd, is dat echter niet. Welzijn is namelijk een breed begrip wat op verschillende manieren gemeten en geïnterpreteerd kan worden. In deze studie is gekozen om de ervaren gezondheid als proxy te gebruiken voor het welzijn. Vanuit de literatuur is bekend dat ervaren gezondheid veel invloed heeft op het welzijn van een persoon. Mogelijk hadden andere instrumenten veranderingen in het welzijn van de moeders beter kunnen meten. Dit kunnen we

alleen achteraf zeggen en is het onbekend welke van de andere bestaande instrumenten hier wel in zou kunnen slagen.

Ook was het door het te lage aantal participanten niet mogelijk om de analyses exact uit te voeren zoals vooraf gepland was. Om de verzamelde gegevens zo goed mogelijk te gebruiken is daarom de focus gelegd op de primaire analyses. Alle andere informatie is op een beschrijvende manier gepresenteerd (en niet statistisch getoetst) om zo de verworven informatie alsnog te kunnen presenteren en zo inzicht in de kenmerken van de doelgroep te geven.

7.2.2. Verschillen in aanpak werden kleiner

Gaandeweg het Onderzoek Moeders van Rotterdam werd duidelijk dat de vooraf aangenomen verschillen tussen de aanpak volgens Moeders van Rotterdam en de aanpak van de Wijkteams minder groot waren. De voornaamste oorzaak hiervan is werken vanuit de hulpbehoefte van deelnemers in plaats van volgens de in 2013 beschreven aanpakken. Het gevolg hiervan is dat de gemiddelde duur van hulpverlening bij de Wijkteams in de praktijk langer was (11 maanden ten opzichte van de verwachte 6-9 maanden). Bij de Moeders van Rotterdam aanpak is een tegenovergestelde beweging te zien: gemiddeld 15 maanden hulpverlening in plaats van de verwachte ruim 2 jaar. Ook bleek uit gesprekken met hulpverleners van de Wijkteams dat zij steeds gezamenlijk met een collega met een ander expertise de zeer kwetsbare (zwangere) vrouw begeleidden. Door het combineren van expertise was het mogelijk om de begeleiding meer holistisch te maken. Hierdoor is het onderscheid tussen beide aanpakken kleiner geworden, in ieder geval voor het *domein Hulpverlening*. Mogelijk heeft dit ertoe geleid dat de primaire analyses van dit onderzoeksdomein geen verschil laten zien in het percentage volledig zelfredzame participanten in beide aanpakken (zie 5.4.1., tabel 13). De determinanten die hier wel statistisch significante invloed op lijken te hebben zijn het aantal probleemdomeinen op de 'kruisjeslijst' en het aantal domeinen waarop participanten zelfredzaam zijn op meetmoment 1. Beide determinanten zijn gemeten bij de start van de hulpverlening en hebben geen invloed gehad op het ontvangen van hulp door Bureau Frontlijn of de Wijkteams. Hetzelfde principe geldt ook voor de stressreductie in het *domein Moeder* (zie 5.2.1., tabel 5). Hierin zijn geen duidelijke verschillen te zien tussen beide groepen, waarbij de aanpak van de Wijkteams eenzelfde soort verbetering konden bewerkstellen als bij Bureau Frontlijn. Belangrijk is wel hierbij dat de Wijkteams binnen het onderzoek ook de doelgroep anders benaderde dan dat ze voor het onderzoek deden.

7.2.3. Géén gecontroleerde omgeving

Het onderzoek vond plaats in de jaren 2016-2022, in de dynamische setting en dagelijkse praktijk van (onder andere) het Programma Moeders van Rotterdam, de Wijkteams, de veranderende geboortezorg en COVID-19. In ieder van die werelden werken professionals en studenten met protocollen. Protocollen geven richting aan de te leveren hulpverlening, en worden tegelijkertijd aangepast aan de actuele situatie van de maatschappij en situatie van de betrokken personen. Hierdoor is in de praktijk meer variatie zichtbaar in de geleverde hulpverlening dan vooraf was afgesproken. Dit is van invloed op de onderzoeksresultaten. De eerdergenoemde veranderingen in de hulpverlening door Wijkteams en Moeders van Rotterdam zijn hier voorbeelden van. Maar ook de verschillende lockdown periodes als gevolg van COVID-19 hebben veel invloed gehad op de uitvoering van het Programma en Onderzoek Moeders van Rotterdam. Zo zijn er in de periode maart tot en met mei 2020 geen nieuwe deelnemers aan het Programma overgedragen aan het Wijkteam en vonden er (vrijwel) geen huisbezoeken plaats. Ook was de geleverde geboortezorg aangepast

waardoor het signaleren van potentieel zeer kwetsbare zwangeren lastiger was en minder zwangeren verwezen werden naar het centrale aanmeldpunt.

Het onderzoek werd natuurlijk ook beïnvloed door deze bewegingen en veranderingen in de dagelijkse praktijk van de betrokken organisaties en beroepsgroepen. Onderzoek doen in de dagelijkse praktijk is voor alle partijen een uitdaging, ook voor het Erasmus MC dat veel ervaring heeft met onderzoek doen in een gecontroleerde omgeving dan wel met een gecontroleerde aanpak. Ondertussen is dit veranderd en doet het Erasmus MC meer en meer actie-onderzoek, waarbij veranderen, leren en kennisontwikkeling hand in hand gaan. Bij de initiële onderzoeksopzet in 2016 was de kwalitatieve evaluatie van het Programma Moeders van Rotterdam nog niet opgenomen. Ander actie-onderzoek liet echter zien dat een aanzienlijk deel van de effecten van programma's en interventies, zoals ervaringen met de hulpverlening en sterke punten en barrières, niet te vangen zijn met kwantitatief onderzoek. Om alsnog gegevens over deze uitkomsten te kunnen verzamelen is in 2019 een kwalitatief gedeelte aan het onderzoek toegevoegd.

Uit de kwalitatieve evaluatie komt naar voren dat continuïteit van hulpverlening als zeer waardevol en belangrijk wordt ervaren door zowel de moeders als de hulpverleners zelf. Tegelijkertijd zijn er in de gehele looptijd van het Programma en Onderzoek Moeders van Rotterdam regelmatig wisselingen geweest in personele bezetting. Hoewel dit heel begrijpelijk is, is het in deze doelgroep extra belangrijk om de continuïteit zoveel mogelijk te waarborgen. De moeders moeten bij de intake voor het programma al hun hele verhaal vertellen en ervaren daarbij emoties als boosheid, verdriet en schaamte. Als er dan gewisseld wordt van hulpverlener moet dat verhaal opnieuw verteld worden, wat drempels opwerpt en niet bevorderlijk is voor de vertrouwensband. Deze informatie komt voornamelijk uit de focusgroep interviews onder een selecte groep moeders die door Bureau Frontlijn begeleid zijn, hierdoor weten we niet of dezelfde punten een rol spelen bij moeders die onder begeleiding zijn bij de Wijkteams. *Bij wisselingen van management kunnen er ook wijzigingen in visie, peerpunten en aandachtsgebieden ontstaan.* Gedurende de looptijd van het Programma en het Onderzoek is er brede aandacht geweest voor sociale verloskunde in de breedte (zoals Stevige Start in Rotterdam en het landelijke Kansrijke Start van het ministerie van VWS) en de werkwijze van Moeders van Rotterdam. Bijvoorbeeld via publicaties, Webinars, presentaties en tijdens nascholingen. Dit heeft enorm bijgedragen aan het draagvlak voor en borging van specifieke aandacht voor (zeer) kwetsbare vrouwen. Tegelijkertijd maakt dit de omgeving nog minder 'gecontroleerd' dan dat deze al was, met mogelijke gevolgen voor de onderzoeksresultaten. De eerdergenoemde samenwerking van hulpverleners binnen de Wijkteams is een voorbeeld van die veranderingen. Door de trainingen en publieke bijeenkomsten leerden de Wijkteam medewerkers over hoe de Moeders van Rotterdam aanpak uitgevoerd werd en hebben dit op hun eigen werk toegepast.

Hoewel het aannemelijk is dat alle hierboven genoemde punten in enige mate de hulpverlening voor zeer kwetsbare (zwangere) vrouwen hebben beïnvloed, weten we niet exacte of en in welke mate dit het geval is. Bij aanvang van het onderzoek is gekozen voor een strikte scheiding tussen de verantwoordelijkheid voor de uitgevoerde hulpverlening en de verantwoordelijkheid voor het onderzoek. Daardoor hebben de onderzoekers geen zicht gehad of de programma beschrijving en Handboek Moeders van Rotterdam ook daadwerkelijk gevolgd werden. Om de integriteit van de hulpverlening in kaart te brengen zouden structurele observaties nodig zijn. Zoals beschreven in hoofdstuk 3 achtten we het ethisch niet verantwoord om deze observaties uit te voeren.

7.2.4. Deelname aan het onderzoek en beschikbaarheid van data

Alle vrouwen die deelnamen aan het Programma Moeders van Rotterdam is gevraagd om deel te nemen aan het bijbehorende onderzoek. Bij de voorbereiding van het onderzoek is berekend hoeveel vrouwen daartoe bereid zouden moeten zijn om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden. Via het centrale aanmeldpunt en tijdens de intake thuis werd deze vraag aan de (zeer) kwetsbare zwangere vrouwen voorgelegd. De onderzoeksperiode, met daarin meerdere vragenlijsten en observaties, duurde van de intake tot de tweede verjaardag van hun kind (zie tabel 1, met meetmomenten van het onderzoek). De groep die bereid was om mee te doen aan het onderzoek was echter kleiner dan gehoopt. In totaal 862 vrouwen hebben toestemming gegeven voor deelname. Dit is 41% van de vrouwen die daarvoor in aanmerking kwamen. Van deze participanten heeft 52% deelgenomen aan het volledige onderzoek, en 22% hiervan hebben alle vragenlijsten ingevuld. Bijna 25% van de participanten van het volledige onderzoek hebben ook aan de INCAS-observaties meegedaan, waarvan het overgrote gedeelte alleen meedeed aan de 1^e INCAS-observatie. De uitval van participanten aan het volledige onderzoek viel mee; ruim 63% van de participanten heeft op meer dan 2 reguliere meetmomenten vragenlijsten ingevuld. Onder de participanten van de zorgevaluatie was er meer uitval, veelal doordat het hulpverleningstraject al was afgesloten voordat de eerste vervolgmeting gepland stond (meetmoment 4, 6 maanden na de geboorte). Om toch van zoveel mogelijk participanten vervolgmetingen te verzamelen, is er vanuit de onderzoeksgroep extra aandacht besteed aan het ingevuld krijgen van meetmomenten 8 en 9 (einde actieve hulpverlening en einde nazorg). Hierdoor werd onder andere beter inzichtelijk met welke mate van zelfredzaamheid de participanten uit zorg gingen.

Van de 2099 aangemelde potentieel (zeer) kwetsbare vrouwen heeft ruim 20% actief deelgenomen aan het volledige onderzoek door vragenlijsten in te vullen op meerdere meetmomenten. Dit deelname percentage sluit aan bij de bredere bevinding dat bewoners in achterstandswijken aanmerkelijk minder vaak deelnemen aan onderzoek dan anderen.[58] Tegen deze achtergrond hebben we binnen het Onderzoek uniek grote aantallen (zeer) kwetsbare (zwangere) vrouwen kunnen includeren, zeker voor de toch wel intensieve video-observaties als de INCAS.

Zoals in tabel 2 (inclusies in het onderzoek Moeders van Rotterdam) is te zien, krijgen meer participanten hulp via Moeders van Rotterdam dan via de Wijkteams. Bij aanvang van het onderzoek was uitgegaan van een gelijke verdeling van deelnemende moeders bij Moeders van Rotterdam en de Wijkteams. Als je kritisch kijkt naar de geografische beschikbaarheid van de deelnemende Wijkteams is te zien dat deze gelijke verdeling toch niet mogelijk was. Deze bevinding heeft de statistische power verlaagd om een verschil te kunnen aantonen en daarmee alle statische analyses beïnvloed. Aan de andere kant, de grootte van effect in de logistische regressieanalyses laat zien dat het verschil tussen beide aanpakken vrij klein is. De grootte van het effect suggereert dat niet alleen het lage aantal participanten bij de Wijkteams de oorzaak is voor het niet vinden van een statistisch significant verschil, maar dat het verschil tussen het effect van beide aanpakken ook klein is.

Ook van hulpverleners werd inzet gevraagd, specifiek voor het onderzoek. Zoals hierboven beschreven, is het onderzoek opgezet in de dynamische setting van verschillende organisaties. Deelname aan onderzoek vraagt van iedereen zich te conformeren aan de onderzoeksopzet en leidt vaak tot voorgeschreven en soms extra handelingen en dataverzameling. Participatie in onderzoek is echter relatief onbekend binnen gemeentelijke organisaties en onder de professionals uit het sociale domein. De gevraagde specifieke handelingen voor het onderzoek werden relatief vaak vergeten. Hierdoor is het complexer om aan voldoende data te komen. Dit geldt veel minder voor onderzoek

op basis van reguliere vragenlijsten zoals de zelfredzaamheidsmatrix voor het domein *Hulpverlening*. Dit is onderdeel van de dagelijkse routine, waardoor deze vragenlijsten voor veel hulpverleners op meerdere momenten en op een consequente manier zijn ingevuld zijn.

Databeschikbaarheid uit reguliere registraties, bedoeld voor de dagelijkse praktijk van de hulpverlening, is niet per se altijd geschikt voor onderzoek. Dat was ook nu het geval. Binnen het domein *Kind* waren de gegevens beschikbaar van iets meer dan 70% van de kinderen waarvan de ouder(s) toestemming hadden gegeven om data op te vragen. Binnen het domein *Hulpverlening* was er was te veel variatie in de omvang en kwaliteit van de data om verdiepende analyses over de geleverde hulpverleningstrajecten te kunnen doen. Hierdoor was het niet mogelijk om in meer details naar de hulpverleningstrajecten te kijken. Het Programma Moeders van Rotterdam zet expliciet in op het optimaliseren van de gezondheid, door bijvoorbeeld mee te gaan naar de verloskundige om daar de zwangere vrouw te ondersteunen met het stellen van de vragen die spelen. Doordat hierover geen of weinig betrouwbare data beschikbaar was, hebben we de meerwaarde hiervan niet kunnen onderzoeken.

7.2.5. Geschiktheid van gebruikte meetinstrumenten

In de literatuur wordt beschreven dat een kwetsbare (sociale) situatie zorgt voor meer stress.[59, 60] Stressreductie is een van de doelen van het Programma Moeders van Rotterdam. Om depressie, angst en stress te meten is gekozen voor de gevalideerde DASS-21. De uitkomsten van deze vragenlijst laat zien dat er maar weinig moeders bij aanvang van de hulpverlening enige vorm van depressie, angst of stress ervaren. Dit terwijl er op het 'kruisjeslijstje' bij meer dan 60% van de participanten bij de intake 'veel stress' is aangekruist als een van de ervaren problemen.[61] Deze discrepantie lijkt te suggereren dat de DASS-21 niet goed in staat is om de stress die volgt uit de zeer kwetsbare omstandigheden te vangen als zijnde stress. Dat kan enerzijds komen door de vraagstelling op de vragenlijst. Deze vraagt naar klachten van depressie, angst en stress in de afgelopen week. Mogelijk kan het langdurig karakter van de stress door de kwetsbare situatie daarmee onvoldoende meegenomen worden. Aan de andere kant is er uit de literatuur bekend dat een langdurige blootstelling aan een ongewenste of kwetsbare situatie kan leiden tot zogenoemde 'adaptive preferences'. [62] Een fenomeen dat zich kenmerkt door het aanpassen van het referentie kader aan de situatie waarin iemand zich bevindt en meer specifiek er voor zorgt dat mensen hun verwachtingen en behoeften naar beneden bijstellen. In dit geval, zou de (zeer) kwetsbare vrouw die door haar situatie langdurig blootgesteld is stress een andere situatie niet zo snel meer als stressvol ervaren. Aangezien het item *veel stress* op de kruisjeslijst wel in de meerderheid is aangekruist als probleem, laat de discrepantie tussen de kruisjeslijst en de ervaren stress (gemeten met de DASS-21) zien dat er mogelijk wel stress ervaren wordt maar niet op de manier dat deze te vangen is in de gebruikte vragenlijst. Dit suggereert ook dat stress door een (langdurige) kwetsbare situatie zich anders manifesteert dan bijvoorbeeld werk gerelateerde stress of stress veroorzaakt door een acute situatie. Mogelijk is het voor het meten en monitoren van stress in deze doelgroep noodzakelijk om in te zoomen op specifieke domeinen waarover stress ervaren wordt, zoals financiën of huisvesting.

De Material Needs Scale van de Conger & Elder measure of economic pressure or strain [35] is mogelijk meer geschikt om deze stress te meten. Met deze lijst wordt gevraagd naar het ervaren van financiële stress op de gebieden van wonen, zorg, voedsel en kleding. In het Onderzoek is deze lijst gebruikt als een van de aanvullende vragenlijsten in het domein *Moeder*. De onderzoeksresultaten (bijlage 8, tabel 4) suggereren dat de gehele groep financiële stress ervaart op alle gebieden behalve voedsel. Deze uitkomst sluit beter aan bij het percentage 'veel stress' op het kruisjeslijstje. In de

toekomst kan deze lijst mogelijk beter gebruikt worden om de (financiële) stress te monitoren. Ook kan dit gebruikt worden om zo door de hulpverlening actieve stress vermindering te bewerkstelligen door te werken aan een van deze domeinen.

