

Perinatale gezondheid in Rotterdam

ERVARINGEN NA 2 JAAR 'KLAAR VOOR EEN KIND'

Semiha Denktas, Gouke J. Bonsel en Eric A.P. Steegers

Op 1 januari 2009 ging het 10-jarige Rotterdamse programma 'Klaar voor een kind' van start. Het primaire doel van dit programma is de verbetering van perinatale uitkomsten door verbeterde, lijnoverstijgende, risicogeleide zorg. Uit de resultaten na 2 jaar concluderen wij dat bij veel zwangeren en aanstaande zwangeren kennis over perinatale risicofactoren ontbreekt. Wel zijn zij positief over preconceptiezorg. Via groepsvoorlichting zijn hoogrisicogroepen goed te bereiken; deelname aan individuele preconceptiezorgconsultaties is nog beperkt. Om risico's tijdens de zwangerschap beter te screenen, ontwikkelden en testten wij een vernieuwd risicoscreeningsinstrument voor de eerste zwangerschapscontrole. Er was meer aandacht voor niet-medische risico's, die vaak armoedegerelateerd zijn. De ervaringen uit ons Rotterdamse programma vormen een aanleiding om ook in andere Nederlandse gemeentes te experimenteren met programmatische preconceptiezorg, vernieuwde risicoselectie in de zwangerschap en met het bereiken van hoogrisicogroepen.

In januari 2008 rapporteerden wij over verontrustende perinatale uitkomsten in Rotterdam.¹ De perinatale uitkomsten zijn in heel Nederland relatief ongunstig, waarbij er grote verschillen zijn tussen etnische en sociaaleconomische groepen. Gezien de rol van, vaak beïnvloedbare, risico's is het verbeteren van perinatale uitkomsten primair afhankelijk van het succesvol toepassen van bestaande en nieuwe preventieve strategieën.

In Rotterdam hebben het Erasmus MC en de GGD Rotterdam-Rijnmond daarom in opdracht van de gemeente het programma 'Klaar voor een Kind' ontwikkeld. Op 1 januari 2009 ging dit 10-jarig programma van start.² Het primaire doel van het programma is de verbetering van perinatale uitkomsten door onderzoeks- en interventieprojecten te starten in de verloskundigenzorg, en zo bij te dragen aan een betere gezondheid van (aanstaande) vaders en moeders en hun baby's. Ook de verbetering van de kwaliteit van de ketenzorg draagt daaraan bij. In het programma worden projecten binnen diverse schakels van de verloskundigenketen geclusterd. Bij het samenstellen waren verschillende instanties betrokken, zoals zorgverleners, universiteit en hogeschool, jeugd- en welzijnzorg en overige gemeentelijke instanties. Deze instanties werken samen onder de paraplu van de multidisciplinaire Academische Werkplaats 'Zwangerschap en Geboorte'.

Uiteindelijk zal evaluatie van de effecten plaatsvinden aan de hand van perinatale morbiditeit. Morbiditeit is voor evaluatiedoeleinden een betere uitkomstmaat dan mortaliteit, aangezien dit laatste relatief zeldzaam is, waardoor het resultaat van de interventies moeilijk zichtbaar zal zijn. In dit artikel doen wij verslag van de erva-

*Erasmus MC, afd. Verloskunde & Gynaecologie,
subafdeling Verloskunde en Prenatale
Geneeskunde, Rotterdam.*

*Dr. S. Denktas, psycholoog; prof.dr. G.J. Bonsel,
epidemioloog (tevens: Erasmus MC,
afd. Maatschappelijke Gezondheidszorg en
Hogeschool Rotterdam, Verloskunde Academie
Rotterdam); prof.dr. E.A.P. Steegers, gynaecoloog.*

*Contactpersoon: dr. S. Denktas
(s.denktas@erasmusmc.nl).*

ringen van de afgelopen 2 jaar, uitgesplitst in 3 kernonderdelen van het programma 'Klaar voor een kind': preconceptionele zorg, antenatale zorg en bevallingszorg.

