Tijdschr Jeugdgezondheidsz 2026.16
DOI: 10.61431/q07cfk83

Prenatale ondersteuning door de jeugdgezondheidszorg: behoeften en voorkeuren van zwangere vrouwen van een eerste kind

Helena W. Konijn, Esmée L.S. Bally, Amy van Grieken

Bijdrage per auteur:

Helena W. Konijn: ontwikkeling van de studie-opzet, data-verzameling, analyses en schrijven van het manuscript. Dit onderzoek is uitgevoerd als onderdeel van de opleiding tot arts Maatschappij en Gezondheid bij de Netherlands School of Public and Occupational Health (NSPOH).

Esmée L.S. Bally: supervisie en feedback op de data-verzameling, analyses en het manuscript.

Amy van Grieken: feedback op studie-opzet en het manuscript.

Trefwoorden:

Zwangerschap, Prenataal consult, Ouderperspectief, Geboortezorg, Aanstaande ouders.

Samenvatting

Inleiding

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) kan ouders in de prenatale periode beter ondersteunen door passende zorg te bieden. Er is echter weinig bekend over de specifieke prenatale ondersteuningsbehoeften van vrouwen die zwanger zijn van een eerste kind. Dit onderzoek heeft als doel inzicht te krijgen in de informatiebehoeften en voorkeuren voor de vormgeving van een prenataal JGZ-aanbod onder deze doelgroep.

drs. Helena W. Konijn, arts Maatschappij + Gezondheid/Jeugdgezondheid, werkzaam als stafarts bij CJG Rijnmond.
dr. Esmée L.S. Bally, Postdoctoral Researcher bij Erasmus MC, afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg. Department of Public Health. Rotterdam.
dr. Amy van Grieken, Associate Professor bij Erasmus MC, afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg. Department of Public Health. Rotterdam.

Affiliatie voor allen:
Erasmus MC, afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg. Department of Public Health. Rotterdam.

Correspondentieadres:
Helena W. Konijn: i.konijn@cjgrijnmond.nl

Methode

Een kwalitatief onderzoeksdesign gebaseerd op Q-methodology werd toegepast. Tussen september 2023 en januari 2024 zijn 13 participanten geïncludeerd via het maternaal vaccinatieconsult. Via semi-gestructureerde interviews zijn behoeften en voorkeuren voor een JGZ-aanbod verkend. Audioregistraties van de interviews zijn verbatim getranscribeerd, gecodeerd en thematisch geanalyseerd.

Resultaten

Drie overkoepelende thema's met betrekking tot informatiebehoeften kwamen naar voren: 1) geboorte baby, 2) gezond opgroeien en 3) opvoeding en ouderschap. Participanten gaven aan dat zij naast feitelijke informatie ook behoefte hebben aan aandacht voor de emotionele impact van deze onderwerpen. Wat betreft de vormgeving van ondersteuning werd maatwerk, actieve partnerbetrokkenheid en een cultuursensitieve benadering belangrijk gevonden.

Beschouwing

Dit onderzoek is het eerste onderzoek dat een prioritering geeft aan de inhoudelijke onderwerpen in Nederlandstalige prenatale JGZ gespreks- en signaleringsmethodieken. De resultaten benadrukken kansen om vroegtijdige preventieve zorg beter af te stemmen op ouderlijke verwachtingen.

Abstract

Introduction

Youth Health Care (YHC) can enhance parental prenatal support by providing tailored, evidence-informed preventive services. However, limited knowledge exists regarding the specific prenatal support needs of women pregnant with their first child. This study aims to elucidate the informational needs and preferred modes of support for a prenatal YHC programme among them.

Method

A qualitative design based on Q-methodology was employed. Between September 2023 and January 2024, 13 participants were recruited through the maternal vaccination consultation. Using semistructured interviews, participants' needs and preferences were explored. Interviews were audiorecorded, transcribed verbatim, coded, and subjected to thematic analysis.

Results

Three overarching themes emerged concerning informational needs: (1) birth, (2) healthy child development, and (3) parenting and parenthood. Participants emphasized a desire to address not only information but also the emotional implications associated with these topics. Regarding preferred modes of support, participants expressed a clear preference for individualized care, active involvement of partners, and culturally sensitive approaches.

Discussion

This study is the first to prioritize the informational needs in Dutch prenatal YHC conversation and screening methodologies. The insights highlight opportunities to strengthen early preventive care by aligning services more closely with parental expectations.

Inleiding

De eerste 1000 levensdagen van een kind, vanaf de preconceptie tot de leeftijd van 2 jaar, zijn cruciaal voor een kansrijke start[1]. Ongeveer 16% van de Nederlandse kinderen heeft bij de geboorte een 'valse start' door bijvoorbeeld pre- of dysmaturiteit of blootstelling aan risicofactoren zoals stress, sigarettenrook of een gebrek aan liefdevolle aandacht[2]. Hoewel er sprake is van een complex samenspel van diverse factoren, hebben zij een verhoogde kans op de ontwikkeling van psychische en/of fysieke problemen zoals suikerziekte, hart- en vaatziekten en overgewicht[3]. Ook komen ze vaker in aanraking met jeugdhulp[4].

Door vroegtijdige signalering, benoemen wat tot de normale ontwikkeling behoort en de eigen kracht van gezinnen te versterken, draagt de jeugdgezondheidszorg (JGZ) bij aan het voorkomen van (grotere) problemen en de inzet van zwaardere vormen van zorg. Met de invoering van de wet 'Prenataal huisbezoek door de Jeugdgezondheidszorg' (PHB JGZ) op 1 juli 2022 is deze inzet van de JGZ niet alleen postnataal maar ook prenataal bij wet verankerd[5]. Hierdoor komt de JGZ ook al tijdens de zwangerschap in contact met een gezin waardoor het vroegtijdig kan ondersteunen en een relatie opbouwen. Het prenataal JGZ-aanbod bestaat uit verschillende programma's afhankelijk van de aanbesteding per gemeente. Het standaard aanbod omvat een maternaal vaccinatieconsult voor alle zwangeren (box 1) en het PHB JGZ voor zwangeren en/of gezinnen in een (potentieel) kwetsbare situatie[7]. Daarnaast is in verschillende gemeenten een aanvullend prenataal aanbod beschikbaar voor met name (potentieel) kwetsbare zwangeren; bestaande uit programma's als VoorZorg en Prenataal Stevig Ouderschap[8]. Behoudens het maternaal vaccinatieconsult is dus veel van het prenataal JGZ aanbod ontworpen voor (potentieel) kwetsbare zwangeren. Naast dat kwetsbaarheid een breed begrip is, is het bovendien iets waarmee men veelal niet zichtbaar te koop loopt omdat het ook stigmatiserend kan werken. Door álle zwangeren, en niet voornamelijk (potentieel) kwetsbare zwangeren al in de zwangerschap kennis te laten maken met de JGZ, kan de JGZ zijn preventieve rol van vroegsignalering beter vervullen en potentiële kwetsbaarheid voor zijn.

