

# De opbrengsten van vier jaar ‘Klaar voor een Kind’: een grootstedelijk multidisciplinair gezondheidsprogramma voor verloskundige zorg in Rotterdam

Jashvant Poeran,<sup>1</sup> Semiha Denktas,<sup>2</sup> Ernie van der Weg,<sup>3</sup> Hanneke de Graaf,<sup>4</sup> Hanneke W. Torij,<sup>5</sup> Gouke J. Bonsel,<sup>4</sup> Eric A.P. Steegers<sup>4</sup>

*Naar aanleiding van de relatief ongunstige zwangerschapsuitkomsten in Rotterdam startte in 2009, in opdracht van het gemeentebestuur, het meerjaren programma ‘Klaar voor een Kind’ (KveK). Het doel was de perinatale sterfte in Rotterdam te verminderen en de zwangerschapsuitkomsten te verbeteren. De maatregelen van KveK richtten zich primair op verbeterde risicozorg en ketensamenwerking.*

De ketenaanpak is een van de belangrijkste kenmerken van KveK met als uitgangspunt de verschillende fasen (‘schakels’) van de zwangerschap waaronder preconceptionele zorg, zwangerschap, en geboortezorg. Daarnaast bestaan schakeloverstijgende thema’s, zoals voorlichting perinatale gezondheid, en monitoring. Per schakel, maar ook tussen schakels, zijn maatregelen en acties geformuleerd ter verbetering van de zwangerschapsuitkomsten.<sup>1</sup> De Gemeente Rotterdam en

het Erasmus MC werkten nauw samen in dit programma waarbij ook andere partijen betrokken waren, in het bijzonder de zorgverleners in de stad en de GGD Rotterdam Rijnmond. Na vier jaar van het KveK programma doen wij hier kort verslag van de belangrijkste ervaringen en daarop gebaseerde aanbevelingen, per fase en thema.

## PRECONCEPTIEZORG

In de Rotterdamse deelgemeenten Noord en Feijenoord vonden twee pilotstudies plaats, gericht op gestructureerde preconceptionele zorg (PCZ), het bereiken van alle etnische groepen, en het combineren van medisch gerichte PCZ met maatschappelijke hulpverlening. Meer dan 500 mannen en vrouwen uit grotendeels achterstandswijken werden bereikt waarvan een meerderheid aangaf PCZ wenselijk te vinden.<sup>2,3</sup> Er bleek weinig kennis over het Nederlands verloskundig systeem en over risicofactoren vóór en tijdens de zwangerschap (zoals roken, over- of ondergewicht en adequaat foliumzuurgebruik). Opvallend was dat roken vooral voorkwam bij Turkse (34%) en Antilliaanse (43%) respondenten, en nauwelijks onder Marokkaanse (1%) respondenten.<sup>4</sup>

Doelgroep-specifieke PCZ voorlichting richtte zich op cursussen voor vrouwen en mannen van niet-Nederlandse afkomst (in bijvoorbeeld zogenaamde ‘Tupperware’ bijeenkomsten). Belangrijke cursuskenmerken waren het aanleren om regie te nemen en (daarmee) berei-

ken van reële gedragsverandering. Met de gekozen aanpak bleken achteraf de vooraf gestelde moeilijk-bereikbare groepen te zijn bereikt (ethniciteit, laag inkomen).

Van individuele preconceptionele zorg -verleend door verloskundigen en huisartsen- werd ondanks grote inspanningen (waaronder een ‘innovatietarief’ van de Nederlandse Zorgautoriteit à €105,- per zorgprestatie voor verloskundigen en €55,- voor huisartsen) veel minder vaak dan verwacht gebruik gemaakt: 43 individuele preconceptionele zorg consulten in twee jaar tijd.

In 2012 is daarom een andere werkwijze geïntroduceerd met het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG), namelijk ‘interconceptionele zorg’: het signaleren en elimineren van risico’s tussen twee zwangerschappen in. Onder de doelgroep vallen ouders van zogenaamde ‘Big4’ kinderen. Dit zijn kinderen met een aangeboren afwijking, vroeggeboorte, relatief laag geboortegewicht en/of een slechte start direct na de geboorte (lage Apgar score). Omdat er een relevante herhalingskans bestaat op een ‘Big4’ aandoening bij een eerdere ‘Big4’ zwangerschap zijn hier kansen voor gerichte preventie via PCZ.