PRECONCEPTIEZORG

De eerste schakel in het programma betreft preconceptionele zorg. Preconceptionele zorg kan een belangrijke bijdrage leveren aan de perinatale gezondheid, maar vereist inbedding.^{4,5} In de Rotterdamse deelgemeentes Noord en Feijenoord startten in 2009 en 2010 preconceptionele zorgprojecten met als doel het realiseren van gestandaardiseerde preconceptionele zorg, die toegankelijk is voor alle bevolkingsgroepen. Een nulmeting over de kennis ten aanzien van preconceptionele gezondheid ging vooraf aan de interventies. De helft van de respondenten bleek onvoldoende op de hoogte van de gevolgen van roken. De kennis betreffende adequaat foliumzuurgebruik was gebrekkig. Ruim tweederde van de respondenten gaf aan naar de huisarts te zullen gaan voor advies voorafgaand aan de zwangerschap. Internet was de belangrijkste plek om zelf informatie in te winnen; www.zwangerwijzer.nl was een veelgenoemde site. De grote meerderheid rapporteerde dat preconceptionele zorg wenselijk is.^{6,7}

Er werden 3 op elkaar afgestemde benaderingen ontwikkeld: collectieve preconceptionele voorlichting via publiekscampagnes, doelgroepspecifieke preconceptionele voorlichting via de 'peer-educator' methode.⁷ 'Peer education' is een vorm van zorg waarbij leden van een bepaalde groep ondersteund worden om gezondheidsbevorderende gedragsverandering teweeg te brengen bij andere leden van vaak dezelfde groep. En ten slotte individuele preconceptionele zorg met gestandaardiseerde en evidence-based instrumenten.⁸

COLLECTIEVE PRECONCEPTIEVOORLICHTING

Het doel van de collectieve preconceptionele voorlichting is allereerst het informeren van de bevolking via een breed communicatieprogramma. Het tweede doel is het gunstig beïnvloeden van houding en gedrag. Uit de nulmeting bleek dat de omgeving van een vrouw met kinderwens een bepalende rol speelt. Vandaar dat de gehele bevolking de doelgroep is in deze Rotterdamse campagne. Door middel van flyers en (meertalige) posters informeerden wij aanstaande ouders over de inhoud en de locatie van kinderwensspreekuren. Een toelichting op de kinderwensspreekuren stond op de publiekswaarsite www.klaarvooreenkind.nl

DOELGROEPSPECIEKE VOORLICHTING

Zonder passende benadering bereiken we de hoogrisicogroepen onvoldoende. Daarom ontwikkelde de onderzoeksgroep 2 methodes: de 'interactieve cursus' en de

'tupperwaremethode'. De interactieve cursus bestaat uit 4 bijeenkomsten met opdrachten in spelvorm. Het werven van deelnemers gebeurt door een reeds bestaande vrouwenemancipatieorganisatie. Aan het eind van de groepsvoorlichting bezoeken de deelnemers een verloskundigenpraktijk; een wezenlijk element gezien de verloskundige vaak een onbekende professional is. Uit een eerste kwalitatieve evaluatie bleek dat vrouwen meerdere redenen hebben om deel te nemen aan de cursus. Ze zijn zwanger of hebben een miskraam gehad, hebben een kinderwens of willen kennis opdoen en deze doorgeven.¹⁰ Ook aanstaande vaders volgen de cursus, wat uniek is in Nederland. Voor de mannenvoorlichting gebruiken wij hetzelfde, maar ingekorte programma, zodat 1 voorlichtingsbijeenkomst volstond.

Bij de 'tupperwaremethode' ontvangen gastvrouwen thuis aanstaande moeders uit hun eigen netwerk. De voorlichting tijdens deze huiskamerbijeenkomsten bestaat uit de interactieve cursus. Bij de laatste bijeenkomst is een verloskundige aanwezig. Inmiddels namen honderden vrouwen en mannen deel aan de groepsvoorlichtingen.

INDIVIDUELE PRECONCEPTIEZORG

Om preconceptionele zorg aan te bieden, zijn geschoolde zorgverleners noodzakelijk. De Verloskunde Academie Rotterdam doceert de module preconceptionele zorg, waarin de verloskundigen participeren. Ruim 30 huisartsen volgden een module ontwikkeld door het Erasmus MC en het medisch diagnostisch centrum Star.