Box 1. Maternaal vaccinatieconsult JGZ[6]
Het maternaal vaccinatieconsult uitgevoerd door de JGZ is een afspraak op vrijwillige basis waarbij alle vrouwen die 22 weken of langer zwanger zijn één vaccinatie kunnen krijgen die beschermd tegen difterie, kinkhoest en tetanus. Daarnaast wordt de griepvaccinatie aangeboden door de JGZ aan alle vrouwen die tussen 15 oktober en 1 maart 22 weken of langer zwanger zijn. De duur van het consult verschilt per JGZ-organisatie en is afhankelijk van de opzet en het bespreken van eventueel aanvullende inhoudelijke onderwerpen naast het geven van de (voorlichting over de) vaccinatie(s).

Bekend is dat (aanstaande) ouders tijdens de zwangerschap meer ontvankelijk zijn voor advies en het bespreken van de ouder-kindrelatie dan na de geboorte van hun kind[9]. Ook zijn ouders die zeker zijn over hun opvoedvaardigheden beter in staat om een positieve ontwikkeling bij hun kind te stimuleren[10,11]. Bovendien is bekend dat de geboorte van het eerste kind de start is van de meest ingewikkelde transitie die vaders en moeders zowel individueel en als stel doormaken[12]. Ouders zijn minder gelukkig na de geboorte van hun eerste kind[13]. Oude leefpatronen passen niet meer en ouders ervaren stress dat zich uit in hun fysieke- en psychische gezondheid en in de partnerrelatie[14,15]. De JGZ kan ouders in de prenatale periode beter voorbereiden op deze transitie door passende zorg te bieden.

Passende zorg is een concept dat terugkomt in het Integraal Zorgakkoord[16] en baseert zich op vier principes: 1) waardegedreven, 2) komt samen met en rondom de patiënt tot stand, 3) vindt plaats op de juiste plek en 4) gaat over gezondheid in plaats van ziekte[17]. Bewezen is dat het bieden van passende zorg, die inspeelt op de behoefte van de ander, effectief is om een lange-termijn relatie op te bouwen[18]. Voor de JGZ beschrijft het Landelijk Professioneel Kader (LPK)[19] hoe het JGZ-aanbod aangeboden wordt, waarbij de nadruk ligt op 'aansluiten bij waar behoefte aan is en doen wat nodig is'. Te veel flexibilisering van contact in frequentie en vorm kan zorgen voor meer inzet van zorg in de JGZ[10,20]. Het is daarom van maatschappelijk belang te achterhalen wat de behoeften van zwangere vrouwen in een prenataal JGZ-aanbod zijn, zowel qua inhoud als vorm. Met name bij vrouwen die zwanger zijn van hun eerste kind (eerstzwangeren) en daardoor nog onbekend zijn met de JGZ, kan de JGZ zijn rol in vroegsignalering in de prenatale periode minder goed vervullen terwijl de transitie als individu en stel het grootst is. Meer onderzoek is nodig om een passend prenataal JGZ-aanbod te kunnen ontwikkelen.

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de behoefte die eerstzwangeren hebben aan inhoudelijke gespreksonderwerpen en hun voorkeuren in de vormgeving van een prenataal JGZ-aanbod. 'Behoefte' heeft betrekking op zaken die de gezondheid van een zorgontvanger verbeteren, terwijl 'voorkeuren' verwijst naar de aantrekkelijkheid van een optie met als doel voldoen aan de persoonlijke behoefte[21]. In dit onderzoek weerspiegelt behoefte dat wat eerstzwangeren nodig (achten te) hebben aan prenatale JGZ-ondersteuning om hun baby en zichzelf een zo goed mogelijke start te kunnen geven. Voorkeuren staan voor de manier waarop eerstzwangeren een prenataal JGZ-aanbod willen ontvangen. De onderzoeksvraag die hieruit volgt is: Wat zijn de behoeften bij zwangere vrouwen van een eerste kind ten aanzien van inhoudelijke gespreksonderwerpen en hun voorkeuren in de vormgeving van een prenataal JGZ-aanbod?

Methode

Studie ontwerp

Deze studie gebruikte een kwalitatief onderzoeksdesign met semigestructureerde interviews. Kwalitatief onderzoek is de beste manier om behoeften en voorkeuren binnen een context te begrijpen[22]. Voor het interview werd gebruik gemaakt van een gesprekstool op basis van Q-methodologie. Q-methodologie combineert kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden om systematisch subjectieve uitkomsten zoals meningen, waarden of overtuigingen te onderzoeken[23,24]. Participanten rangschikten een stapel onderwerpen, een zogenaamde Q-set, op basis van hun behoeften. Dit Q-sorteringsproces activeerde participanten over hun behoefte en voorkeuren na te denken. Daarna lichtten ze hun rangschikking toe in een semigestructureerd interview[25]. Dit post-sort interview biedt inzicht in het 'waarom', een veelgehoorde kritiek op de puur kwantitatieve wijze waarop Q-methodologie soms wordt uitgevoerd[26]. Aangezien deze 'waarom'-vraag centraal staat in de onderzoeksvraag, werd Q-methodologie als gesprekstool gebruikt en werden er geen kwantitatieve analyses uitgevoerd.

Setting

Het onderzoek is uitgevoerd bij CJG Rijnmond, de Jeugdgezondheidszorgorganisatie in (regio) Rotterdam. In alle twaalf gemeenten die de organisatie behelst wordt het wettelijk verplicht prenataal aanbod uitgevoerd: het maternaal vaccinatieconsult vanaf 22 weken zwangerschap en het PHB JGZ voor zwangeren en/of gezinnen in een (potentieel) kwetsbare situatie[27]. Daarnaast is voor een deel van de gemeenten het aanvullende aanbod Prenataal Stevig Ouderschap (negen gemeenten) en VoorZorg (vier gemeenten) beschikbaar. In de gemeente Ridderkerk worden bovendien twee aanvullende prenatale

informatiebijeenkomsten aangeboden gericht op een goede voorbereiding op de komst van een baby en borstvoeding.