7.3. Context en disseminatie van het Programma Moeders van Rotterdam

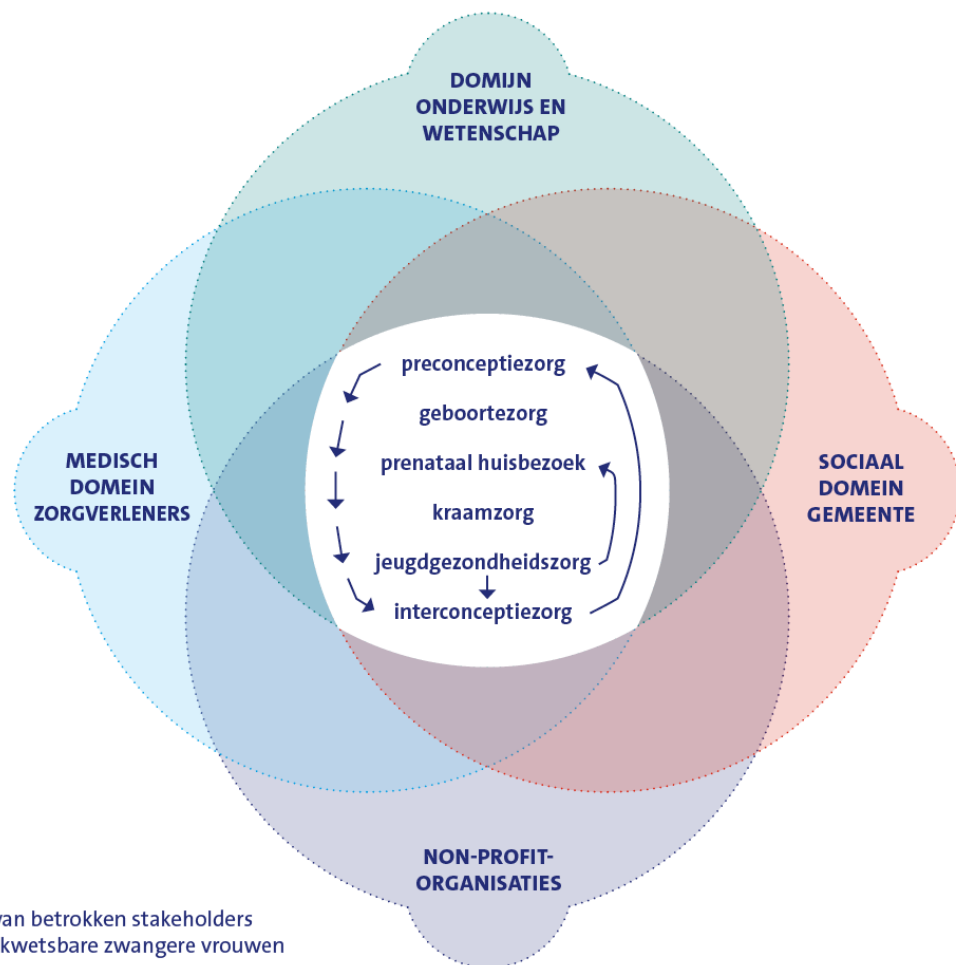
7.3.1. Context van het Programma

Het Programma Moeders van Rotterdam werkt vanuit de visie dat elk kind recht heeft op een gezonde start van het leven en ontwikkeling. Voor zeer kwetsbare vrouwen is dit echter niet vanzelfsprekend: door armoede, stress en overige problematiek hebben zij een grotere kans op minder goede gezondheid en ontwikkeling van hun (ongeboren) kinderen.[8-15, 17, 20] Omdat nagenoeg alle zwangere vrouwen contact hebben met een verloskundige of gynaecoloog, is signalering van sociale risico's door geboortezorgprofessionals geïntroduceerd, evenals gerichte toeleiding naar 'het juiste loket' in het sociale domein.[1]

Ondertussen wordt, binnen het in 2018 gestarte landelijke actieprogramma Kansrijke Start van het ministerie van VWS, de noodzakelijke samenwerking tussen het medische en sociale domein in meer dan 270 gemeenten in Nederland uitgewerkt. De gemeente Rotterdam onderscheidt zich daarin door enerzijds de langlopende aandacht voor deze aanpak (sinds 2009) en anderzijds door de langlopende samenwerking tussen verschillende stakeholders in de stad. Bij de zorginnovatie voor kwetsbare zwangere vrouwen is er binnen de gemeente Rotterdam ook samengewerkt met onderwijs- en onderzoeksinstituten, evenals non-profit organisaties zoals Stichting De Verre Bergen (*figuur 4*).

Voor zeer kwetsbare zwangere vrouwen is er echter meer nodig. Vaker dan anderen verdwalen zij in de complexe organisatie van de sociale hulpverlening. Een deel van hen mijdt zorg- en hulpverlening, deels vanuit wantrouwen of angst om in aanraking te komen met de Raad voor de Kinderbescherming of Bureau Jeugdzorg. Daarom zet het Programma Moeders van Rotterdam in op het laagdrempelig toegankelijk maken van sociale hulpverlening om zo de kwetsbare situatie, het welzijn en de zelfredzaamheid van de (aanstaande) moeder te verbeteren. Hiermee wordt bijgedragen aan een veilige en stabiele omgeving en een veilige hechting tussen moeder en kind waardoor optimale groei en ontwikkeling wordt gestimuleerd.

De laagdrempeligheid is georganiseerd via een centraal aanmeldpunt, waar zowel zorgprofessionals als zwangere vrouwen terecht kunnen voor sociale hulpverlening. Bij dit centrale aanmeldpunt is niet alleen de hulpverlening van het Programma Moeders van Rotterdam aangesloten, maar ook gemeentelijke programma's als HomeStart, Stevig Ouderschap en Voorzorg. Als aangemelde of verwezen zwangere vrouwen niet (zeer) kwetsbaar zijn, maar wel een hulpvraag hebben, verwijst het aanmeldpunt hen door naar een voor hen geschikte interventie of loket binnen de gemeente.



Figuur 4. Visualisering van betrokken stakeholders zorginnovatie kwetsbare zwangere vrouwen

7.3.2. Disseminatie in nationaal en internationaal perspectief

Voor het Programma Moeders van Rotterdam is er zowel nationaal als internationaal aandacht. Vooral de aanpak van de hulpverlening staat in de schijnwerpers, maar ook bevindingen uit het wetenschappelijke onderzoek zijn gepresenteerd en gepubliceerd

7.3.2.1. *Nationaal*

De doelstellingen en aanpak van het Programma Moeders van Rotterdam hebben input gegeven voor het gemeentelijk programma Stevige Start en later het landelijke programma Kansrijke Start, waarmee de toenmalige minister van VWS Hugo de Jonge - voormalig wethouder in Rotterdam en in die hoedanigheid mede-initiatiefnemer van het Programma Moeders van Rotterdam - in 2018 de urgentie van een kansrijke start voor alle kinderen op de landelijke agenda heeft gezet. De in 2016 in Harvard ontwikkelde Theory of Change (zie hiervoor de inleiding en 7.5.2.) is hiervoor het startpunt geweest. De Bernard Van Leer Foundation heeft samen met Andersson Elffers Felix de theorie verder uitgewerkt naar een opschalingsstrategie. Deze strategie is vervolgens voorgelegd aan de oorspronkelijke delegatie die naar Harvard was geweest en gebruikt als basis voor het landelijke programma Kansrijke Start. Zo staat het Programma Moeders van Rotterdam aan de basis om van deze agenda die de focus legt op aanstaande ouders en gezinnen in kwetsbare situaties.

Ook andere gemeenten hebben belangstelling voor deze aanpak, zoals Moeders van Midden-Groningen, Moeders Hoogeveen, Moeders van Emmen en Moeders van De Wolden.

De uitgangspunten en aanpak van het Programma en het Onderzoek Moeders van Rotterdam zijn op verschillende symposia gepresenteerd. Zo was er een symposium op het Nationale Congres

Volksgezondheid in 2016 georganiseerd. Ook is er regelmatig aandacht geweest voor het Programma Moeders van Rotterdam op symposia Grootstedelijke Perinatale Gezondheid/ Sociale Verloskunde en die van Kansrijke Start (zie Bijlage 10).

In februari 2017 is het Symposium Moeders van Rotterdam georganiseerd, waarin ervaringen met het Programma van moeders en hulpverleners en inzichten uit het onderzoek werden gedeeld. In 2020 vond het eerste lustrum Moeders van Rotterdam plaats. Dit was ten tijde van de COVID-19 pandemie en werd daarom virtueel gevierd. In totaal 200 kijkers logden in bij dit virtuele symposium en is daarna ook nog regelmatig teruggekeken. De 300 gezinnen die op dat moment hulpverlening ontvingen kregen feestelijke 'goody bags' aangeboden om dit te vieren. Het lustrum kreeg veel aandacht in de lokale media. De film die gemaakt is ter ere van dit lustrum is beschikbaar gemaakt via YouTube.

7.3.2.2. Internationaal

De Bernard Van Leer Foundation heeft samen met de John F. Kennedy School of Government aan de Harvard University (HKS) een week durend leiderschaps-programma 'Leading and scaling Early Childhood Initiatives' ontwikkeld. Dit is speciaal voor managers en bestuurders die werken aan het opschalen van initiatieven voor jonge kinderen. Tijdig opschalen van succesvolle ideeën brengt immers verschillende uitdagingen met zich mee. Tijdens de eerste editie van dit leiderschaps-programma in 2016 [63] nam een afvaardiging van Bureau Frontlijn, Erasmus MC, Stichting de Verre Bergen en Bernard van Leer Foundation hieraan deel. Zij ontwikkelden een Theory of Change, die gebruik maakte van de inzichten uit de aanloop naar het Programma Moeders van Rotterdam, de pilot en de opgedane ervaring met het zorg leveren aan zeer kwetsbare zwangere vrouwen. Dit leiderschapsprogramma wordt jaarlijks gegeven en maakt ondertussen gebruik van een reeks casussen die eerder werden ondersteund door de Bernard van Leer Foundation, waaronder Moeders van Rotterdam.[64] In deze casestudy wordt beschreven hoe Moeders van Rotterdam de uitdaging van groei en expansie benadert. Het gaat in op de vraag hoe een innovatieve startup kan opschalen naar een gestructureerde professionele opleiding zonder daarbij zijn passie en energie te verliezen.[65] Moeders van Rotterdam was in 2022 een van de bronnen voor de eveneens door Bernard van Leer geïnitieerde casestudy: *A solid start for every child: the Netherlands integrates medical and social care, 2009–2022*. [64]

De onderzoeksgroep Moeders van Rotterdam heeft op meerdere internationale congressen het Programma Moeders van Rotterdam en bevindingen uit het onderzoek gepresenteerd (bijlage 11). In 2019 is er een specifiek symposium georganiseerd op het congres van de International Society for Developmental Origins of Health and Disease (DOHaD) in Melbourne, Australië. Dit symposium was een samenwerking met Prof. Miguel Telo de Arriaga en Prof. John Eastwood en het werken met zeer kwetsbare gezinnen stond centraal.

7.3.2.3. (Wetenschappelijke) publicaties

Vanuit de onderzoeksgroep zijn meerdere wetenschappelijke publicaties gepubliceerd in (inter)nationale peer-reviewed bladen. Beschrijvingen van het Programma Moeders van Rotterdam zijn in 2017 en 2018 gepubliceerd.

- de Graaf JP, de Groot MW, van der Hulst M, Bertens LCM, Steegers EAP. *Mothers of Rotterdam: a new medical and social support programme for vulnerable pregnant women*. Early Childhood Matters 2017;40-43.

- van der Hulst M, Kok R, de Graaf H, Prinzie P. *Zorg voor kwetsbare zwangere vrouwen en hun kinderen*. Tijdschrift voor Orthopedagogiek. 2018;57:37-47

De onderzoeksoptzet is ook gepubliceerd in 2018 en recentelijk zijn de eerste twee artikelen met een gedeelte van de uitkomsten gepubliceerd.

- van der Hulst M, de Groot MW, de Graaf JP, Kok R, Prinzie P, Burdorf A, Bertens LCM, Steegers EAP. *Targeted social care for highly vulnerable pregnant women: protocol of the Mothers of Rotterdam cohort study*. BMJ Open. 2018;8:e020199. doi: 10.1136/bmjopen-2017-020199.
- van der Hulst M, Kok R, Prinzie P, Steegers EAP, Bertens LCM. *Early Maternal Caregiving Capacities in Highly Vulnerable, Multi-Problem Families*. Int J Environ Res Public Health. 2022;19:16130. doi: 10.3390/ijerph192316130. PMID: 36498211; PMCID: PMC9738820.
- Bertens, LCM, Mohabier, KSC, van der Hulst, M et al. *Complexity and interplay of faced adversities and perceived health and well-being in highly vulnerable pregnant women - the Mothers of Rotterdam program*. BMC Public Health 2023;43.

Daarnaast heeft de onderzoeksgroep een artikel gepubliceerd over de relatie tussen sociale achterstand en medische zorgkosten in de eerste vier levensjaren. Hiervoor zijn registratie data van CBS gebruikt. Dit onderzoek is bekostigd door Stichting de Verre Bergen.

- van der Hulst M, Polinder S, Kok R, Prinzie P, de Groot MW, Burdorf A, Bertens LCM. *Socio-economic determinants of healthcare costs in early life: a register-based study in the Netherlands*. Int J Equity Health. 2022;21:5. doi: 10.1186/s12939-021-01589-x.

Tot slot zijn een aantal van de samenvattingen voor congressen gepubliceerd in de wetenschappelijke bladen van het betreffende congres. Deze, en andere publicaties, YouTube filmpjes en interviews over Moeders van Rotterdam zijn te vinden in *bijlage 11*.

7.4. Toekomstperspectief

In deze paragraaf verplaatsen we onze ervaringen uit het Onderzoek en het Programma Moeders van Rotterdam naar de toekomst en gebruiken dit om aanbevelingen voor implementatie te formuleren.

7.4.1. Waardevolle elementen voor implementatie

Uit het Programma én het Onderzoek Moeders van Rotterdam zijn meerdere lessen te trekken voor de implementatie en borging van innovatieve processen.

Om de Moeders van Rotterdam aanpak mogelijk te maken, is er gewerkt vanuit 13 kernprincipes (*bijlage 4*) en geïnvesteerd in de ontwikkeling van een aantal concrete keurmerken. Ook al zijn deze kernprincipes niet los onderzocht in het onderzoek dragen veel van deze principes wel bij aan de succesvolle onderdelen van het Programma (zie 7.1.6).

Het kwalitatieve onderzoek laat zien dat het aanmeldpunt breed gewaardeerd wordt, door zowel (aanstaande) moeders als professionals. Ook de 'kruisjeslijst' heeft haar nut bewezen: het is een duidelijk en eenvoudig te gebruiken instrument voor aanmelding bij of verwijzing naar het centrale aanmeldpunt. Het opnieuw invullen van dezelfde kruisjeslijst bij de intake thuis, laat naar onze mening het belang zien van een bezoek áchter de voordeur, niet allen tijdens de hulpverlening maar ook al bij de intake. In die context kunnen vrouwen vaak het hele verhaal vertellen, ook al is dit soms een emotioneel zware gebeurtenis of omringd met schaamte (en wantrouwen). Een voorbeeld

hiervan is huiselijk of relationeel geweld. Bij de aanmelding was dit bij 6,5% aangekruist, wat bij de intake in de thuisomgeving veel hoger bleek te zijn (12,3%). De combinatie van vroeg signalering en de 'kruisjeslijst' is cruciaal voor het succes van het centrale aanmeldpunt. Daarnaast is het doen van de intake voor hulpverlening in de thuisomgeving van de vrouw belangrijk om een zo volledig mogelijk beeld te kunnen krijgen van de problematiek en de mogelijke hulpvragen.

De hulpverlening binnen het Programma Moeders van Rotterdam wordt gekenmerkt door het principe van ervaringsleren, ofwel het 'voordoen, samendoen, zelf doen'. De hulpverlening start met Intensieve begeleiding die aangepast wordt bij verschillende fases en vooral laagdrempelig en op maat is. Het principe van ervaringsleren is ook de basis voor de fases van hulpverlening. In de crisisfase, worden acute problemen van de (aanstaande) moeder overgenomen en een start gemaakt met het op orde krijgen van de basis. Hierbij zal in het begin vooral het voordoen gebruikt worden, juist ook om de stress te verminderen. Deze minder stressvolle situatie wordt dan als basis gebruikt om te werken aan (langdurige) oplossingen en het aanleren van vaardigheden, waarbij ook het samendoen en zelf doen een rol spelen. Op een coachende manier wordt er ook gewerkt aan langdurige gedragsverandering als oplossingen voor de bestaande problemen. Centraal staat het bevorderen van de zelfredzaamheid en het belang van een positief sociaal netwerk. In de programma beschrijving staan geen duidelijke criteria voor het overgaan van de ene naar de andere fase. Uit de kwalitatieve analyses blijkt dat zowel de moeders als de hulpverleners dit soms als lastig ervaren. Door gebruik te maken van een vragenlijst, zoals bijvoorbeeld de URICA, kan mogelijk beter in kaart gebracht worden of de moeder klaar is voor verandering in fase van de hulpverlening en afspraken te maken over wat er dan van haar verwacht wordt.

De coaching en praktische ondersteuning bij het vinden van financiële oplossingen, zoals het aanvragen van een uitkering, het aflossen van schulden en het krijgen van overzicht in de financiële administratie, wordt gewaardeerd door de moeders. Ze hebben echter een kritische kanttekening bij praktische ondersteuning bij het vinden van een betaalbare woning, waaraan een groot tekort is in Rotterdam en elders in de regio of het land. Naast concrete ondersteuning bij dit probleem is het nodig om urgentie van een dak boven het hoofd (basis op orde) voor een veilige hechting, adequate ouderschapsvaardigheden, en optimale groei en ontwikkeling van het kind te blijven benadrukken bij sociale hulpverlening en gemeenten. Ook blijkt dat de programma beschrijving met de kernprincipes niet altijd even haalbaar is voor de hulpverleners. Zo staat in de programma beschrijving dat de crisis fase maximaal 3 maanden mag duren en dat dan de basis voldoende op orde zou moeten zijn om te gaan werken aan onder andere hechting met het (ongeboren) kind en de opvoedvaardigheden. Vanuit de praktijk hebben wij anekdotisch gehoord dat in de praktijk het veel langer duurt om de basis op orde te krijgen. Hierdoor ervaren de hulpverleners niet altijd de ruimte en noodzaak om dan al veel aandacht aan de hechting en opvoedvaardigheden te besteden. Dit kan deels weggevangen worden door de verschillende dagboeken die de (aanstaande) moeders ook zelf kunnen doornemen.

