Verslag Online Invitational

PRECONCEPTIONELE GEZONDHEID

23 maart 2026



INVITATIONAL PRECONCEPTIONELE GEZONDHEID

Inhoud

Samenvatting 2
Project Gezond Zwanger Worden 3
Begin bij het Begin? Transgenerationele Gezondheid 7
Hoe bereik je Scholieren met Informatie over Gezond Zwanger Worden? 8
Preconceptionele Geneesmiddeleninformatie 10
Onvruchtbaarheid en Preconceptiezorg 12
Preconceptie Dragerschapsscreening 13
Gezond Zwanger Worden met Zwangerwijzer 15
Preconceptionele Gezondheid binnen Zwangerschap en Geboorte I, II en III 16
Internationale Studie naar Preconceptie-indicatoren 19
Een Platformfunctie voor Preconceptiezorg Nederland? 21
Discussie 22

Deelnemers

1. Nina Meels, Programmamanager Programma Zwangerschap en geboorte, ZonMw
2. Laura Steentjes-Hegeman, Beleidsmedewerker Geboortezorg VWS
3. Nine Knoers, UMCG
4. Hilde van Keulen, Senior Onderzoeker Gedragsverandering, TNO Child Health
5. Suze Jans, Verloskundig Onderzoeker, TNO Child health
6. Symone Detmar, Hoofd Programma Jeugd, TNO Child Health
7. Rachel Verwey, Universiteit Tilburg
8. Odine Aandewiel, Stichting Vruchtbaarheid
9. Joyce Molenaar, Onderzoeker en Projectleider, 1e 1.000 dagen, Kansrijke Start, RIVM
10. Wendy Koster, Programmamanager Monitoringsfunctie 1e 1.000 dagen, Kansrijke Start, RIVM
11. Cor Oosterwijk, Bestuurslid Preconceptiezorg Nederland & Preparing for Life
12. Daniëlle Philipse, Puur Verloskundepraktijk
13. Thessa Vinkenvleugel, Adviseur Patiëntenbelang Patiëntenfederatie Nederland
14. Lieke de Jong-Potjer, Huisarts, lid Expertteam Kansrijke Start Preconceptiezorg, Redactielid Zwangerwijzer
15. Veronique Maas, Lareb
16. Sharissa Smith, Haaglanden Medisch Centrum
17. Marijana Laus, Projectleider Kansrijke Start, GGD Hart voor Brabant:
    Zorgpad Kinderwens in kwetsbare omstandigheden
18. Pam de Vos, Arts Maatschappij en Gezondheid/Jeugdgezondheid, portefeuillehouder Kansrijke Start, GGD Hart voor Brabant, Regionaal Coördinator Kansrijke Start Regio Brabant-Boord
19. Renate de Bie, Projectleider Gezond Zwanger Worden, GGD GHOR
20. Leonie van Rheenen, Federatie Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV)
21. Simone Sinjorgo, Freya
22. Annemarie Mulders, Gynaecoloog Erasmus MC, Voorzitter NVOG Commissie Preventie
23. Elsbeth van Vliet, Projectleider Zwangerwijzer, Erasmus MC
24. Astrid van Duijs, Projectleider Coördinatiepunt Perinatale Zorg (CPZ)
25. Lidewij Henneman, Hoogleraar Patiëntenperspectief Genetica, Amsterdam UMC, lid Landelijke werkgroep Preconceptie Dragerschapsscreening VKGN/VKGL
26. Marianne Nieuwenhuijze, Hoogleraar en Lector Midwifery / Fysiologische Verloskunde, Universiteit Maastricht & Zuyd Hogeschool, Covoorzitter Taskforce Gezonde Start, Trimbos
27. Marc Roosenboom, Adviseur Team Eerstelijnszorg Zorg Instituut Nederland

Organisatie

Renate de Bie, Symone Detmar, Suze Jans, Cor Oosterwijk

SAMENVATTING

Preconceptiezorg is relevant voor iedereen: zo'n 80% van alle wensouders heeft minstens één risicofactor en iedereen is drager van één tot zeven genetische aandoeningen.

Maar speciale aandacht is nodig voor mensen in sociaal-kwetsbare omstandigheden. Ons begin ligt in de generaties voor ons, ook wat betreft onze gezondheid en genen. Problemen rondom de zwangerschap zijn medebepalend voor de gezondheid van nakomelingen. Een kwetsbare gezondheidsstatus kan dus transgenerationeel zijn. Ogenschijnlijk eigen keuzes, zoals een ongezond dieet of roken, zijn gegrond in een sociaal-maatschappelijke structuur.

Daarom moeten we normaliseren en het mogelijk maken dat iedereen zich actief voorbereidt op een zwangerschap zodat elk kind een optimale kans heeft op een goede start. Dat omvat zowel het medische domein (geboortezorg) als het sociale domein.

In drie GGD-regio's wordt momenteel verkend hoe diverse doelgroepen het beste benaderd kunnen worden met collectieve publieksvoorlichting. Voor MBO-scholieren is een lesprogramma ontwikkeld dat door een verloskundige kan worden aangeboden. Ook wordt voor hen een online platform ontwikkeld. Voor iedereen in de vruchtbare leeftijd wordt een sociale marketing- en communicatie-strategie ontwikkeld en voor professionals een wegwijzer waarin de vraag "Wil je in het komend jaar zwanger worden?" en 'Zwangerwijzer' centraal staan.

Zwangerwijzer biedt een gevalideerde individuele risicoscreening op zeven domeinen. De uitkomsten daarvan kunnen door zorgprofessionals worden gebruikt ter voorbereiding op een consult.
Anderen zijn actief op specifieke domeinen, zoals geneesmiddelen, onvruchtbaarheid en erfelijkheid:

- Bijwerkingencentrum Lareb voorziet in informatie over geneesmiddelen en zelfzorgmiddelen rondom kinderwens en zwangerschap. Een groot cohort van vrouwen rondom de zwangerschap biedt unieke mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek. De vragen rondom mannelijke fertiliteit nemen toe.
- Dat is een trend die ook wordt bevestigd door de Stichting Vruchtbaarheid. Men overschat zowel de natuurlijke kans op zwangerschap, als de kans daarop na een vruchtbaarheidsbehandeling. Ook is men zich onvoldoende bewust van de nadelen van een zwangerschap op latere leeftijd. De preconceptionele periode is daarom ook de gelegenheid om vruchtbaarheidsproblemen te voorkomen.
- Mensen met een genetisch risico worden vaak nog te laat doorverwezen naar de klinische genetica voor counseling. Voor bevolkingsgroepen met een sterk verhoogd genetisch risico is er een richtlijn voor preconceptionele dragerschapsscreening, waarmee zorgverleners echter nog onvoldoende bekend zijn. Momenteel wordt verkend of preconceptionele dragerschapsscreening ook aan iedereen in de reproductieve leeftijd aangeboden kan worden.

Onderzoek en implementatie op het terrein van preconceptie zijn projectafhankelijk. Er is in Nederland behoefte aan een structuur c.q. gremium met focus op preconceptie: governance, netwerkvorming, data, onderzoek, kennis, communicatie, netwerkvorming en verbinding tussen de verschillende domeinen. We kunnen leren van initiatieven elders, zoals de UK-kennisinfrastructuur en de preconceptie-indicatoren die in samenwerking met de WHO worden ontwikkeld.

Welkom

Cor Oosterwijk heet de deelnemers - mede namens Renate de Bie, Suze Jans en Symone Detmar - van harte welkom.

Het initiatief voor deze bijeenkomst ontstond toen we vorig jaar bespraken wat er nodig is voor de verdere implementatie, samenhang en continuïteit van preconceptiezorg, allereerst in Nederland, maar ook internationaal. Een uitwisseling van gedachten en ideeën met betrokkenen leek ons belangrijk. We zijn blij dat jullie daaraan meedoen en dat bovendien meerdere mensen graag bereid waren om te pitchen.

PROJECT GEZOND ZWANGER WORDEN
Pitch Renate de Bie, projectleider, GGD-GHOR

rdebie@ggdghor.nl

VWS heeft GGD GHOR Nederland voor twee jaar (juli 2026 t/m juni 2027) subsidie toegekend voor het project Gezond Zwanger Worden om daarmee in drie ontwikkel- / startende regio's (Drenthe, Flevoland en Zuid Holland Zuid) aan de slag te gaan met 'het hoe' van de inrichting van collectieve publieksvoorlichting over gezond zwanger worden en preconceptionele gezondheid.

Er is een landelijk projectteam en er wordt samengewerkt met Jong IGZ, Rutgers en Pharos. We werken nu aan de look en feel, waaronder het logo, een eigen LinkedIn-pagina en een nieuwsbrief. We testen in de drie startende GGD-regio's drie manieren om mensen in de vruchtbare leeftijd (16-45) te benaderen. Iedere regio heeft voor nu nog één focus als het gaat om het bereiken van de doelgroep. Dit moet uiteindelijk resulteren in een integrale aanpak.