Participanten en werving

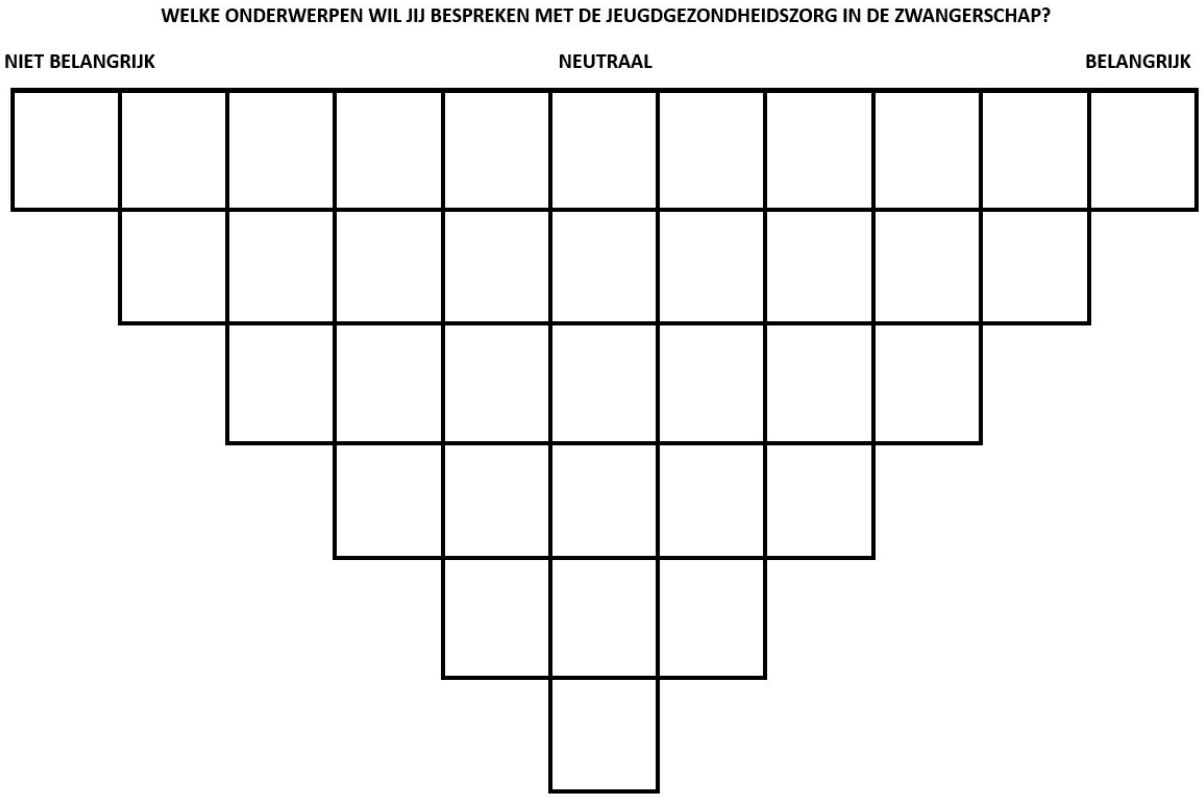
Tijdens het reguliere vaccinatieconsult in de zwangerschap bij CJG Rijnmond, in de wijk Prins-Alexander, werden eerstzwangeren in de periode augustus 2023 t/m januari 2024 mondeling gevraagd voor deelname door de onderzoeker (HK). Er werd gebruik gemaakt van gelegenheidssteekproef op vrijwillige basis. Participanten moesten voldoen aan de inclusiecriteria dat zij meerderjarige, Nederlandstalige zwangeren van een eerste kind waren. Er is bewust gekozen om zwangere vrouwen van hun eerste kind te includeren omdat zij nog onbekend zijn met het JGZ-aanbod en daarom ook open hun behoefte kunnen aangeven. Mogelijke participanten werd gevraagd of zij telefonisch in de komende twee weken meer informatie wilden ontvangen. Bij interesse noteerden zij hun naam en telefoonnummer. Tijdens het telefoongesprek werd informatie verstrekt en, indien mogelijk, direct een interviewafspraak ingepland. Een informatiebrief werd toegestuurd per e-mail. Voor aanvang van het interview lichtte de interviewer toe dat zij een jeugdarts was bij CJG Rijnmond die onafhankelijk van de medewerkers op de JGZ-locatie dit onderzoek uitvoerde in samenwerking met het Erasmus MC. Schriftelijke informed consent werd verkregen voorafgaand aan het interview.

Ontwikkeling van de Q-set

Om de behoefte van eerstzwangeren aan inhoudelijke gespreksonderwerpen te onderzoeken, moesten de onderwerpen in de Q-set alle potentieel relevante onderwerpen vertegenwoordigen. Door landelijk navraag te doen bij JGZ-organisaties zijn vier bestaande jeugdgezondheidszorg gesprek- en signaleringsmethodieken[7,28-30] voor het uitvoeren van prenatale consulten verzameld en vergeleken, waarop een concept Q-set werd samengesteld van 34 onderwerpen. Via gesprekken met drie sleutelactoren werkzaam in de prenatale jeugdgezondheidszorg bij CJG Rijnmond (twee VoorZorgverpleegkundigen en één Prenataal Stevig Ouderschap verpleegkundige) werd de Q-set definitief vastgesteld. Bij zes onderwerpen werden subtiele aanpassingen gedaan in woordkeuze. De twee onderwerpen ‘rol van partner’ en ‘voorbereiden op komst baby’ werden toegevoegd (zie appendix A). Voor elk onderwerp werd een pictogram in de huisstijl van CJG Rijnmond gecreëerd. De uiteindelijke Q-set bestond uit 36 onderwerpen die waren weergegeven op uitgeprinte pictogramkaarten met een korte onderwerptoelichting.

Datacollectie

Participanten werden geïnterviewd tussen september 2023 en januari 2024. Eenmalig spraken de participanten fysiek af met de onderzoeker (HK) voor een interview met audio-opname in een spreekkamer van een CJG Rijnmond locatie. De interviews duurde tussen de 50 en 75 minuten (gemiddeld 68 minuten). Voorafgaand aan het interview werd gevraagd een korte vragenlijst in te vullen met demografische gegevens. Gedurende het interview sorteerden de participanten de Q-set in twee stappen aan de hand van de vraag: ‘welke onderwerpen wil jij bespreken met de jeugdgezondheidszorg in de zwangerschap?’. Allereerst verdeelde de participanten de onderwerpen over drie stapels: 1. belangrijk; 2. neutraal; 3. niet belangrijk. Vervolgens bekeken de participanten de onderwerpen nogmaals en rangschikten het op een zogenoemd Q-format. Dit Q-format (zie figuur 1) bevatte elf vaststaande kolommen verspreid in een normaalverdeling tussen de twee uitersten ‘belangrijk’ en ‘niet belangrijk’[25].



Figuur 1. Q-format

Tijdens het post-sort interview hierop volgend werd gewerkt met een topiclijst (zie appendix B). Het interview focuste op de drie onderwerpen die de participanten als meest 'belangrijk' hadden gemarkeerd. Hierbij werd gevraagd inhoudelijk toe te lichten waarom dit onderwerp belangrijk voor hen was, welke ondersteuningsbehoefte van de JGZ zij hierbij hadden, en hun voorkeuren in de vormgeving van het JGZ-aanbod.