## ZWANGERSCHAP

Het belangrijkste doel in deze schakel betrof het standaardiseren van de risicoselectie bij de eerste zwangerschapscontrole met gestandaardiseerde *follow-up* van risico’s. In samenspraak met alle

<sup>1</sup> Department of Population Health Science and Evidence, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, Institute for Healthcare Delivery Science, New York

<sup>2</sup> Department Social & Behavioural Sciences, Erasmus University College/Erasmus University Rotterdam, Rotterdam

<sup>3</sup> Cluster Maatschappelijke Ontwikkeling, afdeling Jeugd, Gemeente Rotterdam, Rotterdam

<sup>4</sup> Afdeling Verloskunde & Vrouwenziekten, subafdeling Verloskunde en Prenatale Geneeskunde, Erasmus MC, Rotterdam

<sup>5</sup> Verloskunde Academie Rotterdam, Rotterdam

betrokken partijen, inclusief zorgverleners is een *evidence-based* risico-screeningsinstrument ontwikkeld dat gebruikt kan worden door zowel de eerste lijn (verloskundigen) als de tweede lijn (gynaecologen): de zogenaamde 'R4U' (*Rotterdam Reproductive Risk Reduction*), een checklist met 60 items die door de zorgverlener worden afgevinkt. Dit instrument screent en objectivert risico's aan de hand van zes groepen risicofactoren: sociale, psychische, leefstijl, algemeen medische, obstetrische en zorggerelateerde risicofactoren. Vergeleken met de thans reguliere zorg zijn de belangrijkste innovaties van de 'R4U' 1) de gestandaardiseerde wijze van risicometing en risicoselectie met een 2) gestandaardiseerd (omgevingsafhankelijk) verwijsprotocol, en 3) nadrukkelijke aandacht voor psychosociale en maatschappelijke risicofactoren tijdens de zwangerschap.

Na een korte pilotstudie is het gebruik van de 'R4U' getest in zes verloskundigenpraktijken en twee ziekenhuizen. De resultaten lieten zien dat het invullen van de 'R4U' in 63% van de gevallen minder dan vijf minuten duurt en in 33% vijf tot tien minuten.<sup>5</sup> Ook de inter-beoordeelaars betrouwbaarheid bleek goed: bij meer dan 80% van de ingevulde 'R4U's' bleek overeenkomst tussen twee verschillende zorgverleners.

Een belangrijk winstpunt is dat de 'R4U' lijnoverstijgend is (identiek voor eerste, tweede en derde lijn) en de risicofactoren koppelt aan specifieke zorgpaden. Naast risicodetectie is de 'R4U' dan ook bruikbaar voor het verloskundig zorgproces. De zorgpaden zijn ontwikkeld in samenspraak met de zorgverleners en kunnen worden in zogenoemde 'verloskundig samenwerkingsverband' overlegmomenten tussen gynaecologen en verloskundigen op lokaal niveau.

#### GEBOORTEZORG

Rotterdam heeft relatief weinig thuisbevallingen; veel niet-Nederlandse Rotterdamse zwangeren geven een voorkeur voor bevallen in het ziekenhuis. Ook het gebruik van kraamzorg is relatief laag: 15% van de kraamvrouwen in Rotterdam blijkt geen gebruik te maken van kraamzorg, i.p.v. normaal minder dan 5%. Met de opening van het geboortecentrum Sophia aanpalend aan het Erasmus MC

en een 'geboortehotel' op de zuidoever van de Maas werd getracht hierop in te spelen. Zwangeren zonder medische indicatie kunnen kiezen hier te bevallen onder leiding van hun verloskundige; een kraamvrouw kan er tot vier dagen na de geboorte verblijven. Naast de zorgfunctie fungeert het geboortecentrum Sophia ook als 'expertisecentrum'; alle cliënt- en zorggegevens worden voor permanente evaluatie van de verleende zorg gebruikt.