Voor de hulpverleners binnen het programma is ondersteuning aanwezig in de vorm van een handboek met een overzicht van lokaal beschikbare interventies, onderzoek naar en bouwen aan een sociaal netwerk, mogelijkheden voor anticonceptie en sociale kaarten. Daarnaast is ook enige vorm van 'persoonlijke begeleiding' nodig voor hulpverleners, die meerdere knelpunten en dilemma's kunnen ervaren. Ad hoc overleg met collega's, intervisie bijeenkomsten of moreel beraad zijn daarvoor de geschikte momenten. Omdat de primaire dienstverlening altijd doorgaat én voorgaat, schiet dit er regelmatig bij in. Onderzoeken naar werkdruk en het verlaten van de zorg- en hulpverlening laten echter het belang zien van dergelijke instrumenten. Leidinggevenden kunnen

daarin een cruciale rol spelen en zouden onzes inziens die rol moeten pakken. Tijdens het onderzoek is in de hulpverlening ook veel gebruik gemaakt van studenten. Over het algemeen verliep dit naar tevredenheid van moeders en studenten. Voor de meeste moeders was deze aanpak drempelverlagend, voor sommigen riep het vragen op of ze de juiste hulp konden bieden. Continuïteit is een specifiek aandachtspunt: stagetrajecten zijn korter dan de begeleidingstrajecten. Wisselingen kunnen moeilijk zijn, en zelfs demotiverend werken, ook al zijn moeders daarover vooraf geïnformeerd.

7.4.1.1. Beschikbaarheid elementen Programma Moeders van Rotterdam

Het aanmeldformulier en de kruisjeslijst zijn beschikbaar via de website van de gemeente van Rotterdam. Andere kernelementen sluiten aan bij de vaardigheden van professionals in bijvoorbeeld de jeugdgezondheidszorg of Wijkteams. Ook zijn er plannen om een speciale training te ontwikkelen om hulpverleners de benodigde vaardigheden om holistisch te werken en het ervaringsleren toe te passen. Voor de dagboeken is een traject in gang gezet om deze breed beschikbaar te stellen. Kansrijke Start heeft voor gemeenten een menukaart [66] en een zorgpadentool [67] ontwikkeld om het eigen lokale palet aan interventies en toeleiding te organiseren. Ervaringen uit Rotterdam zijn hierin expliciet betrokken. Dat is ook gebeurd bij de ontwikkeling van de netwerkkaart [68], een hulpmiddel om het netwerk van (aanstaande) ouders in beeld te brengen. Via de bijbehorende zelfscan [69] kunnen professionals inzicht krijgen in de eigen vaardigheden om deze doelgroep beter te bereiken.

7.4.2. Lessen voor samenwerking

Moeders van Rotterdam, en breder sociale verloskunde en Kansrijke Start, hebben een beweging in gang gezet die de heersende manier van doen, denken en organiseren in de zorg aan (aanstaande) ouders verandert. In die samenwerking komen meerdere beroepsgroepen bij elkaar, met ieder hun eigen competenties, vaardigheden, werkwijzen en netwerken. Door dit met elkaar te verbinden ontstaan mogelijkheden en kansen waar doelgroep en professionals baat bij kunnen hebben. Dit gaat niet zomaar: professionals, beroepsgroepen en organisaties moeten elkaar, elkaars expertise en elkaars cultuur leren kennen en respecteren. Experimenteren en gaandeweg leren wat werkt (en welk onderzoek daarbij past) is nodig om hierin verder te komen. Een paar zaken zijn daarbij onmisbaar: een duidelijke visie en een lerende gemeenschap.[1] Voor het Programma Moeders van Rotterdam is een Theory of Change ontwikkeld. Het gezamenlijk formuleren en verder uitwerken van een Theory of Change kan ook binnen andere programma's behulpzaam zijn om zowel de gezondheid als zelfredzaamheid van de huidige en komende generaties te verbeteren. Door samen een breed gedragen, holistische visie te formuleren wordt voor alle partijen duidelijk welke waarden en beelden centraal staan, hoe de (aanstaande) ouder partner is in de zorg en hoe gezamenlijke verantwoordelijkheid wordt uitgewerkt.[1] Een voorbeeld van de effecten van zo'n samenwerking is dat de reguliere sociale hulpverlening, uitgevoerd door de Wijkteams, binnen het Programma Moeders van Rotterdam ook veranderd is in meer holistische en langduriger hulpverlening voor zeer kwetsbare (zwangere) vrouwen. Ondertussen gebeurt dit samenwerken al op meerdere plekken, onder andere binnen verschillende lokale coalities Kansrijke Start en de in 7.5.1 genoemde initiatieven.[70]

Als dit wordt opgezet binnen een lerende omgeving krijgt iedereen de kans zich de urgentie, wederzijdse kennismaking en oplossing eigen te maken en te doorleven. In die lerende gemeenschap wordt gezamenlijk gereflecteerd op de vraag waarom een bepaalde interventie (niet) effectief is en hoe deze verbeterd kan worden. Een mentaliteitsverandering, van achteraf (reactief) reageren naar

proactief op zoek gaan hoe mensen in staat gesteld kunnen worden om zich te herstellen en een gezond leven te leiden, moet daar integraal onderdeel van uitmaken. Moeders van Rotterdam laat overduidelijk zien dat een dergelijke proactieve, holistische benadering mogelijk is als het medische en sociale domein nauw met elkaar samenwerken.

Een voorbeeld van de lerende omgeving die ontstaan is vanuit de gezamenlijke inzet voor Programma en Onderzoek Moeders van Rotterdam, is de ontwikkeling van de Rotterdamse definitie kwetsbaarheid. Dit heeft geleid tot een expliciete gemeenschappelijke definitie, waardoor de verschillende betrokkenen dezelfde taal spreken en een beter gemeenschappelijk begrip hebben van de problematiek rondom kwetsbaarheid.[71] Professionals en ouders zijn hierbij betrokken geweest en deze definitie wordt nu gebruikt in het landelijke actieprogramma Kansrijke Start, in onderzoek en in onderwijs.

7.4.3. Borging in gemeentelijk beleid

Enkele jaren na de start van Programma Moeders van Rotterdam zijn de eerste stappen richting borging gezet: in 2016 tijdens het 'Leading and scaling Early Childhood Initiatives' aan de Harvard Kennedy School en in 2017 als onderdeel van de opschalingsstrategie, die gefinancierd is door de Bernard van Leer Foundation en uitgevoerd door Consultancy bureau Andersson Elffers Felix (AEF).[72]

In 2019 zijn Bureau Frontlijn en de gemeente Rotterdam gestart met een verdere verkenning van de borging Moeders van Rotterdam nadat de inclusies voor het onderzoek gestopt waren. Deze werkwijze past bij de afspraken en taakverdeling tussen Bureau Frontlijn en andere organisaties in de gemeente Rotterdam. Bureau Frontlijn richt zich op de methodiekontwikkeling en innovatie vanuit de praktijk en zorgt ervoor dat deze innovaties overgedragen kunnen worden aan andere afdelingen.[73] In dit geval gaat het over de overdracht van de activiteiten naar het reguliere werk van de Wijkteams. De verkenning heeft een aantal jaren in beslag genomen om gezamenlijk vragen te beantwoorden over behoud, versterking, aanpassing, doorontwikkeling en monitoring van werkzame elementen uit het Programma en het Onderzoek.

De Gemeente Rotterdam vervult tot op de dag van vandaag een voortrekkersrol. Niet in alle gemeenten zijn structurele afspraken gemaakt over de inzet van een gemeente voor hulp aan zeer kwetsbare (zwangere) vrouwen, ook niet binnen Kansrijke Start. En dat ondanks de solide argumenten dat investering in de eerste 1000 dagen een groot rendement kan opleveren voor het kind, de ouder(s) én de samenleving zoals meer kansen op participatie, minder zorgkosten, meer onderwijskansen, minder jeugdhulp, en uiteindelijk ook maatschappelijk minder uitval.

Tot nu toe is er vaak sprake van tijdelijke subsidies en innovatiegelden. Terwijl langdurige ondersteuning nodig is om ook daadwerkelijke borging te bewerkstelligen. Kansrijke Start is ondertussen wel opgenomen in het coalitieakkoord van Rutte IV en wordt in het Integrale ZorgAkkoord genoemd als een van de ketenaanpakken waar gemeenten en zorgverzekeraars de komende jaren aan gaan werken. Dit laatste biedt mogelijkheden voor gemeenten en geboortezorgprofessionals. Er zijn echter geen kant en klaar oplossingen, waardoor het partijen lastig is om te weten wat ze van elkaar kunnen verwachten in tijd en menskracht. Binnen het Healthy Pregnancy for All programma-3 [74] hebben het Erasmus MC, Pharos en het onderzoeksbureau Drift van de Erasmus Universiteit vanuit een transitieperspectief geïnventariseerd wat er voor nodig is om het thema Kansrijke Start onderdeel te laten worden van gemeenlijk beleid in het hele land. Deze

resultaten worden dit jaar verwacht. Deze kunnen bijdragen aan de vervolgstappen om gemeenten daadwerkelijk aan te zetten om die noodzakelijke beleidsveranderingen te implementeren.

7.4.4. Lessen voor onderzoek

Zoals beschreven in paragraaf 7.2 heeft het Onderzoek Moeders van Rotterdam meerdere uitdagingen opgeleverd. Onderzoek doen in een dergelijk dynamisch veld vraagt om een andere aanpak, die vooral actiegericht is en rekening houdt met de context. Die context is, zoals eerder beschreven, belangrijk bij de invoering van een complex programma zoals Moeders van Rotterdam. Doordat het onderzoek zo nauw verbonden was met de dagelijkse praktijk verlopen verschillende processen niet zoals dat in een gecontroleerde onderzoeksetting zou gebeuren. Een succesvolle implementatie vraagt om meebewegen (we hebben dat eerder pragmatisch genoemd) met veranderende of onverwachte context. Daardoor zijn er minder mogelijkheden voor eenduidig kwantificeerbare evaluatie.[75, 76] Dit levert een dilemma op voor de onderzoekers: bij een succesvolle implementatie die meebeweegt, wordt de evaluatie moeilijker. Voorbeelden daarvan zijn eventuele aanpassingen van inclusiecriteria of het naar elkaar toe bewegen van de werkwijzen, zoals ook gebeurd is in dit onderzoek. Hiermee werd het contrast tussen de vrouwen in zorg binnen het Programma Moeders van Rotterdam (de interventiegroep) en die in zorg bij Wijkteams (de controlegroep) kleiner.

Een tweede les is de noodzaak om iteratief te werk te gaan. De onderzoek aanpak en uitkomstmaten moeten niet zozeer vooraf in beton gegoten worden, maar gaandeweg het onderzoek aangescherpt en waar nodig aangepast kunnen worden. Zo kan er bijvoorbeeld voor aanvang van de studie naast de reguliere hoofdhypothese ook een alternatieve hypothese geformuleerd worden voor als de aannames in de hoofdhypothese niet kloppen. Op deze manier is het voortschrijdend inzicht te verwerken in het onderzoek.

Een derde vereiste is co-creatie, met een grotere rol voor alle betrokken partijen bij de opzet en uitvoering van het onderzoek. Denk hierbij niet alleen aan de mensen die het onderzoek gaan uitvoeren in de dagelijkse praktijk, maar ook aan de doelgroep en de managers die de uitvoerders aansturen. Dit betekent dat onderzoekers uit hun vertrouwde omgeving moeten stappen en hun politieke rol moeten omarmen. Een van de stappen daarin is het veranderende verantwoordelijkheidsgevoel binnen academische ziekenhuizen. Het buiten de eigen muren werken brengt praktijk, onderzoek, beleid en onderwijs samen in de ontwikkeling van praktijkgerichte kennis, zoals ook de sociale verloskunde heeft laten zien. Van professionals in de preventieve zorg, in de eerstelijns zorg en in het sociaal domein wordt op hun beurt een actieve inbreng verwacht in de kennisontwikkeling zoals meedenken over onderzoeksvraag, werving van deelnemers aan een onderzoek, counseling van de voor- en nadelen van deelname en het verzamelen van data.[1] Deze rol is vaak nieuw, het belang van (extra of anders) registreren of data verzamelen niet voor iedereen even duidelijk. Dat merkten we ook in dit onderzoek. Eerdere betrokkenheid van partijen kan een deel van oplossing zijn, evenals expliciete steun van hun leidinggevenden en 'producten' waar de mede-onderzoekers zelf direct iets aan hebben. Bijvoorbeeld als input voor intervisie, spiegelinformatie of leerloopsessies. Welke onderzoeksvragen kwetsbare vrouwen zelf beantwoord zouden willen zien, is nu bijvoorbeeld onbekend. Door te werken in co-creatie zijn die antwoorden wel op te halen. Op deze manier kunnen veranderen, leren en kennisontwikkeling hand in hand gaan.

Terecht wordt de vraag gesteld of de gevonden verbeteringen blijvend zijn. En of de situatie van moeders en kinderen verandert, ook op die domeinen waar tot nu toe nog geen verbetering is gevonden. Om deze vragen te kunnen beantwoorden is een langdurige follow-up nodig, waarin de groei en ontwikkeling van de kinderen gevolgd kan worden, evenals hun schoolprestaties en maatschappelijke participatie. Door follow-up van de moeders is te onderzoeken of ze de

toegenomen zelfredzaamheid op een aantal terreinen vasthouden en op andere terreinen zelfredzamer worden.

7.4.5. Lessen voor onderwijs en deskundigheidsbevordering

De professionals van de toekomst worden nog te vaak opgeleid voor en op het terrein van alleen hun eigen vakgebied. Door de toegenomen complexiteit is dit echter niet meer voldoende. Er zijn goed toegeruste professionals nodig, met enerzijds specifieke vakinhoudelijke kennis, kennis over wisselwerking tussen sociale factoren en gezondheid en anderzijds kennis over beschikbare expertise bij andere professionals in hun netwerk. Professionals (in opleiding) in zowel het medische als het sociale domein moeten gestimuleerd en gefaciliteerd worden om anders te denken en te handelen opdat preventie, persoonsgerichte benadering en innovatieve oplossingen de norm worden. Op deze manier kunnen mensen in staat gesteld worden om zelf bij te dragen aan hun herstel en een gezond leven te leiden.[1] Dit is des te meer nodig bij complexe problematiek waarbij iemand snel in een neerwaartse spiraal terecht kan komen. Ook is het vinden van een oplossing voor een van de problemen lastiger wanneer meerdere, complexe, problemen spelen. Bijvoorbeeld, een moeder heeft regelmatig last van haar luchtwegen door de vervuilde buurt waarin ze woont. Door haar gezondheidsklachten moet ze zich regelmatig ziekmelden. Wonen in een gezondere buurt kan ze zich niet veroorloven omdat ze vaak ziek is. Hiermee houden beide problemen, de ongezondheid en wonen in een vervuilde buurt, elkaar in stand. Het is belangrijk dat hulpverleners zich bewust zijn van deze (negatieve) cirkels.

Door de samenwerking met studenten heeft het Programma Moeders van Rotterdam hiervoor belangrijke stappen gezet. Naar onze mening zouden meer studenten, ook artsen en verloskundigen in opleiding, standaard stages moeten lopen bij en participeren in sociale hulpverlening. Studenten van opleidingen in de sociale, pedagogische of psychologische dienstverlening zouden meer ruimte moeten krijgen voor stages in het medische domein. Deelnemers aan de focusgroep interviews deden suggesties om deze kruisbestuiving ook aan te bieden binnen het bestaande aanbod aan expertise- en kennisdeling. Bijvoorbeeld door gezamenlijke scholing en door professionals uit het sociale domein te laten bijdragen aan de deskundigheidsbevordering van geboortezorgprofessionals en vice versa.

7.5. Tot slot

Door de introductie van het Programma Moeders van Rotterdam en het overkoepelende onderzoek zijn verschillende successen geboekt.

Een eerste succes bestaat uit het ontstaan van een nieuw zorgpad, speciaal ingericht voor de meest kwetsbare populatie van zwangere vrouwen en hun kinderen. Voorafgaand aan het Programma werd deze zorg georganiseerd als onderdeel van de reguliere sociale hulpverlening en was lastig bereikbaar voor medische zorgprofessionals en vrouwen die zichzelf wilden aanmelden voor hulpverlening.

Het onderzoek heeft daarnaast geleid tot vele nieuwe inzichten over de doelgroep van zeer kwetsbare zwangere vrouwen, over de problematiek waarmee ze te maken hebben, over hoe zij hun gezondheid, depressie, angst en stress ervaren en over hoe hun kinderen zich ontwikkelen in de eerste twee levensjaren. Deze inzichten laten niet alleen zien dat de participanten aan het Moeders van Rotterdam Programma en Onderzoek inderdaad zeer kwetsbaar zijn. Ze laten ook zien dat deze groep heel divers is in de kwetsbaarheden die ze ervaren en hoe ze hiermee omgaan.[61] Vanuit

theoretisch oogpunt is het aannemelijk dat de impact van hun kwetsbaarheid op de gezondheid van hun (ongeboren) kind en op hun eigen welzijn en zelfredzaamheid is verminderd door de hulp die ze hebben ontvangen. Desondanks laat het onderzoek ook zien dat de opvoedkwaliteiten van de moeders niet voldoende adequaat zijn.[54] Ook tonen veel van de kinderen enige vorm van achterstand in de ontwikkeling in de eerste 3 levensmaanden, welke in het overgrote gedeelte weer vanzelf herstelt. Uit de kwalitatieve evaluatie van het Programma Moeders van Rotterdam komt dat zij de holistische benadering van het programma erg hebben gewaardeerd. De optimale duur van hulpverlening is verschillend per domein van het onderzoek. Het is wenselijk als de hulpverlening langdurig is en nauw aansluit bij de behoefte van de moeder en haar mate van zelfredzaamheid. Voor het optimaliseren van een gezonde groei en ontwikkeling van het kind is het aan te raden om het jonge gezin met langdurige nazorg op een laagdrempelige en laag intensieve manier te volgen en waar nodig op te schalen bij dreigende problemen in de hechting, opvoedvaardigheden of ontwikkeling van het kind.