Data-analyse

De demografische gegevens zijn samengevat met beschrijvende analyses in Excel. Zowel de audio-opnamen van de interviews over de inhoudelijke behoeften als voorkeuren in de vormgeving van het JGZ-aanbod zijn getranscribeerd in Word en inductief gecodeerd in Excel. Het coderingsproces volgde de zes fasen voor thematische analyse van Braun en Clarke[31]: familiariseren met de data, initiële codes genereren, thema's zoeken, thema's beoordelen, thema's definiëren en benoemen en de uiteindelijke analyses maken. Onafhankelijk codeerde twee onderzoekers (HK, EB) inductief een transcriptie. Vervolgens bediscussieerde de twee onderzoekers de initiële codes en patronen in de data. Relevante codes werden gecategoriseerd en thema's geïdentificeerd tot consensus werd bereikt. HK codeerde vervolgens alle transcripten. Codes werden gecategoriseerd in subthema's. Thema's en subthema's werden geclusterd als ze consistent voorkwamen in meerdere transcripten. De thema's en subthema's werden actief door de onderzoekers (HK, EB) geconstrueerd via een reflectief en interpretatief proces.

Ethische verantwoording

De Niet WMO Toetsingscommissie van het Erasmus Universitair Medisch Centrum Rotterdam, beoordeelde dat dit onderzoek niet onder de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) valt (referentienummer: MEC-2023-0426).

Resultaten

Participanten

De uiteindelijke steekproef werd gevormd door 13 eerstzwangeren, met een gemiddelde leeftijd van 32 jaar (spreiding 22-37 jaar). De meeste participanten waren Nederlands (n=10) en hadden een opleiding op hbo-niveau of hoger (n=8). Van de 13 participanten was de gemiddelde zwangerschapsduur 28 weken (spreiding 23-36 weken) en de meesten waren onder controle bij de verloskundige (n=10). Demografische gegevens van de participanten staan weergegeven in tabel 1.

Tabel 1. Demografische gegevens van de participanten (n=13)

	Participanten
Leeftijd in jaren (M, range)	32 (22-37 jaar)
Nationaliteit (n)	
Nederlands	10
Anders	3
Opleidingsniveau (n)	
Universiteit	4
Hoger beroepsonderwijs	4
Middelbaar beroepsonderwijs	5
Zwangerschapsduur in weken (M, range)	28 (23-36)
Verloskundig zorgverlener (n)	
Verloskundige	10
Gynaecoloog	3

Inhoudelijke ondersteuningsbehoeften

De analyses van de interviews leverden drie inhoudelijke gespreksthema's op: 1) geboorte baby, 2) gezond opgroeien en 3) opvoeding en ouderschap. Een overzicht van de geïdentificeerde thema's en subthema's staat in tabel 2 weergegeven. De quotes in tekstbox 1 illustreren de inhoudelijke ondersteuningsbehoeften.

Tabel 2. Inhoudelijke behoeften van de participanten

Thema	Subthema
1. Geboorte baby	a. Verloop zwangerschap b. Bevalling c. Kraamtijd
2. Gezond opgroeien	d. Huilen en gedrag e. Dagindeling baby f. Gezondheid en groei g. Ontwikkeling
3. Opvoeding en ouderschap	h. Band met je baby i. Voor jezelf zorgen

Thema 1. Geboorte baby

In dit thema kwamen de aspecten aan bod die de participanten belangrijk vinden in de periode van zwangerschap (a), bevalling (b) tot kraamtijd (c). Hierbij werd door participanten gerefereerd naar zelfzorg adviezen gericht op het creëren van een zo goed mogelijke start voor de baby. In de zwangerschap (a) benoemde de participanten zowel de behoefte aan gezondheid- en leefstijladviezen, als de behoefte aan preventieve adviezen over vaccinaties of cursussen gericht op stressverlaging, zoals

meditatie of zwangerschapsyoga (tekstbox 1, quote 1). Specifiek voor de bevalling (b) ging het over inzicht in het bevallingsproces en voor de kraamtijd (c) over de rol van de kraamzorg. In beide gevallen was er al vroeg in de zwangerschap behoefte aan informatie, wat leidde tot een toegenomen gevoel aan autonomie, regie en rust (tekstbox 1, quote 2). Overeenkomstig kwam binnen alle drie de subthema's zowel de rol van de partner tijdens-, als de emotionele impact van-, de zwangerschapsperiode (a), de bevalling (b) en kraamtijd (c) naar voren. Het betreft de (al dan niet hormonaal gestuurde) invloed van emoties (tekstbox 1, quote 3). Bij de invloed van emoties verwezen participanten naar ingrijpende levensgebeurtenissen, zoals een miskraam of medische problematiek tijdens de huidige zwangerschap. Participanten benadrukte dat er al in de prenatale periode ruimte moet zijn om dit bespreekbaar te maken en emoties te normaliseren (tekstbox 1, quote 4).

Thema 2. Gezond opgroeien

Dit betrof de meer praktische ondersteuning van de baby in de ontwikkeling en groei vanuit de subthema's huilen en gedrag (d), dagindeling baby (e), gezondheid en groei (f) en ontwikkeling (g). Bij het omgaan met (huil)gedrag (d) werd door de participanten zowel gerefereerd naar de interpretatie en praktische omgang met (huil)gedrag, als de emotionele impact van het (huil)gedrag (tekstbox 1, quote 5). In de oplossingsrichtingen die werden aangegeven verwezen de participanten naar een heldere dagindeling en planning (e) met regelmaat en voorspelbaarheid. Daarnaast werd vaker gerefereerd naar professionele hulp, inclusief die van de JGZ, na het doorlopen van alle 'standaard' adviezen. Wel benoemde meerdere participanten enige voorzichtigheid te hebben in het aannemen van adviezen vanuit de JGZ naar aanleiding van verhalen uit hun omgeving.

Inhoudelijk koppelde participanten de subthema's gezondheid en groei (f) en ontwikkeling (g) aan elkaar en bestond de behoefte vooral uit inhoudelijke kennis over, en praktische tips ter stimulering van de gezondheid, groei en ontwikkeling van de baby. Voor gezondheid en groei (f) werden voedingsvragen genoemd, zoals de afweging tussen flesvoeding of borstvoeding. Voor beide subthema's (f en g) werden associaties gemaakt met de motorische- of spraak-taalontwikkeling (tekstbox 1, quote 6). Ook voor deze beide subthema's (f en g) werd de rol van de JGZ benoemd. Participanten vroegen naar de inhoud en frequentie van de JGZ-bezoeken en hoe de JGZ zich verhoudt tot andere (zorg)organisaties voor de baby (tekstbox 1, quote 7).