GGD Drenthe → **Scholieren:** Lesprogramma Niet of Wel Zwanger

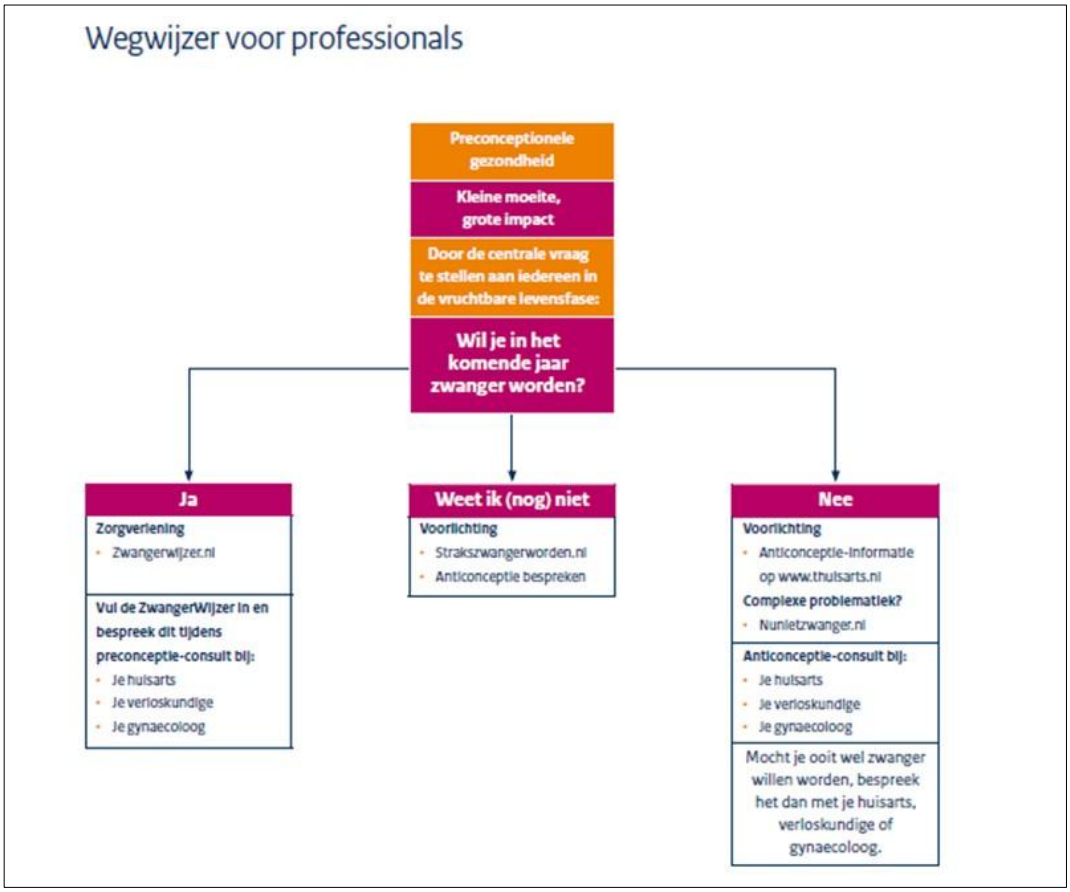
GGD Flevoland → **Mensen zelf:** Herziening Woke Women

GGD zhz jong jgz groeit met je mee. → **Via Professionals:** Oa beslisboom herzienning en e-learning

GGD Drenthe richt zich op het bereiken van scholieren. Voor het lesprogramma 'Niet of wel Zwanger' (zie pitch Hilde van Keulen) wordt gewerkt aan een herziening van het online platform; aan iets dat jongeren meer aanspreekt dan alleen een website en dat ook daadwerkelijk gebruikt gaat worden. GGD Drenthe onderzoekt wat daar voor nodig is, qua organisatie, middelen en menskracht.

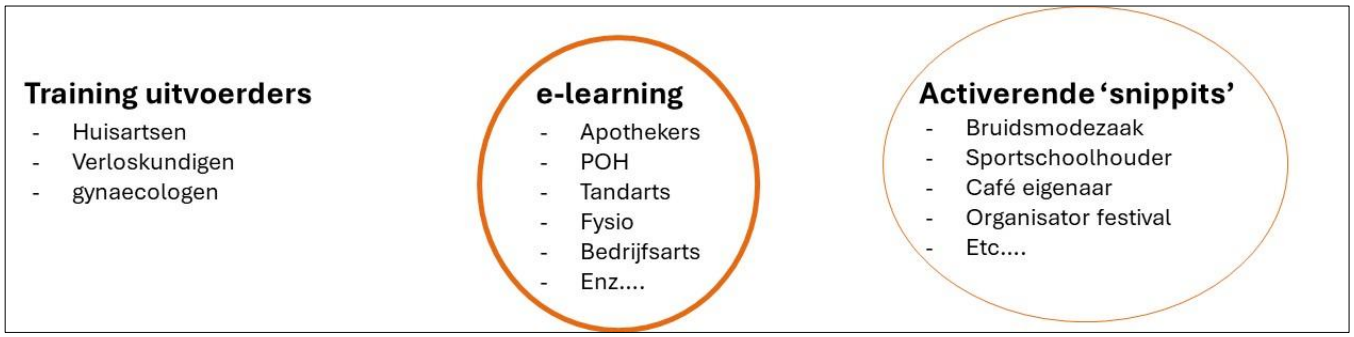
GGD Flevoland focust op alle mensen in de vruchtbare leeftijd door met een regionale maatwerk-aanpak voort te borduren op de sociale marketing en communicatie-strategie van Woke Women, maar dan met een nieuwe naam en 'look en feel'.

Zuid Holland Zuid richt zich op het benaderen van professionals. Het doel is om ‘dé vraag’ (“Wil je het komend jaar zwanger worden?”) in te bedden in de specifieke context en ‘haakjes’ van iedere professional. Daartoe wordt momenteel de beslisboom herzien en worden een toolbox en een ondersteunende lijn van e-learnings ontwikkeld.



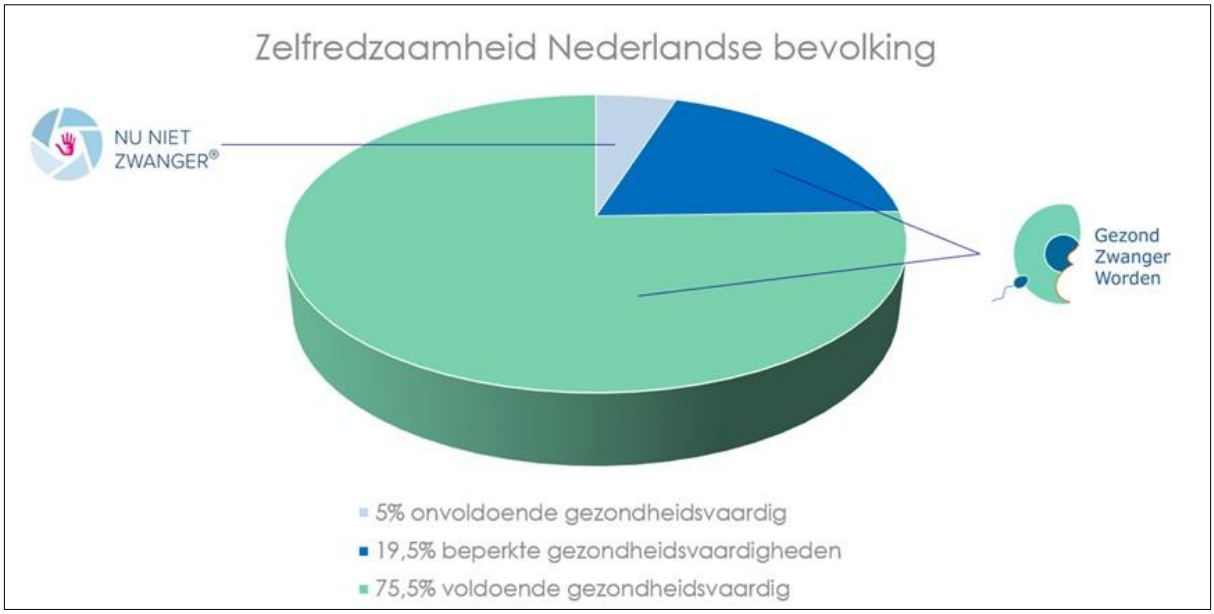
Centrale vraag
‘Wil je het komende jaar zwanger worden?’
als start van gesprek tussen mensen om wie het gaat en professionals

Uitvoerders binnen het veld van huisartsen, verloskundigen en gynaecologen kunnen een training nodig hebben, maar dat is geen onderdeel van het project. Bij professionals die een concreet haakje hebben om ‘de vraag’ te stellen zou een zelfstudie met een e-learning voldoende kunnen zijn. Voor sommige professionals, denk aan de sportschoolhouder of de caféeigenaar, kan een zeer beknopte e-learning (activerende ‘snippit’) voldoende zijn, in combinatie met een folder die verwijst naar Zwangerwijzer.

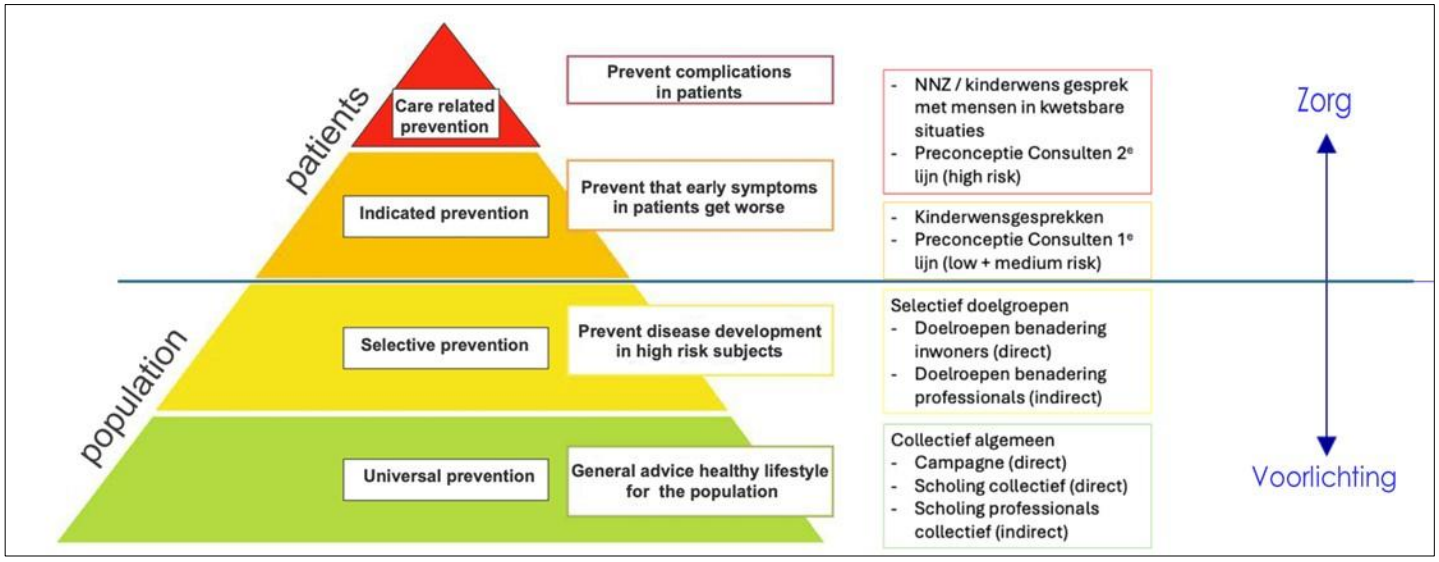


In dit project werken we ook aan verdere samenwerking tussen ‘Nu Niet Zwanger’ en ‘Gezond Zwanger Worden’: we gaan na waar er overlap is en welke verschillen er zijn.