Met het Programma en Onderzoek Moeders van Rotterdam hebben we laten zien dat het mogelijk is om zorginnovatie in te voeren, te evalueren en te implementeren. Gezamenlijk gedragen visies in combinatie met respect voor elkaars cultuur en bereidheid tot leren van elkaar zijn hiervoor belangrijke succeselementen. Deze opgebouwde samenwerking heeft geleid tot vele nieuwe inzichten en vragen die naar voren komen uit een samenwerking als deze.

Op basis van de resultaten uit het onderzoek zijn wij van mening dat het Programma Moeders van Rotterdam bijdraagt aan een kansrijke, veilige en stevige start van kinderen (en het ouderschap en welzijn van hun moeders en vaders). Deze bijdrage komt vooral door de vier succesvolle onderdelen van het programma; zorg-op-maat, verbinding tussen medisch en sociaal domein, holistische aanpak en het centrale aanmeldpunt. Daarom adviseren wij deze onderdelen van de aanpak Moeders van Rotterdam onderdeel te laten blijven van het reguliere sociale hulpaanbod voor zeer kwetsbare zwangere vrouwen en moeders. De gemeente Rotterdam heeft hierin de eerste stappen gezet, met de borging van de aanpak binnen de Wijkteams.

Dankwoord

Dit onderzoek van het programma Moeders van Rotterdam en de voorliggende rapportage was niet tot stand gekomen zonder de betrokkenheid en medewerking van een groot aantal mensen.

Allereerst gaat onze speciale dank uit naar de deelnemende vrouwen en hun gezinnen die vanuit een moeilijke situatie toch bereid waren mee te werken en gedurende enkele jaren veel vragen hebben beantwoord over het wel en wee van hun situatie. Bijzondere dank gaat ook uit naar de professionals van Moeders van Rotterdam van het bureau Frontlijn en de Wijkteams van de gemeente Rotterdam, die bij elke intake van een aanstaande moeders het onderzoek wilden toelichten en informed consent vragen. Ook dat zij 6 jaar lang bereid zijn geweest om voor meer dan 800 cliënten de vragen van de zelfredzaamheidsmatrix in te invullen en ons als onderzoekers bij de moeders te introduceren voor observationeel onderzoek bij hun thuis. De ideevorming, ambitie en inzet van Barend Rombout van bureau Frontlijn is van bepalende betekenis geweest in de start van het programma.

Veel dank gaat ook uit naar de Stichting De Verre Bergen (SDVB) die niet alleen dit onderzoek financierde, maar ook de Erasmus MC groep, de projectleiding van Moeders van Rotterdam en de Wijkteams ondersteunden op allerlei mogelijke fronten. Hun scherpste en kritische blik getuigden van grote betrokkenheid bij dit onderwerp. De inzet van drs. Nanne Boonstra in de eerste periode willen wij daarbij niet onbenoemd laten.

Daarnaast gaat onze dank uit naar de leden van de stuurgroep die naast de vertegenwoordiging van het Erasmus MC bestond uit drs. Anne Coenen (tot oktober 2020, directeur Maatschappelijke Ondersteuning in de Wijk, Gemeente Rotterdam), dr. Josine Meurs (vanaf januari 2021, directeur Maatschappelijke ondersteuning in de wijk, Gemeente Rotterdam), drs. Sabine Kuipers (tot juni 2019, afdelingshoofd Jeugd, Gemeente Rotterdam), drs. Anne-Marie Willemsen (afdelingshoofd Ondersteuning & Hulp, Gemeente Rotterdam), drs. Marte van Oort MBA (Program Manager SDVB), mr. Jantine Zwinkels-de Jong (bureau Frontlijn), Frederike Sinnema (bureau Frontlijn), Annemarie Wulffraat (programmamanager Stevige Start, Gemeente Rotterdam), drs. Mirjam Geerse en drs. Anne van Delft (beide Senior Associate SDVB). Dit geldt ook voor de leden van de Programma Board zijnde drs. Winfried Houtman, (concerndirecteur Maatschappelijke Ontwikkeling, Gemeente Rotterdam) en Roelof Prins MBA (directeur SDVB). Ook hun kritische bijdragen tijdens deze vergaderingen hebben het programma steeds weer verder gebracht.

Binnen de Erasmus MC groep willen wij de inzet en betrokkenheid benoemen van drs. Tom Schneider, prof. dr. Gouke Bonsel, drs. Marije van der Hulst, drs. Marijke de Groot, drs. Damien Broekharst en drs. Jennifer Jubitane. De werkstudenten Danique Buwalda, Nathalie Bale en Laura van Peene hebben daarbij onmisbaar ondersteunend werk verricht. Zonder het enthousiasme van meerdere master geneeskunde- en orthopedagogiek studenten had dit onderzoek niet uitgevoerd kunnen worden.

Referenties

1. Steegers EA, Waelput AJM, Peeters P: **Sociale Verloskunde**: Bohn Stafleu van Loghum; 2021.
2. Schenkelaars N, Rousian M, Hoek J, Schoenmakers S, Willemsen S, Steegers-Theunissen R: **Preconceptional maternal weight loss and hypertensive disorders in pregnancy: a systematic review and meta-analysis**. *Eur J Clin Nutr* 2021, **75**(12):1684-1697.
3. Oostingh EC, Hall J, Koster MPH, Grace B, Jauniaux E, Steegers-Theunissen RPM: **The impact of maternal lifestyle factors on periconception outcomes: a systematic review of observational studies**. *Reprod Biomed Online* 2019, **38**(1):77-94.
4. Timmermans S, Jaddoe VW, Hofman A, Steegers-Theunissen RP, Steegers EA: **Periconception folic acid supplementation, fetal growth and the risks of low birth weight and preterm birth: the Generation R Study**. *Br J Nutr* 2009, **102**(5):777-785.
5. Tennant PW, Glinianaia SV, Bilous RW, Rankin J, Bell R: **Pre-existing diabetes, maternal glycated haemoglobin, and the risks of fetal and infant death: a population-based study**. *Diabetologia* 2014, **57**(2):285-294.
6. Heijmans BT, Tobi EW, Stein AD, Putter H, Blauw GJ, Susser ES, Slagboom PE, Lumey LH: **Persistent epigenetic differences associated with prenatal exposure to famine in humans**. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2008, **105**(44):17046-17049.
7. Huang JS, Lee TA, Lu MC: **Prenatal programming of childhood overweight and obesity**. *Matern Child Health J* 2007, **11**(5):461-473.
8. Gootjes DV, Koster MPH, Willemsen SP, Koning AHJ, Steegers EAP, Steegers-Theunissen RPM: **The Impact of Neighbourhood Deprivation on Embryonic Growth Trajectories: Rotterdam Periconception Cohort**. *J Clin Med* 2019, **8**(11).
9. Agyemang C, Vrijkotte TG, Droomers M, van der Wal MF, Bonsel GJ, Stronks K: **The effect of neighbourhood income and deprivation on pregnancy outcomes in Amsterdam, The Netherlands**. *J Epidemiol Community Health* 2009, **63**(9):755-760.
10. Poeran J, Denktas S, Birnie E, Bonsel GJ, Steegers EA: **Urban perinatal health inequalities**. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2011, **24**(4):643-646.
11. Poeran J, Maas AF, Birnie E, Denktas S, Steegers EA, Bonsel GJ: **Social deprivation and adverse perinatal outcomes among Western and non-Western pregnant women in a Dutch urban population**. *Soc Sci Med* 2013, **83**:42-49.
12. Vos AA, Denktas S, Borsboom GJ, Bonsel GJ, Steegers EA: **Differences in perinatal morbidity and mortality on the neighbourhood level in Dutch municipalities: a population based cohort study**. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015, **15**:201.
13. Steegers EAP: **[Social obstetrics: a level playing field when it comes to a healthy start] Sociale verloskunde: gelijke kansen op een gezonde start**. *Ned Tijdschr Geneesk* 2017, **161**:D2277.
14. de Graaf JP, Ravelli AC, de Haan MA, Steegers EA, Bonsel GJ: **Living in deprived urban districts increases perinatal health inequalities**. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2013, **26**(5):473-481.
15. Bertens LCM, Burgos Ochoa L, Van Ourti T, Steegers EAP, Been JV: **Persisting inequalities in birth outcomes related to neighbourhood deprivation**. *J Epidemiol Community Health* 2020, **74**(3):232-239.
16. Foster H, Polz P, Mair F, Gill J, O'Donnell CA: **Understanding the influence of socioeconomic status on the association between combinations of lifestyle factors and adverse health outcomes: a systematic review protocol**. *BMJ Open* 2021, **11**(5):e042212.
17. Timmermans S, Bonsel GJ, Steegers-Theunissen RP, Mackenbach JP, Steyerberg EW, Raat H, Verbrugh HA, Tiemeier HW, Hofman A, Birnie E *et al*: **Individual accumulation of heterogeneous risks explains perinatal inequalities within deprived neighbourhoods**. *Eur J Epidemiol* 2011, **26**(2):165-180.

18. Barker DJ: **The origins of the developmental origins theory.** *J Intern Med* 2007, **261**(5):412-417.
19. van den Berg MP, van der Ende J, Crijnen AA, Jaddoe VW, Moll HA, Mackenbach JP, Hofman A, Hengeveld MW, Tiemeier H, Verhulst FC: **Paternal depressive symptoms during pregnancy are related to excessive infant crying.** *Pediatrics* 2009, **124**(1):e96-103.
20. Seng JS, Low LK, Sperlich M, Ronis DL, Liberzon I: **Post-traumatic stress disorder, child abuse history, birthweight and gestational age: a prospective cohort study.** *BJOG* 2011, **118**(11):1329-1339.
21. Branje S, Geeraerts S, de Zeeuw EL, Oerlemans AM, Koopman-Verhoeff ME, Schulz S, Nelemans S, Meeus W, Hartman CA, Hillegers MHJ *et al*: **Intergenerational transmission: Theoretical and methodological issues and an introduction to four Dutch cohorts.** *Dev Cogn Neurosci* 2020, **45**:100835.
22. Vos AA, van Veen MJ, Birnie E, Denktas S, Steegers EA, Bonsel GJ: **An instrument for broadened risk assessment in antenatal health care including non-medical issues.** *Int J Integr Care* 2015, **15**:e002.
23. Schout GH: **Zorgvermijding en zorgverlamming: Naar een praktijk theorie voor de openbare geestelijke gezondheidszorg.** *Journal of Social Intervention: Theory and Practice* 2009, **17**.
24. Stolper CF, Van de Wiel MW, Hendriks RH, Van Royen P, Van Bokhoven MA, Van der Weijden T, Dinant GJ: **How do gut feelings feature in tutorial dialogues on diagnostic reasoning in GP traineeship?** *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2015, **20**(2):499-513.
25. Quispel C, Schneider TA, Bonsel GJ, Lambregtse-van den Berg MP: **An innovative screen-and-advice model for psychopathology and psychosocial problems among urban pregnant women: an exploratory study.** *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2012, **33**(1):7-14.
26. van der Hulst M, de Groot MW, de Graaf JP, Kok R, Prinzie P, Burdorf A, Bertens LCM, Steegers EAP: **Targeted social care for highly vulnerable pregnant women: protocol of the Mothers of Rotterdam cohort study.** *BMJ Open* 2018, **8**(3):e020199.
27. Norton PJ: **Depression Anxiety and Stress Scales (DASS-21): psychometric analysis across four racial groups.** *Anxiety Stress Coping* 2007, **20**(3):253-265.
28. Ng F, Trauer T, Dodd S, Callaly T, Campbell S, Berk M: **The validity of the 21-item version of the Depression Anxiety Stress Scales as a routine clinical outcome measure.** *Acta Neuropsychiatr* 2007, **19**(5):304-310.
29. Raven J: **The Raven's progressive matrices: change and stability over culture and time.** *Cogn Psychol* 2000, **41**(1):1-48.
30. Bilker WB, Hansen JA, Brensinger CM, Richard J, Gur RE, Gur RC: **Development of abbreviated nine-item forms of the Raven's standard progressive matrices test.** *Assessment* 2012, **19**(3):354-369.
31. **URICA – Readiness Score: Calculating And Understanding The Readiness Score**
[<https://habitslab.umbc.edu/urica-readiness-score/>]
32. Noom MJ, Dekovic M, Meeus W: **Conceptual analysis and measurement of adolescent autonomy.** *J Youth Adolescence* 2001, **30**(5):577-595.
33. Noom MJ, Dekovic M, Meeus WHJ: **Autonomy, attachment and psychosocial adjustment during adolescence: a double-edged sword?** *J Adolescence* 1999, **22**(6):771-783.
34. Cardol M, de Haan RJ, de Jong BA, van den Bos GA, de Groot IJ: **Psychometric properties of the Impact on Participation and Autonomy Questionnaire.** *Arch Phys Med Rehabil* 2001, **82**(2):210-216.
35. Conger RD, Ge XJ, Elder GH, Lorenz FO, Simons RL: **Economic-Stress, Coercive Family Process, and Developmental Problems of Adolescents.** *Child Dev* 1994, **65**(2):541-561.
36. EuroQol G: **EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life.** *Health Policy* 1990, **16**(3):199-208.
37. **Van Wiechenonderzoek** [<https://www.ncj.nl/onderwerp/van-wiechenonderzoek/>]
38. Squires J, Bricker D, Potter L: **Revision of a parent-completed development screening tool: Ages and Stages Questionnaires.** *J Pediatr Psychol* 1997, **22**(3):313-328.

39. Choenni V, Kok R, Verhulst FC, van Lier MHM, Lambregtse-van den Berg MP: **The Dutch Infant Caregiving Assessment Scales: Psychometric properties in mothers with and without a severe psychiatric disorder.** *Int J Methods Psychiatr Res* 2022, **31**(2):e1902.
40. Knights KJ: **On Mothers with Schizophrenia: Assessment of Early Infant Caregiving Capacity & the Contribution of Cognitive Deficits.** 2015.
41. **Child Behavior Checklist (CBCL)** [<https://www.nji.nl/instrumenten/child-behavior-checklist-cbcl>]
42. De Brock A, Vermulst AA, Gerris JRM, Abidin RR: **Nijmeegse Ouderlijke Stress Index (Nijmegen Parental Stress Index). Handleiding experimentele versie (Manual experimental version).** In.: Lisse: Swets & Zeitlinger; 1992.
43. James-roberts IS, Wolke D: **Differences between maternal and objective ratings of 'difficult' neonatal behavioural style: implications for temperament research and clinical perspectives.** *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 1983, **1**(2):53-60.
44. Brockington IF, Fraser C, Wilson D: **The postpartum bonding questionnaire: a validation.** *Archives of women's mental health* 2006, **9**(5):233-242.
45. Matheny Jr AP, Wachs TD, Ludwig JL, Phillips K: **Bringing order out of chaos: Psychometric characteristics of the confusion, hubbub, and order scale.** *Journal of applied developmental psychology* 1995, **16**(3):429-444.
46. Movisie: **Guide to the Self-Sufficiency Matrix [in Dutch: Handleiding Zelfredzaamheid-Matrix.** In.; 2017.
47. Fassaert T, Lauriks S, van de Weerd S, Theunissen J, Kikkert M, Dekker J, Buster M, de Wit M: **Psychometric properties of the Dutch version of the self-sufficiency matrix (SSM-D).** *Community Ment Health J* 2014, **50**(5):583-590.
48. Wing JK, Beevor AS, Curtis RH, Park SB, Hadden S, Burns A: **Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development.** *Br J Psychiatry* 1998, **172**:11-18.
49. Wing J, Curtis RH, Beevor A: **Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Glossary for HoNOS score sheet.** *Br J Psychiatry* 1999, **174**:432-434.
50. Gale NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S: **Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research.** *Bmc Med Res Methodol* 2013, **13**.
51. Vos AA, Posthumus AG, Bonsel GJ, Steegers EA, Denktas S: **Deprived neighborhoods and adverse perinatal outcome: a systematic review and meta-analysis.** *Acta Obstet Gynecol Scand* 2014, **93**(8):727-740.
52. Currie J: **Inequality at Birth: Some Causes and Consequences.** *Am Econ Rev* 2011, **101**(3):1-22.
53. Aizer A, Currie J: **The intergenerational transmission of inequality: Maternal disadvantage and health at birth.** *Science* 2014, **344**(6186):856-861.
54. van der Hulst M, Kok R, Prinzie P, Steegers EAP, Bertens LCM: **Early Maternal Caregiving Capacities in Highly Vulnerable, Multi-Problem Families.** *Int J Environ Res Public Health* 2022, **19**(23).
55. Burchinal M, Vernon-Feagans L, Cox M, Key Family Life Project I: **Cumulative Social Risk, Parenting, and Infant Development in Rural Low-Income Communities.** *Parent Sci Pract* 2008, **8**(1):41-69.
56. Laucht M, Esser G, Schmidt MH: **Differential development of infants at risk for psychopathology: the moderating role of early maternal responsivity.** *Dev Med Child Neurol* 2001, **43**(5):292-300.
57. Neppl TK, Senia JM, Donnellan MB: **Effects of economic hardship: Testing the family stress model over time.** *J Fam Psychol* 2016, **30**(1):12-21.
58. Goodman A, Gatward R: **Who are we missing? Area deprivation and survey participation.** *Eur J Epidemiol* 2008, **23**(6):379-387.