Thema 3. Opvoeding en ouderschap

De subthema's band met je baby (h) en voor jezelf zorgen (i) werden geïdentificeerd. Het eerste subthema (h) ging over het vinden van een nieuwe werk-privé balans en het behouden van de partnerrelatie bij het aanstaand ouderschap. Specifiek lag hierin het accent op het aangaan van contact en het opbouwen van een band met de baby (h) (tekstbox 1, quote 8). Participanten benoemde hierin ook de rol van familie en de partner in (de verdeling van) de opvoeding en het ouderschap, inclusief intergenerationele overdracht in de aanpak van de opvoeding en het ouderschap (tekstbox 1, quote 9). De behoefte om hierover al in de zwangerschap met de partner te sparren, al dan niet in aanwezigheid van een (JGZ) professional, werd vaker genoemd (tekstbox 1, quote 10). Onder het subthema voor jezelf zorgen (i) benoemde de participanten de ruimte en tijd die zij wilden behouden voor zelfontplooiing als vrouw naast het moederschap. Waarbij zij geconfronteerd werden met de invloeden van sociale media en sociale druk uit de omgeving. Participanten benoemde hierin zoekende te zijn naar balans en het vormen van hun eigen mening. Een JGZ-professional zou hierin kunnen ondersteunen (tekstbox 1, quote 11).

Tekstbox 1. Geselecteerde quotes over de inhoudelijke ondersteuningsbehoeften

Quote 1	Het is natuurlijk belangrijk dat de baby goed groeit en dat je zelf ook goed in je vel zit en gezond blijft. Pas dan kan je ook een goede bevalling hebben. P03
Quote 2	Ik denk dat het [de bevalling] wel iets is waar ik als vrouw zijnde tegenop kijk. Hoe meer informatie dat je daarover krijgt, hoe meer rust je misschien ook daarin kan vinden. P02
Quote 3	Ik merk van alles, maar eigenlijk hij [partner] totaal niet. Ja, mijn humeur is niet leuk, maar dat terzijde. Ik vind dat ook nog wel een dingetje. Hoe je daarmee om moet gaan en ik juist hem er meer bij kan betrekken. P01
Quote 4	Dat wordt altijd roze wolk genoemd, maar het is ook gewoon zwaar en ik denk dat dat best wel wat meer benoemd zou mogen worden. P10
Quote 5	Er zijn nog zoveel dingen die je niet kent en niet weet. [...] Waar een baby heel veel probeert te vertellen, maar je zelf de taal niet spreekt en daardoor niet weet wat je ermee moet doen. Wat je misschien ook heel machteloos kan maken. Misschien ook wel een slechte moeder of ouder kan laten voelen. Dus ik denk dat het een heel belangrijk onderwerp is om wel te bespreken, om vragen over te kunnen stellen, maar ook informatie over te krijgen. P04
Quote 6	Dingen inderdaad wat je kan doen om dat [lees: ontwikkeling] te versterken vanaf het begin. Je leest meestal boekjes voor of doet bepaalde spelletjes. Wanneer begin je en wat is goed? P06
Quote 7	Ik vind het wel belangrijk om dat op voorhand al te weten, want eigenlijk hebben we [ouder en JGZ-organisatie] nu nog niets met elkaar te maken. Het is wel fijn om van tevoren duidelijk te weten wat er in het verloop van de tijd eigenlijk gaat gebeuren. Hoe vaak eventueel? P01
Quote 8	Contact maken, dat is misschien ook wel iets waar ik me zorgen over maak. Dat ik straks mijn leven en mijn carrière nog kan volhouden, bij het hebben van een kind. En zorg dat hij [mijn partner] wel op de eerste plek blijft staan, want dat is nu ook iets waar ik vaak mee worstel. P11
Quote 9	Mijn partner komt uit wel een hele andere cultuur als die wij hier hebben. En daar speelt gezin en familie een hele belangrijke rol. Zelf heb ik niet zo'n hele fijne ervaring met familie, dus zeg maar gerust een gebroken gezin. [...] Ik wil juist voor mijn kleine wel een gezonde situatie. Dat is precies het tegenovergestelde van wat ik heb meegemaakt. P12
Quote 10	Ik heb nu het gevoel dat vaders pas vader worden, op het moment dat de baby er is. Daarom zou ik zeggen dat die verdeling van ouderschap heel erg belangrijk is. [...] Het zou best wel preventief kunnen werken om een gesprek te faciliteren tussen ouders over wie, wat gaat doen. P08
Quote 11	Of dat je in je omgeving alleen maar mensen hebt die ongevraagd advies gaan geven, wat compleet niet in lijn is met hoe ik het zelf zou willen. En dan zoek je naar een soort van professionele houvast hierin. P11

Vormgeving van de ondersteuningsbehoeften

De hiervoor beschreven inhoudelijke (sub)thema's zijn vervolgens met de participanten besproken met betrekking tot de vormgeving. Hieruit kwamen drie aspecten (thema's) over de vormgeving van een prenataal JGZ-aanbod naar voren: i) ruimte voor maatwerk, ii) actieve betrokkenheid van de partner, en iii) een cultuursensitief aanbod. Tekstbox 2 bevat quotes over de vormgeving van de ondersteuningsbehoeften.

Aspect i. Ruimte voor maatwerk

De participanten benoemden dat maatwerk van het prenataal JGZ-aanbod belangrijk is met betrekking tot vorm, duur, frequentie en professional. De vorm van het aanbod betrof zowel een fysiek als digitaal aanbod. Participanten suggereerden groepsgesprekken met andere eerstzwangeren en een-op-een gesprekken met de JGZ-professional voor het fysieke aanbod. Een fysiek aanbod werd voornamelijk genoemd voor de onderwerpen uit thema 1 en 3, waarbij gevoelens en persoonlijke ervaringen meer centraal stonden (tekstbox 2, quote 12). Voordelen van een digitaal of schriftelijk informatieaanbod (website of folder) zagen de participanten specifiek voor de onderwerpen uit thema 2, omdat ze hierover vooral informatie wilde vergaren in de prenatale periode. Qua duur van het aanbod benoemde participanten het belang van een interactief aanbod waarbij theorie werd aangevuld met (oefenen in) praktijk zodat de aandacht goed vastgehouden bleef (tekstbox 2, quote 13). Over de frequentie van het aanbod vertelden de meeste participanten dat eenmalig persoonlijk contact voldoende was, zolang

er contact gezocht kon worden bij mogelijk aanvullende vragen (tekstbox 2, quote 14). Een nauwe samenwerking tussen de JGZ en de verloskundig zorgverlener werd als drempelverlagend gezien omdat de verloskundige een bekend gezicht is in de zwangerschap (tekstbox 2, quote 15).