We richten ons met ‘Gezond Zwanger Worden’ vooral op mensen met voldoende gezondheidsvaardigheden maar verkennen ook hoe we mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden – voor wie ‘Zwangerwijzer’ een te hoge drempel kan zijn - kunnen bijstaan. Verder onderzoeken we hoe de 5% met onvoldoende gezondheidsvaardigheden, ook benaderd kan worden met ‘Gezond Zwanger Worden’, naast ‘Nu Niet Zwanger’.



Onderstaande figuur laat zien waar de benadering publiek-collectief is en waar het zorg wordt en patiënt-specifiek:



Een ander lopend traject verkent of, en zo ja hoe, een maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA) mogelijk is voor Gezond Zwanger Worden. Onderzoeks- en adviesbureau Andersson Elffers Felix (AEF) publiceert binnenkort een rapport dat als basis zal dienen voor onze monitoring.



Afsluitend: volgend jaar willen wij opnieuw een 'Week van het gezond zwanger' organiseren en op weg daar naartoe zou het goed zijn om met het hele veld van preconceptionele gezondheid na te denken hoe we kunnen zorgen voor constructieve samenhang en samenwerking in vervolg op de herziening van Kansrijke Start.



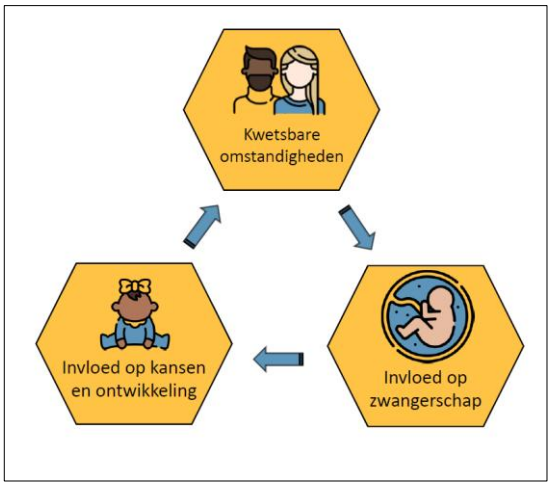
Vraag van Lidewij Henneman: komt erfelijkheid ook aan de orde in het project? **Antwoord Renate:** in deze fase richten we ons vooral op structuren die nodig zijn voor het opzetten van publiek collectief voorlichten.
De thema's (individuele factoren) die daaronder vallen leunen op Zwangerwijzer, waar erfelijkheid onderdeel van is. Het is onzeker of alle thema's/factoren een uitgewerkte plek gaan krijgen in de voorlichting, in deze fase in ieder geval nog niet. Laaghangend fruit, zoals stoppen met roken (of een link maken naar goede informatie), zal waarschijnlijk wel meegenomen kunnen worden, maar ook de implementatie daarvan kent in de praktijk nog de nodige vragen.

BEGIN BIJ HET BEGIN? TRANSGENERATIONELE GEZONDHEID

Sharissa Smith, verloskunde-arts

s.smikth@haaglandenmc.nl

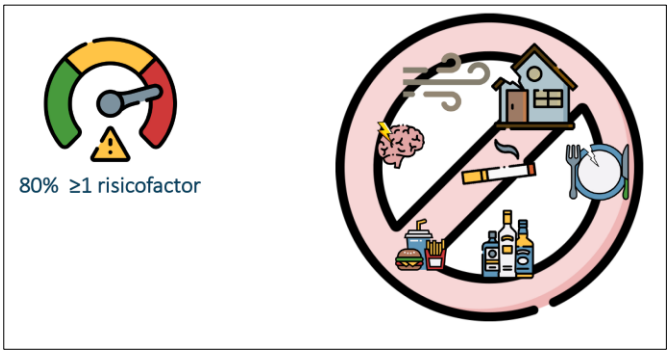
Deze presentatie borduurt voort op mijn proefschrift over preconceptiezorg voor mensen in sociaal-kwetsbare omstandigheden. Ik wil proberen de neuzen dezelfde kant op te zetten. Waar hebben we het ook alweer over? Waarom doen we dit?



Ons begin ligt in de generaties voor ons, ook wat betreft onze gezondheid en genen. De gezondheid van een kind in de baarmoeder is gelinkt aan de gezondheid na de geboorte en in het latere leven. Problemen als een achterblijvende groei tijdens de zwangerschap en vroeggeboorte zijn medebepalend voor de gezondheid van de volwassene en diens kinderen. Een kwetsbare gezondheidsstatus kan dus transgenerationeel zijn.

De drie maanden van de preconceptie zijn zowel bij de vrouw als de man een *window of opportunity*. Eicellen worden voorbereid op een bevruchting en er wordt een volledig nieuwe badge zaadcellen aangemaakt. Er vindt dan herprogrammering van het DNA plaats waarin, afhankelijk van de omstandigheden, wordt bepaald welke genen wel en niet worden afgelezen. Gezonde geslachtcellen kunnen resulteren in een sterk embryo, een succesvolle innesteling, een gezonde zwangerschap, een krachtige placenta en een kind dat gezond kan opgroeien. Onze basisgezondheid is dus afhankelijk van waar je wieg stond en de leefomstandigheden toen.

Ook ogenschijnlijk eigen keuzes, zoals een ongezond dieet of roken, zijn gegrond in een sociaal-maatschappelijke structuur. Bij interventies en zorgpaden moeten we daarom aandacht hebben voor mensen in sociaal-kwetsbare omstandigheden, zonder een schuldvraag bij hen neer te leggen of te impliceren dat zij niet voor zichzelf kunnen zorgen.



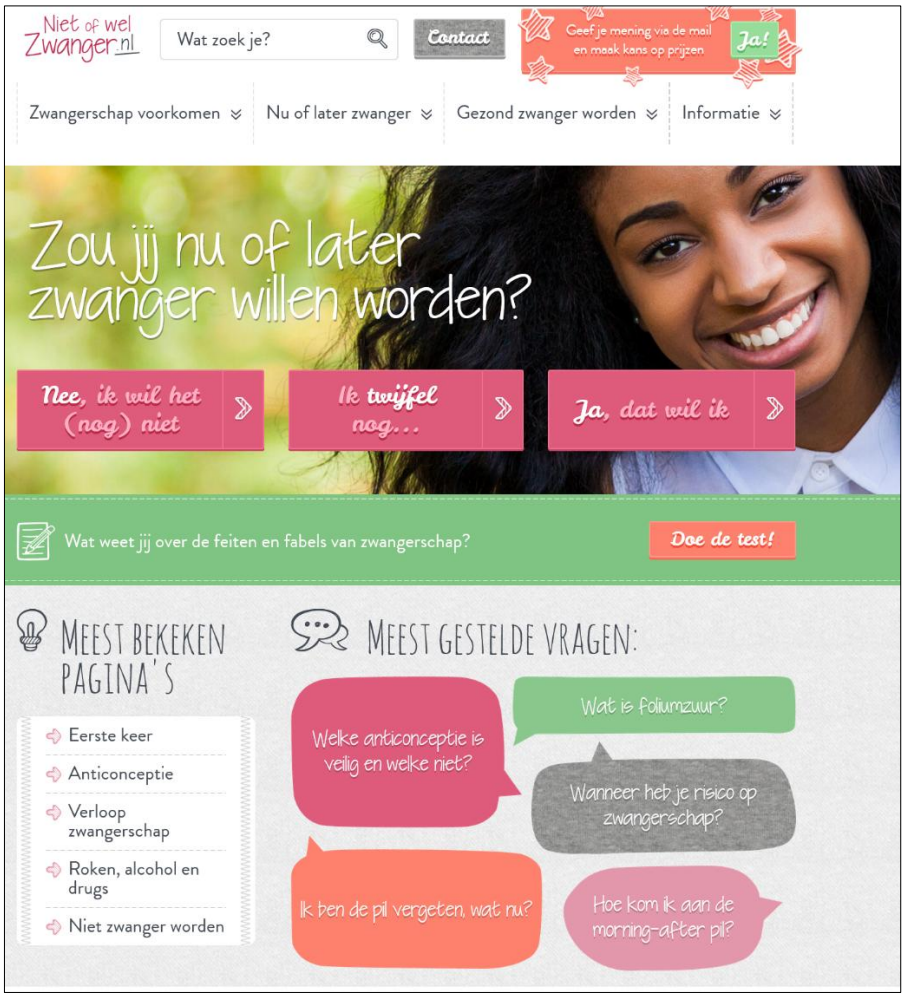
Preconceptiezorg is echter relevant voor iedereen: zo'n 80% van alle wensouders heeft minstens één risicofactor, zonder dat men zich daarvan bewust is. Daarom moeten we normaliseren dat beide ouders zich actief voorbereiden op een zwangerschap.
Het gaat uiteindelijk om optimalisatie op het terrein van bewustwording, risicomanagement en ondersteuning bij zaken die niet aanpasbaar zijn, zodat elk kind een optimale kans heeft op een goede start.

HOE BEREIK JE SCHOLIEREN MET INFORMATIE OVER GEZOND ZWANGER WORDEN?

Hilde van Keulen, onderzoeker, TNO

hilde.vankeulen@tno.nl

De onderwijssetting is een kans om grote aantallen jongeren en jongvolwassenen te bereiken. Het MBO bijvoorbeeld telde in het studiejaar 24/25 476.000 studenten. Helaas zijn er echter nog nauwelijks erkende interventies voor het onderwijs. Daarom hebben we samen met diverse partners het lesprogramma 'Niet of wel zwanger' ontwikkeld voor het MBO. Het omvat minimaal vier lessen over de thema's soa's, anticonceptie, gezond zwanger worden en ouderschap. De lessen worden gegeven door een getrainde verloskundige volgens de centering-methodiek; met spelvormen die discussie en sociale steun stimuleren. De verloskundige wordt voorbereid met een e-learning, een training en een leskoffer met een handleiding en materialen. De website ondersteunt het lesprogramma met informatie, advies op maat, een quiz en ervaringsverhalen bij de vier lesthema's. De site wordt tijdens de les ingezet.