59. Steptoe A, Feldman PJ: **Neighborhood problems as sources of chronic stress: development of a measure of neighborhood problems, and associations with socioeconomic status and health.** *Ann Behav Med* 2001, **23**(3):177-185.
60. Turner RJ, Wheaton B, Lloyd DA: **The Epidemiology of Social Stress.** *Am Sociol Rev* 1995, **60**(1):104-125.
61. Bertens LCM, Mohabier KSC, van der Hulst M, Broekharst DSE, Ismaili M'hamdi H, Burdorf A, Kok R, de Graaf JP, Steegers EAP: **Complexity and interplay of faced adversities and perceived health and well-being in highly vulnerable pregnant women-the Mothers of Rotterdam program.** *BMC Public Health* 2023, **23**(1):43.
62. Mitchell P: **Adaptive Preferences, Adapted Preferences.** *Mind* 2018, **127**(508):1003-1025.
63. **Time Think Scale** [<https://bernardvanleer.org/blog/time-think-scale/>]
64. **A SOLID START FOR EVERY CHILD: THE NETHERLANDS INTEGRATES MEDICAL AND SOCIAL CARE, 2009–2022.** In: *Leon Schreiber.* Innovations for Successful Societies, Princeton University, <http://successfultsocieties.princeton.edu/>; 2022.
65. **Mothers of Rotterdam: scaling a social services programme in the Netherlands** [<https://bernardvanleer.org/publications-reports/mothers-of-rotterdam-scaling-a-social-services-programme-in-the-netherlands/>]
66. **Menukaart Kansrijke Start** [<https://menukaart.kansrijkestartnl.nl/>]
67. **Zorgpaden Kansrijke Start** [<https://zorgpadenkansrijkestart.pharos.nl/en/start>]
68. **Eerste 1000 dagen van een kind** [<https://www.pharos.nl/thema/eerste-1000-dagen-van-een-kind/>]
69. **Zelfscan Kansrijke Start** [<https://www.pharos.nl/kennisbank/zelfscan-kansrijke-start/>]
70. **stimuleringsprogramma Kansrijke Start** [<https://www.kansrijkestartnl.nl/lokale-coalities/stimuleringsprogramma>]
71. van der Meer L, Ernst HE, Blanchette LMG, Steegers EAP: **Een kwetsbare zwangere, wat is dat eigenlijk?** *Medisch Contact* 2020.
72. (AEF) AEF: **Een stevige start voor ieder kind: Het opschalen van de aanpak van Moeders van Rotterdam.** In. Utrecht: Andersson Elffers Felix (AEF); 2017.
73. Ecorys: **Evaluatie Bureau Frontlijn Eindrapport.** In. Rotterdam: Gemeente Rotterdam; 2015.
74. Barsties LS, Daalderop LA, Lagendijk J, van Steenberghe F, Been JV, Bertens LCM, Waelput AJM, van Zoest H, Looibach D, Steegers EAP: **Addressing perinatal health inequities in Dutch municipalities: Protocol for the Healthy Pregnancy 4 All-3 programme.** *Health Policy* 2021, **125**(3):385-392.
75. Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, Moore L, O'Cathain A, Tinati T, Wight D *et al*: **Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance.** *BMJ* 2015, **350**:h1258.
76. O'Cathain A, Croot L, Duncan E, Rousseau N, Sworn K, Turner KM, Yardley L, Hodinott P: **Guidance on how to develop complex interventions to improve health and healthcare.** *BMJ Open* 2019, **9**(8):e029954.

Bijlages

Bijlage 1. Tijdslijn

Deze tabel beschrijft de tijdslijn vanaf het eerste aanvalsplan om de verschillen in zwangerschap- en geboorte-uitkomsten binnen Rotterdam aan te pakken tot en met de borging van het programma Moeders van Rotterdam in de wijken en afsluiting van het onderzoek.

Tijdslijn		stakeholders
2007	Gesprek prof. Eric Steegers en wethouder Jantine Kriens over de grote verschillen in zwangerschapsuitkomsten tussen de Rotterdamse wijken. Resultaat: Besluit dat gezamenlijk het aanvalsplan wordt opgezet om deze verschillen terug te dringen.	Erasmus MC en gemeente Rotterdam
2008	Tijdens werkbezoek gaan minister VWS Ab Klink en wethouder Jantine Kriens mee met visites van eerstelijns verloskundigen. Resultaat: De verloskundigen krijgen ook het achterstandstarief, net zoals de huisartsen al hadden.	
2009-2012	Programma Klaar voor een Kind Doel: verlagen van perinatale sterfte en het verlagen van en verminderen van verschillen in zwangerschapsuitkomsten. Methode: Verminderen van onderliggende ziekten en aanpakken suboptimale zorg. Fasen van zwangerschap als leidraad: (1) preconceptie, (2) zwangerschap, (3) periode rondom bevalling, (4) kraamperiode (5) overdracht naar jeugdgezondheidszorg. Resultaten: 1) Zorgpaden klaar voor kind, 2) Risicoscreening instrumenten voor geboortezorg professional voor problematiek vanuit sociale Domein, 3) samenwerking medisch en sociaal domein. Opening Geboortecentrum Sophia, o.a. voor sociaal kraambed en verplaatste eerstelijns bevalling.	Gemeente Rotterdam, Erasmus MC, Rotterdamse geboortezorgprofessionals, CJG, GGD en Geboortecentrum Sophia
2011-2012	Toenemende vraag geboortezorgprofessionals om sociale casemanager te zijn voor de bij hun in zorg zijnde (zeer) kwetsbare. De 'straat' gynaecoloog (Erasmus MC) krijgt op de polikliniek verloskunde Erasmus MC een 'early bird' spreekuur voor kwetsbare vrouwen. Deze straat gynaecoloog ontmoet de directeur van Bureau Frontlijn en zij komen samen tot het idee of de Bureau Frontlijn aanpak ook zou kunnen worden aangeboden aan (zeer) kwetsbare zwangeren.	Geboortezorgprofessionals, Erasmus MC, straat gynaecoloog, Bureau Frontlijn.
2012	Verkenkend gesprek gemeentesecretaris en clusterdirecteur MO met SDVB inzake aanvraag voor Moeders van Rotterdam (Moeders van Rotterdam) Project.	Gemeente Rotterdam en SDVB.
Feb 2013	Indiening van een gezamenlijke subsidieaanvraag van Bureau Frontlijn (uitvoering) en Erasmus MC (wetenschappelijk onderzoek) bij SDVB voor het Moeders van Rotterdam project.	Gemeente Rotterdam, Erasmus MC en SDVB.
2014	Pilot Moeders van Rotterdam gestart in Charlois. Resultaat: meer dan gepland aantal zwangeren bij Moeders van Rotterdam (225 i.p.v. 100 aanmeldingen).	Bureau Frontlijn & College B&W
2015	SDVB besluit om het programma en het onderzoek Moeders van Rotterdam te financieren.	SDVB

Tijdslijn		stakeholders
Juli 2015	Ondertekening convenant Moeders van Rotterdam 2015 t/m 2021 Officiële start van het programma en onderzoek Moeders van Rotterdam.	SDVB, Gemeente, Erasmus MC, Verloskundig Samenwerking verbanden, Jeugdbescherming Rijnmond, CJG Rijnmond, Kraamzorg Rotterdam, Antes, Verloskunde Academie Rotterdam, HR, InHolland.
Jan. 2016	Start inclusies zwangeren in het Moeders van Rotterdam onderzoek. In 2016 nemen 6 Wijkteams deel aan het onderzoek	Centraal aanmeldpunt, Wijkteams en Erasmus MC
Mei 2016	Afvaardiging betrokken partijen volgen leadership course 'Leading and scaling Early Childhood Initiatives' aan de Harvard Kennedy School. Resultierend in 'Theory of change' en basis voor opschalingsstrategie.	SDVB, Frontlijn, Erasmus MC, Bernard van Leer Foundation (BvLF).
2016	Start gemeentelijk beleidsprogramma Stevige Start	Gemeente
2017	Start vormgeving opschalingsstrategie van het Programma Moeders van Rotterdam in partnership met en gefinancierd door de Bernard van Leer Foundation. Deze verkenning is uitgevoerd door het bureau AEF.	Gemeente, SDVB, BvLF, AEF en Erasmus MC
2018	Publicatie van het babydagboek, dreumesdagboek en van het vernieuwde zwangerschapsdagboek.	Bureau Frontlijn
Medio 2018	SDVB geeft toestemming om het onderzoek te verlengen De reden hiervoor was dat het onderzoek vertraging had opgelopen, door achterblijvende inclusies. Tevens toestemming om een derde promovendus aan te nemen voor kwalitatieve evaluatie Moeders van Rotterdam.	SDVB en Erasmus MC
2018	Publicatie 'Zorg voor kwetsbare zwangere vrouwen en hun kinderen: de holistische aanpak van Moeders van Rotterdam' in Nederlandse Tijdschrift Orthopedagogiek (nummer 2018-09).	Erasmus MC
2019	Bureau Frontlijn en de gemeente starten met verkenning borging Moeders van Rotterdam na afronding onderzoek.	Bureau Frontlijn en gemeente
2018/ 2019	De caseload Moeders van Rotterdam groeit boven de beschikbare capaciteit uit met (dreigende) aanmeldstop.	Bureau Frontlijn
Okt 2019	Start pilot 'basishulp' voor vrouwen, die op de 'wachtlIJst' dreigen te komen toch een verkort traject aangeboden, met als doel teruggeleiden naar het reguliere hulpverleningsstelsel	Bureau Frontlijn
Okt 2019	De onderzoeksgroep Moeders van Rotterdam organiseert een symposium op het congres van de International Society for Developmental Origins of Health and Disease (DOHaD) samen met Prof. Miguel Telo de Arriaga en Prof. John Eastwood.	Erasmus MC
Mrt – mei 2020	Vanwege Covid-19 geen aanmeldingen doorgestuurd naar de Wijkteams.	Bureau Frontlijn
2 juli 2020	Viering eerste Moeders van Rotterdam lustrum met virtueel symposium en uitdelen van 'goody bags' aan 300 deelnemende gezinnen.	Erasmus MC, Gemeente Rotterdam en Bureau Frontlijn
Sep 2020	Start pilot 'borging Moeders van Rotterdam' in de Wijkteams in IJsselmonde. Start doorontwikkeling 'aanmeldpunt Moeders van Rotterdam' naar een algemeen aanmeldpunt voor zwangere vrouwen met sociale problematiek.	Gemeente Rotterdam, Bureau Frontlijn

Tijdslijn		stakeholders
Dec 2020	Stop van inclusie zwangeren in het Moeders van Rotterdam onderzoek	Bureau Frontlijn, Wijkteams en Erasmus MC
Medio 2021	Start pilot om de door Moeders van Rotterdam opgezette 'baby winkel' van tweedehandsspullen over te dragen aan kringloopwinkels.	
Juli 2021	Stop gegevens verzameling voor Moeders van Rotterdam onderzoek	
14 okt 2021	Ondertekening convenant Moeders van Rotterdam 2022 t/m 2026	Gemeente, Erasmus MC en SDVB
Jan 2022	Start definitieve implementatie van Moeders van Rotterdam in de Wijkteams.	

Bijlage 2. Samenwerking van Moeders van Rotterdam met de betrokken stakeholders

Het Programma Moeders van Rotterdam wordt mogelijk gemaakt door de samenwerking van drie partijen: de Gemeente Rotterdam (wethouder Jeugd, directie Maatschappelijke Ontwikkeling en Bureau Frontlijn), het Erasmus MC (afdeling Verloskunde & Gynaecologie) en Stichting de Verre Bergen. Onder verantwoordelijkheid van het College B&W van de gemeente en met gezamenlijke inspanning van bovenstaande partijen hebben de bij dit project betrokken partijen op 2 juli 2015 een convenant getekend (zie *bijlage 3*) voor een onderzoeks- en uitvoeringsprogramma van zes jaar (2015-2021).

Uniek aan dit samenwerkingsverband is dat alle stakeholders vanaf de start van het programma intensief betrokken zijn en dat er een breed samenwerkingsverband tussen praktijkinstellingen, kennisinstituten en beleidsmakers is bewerkstelligd. Zo waren verschillende Hogescholen, verschillende gemeentelijke directies en verloskundige centra, maar ook de Jeugdbescherming en Veilig Thuis ondertekenaars van het convenant. Binnen deze samenwerking onderhoudt Bureau Frontlijn nauw contact met verloskundige praktijken, informeert geboortezorgprofessionals over hoe het programma werkt en onderhoudt contact met de Hogeschool over de werving van stagiaires. Moeders van Rotterdam kan snel schakelen met gemeentelijke beleidsafdelingen over welke voorzieningen er zijn voor specifieke doelgroepen en kan casussen escaleren. Vanuit deze interactie tussen verschillende partijen wordt kennis ontwikkeld die direct bruikbaar is voor professionals, gemeenten en praktijkorganisaties.

De verantwoordelijkheid voor de (dagelijkse) uitvoering van het programma en de samenwerking met stedelijke instellingen (o.a. de Wijkteams) en zorgverleners lag bij **Bureau Frontlijn**. De afdeling Verloskunde & Gynaecologie van het **Erasmus MC** was in nauwe samenwerking met de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg en de afdeling Orthopedagogiek van de Erasmus Universiteit verantwoordelijk voor de uitvoering van het onderzoek en droeg bij aan de toepassing van haar wetenschappelijke kennis in de praktijk. **Stichting De Verre Bergen** was als mede-ontwikkelaar en financier betrokken en werkte actief mee aan de totstandkoming en de succesvolle realisatie van het programma (zie hieronder voor meer gedetailleerde informatie). De samenwerking tussen bovengenoemde organisaties kenmerkte zich door frequent overleg, een open houding en een gezamenlijke missie om het programma te laten slagen. De verschillen in perspectieven van de betrokken partijen leidden op gezette tijden tot kritische gesprekken over het Programma.

Taakverdeling

Het initiatief bouwt voort op eerder wetenschappelijk onderzoek van de afdeling Verloskunde & Gynaecologie van het **Erasmus MC** dat aantoonde dat babysterfte, vroeggeboorte en laag geboortegewicht meer voorkomen bij vrouwen die in armoede en achterstand leven. Zo bleek dat de postcode waar de wieg staat niet alleen in grote mate bepaalt hoe kansrijk de toekomst van het kind is, maar ook die van de generatie erna. Dit nieuwe inzicht deed de afdeling beseffen dat goede zorg voor zwangere vrouwen zich niet kan beperken tot de aanpak van medische risico's, maar dat ook sociaal-maatschappelijke ondersteuning moet worden geboden. Daarvoor is een verbinding nodig tussen het medische en het sociale domein.

Bureau Frontlijn is in 2006 opgericht als een gemeentelijk loket dat gevraagd en ongevraagd zoekt naar nieuwe oplossingen voor maatschappelijke vraagstukken. Waar medewerkers problemen en

naar kansen in de hulp- en dienstverlening ontdekken, zoeken zij daar een oplossing voor. Bureau Frontlijn introduceerde 'bekommerzorg achter de voordeur' om problemen als armoede bij de wortel aan te pakken. Een team van professionals en specialisten levert sinds 2006 hulpverlening op maat, daar waar standaard maatschappelijke hulpverlening van oudsher vaak een *'one size fits all'* benadering had. De algemene werkwijze van Bureau Frontlijn werd als basis voor het Programma Moeders van Rotterdam gebruikt.

De samenwerking tussen het Erasmus MC en Bureau Frontlijn ontstond toen de 'straat' gynaecoloog van het Erasmus MC vanuit het gemeentelijke Programma 'Klaar voor een Kind' middelen kreeg om spiraaltjes te plaatsen bij vrouwen die dit nodig hadden, maar niet konden betalen. Samen met de directeur van Bureau Frontlijn, waar de 'kwetsbare (aanstaande) zwangere vrouwen' een belangrijke doelgroep zijn, werd een stramen bedacht om deze vrouwen op de polikliniek Verloskunde & Gynaecologie te helpen aan anticonceptie. Hieruit is de basis voor het Programma Moeders van Rotterdam ontstaan.

Stichting De Verre Bergen is verantwoordelijk voor de financiering van het programma en het gekoppelde wetenschappelijke onderzoek. Deze filantropische stichting beoogt Rotterdam sterker en beter te maken door sociaal maatschappelijke programma's (o.a.) te ontwikkelen, uit te voeren, continue te verbeteren en te onderzoeken op maatschappelijk rendement.

Stevige Start is opgezet om de inzichten uit Klaar voor een Kind te borgen en meer kinderen in Rotterdam gezond ter wereld te laten komen en optimale ontwikkelingskansen te bieden. Met Stevige Start werd een doorlopende aanpak voor de allerjongste Rotterdammers ingericht: van nog voor het zwanger worden tot de kinderen die starten met school (4 jaar). Het programma steunt professionals bij het preventief signaleren van risico's en zet in op vroegtijdige aanpak van die risico's via gerichte interventies. Het hoofddoel van Stevige Start is: *'Meer kinderen komen gezond ter wereld en ontwikkelen zich optimaal.'* Om dit te bereiken ondersteunt Stevige Start de geboortezorgprofessionals door: (1) Ondersteuning te bieden bij het ontwikkelen en implementeren van een risico signalering instrumentarium; (2) Hulp te bieden bij de weg vinden naar passende sociale zorgpaden, hiervoor werd het Aanmeldpunt Moeders van Rotterdam ontwikkeld. Verder bestaat het aanbod vanuit Stevige Start onder andere uit een kinderwens consult; begeleiding bij stoppen met roken en drinken; moedermentor; opvoedingsondersteuning op maat: individuele begeleiding jonge gezinnen of vaders door getrainde vrijwilligers; en maatjesgezin als tijdelijke opvang.

Met de afdeling Maatschappelijke Ontwikkeling (MO) van de Gemeente Rotterdam en de toenmalige wethouder Onderwijs, Jeugd en Gezin (Hugo de Jonge) werd afgesproken dat Moeders van Rotterdam onder het gemeentelijke actieprogramma 'Stevige Start' zou vallen.

Voordat Het Programma Moeders van Rotterdam van start ging, zorgde het **Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG)** al voor kwetsbare aanstaande moeders. Zo voerde het CJG 'VoorZorg' uit, een intensief huisbezoek programma voor (zeer) kwetsbare aanstaande moeders, en 'Prezorg, een lichte variant van VoorZorg. Bij de start van het Programma Moeders van Rotterdam is er gekeken naar de potentiële overlap tussen de programma's; deze werd beoordeeld als beperkt. Er werd vastgesteld dat de programma's van het CJG en Moeders van Rotterdam nauw zouden gaan samenwerken: wanneer een aanstaande moeder bij het Programma Moeders van Rotterdam werd aangemeld, werd eerst vastgesteld of zij voldeed aan de criteria van een van de CJG-programma's. Wanneer dat

hulpverlening vanuit het CJG passend was, werd er door Moeders van Rotterdam naar PreZorg/Voorzorg doorverwezen en opgevolgd of de hulp daadwerkelijk werd opgestart.

Vanaf 2015 kreeg elke wijk in Rotterdam een eigen **Wijkteam** waarin professionals die hulpverlening en ondersteuning geven aan Rotterdammers samenwerken. De professionals binnen het Wijkteam hebben elk hun eigen specialisme en werken nauw met elkaar samen. Zo hebben zij o.a. expertise op het gebied van jeugdhulp en hulp bij opvoeden, financiën en schulden, geestelijke gezondheidszorg en verslaving. Deze Wijkteammedewerkers werken als coach, maatschappelijk werker, consulent of als wijkverpleegkundige.