Aspect ii. Actieve betrokkenheid van de partner

Unaniem benoemde participanten dat de partner actief betrokken moest worden in het JGZ-aanbod. Dit kwam naar voren binnen alle drie de inhoudelijke thema's. Sommige participanten zagen het JGZ-aanbod als mogelijkheid om hun partner actiever te kunnen betrekken (tekstbox 2, quote 16). Anderen zagen het als kans om met hun partner een dieper gesprek te kunnen voeren over de opvoeding en het aanstaand ouderschap (thema 3). Ze zagen het als taak voor de JGZ om prenataal hierover het gesprek tussen ouders te stimuleren (tekstbox 2, quote 17).

Aspect iii. Cultuursensitief aanbod

Cultuur en religie waren factoren die bij alle drie de thema's werden genoemd. Het beïnvloedde zowel de kijk op de geboorte van de baby, als de invulling van de opvoeding, het ouderschap en de keuzes die zij hierover maakten. Met betrekking tot de bevalling en de kraamtijd benoemde enkele participanten dat zij zelf wilden beslissen welke familieleden wanneer aanwezig mochten zijn en dat dit soms conflicteerde met culturele of religieuze gewoontes (tekstbox 2, quote 18). Participanten benoemde tevens nog zoekende te zijn in bijvoorbeeld het omgaan met (huil)gedrag en de verdeling van het ouderschap zonder de cultuur en religie van de (schoon)ouders te willen beledigen. Er werd benoemd dat het belangrijk was om een cultuursensitief JGZ-aanbod te ontwikkelen (tekstbox 2, quote 19).

Tekstbox 2. Geselecteerde quotes over de vormgeving van de ondersteuningsbehoeften

Quote 12	Het is meer support en dat is dus ook denk ik echt iets wat internet niet kan, dus het is echt een human touch, iets wat we nooit door robotisering en alle digitalisering kunnen laten vervangen. P11
Quote 13	Als je iets doet, dan onthoud je het ook beter. Vooral bij mannen denk ik. […] Als je echt wat gaat doen, zeg maar, dan denk ik wel dat het gewoon twee uur kan duren. Maar als je echt niks doet, dan moet het denk ik niet langer dan een uur duren. P07
Quote 14	Ik denk dat de verbinding veel belangrijker is dan de expertise die erachter zit. P11
Quote 15	Als iemand al zou aangeven bij de verloskundige: ik ben moe en het is meer dan dit. Dat een verloskundig kan aangeven van we hebben ook iemand van het CJG. […] Want bij de verloskundige kom je al, dus die setting ken je. P13
Quote 16	Je gezin gaat altijd numero één zijn, tenminste voor mij. Dus ik ben ook benieuwd wat bij mijn partner gaat veranderen. P05
Quote 17	Een soort rol om eigenlijk de ouders in gesprek te laten gaan met elkaar. En dan een soort van sturing en tips geven. P13
Quote 18	Zijn familie komt ook naar Nederland toe voor de bevalling en dat is allemaal prima. Maar ik ga dingen wel doen op mijn manier, die heel anders zijn dan hoe zij het doen. Hoe ga je die communicatie doen? P08
Quote 19	Ik weet alleen, je hebt natuurlijk wel culturele verschillen. Sommige mensen die willen misschien liever met alleen vrouwen. Dan zou je kunnen zeggen, we doen deze avond alleen voor vrouwen, voor wie dat prettig vindt. Als je wel met je partner wil komen, is er deze avond. P13

Beschouwing

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te verkrijgen in de behoeften van eerstzwangeren ten aanzien van inhoudelijke gespreksonderwerpen en hun voorkeuren voor de vormgeving van een prenataal JGZ-aanbod. Met betrekking tot informatie over inhoudelijke onderwerpen kwamen drie thema's naar voren: 1) geboorte baby, 2) gezond opgroeien en 3) opvoeding en ouderschap. De participanten

gaven aan behoefte te hebben aan het bespreken van de emotionele impact van deze onderwerpen. Bij de vormgeving van het aanbod moet aandacht zijn voor drie aspecten: i) maatwerk, ii) actieve betrokkenheid van de partner, en iii) cultuursensitiviteit.

De behoefte van eerstzwangeren aan informatie, educatie en praktische handvatten om hun baby gezond ter wereld te laten komen (thema 1) en op te kunnen laten groeien (thema 2) sluit aan bij de preventieve taak van de JGZ. Door ouders in de prenatale periode voorlichting te geven over gezondheid- en leefstijl, de normale ontwikkeling van hun kind, en handvatten te bieden over een ondersteunende leeromgeving, wordt bijgedragen aan kansen om gezond op te groeien[32].

Bovendien kan zulke ondersteuning bijdragen aan een toegenomen vertrouwen in de eigen opvoedvaardigheden en het ouderschap (thema 3) bij ouders. Verhage[33] concludeerde in haar promotieonderzoek dat ouders die zeker zijn over hun opvoedvaardigheden beter in staat zijn om een positieve ontwikkeling bij hun kind te stimuleren. In overeenstemming met literatuur hierover verwoordde de participanten zeer ontvankelijk te zijn om de ouder-kind relatie te bespreken[18].

Consistent met eerdere literatuur benoemde de participanten het belang van het betrekken van de partner bij de vormgeving van het JGZ-aanbod[13,34-36]. Schultz e.a.[35] beschrijft dat de beste voorspeller voor tevredenheid over de relatie binnen het ouderschap, de tevredenheid over de relatie in de periode voor de komst van de baby is. Door als JGZ de partner prenataal actief te betrekken bij de aanstaande geboorte en het aanstaand ouderschap kan de ouderschapstransitie, welk Anthonijsz e.a.[12] stelt als grootste transitie voor zowel het individu als stel, worden versoepeld[10].

Een van de sterke punten van dit onderzoek is ten eerste het combineren van het Q-sorteringsproces vanuit Q-methodologie met de semi-gestructureerde interviews. Alle participanten benoemde onbekend te zijn met de inhoud en frequentie van het JGZ-aanbod. De Q-set diende daarom ter ondersteuning en het Q-format activeerde hen over hun behoeften en voorkeuren na te denken en te prioriteren. Een tweede sterk punt is de betrokkenheid van de tweede onderzoeker bij het analyseren, waarmee de betrouwbaarheid van data interpretatie is verhoogd.