De webapplicaties 'ZwangerWijzer' en 'PreconceptioneleWijzer' vormen belangrijke instrumenten voor gestandaardiseerde preconceptionele zorg. Met ZwangerWijzer kunnen paren, door het invullen van een vragenlijst, nagaan of er gezondheidsrisico's zijn voor henzelf of hun toekomstige kind. De webapplicatie biedt de mogelijkheid de uitkomsten van de vragenlijst door te sturen aan een getrainde preconceptionele zorgconsulent. De zorgverlener heeft de mogelijkheid het risicoprofiel up te loaden, waardoor het als leidraad kan dienen tijdens het consult.

Deelname aan individuele preconceptionele zorg is tot nu toe beperkt. Hoewel de houding tegenover preconceptionele zorg positief is, toonde procesevaluatie toch enkele barrières. Zo zijn het nut en de noodzaak van preconceptionele zorg nog onvoldoende duidelijk. Het bereik van en interactie met sommige allochtone groepen is moeilijk vanwege taal- en cultuurverschillen. Ook de praktische bereikbaarheid van sommige verloskundigenpraktijken was matig.

ANTENATALE ZORG

Rotterdamse zwangeren komen pas laat naar de eerste antenatale controle. Dit geldt met name voor allochtone

vrouwen.¹¹ Om risico's op te sporen bij deze antenatale controle ontwikkelden en testten wij een vernieuwd, lijn-overstijgend risicoscreeningsinstrument: de Rotterdam Reproductive Risk Reduction checklist (R4U).

Deze checklist gaat ervan uit dat risicogeleide zorg protocolair en ketenoverstijgend dient te zijn, en vooral vroeg in de zwangerschap moet starten. Omdat perinatale sterfte in 85% van de gevallen samengaat met de aanwezigheid van 1 of meerdere 'big 4' complicaties (pre-maturiteit, dysmaturiteit, congenitale afwijking of lage apgarscore)¹² staan risicofactoren voor deze complicaties centraal. Verschillende studies hebben aannemelijk gemaakt dat perinatale sterfte vaak het resultaat is van een optelsom van, op zichzelf vaak niet grote, risico's van medische, psychische en sociale aard.¹³

De R4U bevat 60 vragen met 2 of 3 antwoordmogelijkheden, ingedeeld in 6 domeinen. Voor obstetrische- en medische risico's is de Verloskundige Indicatielijst gehanteerd. Gesignaleerde risico's zijn verbonden met 'zorgpaden'; lokaal worden afspraken gemaakt over de invulling. Eén van de uitkomsten van de R4U is aanwezigheid van psychosociale problematiek. Dit wordt vastgesteld als het aantal met 'ja' beantwoorde vragen uit het subdomein Psychiatrie, sociaal of intoxicaties een vooraf vastgestelde detectiegrens overschrijdt. Het zorgpad dat volgt, voorziet in Rotterdam in de verwijzing naar een speciaal begeleidingsprogramma voor zwangeren, genaamd 'Voorzorg' of 'Prezorg'. Voor ernstige psychiatrische problemen zijn er specifieke afspraken. Om zwangere psychiatrische patiënten zorg op maat te bieden, is een interdisciplinair protocol opgesteld door de werkgroep Zwangerschap & psychiatrie, bestaande uit leden van Delta Psychiatrisch Centrum en Bouman GGZ, het Erasmus MC en het Maasstad Ziekenhuis.

Conform het advies van de Stuurgroep 'Zwangerschap en geboorte' staat het principe 'shared care' centraal bij de samenwerking tussen verloskundige en gynaecoloog. Bij dit principe gaat het om de inzet van kennis en kunde van verschillende zorgverleners die een gezamenlijke verantwoordelijkheid dragen voor de zorg van patiënten. Op basis van de R4U volgt een advies aan elke zwangere. Een Verloskundig Samenwerkingsverband kan aan de hand van deze adviezen zorg op maat leveren en bepaalt wie de uitvoeringsverantwoordelijkheid heeft. Deze aanpak wordt stapsgewijs geëvalueerd. Er vindt onderzoek plaats of dit alles acceptabel en haalbaar is bij zorgverleners.