We hebben in onderzoekssettings de lessen zowel laten geven door een getrainde verloskundige, als door getrainde MBO-docenten en GGD-professionals (van de laatste helaas te weinig data) en vervolgens de effecten en tevredenheid onderzocht. Van de deelnemende studenten heeft driekwart een kinderwens. De studenten zijn na afloop van het lesprogramma beter geïnformeerd over gezond zwanger worden; meer kennis, een hogere eigen-effectiviteit, een positievere intentie en beter geïnformeerde keuzes. Zij geven het lesprogramma gemiddeld een 7,1 en de uitvoerders een 7,4. Ze vinden de sfeer veilig, voelen zich serieus genomen, vinden de lessen plezierig en de uitvoerder geloofwaardig. Ook de MBO-docenten en GGD-uitvoerders zijn positief.



We concluderen dat het lesprogramma een goede manier is om MBO-studenten tijdig te informeren over gezond zwanger worden. Aangezien de positieve effecten echter alleen optraden als de lessen door een verloskundige worden verzorgd, is onze aanbeveling om de lessen alleen door hen te laten verzorgen.

In 2024 is dit lesprogramma erkend door RIVM-loket Gezond Leven, opgenomen in de interventiedatabase en ingebed in de gezonde school website. Het lesprogramma zou doorontwikkeld kunnen worden voor andere onderwijsvormen: vooral bovenbouw VO / VSO, maar wellicht ook HBO en WO.

We zijn momenteel binnen het project Gezond Zwanger Worden bezig met de doorontwikkeling van de website tot een AI-gedreven platform voor alle jongeren van 16 tot en met 25.

Landelijke opschaling en verspreiding van het lesprogramma is een logische vervolgstap. Daarvoor zijn structurele financiering en een permanente eigenaar nodig. TNO is een onderzoekorganisatie en daarom niet goed in eigenaarschap van dit soort programma's. Voorlopig is de Centering Zorg de eigenaar, maar we zouden het eigenaarschap graag samen met GGD GHOR willen oppakken.

Links:

- Nietofwelzwanger website voor MBO-studenten → https://nietofwelzwanger.nl/
- Filmpje → Filmpje: Niet of Wel Zwanger - TNO (youtube.com)
- Interventiedatabase RIVM
- Gezonde School website → Gezonde School-activiteiten voor het mbo | Gezonde School
- Factsheet met resultaten → Onderzoek naar Nietofwelzwanger lesprogramma
- Ingebed in toolbox → Preventie-Onbedoelde-Zwangerschap-04-2025(1).pdf

Vraag van Annemarie Mulders: heb je kunnen achterhalen waarom het onderwijs beter scoort indien gegeven door de verloskundige dan door de reguliere docent? **Antwoord Hilde:** studenten vinden het leuk om de lessen van de verloskundige te krijgen. Die vinden ze inhoudelijk beter op de hoogte en het voelt veiliger om hen vragen te stellen dan aan de eigen docent. We hebben ook geëxperimenteerd met een afzonderlijk vragenuur met de verloskundige. Daarvan werd goed gebruik gemaakt. De verloskundige wordt blijkbaar gezien als een expert en een betrouwbaar, onafhankelijk persoon.

PRECONCEPTIONELE GENEESMIDDELENINFORMATIE

Veronique Maas, onderzoeker / verloskundige, Lareb

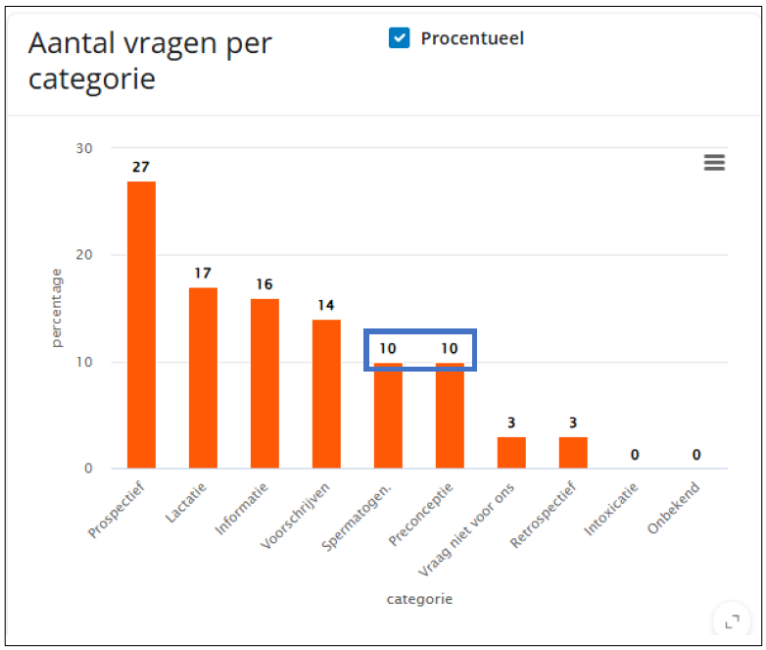
v.maas@lareb.nl

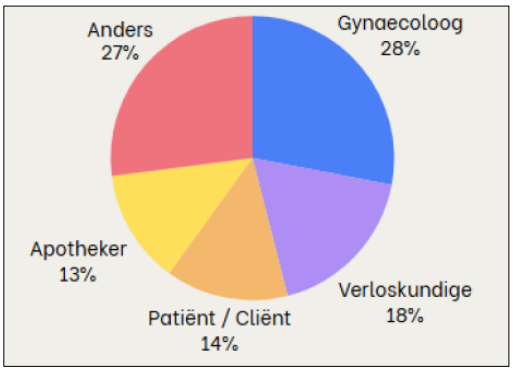
Bijwerkingencentrum Lareb is het kenniscentrum op het gebied van medicijnen rondom de zwangerschap en de opvolger van het Teratologie Informatie Service (TIS) dat was ondergebracht bij het RIVM.
We verspreiden informatie vanuit een kennisbank. Die bevat informatie over het gebruik van een 1.100 geneesmiddelen rondom de zwangerschap en meer dan 560 kennispagina's. Het trok in 2025 1,4 miljoen bezoekers.
We hebben ook een speciale kinderwens-pagina, gericht op zowel de vrouw als de man.





De helpdesk krijgt ongeveer 500 vragen per jaar. Zo'n 20% daarvan betreft vragen over spermatogenese en preconceptie, waaronder veel vragen van fertiliteitsartsen i.v.m. het medicijngebruik van mannelijke patiënten.
De helpdesk krijgt steeds meer vragen van mannen over het effect van geneesmiddelen op de kwaliteit van sperma.





Onze MediMama app is gericht op het gebruik van zelfzorgmiddelen tijdens de zwangerschap of de borstvoeding, onderverdeel in medicijngroepen, bijvoorbeeld pijnstillers en maagzuurremmers. De app is in 2024 gelanceerd en wordt op allerlei manieren gepromoot, bijvoorbeeld op de negenmaandenbeurs. Er waren meer dan 38.000 downloads in de eerste twee jaar en ongeveer 500 gebruikers per dag.

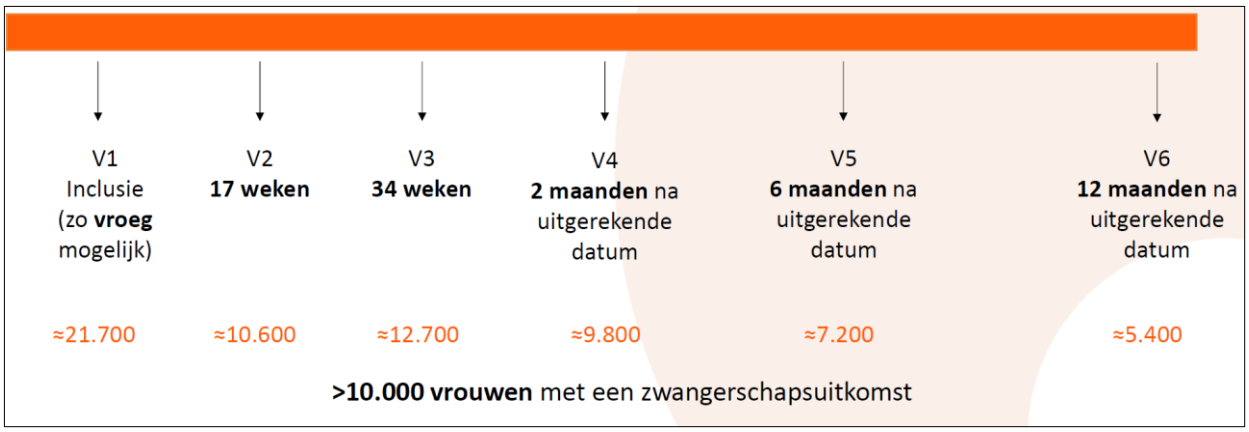


We worstelen nog met de vraag hoe en waar we informatie over preconceptiezorg kunnen aanbieden: in de app? de kennisbank?

Voor ons onderzoek benutten we een cohort van 21.000 vrouwen die, toen ze zwanger waren, een vragenlijst hebben ingevuld. We vragen o.a. naar het verloop van de zwangerschap, demografische factoren en geneesmiddelgebruik (toedieningsvorm, duur van het gebruik, (dosis)wijzigingen bij een kinderwens). Het cohort bevat inmiddels meer dan 10.000 vrouwen met een zwangerschapsuitkomst

We weten daardoor bijvoorbeeld dat bij veel vrouwen de schildkliermedicatie niet goed wordt opgehoogd in de zwangerschap. Ook zien we dat slechts 64% van de deelnemers preconceptioneel start met foliumzuur.

Het voornemen is om het gebruik van ADHD-medicatie, vruchtbaarheidsmedicatie, foliumzuur en tongriempjes nader te gaan onderzoeken.



Vraag van Thessa Vinkenvleugel: hoe werven jullie deelnemers voor het cohort?
Antwoord Veronique: via veel verschillende kanalen, waaronder sociale media, het EPD van de verloskundig en de vaccinatielocaties (via de gezondheidsverklaring).