Zowel de professionals betrokken bij de geboortezorg als een groot aantal zwangeren ervaren het geboortecentrum als een meerwaarde in de verloskundige keten; vrouwen die in het geboortecentrum hun baring startten gaven gemiddeld een hogere tevredenheidsscore dan vrouwen die elders hun bevalling startten.<sup>6</sup> Daarnaast leveren eerstelijns verloskundigen een belangrijke bijdrage in het expertisecentrum waarbij zij samen met de kraamzorg, gynaecologen en CJG-medewerkers *evidence-based* protocollen voor de verloskundige zorg ontwikkelen. Illustratief voor de nadruk op ketenfunctie en risicogeleide zorg binnen de verloskunde is dat een deel van deze protocollen wordt gebruikt in combinatie met de zorgpaden uit de 'R4U'. Een belangrijk voorbeeld is de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van een protocol 'vroegsignalering' voor het herkennen en juiste overdracht van risicogezinnen vanuit de kraamzorg, eerste- en tweedelijns zorg naar het CJG.<sup>6</sup>

Evaluatie van registratiegegevens leerde dat de zwangeren die kozen om te bevallen in het geboortecentrum een verhoogd risico bleken te hebben op slechte uitkomsten in vergelijking met de groep die koos voor een bevalling thuis of 'poliklinisch' in het ziekenhuis. Desondanks daalde na de introductie van het geboortecentrum zowel het voorkomen van 'Big4' uitkomsten (5,0% naar 3,8%) als de perinatale sterfte (2,2‰ naar 0,5‰) in de hele groep van 'laagrisico' zwangeren. Daarnaast steeg in 2011 (ten opzichte van 2010) het percentage vrouwen dat kraamzorg afnam met 8%.

#### SCHAKELOVERSTIJGEND: VOORLICHTING PERINATALE GEZONDHEID

Binnen KveK zijn zogenaamde 'Voorlichters Perinatale Gezondheid' (VPG) opgeleid en ingezet. Een VPG-er is een tweetalige vrouw van niet-Nederlandse af-

komst, die specifiek is opgeleid om op diverse plaatsen gezondheidsvoorlichting met betrekking tot de zwangerschap te kunnen geven aan (aanstaande) ouders en zwangeren. Deze vorm van gezondheidsvoorlichting bleek met name cruciaal voor moeilijk bereikbare hoogrisicogroepen met niet alleen taal- en cultuurverschillen, maar ook vaak een lage opleiding en gebrek aan specifieke kennis. In de periode 2011-2012 zijn 2300 vrouwen bereikt door VPG-ers tijdens bijeenkomsten in bijvoorbeeld buurthuizen en moskeeën.

De VPG-ers zijn in staat gebleken om de (achtergestelde) doelgroepen te bereiken en voor deze doelgroepen een veilige omgeving te creëren waarin zij zich vrij voelen om over onderwerpen te praten, waar doorgaans buitenshuis niet over gesproken wordt.

Na de projectfase hebben de voorlichters het initiatief genomen om een stichting op te richten waaruit de voorlichtingsactiviteiten voortgezet kunnen worden: de 'Stichting Voorlichters Gezondheid'. Naast perinatale voorlichting wordt ook voorlichting gegeven over andere gezondheidsitems zoals COPD, diabetes en obesitas. Daarnaast is voorlichting door VPG-ers ook uitgerold binnen het landelijke project '*Healthy Pregnancy 4 All*' dat in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport door het Erasmus MC in veertien gemeenten wordt uitgevoerd. Het project beoogt de zorg rondom de zwangerschap te verbeteren door het inzetten van twee zorgexperimenten: aanbod van programmatische preconceptiezorg en vernieuwde risicoselectie tijdens de zwangerschap.

#### SCHAKELOVERSTIJGEND: MONITORING

Monitoring binnen KveK heeft twee doelen: Rotterdam zetten tegenover andere G4-steden en Nederland in het algemeen, en, binnen Rotterdam, de deelgemeenten en wijken onderling vergelijken. Het belangrijkste project binnen deze schakel was een 'nulmeting' waarin zwangerschapsuitkomsten en indicatoren van perinatale zorg in kaart zijn gebracht voor Rotterdam. Hiertoe zijn veelal gegevens gebruikt uit de 'Perinatale Registratie Nederland'.