Een limitatie van dit onderzoek was dat de participanten via gelegenheidssteekproef op vrijwillige basis zijn benaderd voor onderzoeksdeelname. Mogelijk heeft dit geleid tot een non respons bias, waarbij eerstzwangeren met interesse in JGZ-ondersteuning worden oververtegenwoordigd en (potentieel) kwetsbare eerstzwangeren ondervertegenwoordigd. Aangezien de resultaten aansluiten op die van andere onafhankelijke onderzoeken bij vergelijkbare groepen en meerdere eerstzwangeren benoemde enige terughoudendheid te ervaren in de JGZ-ondersteuning lijkt dit niet waarschijnlijk[37,38]. Daarnaast kunnen de door ons geïdentificeerde thema's specifiek zijn voor onze steekproef van relatief hoger opgeleide Nederlandstalige eerstzwangeren en de context Rotterdam. Ook is niet specifiek uitgevraagd of participanten aanvullende prenatale cursussen volgden of prenataal JGZ-aanbod ontvingen. Meer onderzoek is nodig om te bepalen of deze resultaten representatief en generaliseerbaar zijn voor een bredere populatie.

Passend bij de LPK-visie[19] zouden de inhoudelijke thema's en subthema's kunnen dienen als basis voor de inhoudelijke opzet van een prenataal JGZ-aanbod. Omdat er echter geen unanieme prioritering was op inhoud lijkt het gewenst hiernaast ruimte te houden om keuzeonderwerpen te bespreken van de ouders zelf[14]. Ook de overige voorkeuren die de participanten aanhaalde over de vormgeving van het aanbod (maatwerk, partnerbetrokkenheid, cultuursensitiviteit) sluiten aan op het LPK-gedachtegoed van persoonsgerichte en passende 'Zorg op Maat'[19]. De ruimte voor maatwerk biedt flexibiliteit voor

een JGZ-organisatie om te experimenteren. Uiteraard blijft evaluatie van een maatwerkaanbod wenselijk. Belangrijk is hierbij rekening te houden met de voorkeur om een vertrouwensrelatie op te kunnen bouwen met een JGZ-professional[39]. De bevindingen van dit onderzoek benadrukten hierin de behoefte aan een nauwe samenwerking tussen de JGZ en de verloskundig zorgverlener. Voor een succesvolle implementatie dient daarnaast ketenoverstijgend gekeken te worden. Bij zwangere vrouwen en (aanstaande) ouders zijn vele (zorg)professionals betrokken, met name rondom geboorte baby (thema 1) is het belangrijk om gebruik te maken van dat wat er al is binnen Kansrijke Start[1] om goed aan te sluiten met het JGZ-aanbod. Ook Ligtermoet en Okma[14] verwoorden dat het voor een effectieve implementatie belangrijk is aandacht te besteden aan de bekendheid van en toeleiding naar beschikbaar aanbod. De verloskundig zorgverlener kan hierin bijvoorbeeld een verbindende schakel vormen, zoals zij nu ook zijn bij het PHB JGZ en het maternaal vaccinatieconsult bij de JGZ[6].

Dit onderzoek geeft startpunten voor de implementatie van een prenataal JGZ-aanbod dat tegemoetkomt aan de individuele behoeften en voorkeuren van eerstzwangeren. Dit is het eerste onderzoek dat een prioritering geeft aan de inhoudelijke onderwerpen in Nederlandstalige prenatale JGZ gespreks- en signaleringsmethodieken waardoor beter aangesloten kan worden op behoeften van eerstzwangeren. Toekomstig onderzoek naar vormgeving van een prenataal JGZ-aanbod op basis van behoeften en voorkeuren van eerstzwangeren wordt aanbevolen. Deze vormgeving vindt bij voorkeur plaats in co-design met de eindgebruikers, zoals eerstzwangeren en professionals, via participatief actieonderzoek. Hierbij wordt geadviseerd een cultureel en religieus diverse groep eerstzwangeren te betrekken om een cultuursensitief prenataal JGZ-aanbod te ontwikkelen. De aanwijzingen die in dit onderzoek naar voren komen over een cultuursensitief aanbod sluiten aan op de huidige persoonsgerichte en cultuur sensitieve werkwijze die in de JGZ wordt gehanteerd[40]. Toekomstig onderzoek, ook bij aanstaand partners en eerstzwangeren mét ervaring met het JGZ-aanbod, wordt daarnaast aanbevolen om de resultaten te valideren en de bevindingen te verrijken. Omdat één van de drie vormgevingsaspecten actieve betrokkenheid van de partner (aspect ii) was, is de aanbeveling om voor de aanstaand partners zowel aandacht te schenken aan de manier waarop de partners al in de zwangerschap betrokken kunnen worden bij het JGZ-aanbod als hun specifieke behoeften te achterhalen.

Conclusie

De bevindingen uit dit onderzoek geven inzicht in de behoeften en voorkeuren van zwangere vrouwen van een eerste kind en bieden handvatten hoe een persoonsgericht prenataal JGZ-aanbod vormgegeven dient te worden. Eerstzwangeren benoemden behoefte te hebben aan het bespreken van vragen rondom de geboorte van de baby, het gezond laten opgroeien van hun baby en de invulling van de opvoeding en het ouderschap. De aspecten die eerstzwangeren in een prenataal JGZ-aanbod waarderen hadden zowel betrekking op praktische informatie over inhoudelijke onderwerpen, als de ruimte die er moet zijn om in het contact met JGZ-professionals de emotionele impact hiervan te bespreken. Het wordt aanbevolen dat een JGZ-aanbod op maat wordt gecreëerd om aan de individuele behoeften te kunnen voldoen. In deze aanpak dienen de partner en culturele en religieuze aspecten mee te worden genomen.