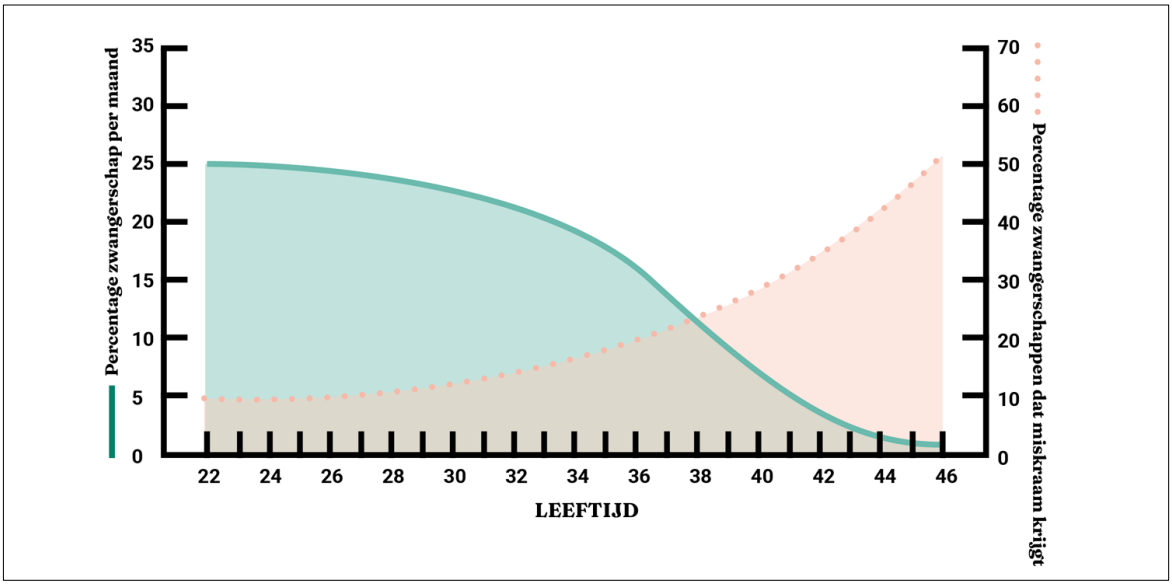
Vraag Lieke De Jong: bedoel je met vruchtbaarheidsmedicatie de vruchtbaarheidsbehandelingen bij IVF?
Antwoord Veronique: inderdaad; we zien een hoog percentage mensen die zwanger zijn geworden na een medische behandeling en medicijnen. We zouden graag onderzoeken hoe de zwangerschapsuitkomsten van deze groep zich verhouden tot die van zwangerschappen zonder voorafgaande medische behandeling.

ONVRUCHTBAARHEID EN PRECONCEPTIEZORG

Odine Aandewiel, fertiliteitsarts, Stichting Vruchtbaarheid

info @stichtingvruchtbaarheid.nl

Men overschat zowel de natuurlijke kans op zwangerschap, als de kans daarop na een vruchtbaarheidsbehandeling. Bij vrouwen van 22 jaar is de kans op zwangerschap 25% per maand en bij vrouwen van 40 nog maar 5% per maand, terwijl de gemiddelde leeftijd waarop vrouwen hun eerste kindje krijgen nog steeds toeneemt.



Uit 'fertility awareness' onderzoek blijkt dat men zich onvoldoende bewust is van de gevolgen daarvan, zoals: vruchtbaarheidsbehandelingen, lagere gezondheidsuitkomsten van moeder en kind, geboortedefecten, minder kinderen dan gewenst, spijt van het uitstellen van de kinderwens en psychische problematiek.
De vereniging voor patiënten met vruchtbaarheidsbehandelingen Freya heeft aangetoond dat ruim 80% de behandeling een zwaar traject vindt en 39% psychologische hulp zoekt. Een zwangerschap op een leeftijd van 35 jaar of ouder geeft een grotere kans op een kindje met chromosoomafwijkingen, hoge bloeddruk, zwangerschaps-vergiftiging, diabetes en complicaties tijdens de bevalling. Vanaf 40 jaar neemt de kans op een stilgeboren kindje toe.

Onze doelgroep is gelijk aan die van preconceptie, namelijk iedereen in de vruchtbare leeftijd.
Leeftijd en familieanamnese (bijvoorbeeld: moeder met een vroege overgang) zijn in beide gevallen relevant. Voorlichting over factoren die de kans op een zwangerschap beïnvloeden (bijvoorbeeld onregelmatige cycli) en over vruchtbaarheid is erg belangrijk. Het helpt als de patiënt/cliënt zelf tijdig aan de bel trekt, wat een haakje kan zijn voor preconceptiezorg. Ons doel als fertiliteitsartsen en van onze stichting is om vruchtbaarheidsproblemen te voorkomen door kennis over vruchtbaarheid te vergroten en meer bewustwording, zowel onder cliënten/patiënten, als huisartsen en verloskundigen.

Vraag van Lieke De Jong: geven jullie ook aandacht aan obesitas als factor bij onvruchtbaarheid? In de leeftijd van 21 tot 25 jaar heeft al 38% van de mensen overgewicht. **Antwoord Odine:** jazeker; het effect van overgewicht op zowel de cyclus van de vrouw als de spermakwaliteit van de man is bij veel mensen niet bekend voor ze bij ons in de spreekkamer belanden. Daarom willen we de man er ook graag bij betrekken. **Lieke concludeert:** als huisartsen en vruchtbaarheidsartsen zouden we op dit terrein meer moeten samenwerken.

PRECONCEPTIE DRAGERSCHAPSSCREENING

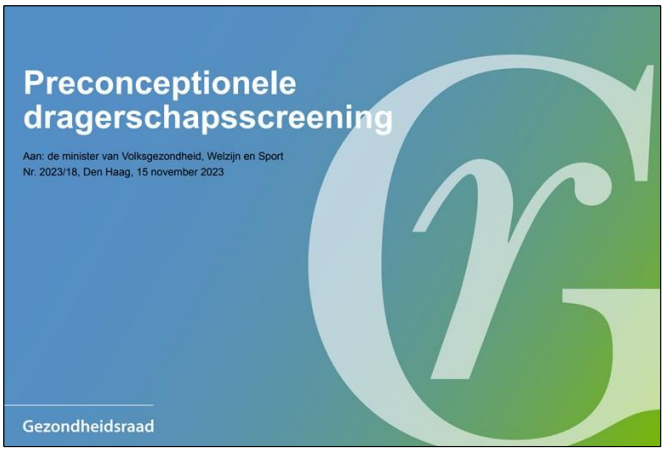
Lidewij Henneman, hoogleraar Patiëntenperspectief Genetica, Amsterdam UMC

namens de Werkgroep Preconceptie Dragerschapsscreening van VKGN en VKGL

Allereerst: het gebeurt helaas nog te vaak dat mensen met een genetisch risico, vanwege een aandoening of ziekte in de familie, pas tijdens de zwangerschap vanuit de eerste lijn worden doorverwezen naar de klinische genetica voor counseling over erfelijkheid.

Preconceptie dragerschapsscreening betreft het identificeren van paren met een sterk verhoogde kans van 25% op een kind met een autosomale of X-gebonden recessieve aandoening in elke zwangerschap. Voor de meeste paren geldt dat zij geen belaste familieanamnese hebben. Dragerschapsscreening vergroot de reproductieve autonomie van dragerparen en biedt tijdige keuzeopties, zoals embryoselectie of prenatale diagnostiek. Men is dan tijdig geïnformeerd, maar het zijn uiteraard lastige keuzes. Alle individuele keuzes tezamen kunnen leiden tot een vermindering van de perinatale morbiditeit en mortaliteit.

In 2020 is er al een richtlijn ontwikkeld voor dragerschapsonderzoek onder de volgende hoogrisicogroepen:

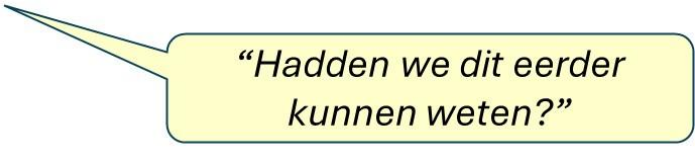


- Mensen (met voorouders) uit (vroegere) malaria-gebieden: verhoogde kans op dragerschap van hemoglobinopathieën (sikkelcelziekte en thalassemie)
- Ashkenazische Joden: verhoogd kans op een aantal specifieke ziekten.
- Genetisch geïsoleerde gemeenschappen, zoals de Volendamse bevolking (aldaar een speciaal kinderwens-spreekuur).
- Paren met bloedverwantschap (consanguiniteit), zoals een neef-nicht relatie. Voor hen is een genenpanel beschikbaar gericht op ruim 2.000 zeer zeldzame aandoeningen. Circa 20% van de consanguine koppels is dragerpaar. Zij kunnen vervolgens gebruik maken van verschillende reproductieve opties om hun kinderwens te vervullen zoals embryoselectie, prenatale diagnostiek, of afzien van (meer) kinderen.

Zoals Renate aangaf is het belangrijk dat professionals naar ‘een haakje’ zoeken. We zien echter dat veel zorgverleners nog niet bekend zijn met deze richtlijn en met deze genetische testen. Voor deze hoogrisicogroepen worden de testen vergoed, maar de test zelf en verwijzing naar een klinisch genetisch centrum gaan ten koste van het eigen risico, dus dat kan wel een drempel vormen.

Naast deze hoogrisicogroepen geldt echter dat iedereen drager is van één tot wel zeven aandoeningen.
En circa één op de 100 paren is een dragerkoppel. Ook zonder dat het in de familie voorkomt kan je dragerkoppel zijn, omdat dragerschap geen klachten geeft. Er bestaan meer dan 2.000 recessieve ziekten (van mild tot ernstig): individueel zeldzaam, maar gezamenlijk komen ze vaak voor.

De meeste ouders worden onverwacht geconfronteerd met een aandoening bij hun kind, bijvoorbeeld na de neonatale hielprikscreening, terwijl ze dat met een dragerschapstest al voor de zwangerschap hadden kunnen weten. Dragerschapsscreening richt zich daarom juist op mensen zonder een bekend genetisch risico in de familie.



De Gezondheidsraad pleit voor een pilotonderzoek om te kijken of preconceptionele dragerschapsscreening aan de gehele bevolking kan worden aangeboden. Daarbij spelen allerlei vragen, die momenteel worden verkend: Moet je mensen er actief op attenderen of alleen aanbieden als men er om vraagt? Waar en door wie moet het aanbod plaatsvinden: de verloskundige? de huisarts? welke aandoeningen opnemen in het panel?