Bijlage 3. Convenant Programma Moeders van Rotterdam

Bijlage 4. Programma doelen Moeders van Rotterdam

Moeders van Rotterdam heeft als uitgangspunt dat ieder kind recht heeft op een gezonde en kansrijke start. Investeren in een gezonde ontwikkeling van het (ongeboren) kind draagt bij aan de bestrijding van intergenerationele overdracht van problemen en zorgt ervoor dat kinderen de mogelijkheid krijgen zich zo optimaal mogelijk te ontwikkelen. De interventie is *outreaching* en wordt gekenmerkt door een oplossingsgerichte werkwijze. Samen met de aanstaande moeder wordt toegewerkt naar zelfredzaamheid. Hierbij zijn het naast de moeder staan en een warme, laagdrempelige aanpak van essentieel belang.

Voor de kwaliteit van opvoeding en ontwikkeling van het kind is het evenwicht tussen draagkracht en draaglast ook van belang. Problemen die dit evenwicht beïnvloeden zijn niet altijd op te lossen op het niveau van kinderen, ouders of gezin. Ook zijn het niet altijd de ouders die in gebreke blijven; zowel bij het kind als bij de (sociale en maatschappelijke) omgeving kunnen belangrijke oorzaken liggen voor de problemen. Dit geldt ook voor mogelijke oplossingen. Daarbij gaat het erom beschermende factoren te mobiliseren en risicofactoren te verminderen. In de praktijk komt het erop neer dat sommige problemen in een gezin niet op te lossen zijn met het gezin alleen, maar dat het probleem in stand gehouden wordt door bijvoorbeeld (gemeentelijk) beleid.

Het uitgangspunt van het Programma Moeders van Rotterdam is gebaseerd op de volgende dertien kernprincipes:

1. Er is een grote noodzaak tot stressvermindering en het aanpakken van sociale problematiek t.b.v. de ontwikkeling van het (ongeboren) kind;
2. Vroeg signalering, duidelijke routing en triage aan de hand van de vastgestelde definities van kwetsbaarheid dragen eraan bij dat moeders tijdig passende hulp ontvangen;
3. Er is een centrale, zeer laagdrempelige toegang tot hulp via een aanmeldpunt;
4. Indien er sprake is van een crisis bij een moeder of kind dan handelt Moeders van Rotterdam snel en wordt desnoods een oplossing geforceerd;
5. De intake bestaat uit een huisbezoek en screening thuis;
6. Medewerkers benaderen moeders outreachend, scheppen door naast de moeder te gaan staan en maatwerk te leveren vertrouwen in hulpverleners bij de moeders;
7. Dagboeken, motiverende gesprekstechniek en ervaringsleren bewerkstelligen duurzame gedragsverandering;
8. Moeders stellen zich na de startfase, mede op basis van wederkerigheid, open voor langdurigere en preventieve begeleiding om hun zelfredzaamheid en opvoedvaardigheden te vergroten;
9. Hechting, opvoedvaardigheden, een gezonde levensstijl, gezinsplanning, het sociale netwerk, zelfredzaamheid zijn centrale thema's in de begeleiding;
10. Medewerkers sturen erop aan dat een traject pas wordt afgesloten als de individuele doelen van de moeder zijn behaald;
11. Moeders van Rotterdam biedt nazorg, zodat een mogelijk terugval opgevangen kan worden;
12. De methodiek is vastgelegd in een handboek, welke constant up-to-date gehouden wordt;
13. Moeders van Rotterdam agendaert knelpunten in de uitvoering die van negatieve invloed zijn op de eerste 1.000 dagen na conceptie en draagt bij aan beleidsontwikkeling.

In de dagelijkse begeleiding van zeer kwetsbare (aanstaande) moeders vormen deze 13 kernprincipes de basis voor het maatwerk waarmee de (aanstaande) moeder ondersteund wordt. Voor iedereen

wordt een individueel plan van aanpak opgesteld gericht op vier leefgebieden: 1) gezondheid & zorg, 2) wonen, 3) financiën & administratie en 4) ontwikkeling kind. Door middel van dit plan wordt samen met de vrouw gericht gewerkt aan het verminderen van haar kwetsbare situatie. Daarnaast worden in dit plan ook de samenwerking en afspraken met andere zorg- en hulpverleners opgenomen om zo de zorg rondom de kwetsbare zwangere vrouw te stroomlijnen. Verder doen (aanstaande) moeders kennis op over opvoedvaardigheden en oefenen zij hiermee door middel van dagboeken. In de zwangerschap start het eerste dagboek: het zwangerschapsdagboek. Hierin krijgt de aanstaande moeder wekelijks inzicht in de ontwikkeling van de baby in haar buik en leert zij hoe ze kan zorgen voor een gezonde start. Na de zwangerschap volgt het babydagboek en als het kindje één jaar is geworden volgt het laatste boek: het dreumesdagboek.

Bijlage 5. Overzicht wijzigingen Programma Moeders van Rotterdam.

In dit overzicht geven wij de wijzigingen weer, die gedurende de onderzoeksperiode Moeders van Rotterdam (MvR) zijn opgetreden en die al dan niet van invloed waren op het onderzoek dan wel programma MvR of de borging van het programma MvR.

Tijdslijn	
Q1 2016	MvR professionals en -onderzoekers constateerden dat het lastiger was dan vooraf was ingeschat om van alle deelnemende zwangere vrouwen aan programma MvR informed consent te verkrijgen voor deelname aan het “volledige onderzoek MvR”. Onderzoekers bereiden een amendement op de METC-aanvraag voor de extra onderzoeksoptie in de vorm van “zorgevaluatie” naast het “volledige onderzoek”.
Q2 2016	MvR professionals en –onderzoekers stelden gezamenlijk het onderzoeksprotocol met bijbehorende flowchart vast. Hierin zijn onder andere de criteria opgenomen voor uitvoering van de hulpverlening door het wijkteam (WT), MvR of CJG de hulpverlening , hoe informed consent voor het onderzoek verkregen moet worden en welke gegevens geregistreerd moeten worden.
Q2 2016	De MvR professionals en –onderzoekers hebben een foto protocol vastgesteld om drie keer tijdens het begeleidingstraject de huiselijke omgeving van de moeder en haar gezin in beeld te brengen. Dit betrof foto’s van 1) de directe woonomgeving, 2) de inhoud van de koelkast & de voorraadkast en 3) foto’s van de woon- en kinderkamer.
Q3 2016	De METC geeft akkoord aan de onderzoeksgroep MvR om naast “volledig onderzoek” ook de optie “zorgevaluatie” toe te passen. Met deze optie kan het aantal inclusies in het MvR onderzoek worden verhoogd. Deze evaluatie houdt in dat alleen de verleende hulpverlening aan deze zwangere vrouwen wordt geëvalueerd d.m.v. het invullen van de Zelfredzaamheidmatrix op de vastgestelde meet-momenten door haar eigen zorgverlener van MvR of WT.
Q4 2016	Er werd gezamenlijk een systeem opgezet, waarbij tijdens elke intake een envelop moest worden meegenomen en vervolgens werd ingeleverd bij de onderzoekers. Zij bepaalden aan de hand van formulieren in de ingeleverde envelop welke soort inclusie op de onderzoeklijst moest worden aangegeven (wel/niet een inclusie in “volledig onderzoek” dan wel “zorgevaluatie”).
Q4 2016	Om overzicht op het inclusie proces te behouden werd gezamenlijk besloten om de negen aparte “team” files en de “NOT” lijst met gegevens van de bij MvR aangemelde zwangeren samen te voegen tot één masterfile, tevens de basis voor de onderzoeklijst.
Q1 2017	Het aantal inclusies in volledig onderzoek bleef achter. Ondanks de zorgevaluatie bleek een groot aantal zwangere vrouwen in hulpverlening bij of MvR of WT niet in het onderzoek te worden geïncludeerd.
Q2 2017	Onderzoekers en projectleiding checkten voortaan maandelijks gezamenlijk de discrepanties tussen aantal in hulpverlening genomen zwangeren en het aantal inclusies in volledig onderzoek en zorgevaluatie.
Q2 2017	Een bijeenkomst voor intakepersoneel vond plaats met als doel om met elkaar te sparren over de tips en tricks, om een aangemelde zwangere vrouw te informeren over deelname aan het volledige onderzoek.

Tijdslijn	
Q1 2018	Door een aanpassing van het werkproces en een tweewekelijkse bespreking van het aantal inclusies werden minder inclusies in het onderzoek gemist, in 2018 slechts 21 en in 2019 drie inclusies. Deze aantallen lagen substantieel lager dan de jaren daarvoor.
Q4 2017	Het foto protocol werd aangepast omdat er te vaak géén toestemming was gevraagd/gegeven om de foto's te gebruiken voor onderzoek. Tijdens een sessie met alle intakers werd het fotoprotocol onder de aandacht te brengen als standaard onderdeel van de onderzoeksprocedure;
Q4 2018	Ondanks update van het fotoprotocol werden er onvoldoende foto's gemaakt. Dit leidde tot de gezamenlijke conclusie dat dit deel van het onderzoek niet uitgevoerd kon worden.
2016	Aantal aan MvR onderzoek participerende wijkteams wisselde in tijd: 11 wijkteams (32 inclusies, 26% van totaalaantal inclusies) 17 wijkteams (81 inclusies, 38% van totaalaantal inclusies) 24 wijkteams (109 inclusies, 43% van totaalaantal inclusies) 23 wijkteams (73 inclusies, 44% van totaalaantal inclusies) 2020 19 wijkteams (22 inclusies, 20% van totaal aantal inclusies)
2017	
2018	
2019	
2020	
Q2 2016	Samenwerking met project "Nu niet Zwanger" gestart.
Q2 2016 - Q3 2017	In deze jaren liep de discussie met management van MvR en de onderzoekers of een body Cam kon worden geïmplementeerd binnen MvR programma. Uiteindelijk is de body Cam niet toegepast.
Q3 2017	Implementatie Zwangerschapsdagboek en Babydagboek; Implementatie Dreumesdagboek.
Q2 2018	
Q1 2019	De intakes van de zwangeren, die in aanmerking komen voor de begeleiding door het wijkteam worden voortaan door één wijkteamlid en één medewerker van het aanmeldpunt gedaan i.p.v. door een MvR professional.
Q3-Q4 2017 & Q1 2019	In twee periodes was de caseload MvR teams boven de beschikbare capaciteit uitgegroeid: - Vanwege te hoge caseload startte beperkt aantal MvR begeleidingstrajecten; - Vanwege te hoge caseload dreigde een aanmeldstop.
Q3 2019 - Q2 2020	Pilot "basishulp". Vrouwen, die op de 'wachlijst' dreigden te komen, kregen een verkort traject aangeboden, met als doel teruggeleiden naar het reguliere hulpverleningsstelsel.
Q3 2019	Om informatie over het onderzoek in eenvoudige taal uit te leggen aan cliënten is en aanvullende oplegger is ontwikkeld (de formele informatiefolder is te complex voor diegene die de Nederlandse taal niet machtig zijn.)
Q2 2019	Door een omzetting in het registratiesysteem voor wijkteams konden er onvoldoende gegevens worden overgedragen voor het uitvoeren van de kosten-effectiviteitsanalyse
Q1 2020	Door een wijziging van het registratiesysteem bij bureau Frontlijn een groot aantal inhoudelijke gegevens van de cliënten en de noodzakelijke stuur- en managementinformatie voor MvR niet meer worden vastgelegd en opgeroepen.
Q2 2020	Vanwege Covid-19 zijn er geen aanmeldingen doorgestuurd naar de Wijkteams.
Q3 2015	In de factsheet MvR werd vastgesteld dat de eerstelijns verloskundigen en/of ziekenhuis waar de zwangere vrouw onder behandeling is en hulpverleners MvR intensief samenwerken om de niet-medische- en medische zorg zo goed mogelijk op elkaar af te

Tijdslijn	
Q2 2016	stemmen. Afgesproken werd om hiertoe een gezamenlijk casuïstiek/multidisciplinair overleg (MDO) in te richten plaats.
Q1 2018	Er zijn binnen drie ziekenhuizen MDO's georganiseerd voor bespreking tussen eerstelijns en tweedelijns geboortezorg professionals, in een van deze ziekenhuizen sluit ook een MvR professional aan bij dit MDO.
Q4 2019	Bij inventarisatie bleek in nog slechts één ziekenhuis een sociaal & medisch MDO georganiseerd te worden, waarvan de eerstelijns geboortezorgprofessionals echter geen deel meer uitmaakten. In de andere twee ziekenhuizen waren nog wel MDO's tussen eerste- en tweedelijns geboortezorgprofessionals.
	Eén van bovengenoemde twee ziekenhuizen was voornemens om weer een sociaal & medisch MDO te organiseren voor zowel de eerste- als tweedelijns geboortezorg- als de sociale professionals.
Personele invulling leiding MvR team van bureau Frontlijn	
Q1 2013 - Q3 2017	Barend Rombout , hoofd Bureau Frontlijn Maatschappelijke Ontwikkeling Gemeente Rotterdam.
Q2 2017 - Q1 2018	John van Veen , ad-interimmanager MvR, Bureau Frontlijn, Gemeente Rotterdam.
Q3 2017 - Q3 2018	Marc van Leeuwen , ad-interim afdelingshoofd Bureau Frontlijn, Gemeente Rotterdam.
Q3 2018 - Q4 2020	Desiree Wychgel - Zwets ad-interimmanager MvR, Bureau Frontlijn vanuit het Project- en Programmabureau Maatschappelijke Ontwikkeling van de Gemeente Rotterdam.
Q4 2013 - Q3 2020	Jantine Zwinkels-de Jong , projectleider MvR, Bureau Frontlijn, Gemeente Rotterdam.
Q3 2018 – Q1 2022	Frederike Sinnema , Projectsecretaris MvR en vanaf Q4 2019 projectleider MvR, Bureau Frontlijn, Gemeente Rotterdam.
Personele invulling vertegenwoordigend Wijkteamleider	
Q1 2017 - Q1 2019	Anton Oosthoek , wijkteamleider.
Q1 2019 - Q1 2020	Natascha Langstraat , wijkteamleider.
Q1 2020 – Q1 2022	Jaron Kant , wijkteamleider.
Personele invulling van MvR onderzoeksteam	
Q1 2013 – Q1 2023	Afdeling Verloskunde en Gynaecologie, Erasmus MC. Prof. dr. Eric Steegers , eindverantwoordelijke voor onderzoeksprogramma MvR, voorzitter van de stuurgroep MvR en promotor.
Q1 2013 – Q1 2023	Dr. Hanneke de Graaf , principal investigator en projectleider onderzoek MvR.
Q1 2016 – Q1 2023	Dr. Loes Bertens , klinisch epidemioloog, senior onderzoeker MvR.
Q3 2015 – Q4 2019	Drs. Marijke de Groot , promovendus MvR, aandachtsgebied: moeder.
Q3 2015 – Q1 2023	Drs. Marije van den Hulst , promovendus MvR, aandachtsgebied: kind.
Q1 2018 – Q1 2021	Drs. Jennifer Jubitane t.b.v. coördinatie van de onderzoeksactiviteiten MvR.
Q4 2018 – Q3 2022	Drs. Damien Broekharst , promovendus MvR, aandachtsgebied: procesevaluatie.
Q4 2020 – Q1 2023	Drs. Kajal Mohabier , promovendus MvR, aandachtsgebied Moeder en Zorg
	Overige (co) promotoren:
Q3 2015 – Q1 2023	Prof. dr. Lex Burdorf , afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus MC.

Tijdslijn	
Q2 2016 – Q1 2023	Prof. dr. Peter Prinzie , hoogleraar orthopedagogiek, Erasmus Universiteit.
Q2 2016 – Q1 2023	Dr. Rianne Kok , orthopedagoog, Erasmus Universiteit.

Bijlage 6 Kruisjeslijst intake



Gemeente Rotterdam

Welke situaties zijn bij de cliënt aan de orde naar aanleiding van de intake?

Leefgebied	Situatie	Ja
Zwangerschap	Ongecontroleerde zwangerschap	
	Jong en/of onwetend m.b.t. moeder-/zwangerschap	
	Medische problematiek bij ongeborene	
	Negatieve beleving van de zwangerschap	
	Angst voor de bevalling	
	Geen reële verwachtingen van het moederschap	
	Ongezonde leefstijl (bv. voeding, hygiëne en dag- en nachtritme)	
Wonen	Dakloos	
	Thuisloos	
	Dreigende huisuitzetting	
	Geen gas/water/licht	
	Achterstallig onderhoud	
	Onhygiënische / onveilige woning (schimmel etc)	
	Illegale situatie (bijv niet ingeschreven GBA)	
Administratie & Financiën	Onvoldoende inkomen	
	Schulden	
Werk & Opleiding	Ongewenst werkloos > 3mnd	
	Geen zinvolle dagbesteding (full-time moeder is zinvol)	
	Analfabeet	
	< 7 jaar onderwijs gevolgd	
	Alleen basisonderwijs	
Opvoeding	Geen startkwalificatie	
	Hechtingsproblemen	
	Opvoedproblemen (verwacht)	
	(Dreigende) uithuisplaatsing dit kind of eerdere kinderen	
	Jeugdbeschermingsmaatregel in gezin	
Gezondheid	Geen/onvoldoende baby-uitzet	
	Afwijkend lichaamsgewicht (BMI <18 of >40)	
	Roken	
	Softdrugsgebruik	
	Harddrugsgebruik	
	Alcoholgebruik	
	Psychische problematiek	
	Veel stress	
	LVB	
Sociaal functioneren	Geen zorgverzekering	
	Lichamelijke problemen, zoals:	
	Zwak sociaal netwerk	
	Alleenstaande moeder	
	Zwakke communicatieve vaardigheden	
	Taal onmachtig	
Veiligheid & Criminaliteit	Niet zelfredzaam (niet zelf hulp zoeken, contacten leggen)	
	Moeite met huishoudelijke taken	
	Detentie(verleden) moeder	
	Detentie(verleden) vader	
	Illegale verblijfsstatus	
	Huiselijk geweld	

TOESTEMMINGSFORMULIER MOEDER

Ik bevestig dat ik de informatiebrief heb gelezen. Ik begrijp de informatie. Ik heb de gelegenheid gehad vragen te stellen. Deze vragen zijn naar tevredenheid beantwoord. Ik heb voldoende tijd gehad om over deelname aan het onderzoek na te denken.