BEVALLINGSZORG

In de zorg rondom de bevalling staat de ontwikkeling van het geboortecentrum centraal; zowel voor zwangeren zonder medische indicatie die een ziekenhuisbevalling wensen, als voor zwangeren wiens thuissituatie

ongeschikt is om thuis te bevallen. Een kraamvrouw kan tot 4 dagen postpartum in het geboortecentrum verblijven. Het geboortecentrum 'Sophia' bij het Erasmus MC in Rotterdam-Noord, opende 1 oktober 2009 en fungeert als expertisecentrum. Het biedt een huiselijkere omgeving dan bij doorsnee poliklinisch bevallen mogelijk is, terwijl, indien noodzakelijk, de medisch specialistische zorg binnen enkele minuten is gerealiseerd door inpan-dige overplaatsing naar een tweedelijnsverloskamer op 50 meter afstand. Het geboortecentrum beschikt over een eigen reanimatiekamer. Daarnaast wordt geïntensiverde kraamzorg geboden. Er is een overdrachtprotocol ontwikkeld waarin knelpunten postpartum onder de aandacht worden gebracht van opvolgende zorgverleners.

De gegevens van het geboortecentrum worden voor permanente evaluatie van de verleende zorg gebruikt. Er vindt een daarop gerichte registratie plaats van data inclusief patiënttevredenheidsenquêtes. Maandelijks vindt op basis van de verzamelde data een gestructureerde terugkoppeling naar de verloskundige hulpverleners plaats.

Voor kraamverzorgenden en verloskundigen werkzaam in het geboortecentrum is een leertraject ontwikkeld waarin zij - naast extra training op het gebied van klinische vaardigheden - worden getraind op het gebied van risicosignalering.

Na 1,5 jaar blijkt dat hoogrisicogroepen maximaal gebruik maken van de kraamzorgmogelijkheid in het geboortecentrum 'Sophia', waar anders onvoldoende van thuiskraamzorg gebruik werd gemaakt. In Rotterdam-Zuid werd op 1 mei 2011 het geboortehotel nabij het Maasstadziekenhuis geopend.

VOORLICHTING PERINATALE GEZONDHEID

Hoogrisicogroepen zijn lastig bereikbaar voor de reguliere zorg. Niet alleen taal- en cultuurverschillen kunnen barrières vormen, maar ook lage opleiding en gebrek aan specifieke kennis. Daarom is in het afgelopen jaar gewerkt aan de opleiding 'Voorlichting perinatale gezondheid' (mbo-4 niveau), als aansluiting op de beroepsopleiding Gezondheidsvoorlichter. Voor de opleiding zijn tweetalige vrouwen geworven van allochtone herkomst, met minimaal een vmbo-opleiding en een groot sociaal netwerk. In 6 maanden tijd hebben zij versneld de opleiding gevolgd. Sinds mei 2011 zijn zij beschikbaar voor professionele ondersteuning. Er is een productenboek ontwikkeld waaruit zorgverleners bij deze voorlichters zorg kunnen inkopen. Het gaat vooral om duurzame verbetering en vertaling van de zorgbehoefte van moeders en aanstaande moeders naar een passende zorgvraag. De voorlichters vervullen ook een brugfunctie tussen zorgverlener en zorgvrager. Zij zijn in staat om de medische

boodschap in eigen taal en cultuur te vertalen. Hun effectiviteit wordt in het komende jaar op proces- en uitkomstniveau geëvalueerd.