Vraag van Cor Oosterwijk: wanneer denk je dat die vragen beantwoord zijn? Persoonlijk vind ik dit namelijk ontzettend belangrijk en hoop dat het snel wordt opgepakt. **Antwoord Lidewij:** in april organiseert VWS de laatste van drie expertsessies. Daarna zal het ministerie moeten beslissen of men een pilot kan/wil financieren. Daarnaast is het van belang dat er voldoende draagvlak is onder de beroepsgroepen, zoals de KNOV en de huisartsen. In ieder geval wil ik nu vooral ook aandacht vragen voor bredere implementatie van de richtlijn voor de hoogrisicogroepen.

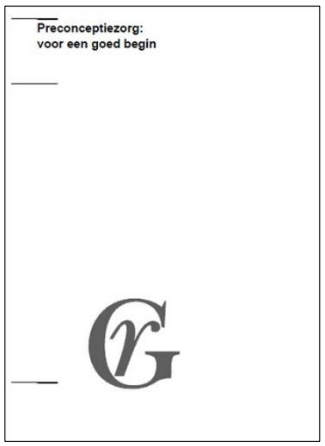
Renate de Bie: in de chat vraagt men naar de kosten van dragerschapsscreening. **Antwoord Lidewij:** de test voor hemoglobinopathieën kan via de huisarts worden aangevraagd en kost ongeveer € 40. Voor de overige hoogrisicogroepen gaat testen (vanwege de specialistische counseling/doorverwijzing) ten koste van het eigen risico. Testen op een breed genpanel voor de algemene bevolking zal naar verwachting honderden euro's per test kosten. Net zoals bij de NIPT is het waarschijnlijk dat een hoger volume leidt tot lagere kosten.

Er is via de klinische genetica Amsterdam al enkele jaren een brede dragerschapstest voor 50 ziekten beschikbaar voor € 950 euro per koppel (eigen betaling, inclusief counseling). Binnenkort wordt dit uitgebreid naar 96 genen (maar wel voor een hogere prijs). Dat is vrij duur voor een landelijke screening, en voor een landelijke uitrol is de setting (namelijk medisch specialisten) niet logisch. Via de eerste lijn is dan logischer.

GEZOND ZWANGER WORDEN MET ZWANGERWIJZER

Elsbeth van Vliet – Lachotzki, projectleider Erasmus MC

e.vanvliet-lachotzki@erasmusmc.nl



Een korte terugblik op wat vooraf ging: in 2007 het preconceptiezorg advies van de Gezondheidsraad; in 2011 de NHG-standaard; de PIL in 2018. Vervolgens werd in 2021 de pledge preconceptionele gezondheid ondertekend door ruim 17 veldpartijen: "de vrijblijvendheid voorbij en een verantwoordelijkheid voor ons allemaal".

Zwangerwijzer dateert van het begin van deze eeuw en is gebaseerd op de uitkomsten van studies met gevalideerde vragenlijsten door het Radboudumc en LUMC / TNO. Het is als digitaal instrument ontwikkeld door het Erfocentrum en het Erasmus MC en later doorontwikkeld in samenwerking met de VU. In 2004 werd de website gelanceerd door voormalig minister Els Borst tijdens het door de VSOP georganiseerde Bilderbergcongres 'Preconceptiezorg voor een goed begin'. Gedurende 20 jaar trok de site ruim 1,2 miljoen bezoekers en vervolgens in 2024 en 2025, mede vanwege Kansrijke Start, ruim 100.000.

Zwangerwijzer (nu beheerd door Erasmus MC en Perined) biedt een brede, gevalideerde risicoscreening op zeven domeinen en informatie op maat. Tevens een uitgebreide pagina voor professionals. Een samenvatting van de antwoorden (te downloaden/printen) biedt hen een handige tool ter voorbereiding op een consult. Schriftelijke versies van de vragenlijst zijn beschikbaar in meerdere talen.



In de eerder besproken beslisboom is Zwangerwijzer de handelingsoptie bij het onderdeel actuele kinderwens. De medische inhoud wordt ontwikkeld samen met een multidisciplinaire redactieraad. Daarnaast wordt er samengewerkt met externe experts en diverse organisaties (Moeders Van Morgen, KNMP, KNMT, Trimbos, Stille Levens, Stichting Hellp, Care4Neo en Stichting Vruchtbaarheid). Zwangerwijzer zet regelmatig gebruikers-onderzoeken uit i.s.m. het Amsterdam UMC. Beschikbare data kunnen worden gebruikt voor monitoring van de preconceptionele gezondheid. Binnenkort start een RIVM een project waarin de preconceptie-gegevens van Zwangerwijzer worden geanalyseerd op basis van beschikbare indicatoren.

Tot slot wil ook ik het belang van samenwerking en borging benadrukken. Zorg redt levens, preventie generaties!

PRECONCEPTIONELE GEZONDHEID BINNEN ZWANGERSCHAP EN GEBOORTE I, II EN III

Nina Meels, programmamanager ZonMw

meels@zonmw.nl

Mij is gevraagd om een overzicht te geven van afgeronde, lopende en toekomstige projecten op dit thema.
Het betreft sinds 2011 34 projecten binnen acht programma's die direct of indirect linken aan preconceptiezorg.
Vanuit Zwangerschap en Geboorte werden bijvoorbeeld Slimmer Zwanger en Niet of wel Zwanger gefinancierd.

34 projecten verspreid over 8 ZonMw-programma's sinds 2011

Programma	Periode	Projecten
Zwangerschap en geboorte I	2011–2015	10
Zwangerschap en geboorte II	2017–2024	9
Zwangerschap en geboorte III	2024–2030	3
Kaderprogramma Passende Zorg	2024–2028	1
Ethiek en Gezondheid	2006–2028	5
Onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap	2019–2028	4
Preventie programma 4	2009–2014	1
KIC / NWO	2022–2028	1
Totaal	**2006–2028**	**34**

Zwangerschap & Geboorte I (2011–2015)

SUBSIDIERONDE PRECONCEPTIEZORG

Project	Organisatie	Status	Resultaat
Slimmer Zwanger	Erasmus MC	Afgerond	85% deelname, RIVM bewezen effectief
Effectieve PCZ lage gezondheidsvaardigheden	Amsterdam UMC	Afgerond	HP4All, 72 interviews, communicatietraining
APROPOS-I (pilot Zeist)	UMC Utrecht	Afgerond	Minder alcohol, eerder foliumzuur
POM dragerschaponderzoek	Amsterdam UMC	Afgerond	4 screeningsinitiatieven, ethische analyse
Preconceptie Indicatielijst (PIL)	CPZ	In gebruik	Multidisciplinair handvat, in Zorgstandaard
Ethische kwesties PCZ	Erasmus MC	Afgerond	Ethisch kader nudging, e-health
NietofWelZwanger	TNO	Afgerond	ROC-lessen, gepersonaliseerde website

VIMP-PROJECTEN

Project	Organisatie	Status	Resultaat
Samen sterker digitaal platform	Erasmus MC	Afgerond	ZwangerWijzer, meertalig
VIMP POM	Amsterdam UMC	Afgerond	benikdrager.nl, voorlichtingsmateriaal
12 maanden zwanger campagne	TNO	Afgerond	Websitebezoek 4x via social media

Zwangerschap & Geboorte II (2017–2023)

Opschaling: 9 projecten vertaalden bewezen interventies naar de praktijk

Project	Organisatie	Status	Resultaat
APROPOS-II / Woke Women	Erasmus MC	Afgerond	Social marketing, PIL geïntegreerd
Sneller Zwanger loyaliteitsprogramma	Erasmus MC	Afgerond	300+ vrouwen, v2.0, podcast
Don't forget about the father	Erasmus MC	Lopend (85%)	Vaderrol geboortecomplicaties
Generation R Next	Erasmus MC	Afgerond	Leefstijl en stress preconceptieperiode
Obstetric conditions & cardiovascular health	Amsterdam UMC	Afgerond	Zwangerschapscomplicaties en CV-risico etnische groepen
Centering Pregnancy / Tupperware	TNO	Afgerond	Sociaal netwerk, groepssessies
Keuzehulp erfelijke aandoeningen	Maastricht UMC+	Afgerond	Online tool PGD/donorcellen/adoptie
NWZ implementatie breder	TNO	Afgerond	Train-de-trainer, mbo-opschaling
Evaluatie Nu Niet Zwanger	GGD	Afgerond	Bewuste keuzes kinderwens, begeleiding (543003108)

Zwangerschap en Geboorte III loopt van 2024 tot en met 2030. In januari zijn de eerste projecten toegekend, waarvan de volgende drie op het thema preconceptiezorg:

- Hart voor Preconceptie: betreft een onderzoek in zes huisartsenpraktijken om die aansluiting beter te maken.
- Van twijfel naar de toekomst: gericht op landelijke implementatie van de Keuzehulp Erfelijkheid en Kinderwens.
- Lokale implementatie van het programma Gezonde Start.