Ik weet dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik mijn toestemming op ieder moment kan intrekken zonder dat ik daarvoor een reden hoeft te geven.

Ik geef toestemming voor het inzien en opvragen van mijn medische gegevens en onderzoeksgegevens door bevoegde medewerkers van het onderzoeksteam, leden van de METC Erasmus, leden van de veiligheidscommissie, medewerkers van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en medewerkers die door het Erasmus zijn aangewezen om het onderzoek te controleren

Ik geef toestemming om mijn gegevens gedurende 15 jaar na afloop voor het onderzoek te bewaren.

Ik geef toestemming om de gegevens te verwerken voor de doelen zoals beschreven in de informatiebrief.

Omcirkel wat van toepassing is:

Ik geef **wel/geen** toestemming om informatie op te vragen bij Bureau Frontlijn en/of het wijkteam over mij en mijn kind.

Ik geef **wel/geen** toestemming om gegevens op te vragen bij de huisarts over mij en mijn kind.

Ik geef **wel/geen** toestemming om informatie op te vragen bij mijn verloskundige/ gynaecoloog, medisch specialisten en/of kinderarts over mij en mijn kind.

Ik geef **wel/geen** toestemming om informatie over mij op te vragen bij de gemeente/ het CBS over mij en mijn kind.

Ik geef **wel/geen** toestemming om bij een vervolgonderzoek onderzoek opnieuw te worden benaderd.

Ik geef **wel/geen** toestemming om informatie op te vragen over mij en mijn kind bij Veilig Thuis over de thuissituatie van mij en mijn kind.

Ik geef **wel/geen** toestemming om informatie op te vragen bij het Centrum voor Jeugd en Gezin (consultatiebureau) over de ontwikkeling van mijn kind.

Ik geef **wel/geen** toestemming om informatie op te vragen bij Rijkinstituut voor Volksgezondheid en Milieu over de vaccinaties van mijn kind.

Naam:

Handtekening:

Datum: __/__/____

Emailadres moeder:

Ik ben geef toestemming voor de deelname van mijn kind aan dit onderzoek zodat gegevens opgevraagd en verzameld kunnen worden:

Naam:

Handtekening moeder:

Datum: _/ _/ ____

Ik verklaar hierbij, dat ik deze deelnemer volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Naam onderzoeker (of diens vertegenwoordiger):

Handtekening:

Datum: _/ _/ ____

Erkent vader het kind?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Nog niet bekend

Bijlage 8. Resultaten overige vragenlijsten *domein Moeder*

Tabel 1. Non-verbale IQ (RAVEN-short)

	Totale groep (N=387)	Moeders van Rotterdam (N=253)	Wijkteam (N=134)
Hoogbegaafd	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Boven gemiddeld	6 (1,6)	3 (1,2)	3 (1,4)
Gemiddeld	128 (33,1)	87 (34,4)	41 (30,6)
Beneden gemiddeld	147 (38,0)	87 (34,4)	60 (44,8)
Laag begaafd	106 (27,4)	76 (30,0)	30 (22,4)
Data weergegeven als frequentie (%)			

Tabel 2. Motivatie voor verandering (URICA)

Totale groep	Respons (%)	Gereedheidsscore
Meetmoment 1	328 (73,4)	8,08 (1,74)
Meetmoment 4	213 (47,7)	7,38 (1,81)
Meetmoment 5	191 (42,7)	7,43 (1,85)
Moeders van Rotterdam		
Meetmoment 1	218 (48,8)	8,14 (1,74)
Meetmoment 4	136 (30,4)	7,39 (1,72)
Meetmoment 5	120 (26,8)	7,47 (1,91)
Wijkteam		
Meetmoment 1	110 (24,6)	7,98 (1,72)
Meetmoment 4	77 (17,2)	7,35 (1,97)
Meetmoment 5	71 (15,9)	7,37 (1,74)
Data weergegeven als gemiddelde (sd), tenzij anders aangegeven		

Tabel 3. Ervaren autonomie (AAV)

	Meetmoment 1	Meetmoment 4	Meetmoment 5	Meetmoment 8
Totale groep	N=350	N=210	N=190	N=116
Attitude	3,59 (0,71)	3,64 (0,68)	3,63 (0,70)	3,68 (0,69)
Emotionele autonomie	3,39 (0,52)	3,42 (0,49)	3,41 (0,52)	3,57 (0,48)
Functionele autonomie	3,29 (0,61)	3,36 (0,62)	3,38 (0,59)	3,43 (0,59)
Moeders van Rotterdam	N=238	N=139	N=122	N=71
Attitude	3,58 (0,72)	3,65 (0,70)	3,67 (0,73)	3,64 (0,73)
Emotionele autonomie	3,38 (0,55)	3,38 (0,49)	3,42 (0,48)	3,52 (0,49)
Functionele autonomie	3,29 (0,63)	3,37 (0,65)	3,40 (0,60)	3,36 (0,62)
Wijkteam	N=112	N=71	N=68	N=45
Attitude	3,62 (0,68)	3,60 (0,64)	3,56 (0,64)	3,74 (0,61)
Emotionele autonomie	3,41 (0,46)	3,48 (0,48)	3,41 (0,58)	3,63 (0,46)
Functionele autonomie	3,27 (0,56)	3,34 (0,57)	3,34 (0,57)	3,54 (0,54)
Data weergegeven als gemiddelde (sd)				

Tabel 4. Maatschappelijke participatie en financiële capaciteit/stress

Totale groep	Meetmoment 1 N=367	Meetmoment 4 N=227	Meetmoment 5 N=198	Meetmoment 6 N=165	Meetmoment 7 N=152	Meetmoment 8 N=121	Meetmoment 9 N=106
Financiën	2,50 (2,00-3,50)	2,00 (1,50-3,00)	2,00 (1,50-3,00)	2,00 (1,50-3,00)	2,00 (1,50-3,00)	2,00 (1,50-3,00)	2,50 (1,50-3,00)
Sociale contacten	1,50 (1,00-1,88)	1,25 (1,00-1,88)	1,38 (0,88-1,78)	1,38 (1,00-1,75)	1,38 (1,00-1,88)	1,25 (0,88-1,63)	1,25 (1,00-1,78)
Werk	1,40 (1,00-2,00)	1,20 (1,00-1,80)	1,20 (1,00-1,80)	1,40 (1,00-2,00)	1,60 (1,00-2,00)	1,30 (1,00-1,80)	1,20 (1,00-1,60)
Opleiding	2,00 (1,00-3,00)	1,00 (1,00-2,00)	2,00 (1,00-2,00)	2,00 (1,00-3,00)	2,00 (1,00-3,00)	2,00 (1,00-2,00)	2,00 (1,00-3,00)
Geld voor eten	2,00 (1,00-4,00)	1,00 (1,00-3,00)	2,00 (1,00-4,00)	2,00 (1,00-4,00)	2,00 (1,00-4,00)	2,00 (1,00-4,00)	2,00 (1,00-4,00)
Geld voor woning	3,00 (2,00-4,00)	2,00 (1,00-3,00)	2,00 (1,00-3,00)	2,00 (1,00-3,00)	2,00 (1,00-3,00)	2,00 (1,00-3,00)	2,00 (1,00-3,00)
Geld voor zorgkosten	3,00 (1,00-5,00)	2,00 (1,00-4,00)	2,00 (1,00-4,00)	2,00 (1,00-4,00)	2,00 (1,00-4,00)	3,00 (1,00-4,00)	2,00 (1,00-4,00)
Geld voor kleding	4,00 (2,00-5,00)	3,00 (2,00-5,00)	4,00 (2,00-5,00)	3,00 (2,00-5,00)	3,00 (2,00-5,00)	4,00 (2,00-5,00)	3,00 (2,00-5,00)
Moeders van Rotterdam	N=244	N=148	N=123	N=105	N=95	N=74	N=66
Financiën	3,00 (2,00-3,50)	2,00 (1,63-3,00)	2,00 (2,00-3,00)	2,00 (1,50-3,00)	2,00 (1,50-3,00)	2,50 (1,50-3,50)	2,50 (2,00-3,00)
Sociale contacten	1,50 (1,00-1,88)	1,25 (1,00-1,85)	1,50 (0,88-1,88)	1,25 (1,00-1,75)	1,25 (1,00-1,88)	1,25 (0,88-1,75)	1,25 (0,97-1,78)
Werk	1,40 (1,00-2,00)	1,40 (1,00-1,80)	1,50 (1,00-1,80)	1,60 (1,00-2,00)	1,80 (1,40-2,60)	1,60 (1,25-2,35)	1,20 (1,00-1,75)
Opleiding	2,00 (1,00-3,00)	1,00 (1,00-2,00)	1,00 (1,00-2,00)	2,00 (1,00-3,00)	2,00 (1,00-3,00)	2,00 (1,00-2,00)	2,00 (1,00-3,00)
Geld voor eten	2,00 (1,00-5,00)	1,00 (1,00-3,75)	2,00 (1,00-4,00)	1,00 (1,00-4,00)	2,00 (1,00-4,00)	2,00 (1,00-4,00)	2,00 (1,00-4,00)
Geld voor woning	3,00 (2,00-4,00)	2,00 (1,00-3,00)	2,00 (1,00-3,00)	2,00 (1,00-3,00)	2,00 (1,00-3,00)	2,00 (1,00-3,00)	2,00 (1,00-3,00)
Geld voor zorgkosten	3,00 (1,00-5,00)	2,00 (1,00-4,00)	2,00 (1,00-4,00)	2,00 (1,00-4,00)	2,00 (1,00-4,00)	3,00 (1,00-5,00)	2,50 (1,00-4,00)
Geld voor kleding	4,00 (2,00-5,00)	3,00 (2,00-5,00)	4,00 (2,00-5,00)	3,00 (2,00-5,00)	3,00 (2,00-5,00)	4,00 (2,00-5,00)	3,50 (2,00-5,00)
Wijkteam	N=123	N=79	N=75	N=60	N=57	N=47	N=40
Financiën	2,50 (1,50-3,00)	2,00 (1,50-3,00)	2,00 (1,50-3,00)	2,00 (1,50-3,00)	2,00 (1,00-2,75)	2,00 (1,50-3,00)	2,00 (1,00-3,00)
Sociale contacten	1,50 (1,00-1,88)	1,38 (1,00-1,88)	1,38 (1,00-1,75)	1,50 (1,00-1,84)	1,38 (0,94-1,88)	1,25 (0,88-1,50)	1,31 (1,00-1,84)
Werk	1,40 (1,00-1,95)	1,20 (1,00-1,90)	1,10 (1,00-1,40)	1,40 (1,00-2,00)	1,40 (1,00-1,95)	1,00 (1,00-1,70)	1,30 (1,05-1,40)
Opleiding	2,00 (1,00-2,50)	1,00 (1,00-2,00)	2,00 (1,00-3,00)	2,00 (1,00-3,00)	2,00 (1,00-3,00)	2,00 (1,00-2,00)	2,00 (1,00-2,00)
Geld voor eten	3,00 (1,00-4,00)	2,00 (1,00-3,00)	2,00 (1,00-3,00)	2,00 (1,00-4,00)	2,00 (1,00-3,50)	2,00 (1,00-4,00)	2,00 (1,00-3,75)
Geld voor woning	2,00 (1,00-4,00)	2,00 (1,00-3,00)	2,00 (1,00-3,00)	2,00 (1,00-2,00)	2,00 (1,00-3,00)	2,00 (1,00-3,00)	2,00 (1,00-3,00)
Geld voor zorgkosten	3,00 (1,00-5,00)	2,00 (1,00-4,00)	2,00 (1,00-4,00)	2,00 (1,00-4,00)	2,00 (1,00-3,50)	2,00 (1,00-4,00)	2,00 (1,00-4,00)
Geld voor kleding	4,00 (2,00-5,00)	3,00 (2,00-5,00)	3,00 (2,00-5,00)	3,00 (2,00-5,00)	3,00 (1,50-5,00)	3,00 (2,00-4,00)	3,00 (1,00-5,00)

Data weergegeven als mediaan (IQR), tenzij anders aangegeven; * Omvat: ww-uitkering, bijstandsuitkering, zwangerschapsuitkering; ** Omvat: studiefinanciering, inkomen partner, schuldhulpverlening, toeslagen en pensioen

Tabel 4. Maatschappelijke participatie en financiële capaciteit/stress - vervolg

Totale groep	Meetmoment 1 N=367	Meetmoment 4 N=227	Meetmoment 5 N=198	Meetmoment 6 N=165	Meetmoment 7 N=152	Meetmoment 8 N=121	Meetmoment 9 N=106
Inkomsten (N (%))							
Werk	74 (20,2)	38 (16,7)	39 (19,7)	44 (26,7)	40 (26,3)	25 (20,7)	22 (20,8)
Geen inkomen	86 (23,4)	20 (8,8)	43 (21,7)	15 (9,1)	12 (7,9)	12 (9,9)	9 (8,5)
Uitkering*	144 (39,2)	133 (58,6)	95 (48,0)	84 (50,9)	80 (52,6)	64 (52,9)	65 (61,3)
Anders**	51 (13,9)	26 (11,5)	18 (9,1)	19 (11,5)	18 (11,8)	18 (14,9)	10 (9,4)
Onbekend	12 (3,3)	10 (4,4)	3 (1,5)	3 (1,8)	2 (1,3)	2 (1,7)	0 (0,0)

Tabel 5. Ervaren subjectieve gezondheid (EQ-VAS)

Totale groep	Meetmoment 1 (N=279)	Meetmoment 2 (N=200)	Meetmoment 3 (N=178)	Meetmoment 4 (N=191)	Meetmoment 5 (N=167)	Meetmoment 6 (N=163)	Meetmoment 7 (N=150)	Meetmoment 9 (N=103)
EQ-VAS	55,1 (26,1)	63,6 (23,5)	72,0 (24,2)	65,6 (23,2)	67,9 (23,0)	66,3 (21,8)	65,1 (24,8)	66,6 (24,2)
Moeders van Rotterdam	Meetmoment 1 (N=172)	Meetmoment 2 (N=121)	Meetmoment 3 (N=111)	Meetmoment 4 (N=116)	Meetmoment 5 (N=99)	Meetmoment 6 (N=103)	Meetmoment 7 (N=94)	Meetmoment 9 (N=64)
EQ-VAS	56,9 (25,9)	64,6 (22,4)	71,0 (23,8)	64,4 (23,0)	65,8 (24,5)	65,0 (21,3)	64,3 (25,2)	64,8 (25,3)
Wijkteam	Meetmoment 1 (N=107)	Meetmoment 2 (N=79)	Meetmoment 3 (N=67)	Meetmoment 4 (N=75)	Meetmoment 5 (N=68)	Meetmoment 6 (N=60)	Meetmoment 7 (N=56)	Meetmoment 9 (N=39)
EQ-VAS	52,3 (26,3)	62,1 (25,1)	73,7 (24,9)	67,4 (23,4)	71,1 (20,5)	68,5 (22,6)	66,6 (24,2)	69,5 (22,4)
Data weergegeven als gemiddelde (sd), tenzij anders aangegeven								

Tabel 6. Leefstijl

	Meetmoment 1 (N=379)	Meetmoment 3 (N=295)	Meetmoment 4 (N=240)	Meetmoment 5 (N=211)	Meetmoment 6 (N=180)
Roken					
Actief	58 (15.3)	45 (15.3)	57 (23.8)	52 (24.6)	44 (24.4)
Passief	149 (39.3)	94 (31.9)	80 (33.3)	58 (27.5)	39 (21.7)
Intentie om voeding	324 (85.5)	-	-	-	-
Geeft borstvoeding	-	111 (37.6)	45 (18.8)	39 (18.5)	-
Geeft flesvoeding	-	108 (36.6)	157 (65.4)	152 (72.0)	-
Geeft fles- en borstvoeding	-	76 (25.8)	38 (15.8)	20 (9.5)	-
Intentie om anticonceptie	282 (74.4)	-	-	-	-
Woont samen met vader van kind	-	-	93 (38.8)	78 (37.0)	-
Moeders van Rotterdam	Meetmoment 1 (N=241)	Meetmoment 3 (N=189)	Meetmoment 4 (N=155)	Meetmoment 5 (N=132)	Meetmoment 6 (N=119)
Roken					
Actief	37 (15.4)	32 (16.9)	39 (25.2)	36 (27.3)	32 (26.9)
Passief	94 (39.0)	59 (31.2)	54 (34.8)	32 (24.2)	28 (23.5)
Intentie om voeding	204 (84.6)	-	-	-	-
Geeft borstvoeding	-	70 (37.0)	33 (21.3)	26 (19.7)	-
Geeft flesvoeding	-	71 (37.6)	93 (60.0)	91 (68.9)	-
Geeft fles- en borstvoeding	-	48 (25.4)	29 (18.7)	15 (11.4)	-
Intentie om anticonceptie	177 (73.4)	-	-	-	-
Woont samen met vader van kind	-	-	66 (42.6)	50 (37.9)	-
Wijkteam	Meetmoment 1 (N=138)	Meetmoment 3 (N=106)	Meetmoment 4 (N=85)	Meetmoment 5 (N=79)	Meetmoment 6 (N=61)
Roken					
Actief	21 (15.2)	13 (12.3)	18 (21.2)	16 (20.3)	12 (19.7)
Passief	55 (39.9)	35 (33.0)	26 (30.6)	26 (32.9)	11 (18.0)
Intentie om voeding	120 (86.9)	-	-	-	-
Geeft borstvoeding	-	41 (38.7)	12 (14.1)	13 (16.5)	-
Geeft flesvoeding	-	37 (34.9)	64 (75.3)	61 (77.2)	-
Geeft fles- en borstvoeding	-	28 (26.4)	9 (10.6)	5 (6.3)	-
Intentie om anticonceptie	105 (76.1)	-	-	-	-
Woont samen met vader van kind	-	-	27 (31.8)	28 (35.4)	-
Data weergegeven als frequentie (%), tenzij anders aangegeven					