Literatuur

1. Roseboom T. De eerste 1000 dagen. Utrecht: De tijdstroom; 2018.
2. Van den Broek A, Van den Kleijnen E, Bot S. Kwetsbare gezinnen in Nederland. In: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, ontzorgen en normaliseren. Naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg. Den Haag, RMO; 2012.
3. Goodarzi B. Putting risk in its place: The complexity of risk selection in maternal and newborn care. s.l.: s.n., 2023. 203 p. doi: 10.5463/thesis.86
4. Daalderop LA, Lagendijk J, Steegers EAP, El Marroun H, Posthumus AG. Psychological distress during pregnancy and adverse maternal and perinatal health outcomes: the role of socioeconomic status. Int J Gynaecol Obstet. 2023;163(3):920-930. doi: 10.1002/ijgo.14891.
5. Wet Publieke Gezondheid. Hoofdstuk II. Taken Publieke gezondheidszorg. Artikel 2, lid 2.i. wetten.nl - Regeling - Wet publieke gezondheid - BWBR0024705 (overheid.nl). Geraadpleegd op 20 augustus 2024.
6. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Infographic Vaccinaties tijdens de zwangerschap. Bilthoven: RIVM; 2024.
7. Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ). Prenataal huisbezoek (PHB JGZ). https://www.ncj.nl/onderwerp/prenataal-huisbezoek/. Geraadpleegd op 20 augustus 2024.
8. Nederlands Centrum Jeugdgezondheidszorg (NCJ). Infographic StevigOuderschap en VoorZorg. https://www.ncj.nl/inspiratie/infographic-stevigouderschap-en-voorzorg/. Geraadpleegd op 20 augustus 2024.
9. Greenen G, Corveleyn J. Helpende handen. Gehechtheid bij kwetsbare ouders en kinderen. Leuven: Lannoo Campus; 2011.
10. Deave T, Johnson D, Ingram J. Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. BMC Pregnancy Childbirth. 2008;8:30. https://doi.org/10.1186/1471-2393-8-30.
11. Kuersten-Hogan R, McHale JP. The transition to parenthood: a theoretical and empirical overview. In: Kuersten-Hogan R, McHale JP. (eds) Prenatal family dynamics. Springer, Cham. 2021. https://doi.org/10.1007/978-3-030-51988-9_1
12. Anthonijsz I, Dries H, Berg-le Clercq T, Chênevert C. Verkennende studie Relatieondersteunend aanbod Centra Jeugd en Gezin. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut; 2010.
13. Pouwels B. Werk, gezin en geluk. Opstellen over wederzijdse beïnvloeding binnen huishoudens, levensgebeurtenissen en tijdsbestedingsbeslissingen. Utrecht: Universiteit Utrecht; 2011.
14. Ligtermoet I, Okma K. Steun voor aanstaand ouders bij ouderschap en opvoeding. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut; 2014.
15. Parfitt Y, Ayers S. Transition to parenthood and mental health in first-time parents. Infant Ment Health J. 2014;35(3);263-73. doi: 10.1002/imhj.21443.
16. Ministerie van Volksgezondheid, Zorg en Milieu. Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg'. 2022. Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg' | Rapport | Rijksoverheid.nl. Geraadpleegd op 20 augustus 2024.
17. Zorginstituut Nederland. Kader Passende Zorg. 2022. Kader Passende Zorg | Rapport | Rijksoverheid.nl. Geraadpleegd op 20 augustus 2024.
18. Saeed Z. Developing a Long Term Relationship with the Customers. Journal of computing and management studies. ISSN 2516-2047. 2019;1:3.
19. Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ). Landelijk Professioneel Kader (LPK). 2022. https://www.ncj.nl/wp-content/uploads/2022/08/DEF-Landelijk-Professioneel-Kader-LPK-augustus-2022.pdf. Geraadpleegd op 20 augustus 2024.
20. Kocken PL, Theunissen MHC, Bezem J, et al. Flexibilisering in de jeugdgezondheidszorg: passende zorg voor alle kinderen. TSG Tijdschr Gezondheidswet. 2025;103:1–9. https://doi.org/10.1007/s12508-024-00448-8.
21. Meara A, Crossnohere NL, Bridges JFP. Methods for measuring patient preferences: an update and future directions. Curr Opin Rheumatol. 2019;31(2):125–31. https://doi.org/10.1097/BOR.0000000000000587.
22. The PLoS Medicine Editors. Qualitative research: understanding patients' needs and experiences. PLoS Med. 2007;4(8):e258. https://doi.org/10.1371/journal. pmed.0040258.

23. McKeown B, Thomas D. Q Methodology. 2nd ed. Newbury Park: Sage Publications; 2013.
24. Watts S, Stenner P. Doing Q Methodological Research: theory, method and interpretation. London, Thousand Oaks CA, New Delhi, Singapore: Sage Publications; 2012.
25. Van Exel J, De Graaf G. Q methodology: a sneak preview. Social Sciences. 2005;2:1-30.
26. Brown SR. Political subjectivity: applications of Q methodology in political science. New Haven, CT: Yale University Press; 1980.
27. CJG Rijnmond. Ons prenataal aanbod. https://cjgrijnmond.nl/professionals/zwangere. Geraadpleegd op 20 augustus 2024.
28. Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ). Gezamenlijk Inschatten Zorgbehoeften (GIZ). https://www.ncj.nl/onderwerp/giz/. Geraadpleegd op 20 augustus 2024.
29. Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ). Signaleren van Problemen en Analyseren van het Risico bij opvoeden en opgroeien van Kinderen (SPARK). https://www.ncj.nl/onderwerp/spark-methode/de-ontwikkelde-sparks/. Geraadpleegd op 20 augustus 2024.
30. CJG Rijnmond. Kijk Mij! Signalerings- en taxatiemethodiek. https://cjgrijnmond.nl/professionals-kijkmij. Geraadpleegd op 20 augustus 2024.
31. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006;3(2):77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa.
32. Rijlaarsdam J, Stevens GW, Jansen PW, et al. Maternal Childhood Maltreatment and Offspring Emotional and Behavioral Problems: Maternal and Paternal Mechanisms of Risk Transmission. Child Maltreat. 2014;19(2):67-78. https://doi.org/10.1177/1077559514527639.
33. Verhage M. Van verwachten tot ervaren. De rol van parenting self-efficacy in de transitie naar ouderschap. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam; 2013.
34. De Waal N, Boekhorst MGBM, Nyklíček I, Pop VJM. Maternal-infant bonding and partner support during pregnancy and postpartum: associations with early child social-emotional development. Infant Behavior & Development. 2023;72,101871. https://doi.org/10. 1016/j.infbeh.2023.101871.
35. Schulz MS, Cowan CP, Cowan PA. Promoting Healthy Beginnings: A Randomized Controlled Trial of a Preventive Intervention to Preserve Marital Quality During the Transition to Parenthood. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2006;74:20-31. https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.1.20.
36. Kaliush PR, Conradt E, Kerig PK, Williams PG, Crowell SE. A multilevel developmental psychopathology model of childbirth and the perinatal transition. Dev Psychopathol. 2024;36(2):533-544. https://doi.org/10.1017/S0954579422001389.
37. Rijnders M, Vink R, Bontje MCA. Kraamzorg op maat Gezamenlijk Inschatten van Zorgbehoeften (GIZ) in de kraamzorg. TNO onderzoeksrapportage: 2021. https://repository.tno.nl/SingleDoc?find=UID%20ca9a17bf-b5a0-44f5-a205-61763866591b. Geraadpleegd op 20 augustus 2024.
38. Van Driessche A, Van Stel HF, Vink RM, Staal IIE. Assessing concerns and care needs of expectant parents: development and feasibility of a structured interview. Int J Environ Res Public Health. 2021;18:9585. https://doi.org/10.3390/ ijerph18189585.
39. Hooijmans S, Kramer P. Behoefte-onderzoek jeugdgezondheidszorg. TNS Nipo; 2016:1-16.
40. Pharos. Cultuursensitief werken: handvatten voor professionals in de zorg en het sociaal domein. https://www.pharos.nl/cultuursensitief-werken-zorg-sociaal-domein-handvatten/. Geraadpleegd op 20 augustus 2024.

Dit artikel wordt gepubliceerd onder de licentie Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0)