Zwangerschap & Geboorte III (2024–2030)

Nieuwe ronde: 3 gehonoreerde projecten starten in 2026

Hard(t) voor preconceptie
Actieonderzoek in 6 huisartsenpraktijken in Rotterdam-Rijnmond en Leiden-Den Haag. Bouwt voort op Passende Zorg-project.
36 maanden · Erasmus MC

Van twijfel naar toekomst
Landelijke implementatie keuzehulp Erfelijkheid en Kinderwens via erfelijkheid.nl. Meertalig beschikbaar maken.
24 maanden · Maastricht University

Lokale implementatie Gezonde Start
Rookvrij, alcoholvrij, mentaal gezond in 2 Kansrijke Start-coalities (Fryslân, Vijfheerenlanden).
36 maanden · Trimbos-instituut

Naast de programma's Zwangerschap en Geboorte werd een tiental aanvragen op het terrein van preconceptie gehonoreerd vanuit andere programma's: Ethiek en Gezondheid; Onbedoelde Zwangerschap en Kwetsbaar Jong Ouderschap en overige, waaronder het Preventieprogramma:

KADERPROGRAMMA PASSENDE ZORG (2024–2028)

Project	Status	Resultaat
Hard(t) voor een Goede Start	Lopend	CFIR-model, preconceptiezorg in huisartsenpraktijk

ETHIEK EN GEZONDHEID (2006–2028)

Project	Status	Resultaat
Carrier screening NL	Afgerond	Breed draagvlak, naar Tweede Kamer 2022
Langetermijnveiligheid PGD	Afgerond	439 zwangerschappen, veilig bevonden
Vervolgonderzoek PGD 5 en 8 jaar	Afgerond	Normale ontwikkeling
Synthetische embryo's ethiek	Afgerond	Ethische reflectie stamcellen
Evaluatie Wdkb	Afgerond	Recht identiteitskennis vanaf 16 jaar

ONBEDOELDE ZWANGERSCHAP EN KWETSBAAR (JONG) OUDERSCHAP (2019–2028)

Project	Status	Resultaat
Shkorey	Afgerond	Game-app Tigrinya, Eritrese jongeren
DOEN Groningen	Afgerond	Wegwijzer Kinderwens, interprofessioneel
Integraal zorgnetwerk Rotterdam	Afgerond	4 werkpakketten, eerste 1000 dagen
Preventie Onbedoelde Zwangerschap Hollands Midden	Afgerond	Lokale samenwerking VSO/MBO, Gemeente Leiden

PREVENTIE PROGRAMMA 4 (2009–2014)

Project	Status	Resultaat
Foliumzuursuppletie effecten	Afgerond	RCT hoge vs standaard dosering

KIC / NWO (2022–2028)

Project	Status	Resultaat
Slimme GezinsBuddy	Lopend	Digitaal platform kwetsbare gezinnen, €3,5M

INTERNATIONALE STUDIE NAAR PRECONCEPTIE-INDICATOREN

Annemarie Mulders, gynaecoloog / onderzoeker Erasmus MC

a.mulders@erasmusmc.nl

Ik ben namens Nederland betrokken bij een wereldwijd onderzoek om preconceptie-indicatoren te ontwikkelen.

>90 members from 26 countries across all six World Health Organization (WHO) regions

WHO regions:

African region
- South Africa
- Ghana
- Burkina Faso
- Ethiopia

Region of the Americas
- Canada
- USA
- Brazil

South-East Asia Region
- Bangladesh
- India
- Nepal

Western Pacific Region
- Australia
- New Zealand
- Singapore
- Japan

Eastern Mediterranean Region
- Qatar
- Pakistan
- Morocco
- Egypt

European Region
- Belgium
- Denmark
- Sweden
- Netherlands
- UK: England, Scotland, Wales, Northern Ireland

Gevalideerde indicatoren zijn nodig om te kunnen meten, valideren, implementeren en verbeteren.
Het onderzoek, op basis van vragenlijsten, wordt geleid vanuit het UK Preconception Partnership door Daniëlle Schoenmaker en Judith Stevenson. Een instructiefilmpje biedt informatie over het invullen van de vragenlijst.

Voor de wereldwijde implementatie van preconceptiezorg zijn indicatoren nodig die zowel in rijke landen als in lage en middle-income countries bruikbaar zijn.

Individual-level indicators e.g. folic acid supplement use

System-level indicators e.g. mandatory fortification of staple foods with folic acid

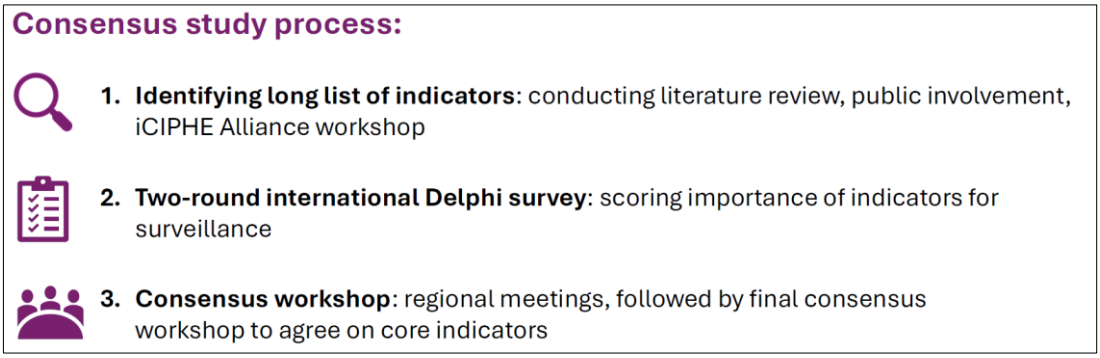
Medical factors e.g. mental health condition, access to preconception care

Behavioural factors e.g. nutrition, smoking

Social factors e.g. abuse and violence, support network

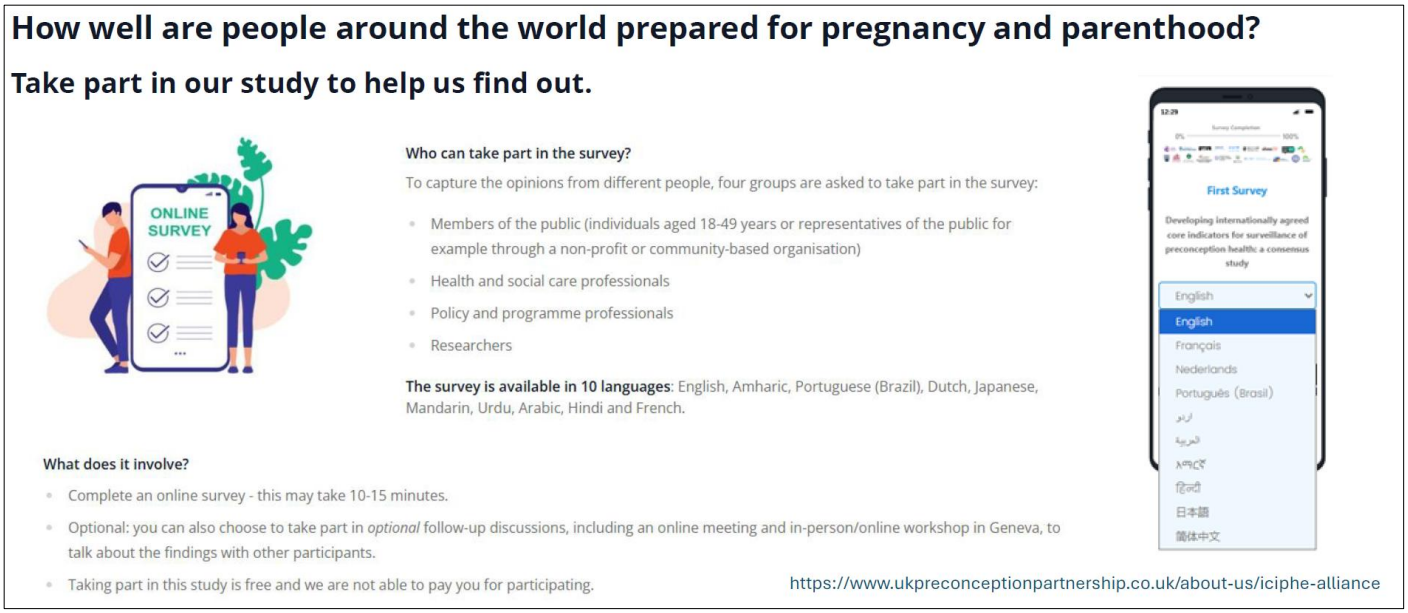
Wider determinants of health e.g. education, housing, poverty





We richten ons op (medisch) professionals, verloskundigen, huisartsen, medewerkers in het sociale domein, beleidsmedewerkers, etc. Ook op de primaire doelgroep van preconceptiezorg: mensen in de reproductieve leeftijd. Er is specifieke wervingsinformatie voor beide doelgroepen.

Bij deze roep ik iedereen graag op om de vragenlijst in te vullen en te verspreiden!
(Zie de QR-code hieronder. Invullen kan tot 22 mei.)





EEN PLATFORMFUNCTIE VOOR PRECONCEPTIEZORG NEDERLAND?

Cor Oosterwijk, Preconceptiezorg Nederland & Preparing for Life

c.oosterwijk@ziggo.nl



Al in de vorige eeuw lanceerde de VSOP een SIRE-campagne gericht op preconceptiezorg, met name de genetische aspecten. Nadat het brede publiek aldus was aangesproken, werd in 2004 ook een beroep gedaan op de beroepsgroepen tijdens de eerder genoemde Bilderbergconferentie 'Preconceptiezorg voor ouders van straks'. Die was met name bedoeld om te zorgen voor consensus over een gemeenschappelijke aanpak.

Op verzoek van VWS als financier destilleerden prof. Leo ten Kate en ik een tiental aanbevelingen uit het verslag van deze conferentie, waaronder het voorstel de Gezondheidsraad te benaderen voor een advies. Dit verscheen dan ook drie jaar later onder de titel: 'Preconceptiezorg voor een goed begin'.

Rond die tijd hebben we de Stichting Preconceptiezorg Nederland opgericht, waarin alle betrokken beroepsgroepen en GGD-Nederland participeerden om preconceptiezorg in Nederland verder te brengen.

In samenwerking met de Gezondheidsraad startten we tevens een initiatief om preconceptiezorg wereldwijd te bevorderen: het Preparing for Life Initiative.

Met een aantal bevlogen mensen uit Nederland en daarbuiten slaagden we erin het onderwerp in 2012 bij de WHO in Geneve te agenderen met een *'Expertmeeting to develop global consensus on preconception care to reduced maternal en child Mobility and morbidity.*' Dit resulteerde in door de WHO gepubliceerd aanbevelingen die nog steeds actueel zijn en geciteerd worden in recente publicaties. Preparing for Life had nauwelijks middelen en was nog geen rechtspersoon, maar dit laat zien dat om iets te bereiken, vooral mensen nodig zijn met passie voor preconceptiezorg en passie voor het welzijn van toekomstige generaties.

Een andere uitkomst van deze expertmeeting was het besluit om in de diverse WHO-regio's implementatie-meetings te organiseren. De WHO organiseerde die bijvoorbeeld in Oman en Preparing for life (inmiddels rechtspersoon) in 2019 in Den Haag, met als hoofdthema het bereiken van de doelgroep.