Bijlage 9. Resultaten overige vragenlijsten *domein Kind*

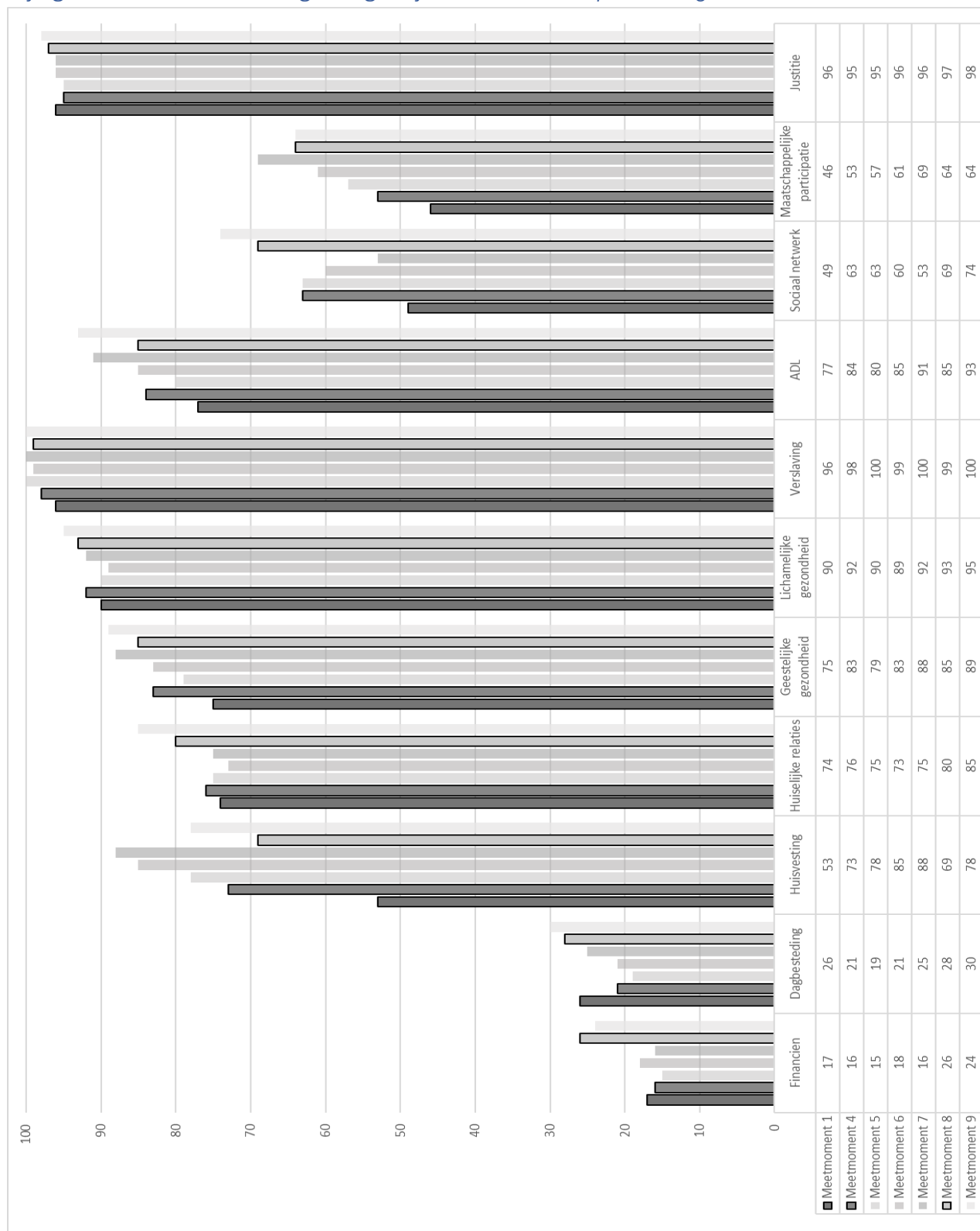
Tabel 1. DSM-Schalen (CBCL)

Totale groep (N=152)	Affectieve problemen	Angst problemen	Pervasieve ontwikkelingsproblemen	Aandachts-tekort	Oppositieel-opstandige problemen
Gemiddelde (sd)	2.76 (2.38)	3.29 (2.49)	3.00 (2.94)	4.25 (2.76)	3.45 (2.35)
Normaal	102 (67.1)	121 (79.6)	134 (88.2)	138 (90.8)	146 (96.1)
Grensgeval	32 (21.1)	25 (16.4)	10 (6.6)	7 (4.6)	5 (3.3)
Klinisch	18 (11.8)	6 (3.9)	8 (5.3)	7 (4.6)	1 (0.6)
Moeders van Rotterdam (N=94)					
Gemiddelde (sd)	2.88 (2.52)	3.37 (2.38)	3.29 (2.80)	4.47 (2.91)	3.52 (2.46)
Normaal	61 (64.9)	74 (78.7)	83 (88.3)	83 (88.3)	88 (93.6)
Grensgeval	21 (22.3)	18 (19.1)	6 (6.4)	5 (5.3)	5 (5.3)
Klinisch	12 (12.8)	2 (2.1)	5 (5.3)	6 (6.4)	1 (1.1)
Wijkteam (N=58)					
Gemiddelde (sd)	2.57 (2.16)	3.17 (2.67)	2.53 (3.12)	3.91 (2.48)	3.35 (2.17)
Normaal	41 (70.7)	47 (81.0)	51 (87.9)	55 (94.8)	58 (100.0)
Grensgeval	11 (19.0)	7 (12.1)	4 (6.9)	2 (3.4)	0 (0.0)
Klinisch	6 (10.3)	4 (6.9)	3 (1.0)	1 (1.7)	0 (0.0)
Data weergegeven als gemiddelde (sd) en frequentie (%), tenzij anders aangegeven					

Tabel 2. Syndroomschalen (CBCL)

Totaal (N=152)	Emotioneel reactief	Angstig/Depressief	Somatische problemen	Terug-getrokken	Slaap problemen	Aandachts problemen	Agressief gedrag
Gemiddelde (sd)	2,43 (2,40)	2,46 (2,23)	2,07 (2,66)	1,68 (2,19)	3,24 (2,49)	2,89 (2,03)	9,52 (6,19)
Normaal	136 (89,5)	141 (92,8)	129 (84,9)	134 (88,2)	144 (94,7)	137 (90,1)	144 (94,7)
Grensgeval	13 (8,6)	11 (7,2)	14 (9,2)	10 (6,6)	4 (2,6)	8 (5,3)	5 (3,3)
Klinisch	3 (2,0)	0 (0,0)	9 (5,9)	8 (5,3)	4 (2,6)	7 (4,6)	3 (2,0)
Moeders van Rotterdam (N=94)							
Gemiddelde (sd)	2,49 (2,21)	2,73 (2,24)	2,21 (2,66)	1,95 (2,33)	3,18 (2,47)	3,03 (2,16)	10,02 (6,45)
Normaal	85 (90,4)	87 (92,6)	78 (83,0)	81 (86,2)	90 (95,7)	81 (86,2)	87 (92,6)
Grensgeval	8 (8,5)	7 (7,4)	9 (9,6)	6 (6,4)	1 (1,1)	7 (7,4)	5 (5,3)
Klinisch	1 (1,1)	0 (0,0)	7 (1,3)	7 (7,4)	3 (3,2)	6 (6,4)	2 (2,1)
Wijkteam (N=58)							
Gemiddelde (sd)	2,35 (2,71)	2,01 (2,16)	1,83 (2,67)	1,26 (1,90)	3,34 (2,56)	2,67 (1,79)	8,72 (5,69)
Normaal	51 (87,9)	54 (93,1)	51 (87,9)	53 (91,4)	54 (93,1)	56 (96,6)	57 (98,3)
Grensgeval	5 (8,6)	4 (6,9)	5 (8,6)	4 (6,9)	3 (5,2)	1 (1,7)	0 (0,0)
Klinisch	2 (3,4)	0 (0,0)	2 (3,4)	1 (1,7)	1 (1,7)	1 (1,7)	1 (1,7)
Data weergegeven als gemiddelde (sd) en frequentie (%), tenzij anders aangegeven							

Bijlage 10. Resultaten overige vragenlijsten *domein Hulpverlening*



Figuur 1. Zelfredzaamheid op de verschillende domeinen van de ZRM per meetmoment

Tabel 1. Psychosociaal functioneren (HONOS)

Totale groep	Meetmoment 1 (N=818)	Meetmoment 8 (N=623)
Totaalscore	179 (21,9)	64 (10,3)
Gedrag	758 (92,7)	32 (5,1)
Beperkingen	596 (69,2)	130 (20,9)
Symptomatologie	691 (80,3)	56 (9,0)
Sociale problemen	528 (61,3)	113 (18,1)
Moeders van Rotterdam	Meetmoment 1 (N=536)	Meetmoment 8 (N=424)
Totaalscore	139 (25,9)	43 (10,1)
Gedrag	493 (92,0)	20 (4,7)
Beperkingen	388 (72,4)	83 (19,6)
Symptomatologie	454 (84,7)	37 (8,7)
Sociale problemen	311 (58,0)	81 (19,1)
Wijkteam	Meetmoment 1 (N=282)	Meetmoment 8 (N=199)
Totaalscore	40 (14,2)	21 (10,6)
Gedrag	265 (94,0)	12 (6,0)
Beperkingen	208 (73,8)	47 (23,6)
Symptomatologie	237 (84,0)	19 (9,5)
Sociale problemen	217 (77,0)	32 (16,1)
Data weergegeven als frequenties (%), tenzij anders aangegeven		

Tabel 2. Duur van zorg

	Totale groep (N=862)	Moeders van Rotterdam (N=526)	Wijkteam (N=305)
2016-2020	344 (279)	414 (294)	224 (197)
2016 (N=95)	424 (340)	512 (356)	222 (184)
2017 (N=203)	382 (309)	473 (330)	239 (204)
2018 (N=245)	357 (288)	433 (296)	243 (236)
2019 (N=169)	299 (234)	373 (255)	200 (157)
2020 (N=119)	255 (141)	278 (139)	176 (118)
Data weergegeven als gemiddelde in dagen (sd)			

Bijlage 11. Presentaties en publicaties

Georganiseerde symposia

- 2016 **Nederlands Congres Volksgezondheid** Rotterdam
Symposium Moeders van Rotterdam: Medisch-sociale zorg voor zeer kwetsbare zwangere vrouwen; bemoeizorg achter de voordeur.
- Rotterdam Kennisfestival** Rotterdam
Workshop Evaluatie van de effecten van het programma "Moeders van Rotterdam"; een krachtige brug tussen medische en sociale zorg voor zeer kwetsbare zwangere vrouwen, vergt ook wetenschappelijke overbruggingen".
- 2017 **Symposium Moeders van Rotterdam** Rotterdam
- 2019 **Developmental Origins of Health and Diseases** Melbourne, Australia
Caring for Highly Vulnerable families. Samenwerking met Prof. Miguel Telo de Arriaga en Prof John Eastwood
- 2020 **Lustrum Symposium Moeders van Rotterdam** Rotterdam en online

Presentaties op (inter)nationale congressen

- 2017 **Congres Grootstedelijke Perinatale Gezondheid** Rotterdam
de Groot M, van der Hulst M, Bertens L, de Graaf H. *Moeders van Rotterdam*
- Sophia Research Day** Rotterdam
van der Hulst M de Groot M, de Graaf JP, Bertens LCM, Steegers EAP. *Moeders van Rotterdam*
- 2018 **International Conference of Integrated Care** Nieuwegein
de Groot M, van der Hulst M, de Graaf H, Bertens L. *Problem identification in highly vulnerable pregnant women with multiple social and medical problems.* International Journal of Integrated Care. 2018;18: A298. DOI: [dx.doi.org/10.5334/ijic.s2298](https://doi.org/10.5334/ijic.s2298)
- van der Hulst, M; de Groot, MW; de Graaf, JP; Kok, R; Prinzie, P; Burdorf, A; Bertens, LCM; Steegers, EAP. *Targeted social care for highly vulnerable pregnant women: design of the Mothers of Rotterdam cohort study.* International Journal of Integrated Care. 2018;18: A288. DOI: [dx.doi.org/10.5334/ijic.s2288](https://doi.org/10.5334/ijic.s2288)
- Scientific Meeting of the Society for Reproductive Investigation** San Diego, USA
de Groot, MW; de Graaf, JP; Steegers, EAP; Bertens, LCM; *Prevalence of Vulnerability and the Association with Perinatal Outcome in a Population Sample of Pregnant Women in the Netherlands.* REPRODUCTIVE SCIENCES, suppl 1, T-059, 129A
- European Public Health Association** Ljubljana, Slovenia
van der Hulst, M; Polinder, S; de Groot, MW; Kok, R; Prinzie, P; Steegers, EAP; Burdorf, A; Bertens, LCM; *The relation between deprivation and healthcare costs for Dutch children* EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH; 28 suppl 4, 331-331
- 2019 **International Conference of Integrated Care** San Sebastian, Spain
van der Hulst M, Bertens LCM, de Graaf H, Steegers EAP. *Sufficient exercise: mother's perceptions on neighbourhood safety and quality of outdoor playgrounds in Rotterdam.* International Journal of Integrated Care. 2019;19:63. DOI: [http://doi.org/10.5334/ijic.s3063](https://doi.org/10.5334/ijic.s3063)

van der Hulst, M; Polinder, S; Kok, R; Prinzie, P; de Groot, MW; Steegers, EAP; Bertens, LCM; *The relation between deprivation and healthcare costs in early childhood*. INTERNATIONAL JOURNAL OF INTEGRATED CARE; 19 suppl 1, A62 DOI: <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.s3062>

Society of Research in Child Development

Baltimore, USA

van der Hulst, M; Polinder, S; Kok, R; Prinzie, P; de Groot, MW; Steegers, EAP; Bertens, LCM; *The relation between deprivation and healthcare costs in early childhood*.

- 2021 **Scientific Meeting of the Society for Reproductive Investigation** Boston, USA (Online)

Mohabier, KSC; de Graaf, HJP; Steegers, EAP; Bertens, LCM; *Higher Prevalence of SGA in Highly Vulnerable Women the Mothers of Rotterdam Study*. REPRODUCTIVE SCIENCES 28 SUPPL 1 T-247, 309A.

Congres Sociale Verloskunde

Rotterdam

Rianne Kok, *Opvoedcapaciteit in zeer kwetsbare moeders, Moeders van Rotterdam*

- 2022 **Scientific Meeting of the Society for Reproductive Investigation** Denver, USA

Mohabier, KSC; Broekharst, DSE; de Graaf, HJP; Steegers, EAP; Bertens, LCM; *Does BIG2 Influence the Perceived Stress Over Time?* REPRODUCTIVE SCIENCES 29 SUPPL 1, 133-133

Developmental Origins of Health and Diseases

Vancouver, Canada

Mohabier KSC, de Graaf JP, Steegers EAP, Bertens LCM. *Developmental progress in children with or without BIG2 in a socioeconomic deprived population*.

Mohabier KSC, de Graaf JP, Steegers EAP, Bertens LCM. *Influence of socioeconomic deprivation on perinatal outcomes*.

Filmmateriaal en podcast

- | | | |
|------|---|---|
| 2016 | Videoboodschap | Door minister Edith Schippers over het Programma Moeders van Rotterdam |
| 2020 | Film <i>5 jaar Moeders van Rotterdam</i> | Deelnemende moeders over hun ervaringen met Moeders van Rotterdam https://youtu.be/kvvjxXymUXE |
| | Podcast Rotterdamse Nieuwe | Met Marte van Oort en Jantine de Jong |
| | Podcast <i>“de zorg voor zwangeren moet beter”</i> | Door Eric Steegers
https://amazingerasmusmc.nl/actueel/podcast-met-eric-steegers-de-zorg-voor-zwangeren-moet-beter/ |
| | Webinar <i>De basis voor een ‘Gezonde en Kansrijke Start’</i> | Door Eric Steegers en Derk Loorbach |

Media-aandacht

- | | | |
|------|---|-------------------------------------|
| 2018 | <i>Rotterdam bestrijdt ongelijkheid al voor de baby ter wereld komt</i> | Trouw - Evi Guldemeester |
| 2020 | Interview met Jantine de Jong en nieuwsitem gemaakt met Eric Steegers, een moeder en haar coach | Radio RTV Rijnmond |
| | Interview met Eric Steegers en een deelnemende moeder | Radio NPO 1, programma Stax & Toine |

(Wetenschappelijke) publicaties

- 2017 de Graaf JP, de Groot MW, van der Hulst M, Bertens LCM, Steegers EAP. *Mothers of Rotterdam: a new medical and social support programme for vulnerable pregnant women*. Early Childhood Matters 2017;40-43.
- 2018 van der Hulst M, Kok R, de Graaf H, Prinzie P. *Zorg voor kwetsbare zwangere vrouwen en hun kinderen*. Tijdschrift voor Orthopedagogiek. 2018;57:37-47
- van der Hulst M, de Groot MW, de Graaf JP, Kok R, Prinzie P, Burdorf A, Bertens LCM, Steegers EAP. *Targeted social care for highly vulnerable pregnant women: protocol of the Mothers of Rotterdam cohort study*. BMJ Open. 2018;8:e020199. doi: 10.1136/bmjopen-2017-020199.
- 2022 van der Hulst M, Polinder S, Kok R, Prinzie P, de Groot MW, Burdorf A, Bertens LCM. *Socio-economic determinants of healthcare costs in early life: a register-based study in the Netherlands*. Int J Equity Health. 2022;21:5. doi: 10.1186/s12939-021-01589-x.
- van der Hulst M, Kok R, Prinzie P, Steegers EAP, Bertens LCM. *Early Maternal Caregiving Capacities in Highly Vulnerable, Multi-Problem Families*. Int J Environ Res Public Health. 2022;19:16130. doi: 10.3390/ijerph192316130.
- 2023 Bertens, L.C.M., Mohabier, K.S.C., van der Hulst, M. et al. *Complexity and interplay of faced adversities and perceived health and well-being in highly vulnerable pregnant women—the Mothers of Rotterdam program*. BMC Public Health 2023;43.