DE ROTTERDAMSE ERVARING IN DE REST VAN NEDERLAND

Sinds april van dit jaar is het Erasmus MC met subsidie van het ministerie van VWS gestart met de opzet van zorgexperimenten in Groningen (stad), Appingedam, Delfzijl, Menterwolde, Almere, Den Haag, Amsterdam, Utrecht, Schiedam, Enschede, Nijmegen, Heerlen en Tilburg. Het gaat om experimenten in de preconceptiezorgfase, de vernieuwde risicoselectie in de zwangerschapsfase en het bereiken van hoogrisicogroepen. Via monitoring en evaluatie moet blijken wat de succes- en

faalfactoren zijn bij de toegepaste methoden en instrumenten.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: het Erasmus MC, afd. Verloskunde & Gynaecologie, subafd. Verloskunde en Prenatale Geneeskunde, Rotterdam ontving subsidie van de gemeente Rotterdam voor deze studie en van het ministerie van VWS voor introductie van het programma op nationaal niveau.

Aanvaard op 29 maart 2012

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2012;156:A4289

 [Meer op www.ntvg.nl/perspectief](http://www.ntvg.nl/perspectief)

LITERATUUR

- 1 Steegers EAP, De Graaf JP, Laudy JAM, et al. Recht op een goede start. *Med Contact*. 2008;63:100-1.
- 2 Denктаş S, Voorham AJJ, Bonsel GJ, et al. Grootstedelijke perinatale gezondheid. Programmatische aanpak van perinatale sterfte in Rotterdam. *Tijdschr Soc Geneeskd*. 2009;87:199-202.
- 3 Denктаş S, Bonsel GJ, Van der Weg EJ, et al. An urban perinatal health programme of strategies to improve perinatal health. *Matern Child Health J*. 2011. .
- 4 Van der Zee B, Beaufort de I, Temel S, Wert de G, Denктаş S, Steegers EAP. Preconception care: An essential preventive strategy to improve children's and women's health. *J Public Health Policy*. 2011;32:367-79.
- 5 Gezondheidsraad. Preconceptiezorg: voor een goed begin. Den Haag. Gezondheidsraad, 2007: publicatienr. 2007/19.
- 6 Denктаş S, Sonneveld H, Birnie E, Van der Weg EJ, Voorham AJJ, Peters IA, Bonsel GJ, Steegers EAP. Rapportage eerste jaar pilotstudie preconceptiezorg in deelgemeente Noord. Rotterdam: GGD Rotterdam-Rijnmond & Erasmus MC, 2010.
- 7 Temel S, Steegers EAP, Van der Weg EJ, et al. Rapportage eerste jaar project preconceptiezorg in deelgemeente Feijenoord. Rotterdam: GGD Rotterdam-Rijnmond & Erasmus MC, 2011.
- 8 Kocken P, Voorham AJJ, Brandsma J, Swart WAJM. Effects of peer-led Aids education aimed at Turkish and Moroccan male immigrants in the Netherlands: a randomized controlled evaluation study. *Eur J Public Health*. 2001;11:153-9.
- 9 Bonsel GJ, Denктаş S, Steegers EAP. Samenhangende organisatie van preconceptiezorg in de grote stad. Voorbeelden uit Rotterdam. In E. Slager (Ed.), *Reproductieve geneeskunde, gynaecologie en obstetrie anno 2011* (pp. 311-315). Haarlem: DCHG Medische Uitgeverij.
- 10 Denктаş S, Temel S, Voorham AJJ, Bonsel GJ, Birnie E, Steegers EAP. Preconceptiezorg: hoe bereik je de mensen? In: Slager E, redacteur. *Reproductieve geneeskunde, gynaecologie en obstetrie anno 2011*. Haarlem: DCHG Medische Uitgeverij; p.305-10.
- 11 Choté AA, Koopmans GT, Redekop WK, et al. Explaining ethnic differences in late antenatal care entry by predisposing, enabling and need factors in the Netherlands. The generation R study. *Matern Child Health J*. 2011;15:689-99.
- 12 Bonsel GJ, Birnie E, Denктаş S, Poeran J, Steegers EAP. Lijnen in de Perinatale Sterfte, Signalementstudie Zwangerschap en Geboorte 2010. Rotterdam: Erasmus MC, 2010.
- 13 Timmermans S, Bonsel GJ, Steegers-Theunissen RP, et al. Individual accumulation of heterogeneous risks explains perinatal inequalities within deprived neighbourhoods. *Eur J Epidemiol*. 2011;26:165-80.