De laatste jaren waren zowel Preconceptiezorg Nederland als Preparing for Life minder actief. Preconceptiezorg Nederland omdat andere partijen inmiddels veel goeds verrichtten op het terrein van preconceptiezorg; bij Preparing for Life was het gebrek aan menskracht en middelen gaan knellen.
Maar deze stichtingen kunnen opnieuw van meerwaarde zijn; als platform voor uitwisseling en samenwerking, voor het faciliteren van ambassadeurschap en het stimuleren van beleid en implementatie.

Mocht je suggesties hebben of je hiervoor willen inzetten, neem dan gerust contact op!

DISCUSSIE

Renate de Bie: met Kansrijke Start en het project Gezond Zwanger is er veel in beweging gezet. Tegelijkertijd gaan veel plekken verdwijnen waar we elkaar nu kunnen vinden, terwijl de bijeenkomst van vandaag aantoont dat er veel behoefte is aan uitwisseling en aan netwerken, met een focus op preconceptie.

Aan urgentie en bewustwording is er de laatste jaren in onderzoek en beleid veel aandacht besteed, wat nu kan gaan resulteren in handelingsopties op het terrein van publiek collectief voorlichten. De zorgkant, waaronder het preconceptieconsult, blijft een belangrijk aandachtpunt: veel mensen hebben geen weet van het bestaan ervan. We zullen inderdaad moeten normaliseren zoals ook Sharissa zei.



Governance

Renate de Bie: de bijeenkomst van vandaag betrof nog maar een greep uit wat er te vertellen en te updaten valt. We willen daarom voorstellen om dit vaker te doen, waaronder ook een jaarlijkse fysieke bijeenkomst. Ambassadeurschap, gezamenlijke strategie, samenhang in onderzoek en monitoring zijn dan bijvoorbeeld thema's om nader uit te werken. We nodigen jullie graag uit om mee te denken hoe we dit kunnen inrichten en het preconceptie-netwerk kunnen versterken. Hoe brengen we alles wat er loopt slim bij elkaar?

Annemarie Mulders: ik werk al wat langer als gynaecoloog in het veld van de medisch-specialistische preconceptiezorg en ook ik loop in de praktijk vast vanwege het verdwijnen van de vaste Nederlandse bakens voor de implementatie van preconceptiezorg/gezondheid. Het gaat in Nederland niet snel genoeg. Met name in het Verenigd Koninkrijk is er veel meer inzicht in de preconceptiegezondheid van de bevolking en ook meer zicht op de samenwerking in het onderzoeksveld. Het Engelse netwerk is vooral een wetenschappelijk netwerk; sterk met elkaar verbonden omdat er een gemeenschappelijke basis is van data vanuit publieke gezondheidscampagnes.
De Nederlandse data zijn vooral afkomstig van Zwangerwijzer en ook in Nederland zouden gemeenschappelijke data het uitgangspunt moeten vormen.

Ik heb me bij dit UK Partnership aangesloten en hoop dat we het concept ook in Nederland kunnen toepassen. Anderzijds is men in de UK onder de indruk van wat er in Nederland al in de praktijk al gebeurt.

Lieke De Jong: in de UK is preconceptiezorg, meer dan in Nederland, ingebed in vrouwengezondheid. Men hanteert daar een uitgebreid document over vrouwengezondheid, waarin preconceptiezorg nadrukkelijk aan bod komt.

Annemarie Mulders: daarnaast kan preconceptiezorg goed aansluiten op het bredere thema reproductieve gezondheid als continuüm; de keuzes die je daarin kunt maken en hoe je jongeren daarop kunt voorbereiden.

Pam de Vos: ik zie vooral kansen bij de GGD's die volgens mijn staan te popelen om aan de slag te gaan met de uitkomsten van de drie lopende pilots. De landelijke governance is onduidelijk, maar lokaal en regionaal zijn er veel kansen om het medische en het sociale domein te verbinden. Dat kan ook inzichten opleveren voor landelijk beleid.

Lieke De Jong: ook lokaal en regionaal is er volgens mij behoefte aan een landelijk gremium om bij aan te kunnen kloppen. Ik onderschrijf van harte dat zo'n gremium nodig is: niet alleen Renate wil kunnen sparren binnen een structuur waar we elkaar kunnen vinden.

Sharissa Smith: preconceptiezorg kan je linken aan de gezondheid van zowel man als vrouw. Het is heel breed, dus ik begrijp de behoefte aan overzicht en aan governance specifiek voor preconceptie. Wellicht kan aan de - op sociale aspecten gerichte - bijzondere leerstoel Kinderwensverkenning van Helmar Bijma een promovendus gekoppeld worden die op dat terrein voor overzicht zorgt. De huidige gelden voor preconceptiezorg kunnen mijns inziens efficiënter worden besteed.

Hilde van Keulen: met het oog op landelijke borging proberen we als TNO altijd met iedere logische implementatie-eigenaar samen te werken. Maar er is geen nationale eigenaar om op het thema preconceptie - zowel preventie als zorg - samen te werken, het te borgen, vooruit te brengen en verantwoordelijkheid te dragen voor landelijke communicatie. De subsidie van VWS aan GGD GHOR is maar voor twee jaar. Een logische eigenaar zou structureel verantwoordelijkheid moeten krijgen voor continuïteit en landelijke regie.

Sociaal domein

Marc Roosenboom: preconceptiezorg is erg breed: zowel erfelijkheidsvoorlichting als gezond zwanger worden. Vandaag veel aandacht voor genetica, maar de sociale kant, zoals de gezinsbuddy, is nogal ondergesneeuwd. Een grote groep mensen in Nederland houdt zich vooral bezig met de sociale kant. De framing is erg belangrijk.

Renate de Bie: er hadden vandaag inderdaad meer thema's aan de orde kunnen komen. We hebben niet op een breed spectrum van onderwerpen gestuurd, maar dat vooral aan het spontane aanbod overgelaten. Daardoor inderdaad veel aandacht voor de geboortezorg, maar de vrouwen-gezondheidsagenda was bijvoorbeeld ook een relevant onderwerp geweest voor preconceptionele gezondheid. Deze bijeenkomst is dan ook bedoeld om te verkennen hoe we kunnen zorgen voor meer samenhangend contact tussen al die domeinen. Dat is een zoektocht nu de toekomstige governance en financiering onduidelijk zijn.

Annemarie Mulders: voor mij speelt erfelijkheid een belangrijke rol in de context van preconceptiegezondheid. Ik ben daarom benieuwd wat Marc precies miste.

Marc Roosenboom: ik vind het belangrijk om niet persé te starten bij de zorg, maar het gezin als uitgangspunt te nemen. Vandaaruit kan de zorg aan bod komen, als continuüm. Hoe je met het oog op kwetsbaarheid daar, preconceptie*hulp* kan bieden aan aanstaande moeders. Hulp is nog geen zorg is en hoeft dat ook niet altijd te worden, maar is in de eerste plaats gericht op gezond worden. Ik denk in dit soort discussies vaak aan het RVS-rapport 'Iedereen bijna ziek'. Maar ik ben blij met de brede aanpak van het project Gezond Zwanger Worden en ondersteun van harte bijeenkomsten als deze die nodig zijn om de breedte te zoeken.

Annemarie Mulders: ik denk dat we hetzelfde bedoelen, maar hoe je dat neerzet moet ook helder zijn.
In de voorlichting moeten dus alle domeinen aan de orde komen die impact kunnen hebben op de gezondheid van het gezin en van het toekomstig kind.

Elsbeth van Vliet – Lachotzki: soms is er geen sprake van een gezin en alleen een koppel met een kinderwens. Als iemand vraagt "Wat moet ik doen om zo gezond mogelijk zwanger te worden?" moeten in ieder geval meerdere thema's aan de orde komen. Juist het thema genetica wordt vaak vergeten. Dat geldt echter voor meer thema's, zoals werkomstandigheden (nachtdiensten, stress) en de aanwezigheid van een chronische ziekte die preconceptioneel om een interventie vraagt of om aanpassing van de leefstijl. Hoe we gezamenlijk aan die breedte uitvoering kunnen gaan geven, is de uitdaging.

Data

Lidewij Henneman: het is belangrijk de juiste haakjes te vinden. In dat verband ben ik benieuwd hoe het staat met de preconceptie-indicatielijst (PIL): wordt die actief geïmplementeerd, gebruikt en bijgehouden? Er is destijds ontzettend veel tijd in gestopt. Zwangerwijzer is ontzettend belangrijk, maar juist de PIL biedt haakjes voor de verloskundige en de huisarts.
Renate de Bie: het veld is veranderd waardoor het lastig is om elkaar te vinden. Diverse onderwerpen kunnen bij geen enkele 'tafel' terecht. Ik vraag me af of de PIL in de praktijk daadwerkelijk nog leeft en denk dat deze hard aan herziening toe is.

Lieke De Jong: ik denk dat vooral Zwangerwijzer geïmplementeerd is en wordt gebruikt om de verschillende onderwerpen aan te kaarten. Het is goed dat de KNOV de PIL heeft gedigitaliseerd en daardoor toegankelijker heeft gemaakt. Maar of die echt leeft, weet ik niet. Zwangerwijzer maakt het je gemakkelijk door letterlijk aan te reiken wat voor een specifiek koppel van belang is.

Suze Jans: je kan goed zien of Zwangerwijzer gebruikt wordt, maar bij de PIL wordt het gebruik niet bijgehouden. We weten sowieso niet of de PIL ook wordt geraadpleegd door zorgprofessionals buiten de geboortezorg.

Afsluiting

Cor Oosterwijk: dank voor alle bijval betreffende de noodzaak van een gezamenlijk platform en continuïteit.
We denken in ieder geval aan een bredere, fysieke bijeenkomst later dit jaar en gaan aan de slag met de uitdaging om meer samenhang te brengen in het preconceptionele veld. We houden ons aanbevolen voor jullie ideeën, suggesties en wensen! Binnenkort gaan we gevierlijk om de tafel en stuur ons gerust een mail als je overweegt om je bij ons aan te sluiten. **Renate de Bie:** we zouden per mail nog wat zaken verdiepend uit kunnen vragen en op grond daarvan met een voorstel komen voor wat betreft een toekomstbestendig landelijk gremium. Als het op dat punt tot een lobby komt is het belangrijk om eensgezind te zijn en elkaar goed op de hoogte te houden. Ik hoop elkaar dan ook graag weer te zien. **Cor Oosterwijk:** dank voor jullie actieve deelname en jullie horen nog van ons, tot ziens!