Er bleken grote verschillen te bestaan binnen Rotterdam; met name in achterstandswijken komen vaker ongunstige

zwangerschapsuitkomsten voor. Een perinatale sterfte van 20 op de 1000 geboorten of hoger komt in verschillende wijken voor en is exceptioneel hoog in vergelijking met het landelijk gemiddelde van minder dan 10.<sup>7</sup> Met name een stapeling van risico's lijkt hierbij een rol te spelen. Dit onderstreept nog eens het belang van een gestandaardiseerde risicoselectie door middel van de 'R4U', specifiek in deze wijken.

Een ander interessant inzicht werd verkregen door de etnisch-specifieke rol te onderzoeken van de invloed van sociaal economische positie op ongunstige zwangerschapsuitkomsten. Hieruit bleek dat over het algemeen Westerse vrouwen in achterstandswijken slechter af zijn dan niet-Westerse vrouwen.<sup>8</sup> Daarnaast bleek dat ongunstige zwangerschapsuitkomsten minder vaak voorkomen bij een hogere sociaal economische positie voor Westerse vrouwen; dit verband werd niet gezien voor niet-Westerse vrouwen. Een verklaring voor dit verband kan zijn de beschermende rol van sociale netwerken onder niet-Westerse vrouwen. Deze observatie is van groot belang bij het opstellen van interventies in achterstandswijken waarbij Westerse vrouwen mogelijk meer zullen baat zullen hebben van gerichte psychosociale, maatschappelijke en financiële hulpverlening.

Een andere opvallende bevinding uit de 'nulmeting' was de deelgemeentespecifieke achtergrond van ongunstige uitkomsten. Bij een relatief hoge perinatale sterfte in de deelgemeenten Hoogvliet en Overschie bleek in Hoogvliet sprake van een hoge antenatale risicolast ('Big4' prevalentie) waarbij er in Overschie meer sprake leek van zorggerelateerde factoren.<sup>7</sup> Ook deze gegevens duiden het belang van interventiesopmaat.

#### AANBEVELINGEN

De ervaringen en resultaten uit KveK hebben geleid tot een aantal aanbevelingen. Hieronder geven wij een selectie weer per fase/thema:

#### Preconceptiezorg

- Ontwikkelen en implementeren van interconceptiezorg voor ouders van 'Big4' kinderen bij het CJG.

#### Zwangerschap

- Breder toepassen van de 'R4U' als gestandaardiseerd risico-screeningsinstrument inclusief de verdere ontwikkeling van zorgpaden gekoppeld aan specifieke risicofactorprofielen;
- Inbouwen van de 'R4U' in de elektronische zorgsystemen van eerste- en tweedelijns verloskundige zorgverleners;
- Verder onderzoek naar onder andere de voorspelbaarheid van ongunstige zwangerschapsuitkomsten aan de hand van 'R4U' scores.

#### Geboortezorg

- Onderhouden en verankeren van de werkwijze, protocollen en netwerken in het geboortecentrum als modelcentrum;
- Voortzetten van de 100% koppeling van onderzoek aan directe zorginformatie.

#### Schakeloverstijgend: Voorlichting Perinatale Gezondheid

- Het realiseren, waar nodig, van een basis-gefinancierde positie voor een VPG-team in een gemeente;
- Het verankeren van de opleiding Voorlichting (Perinatale) Gezondheid binnen een reguliere opleiding.

#### Schakeloverstijgend: Monitoring

- Beschikbaar houden van 'Perinatale Registratie Nederland' gegevens op individueel en geografisch niveau;
- Beschikbaar krijgen van meer gedetailleerde zwangerschap gerelateerde gegevens zoals life-style factoren, kosten, cliënttevredenheid, en *follow-up* gegevens van het kind;
- Voortdurende monitoring van het effect van projecten op zwangerschapsuitkomsten en zorg in de stad.

#### VERVOLG NA VIER JAAR KVEK

Het KveK programma heeft enkele belangrijke inzichten en leerpunten opgeleverd. Het bleek belangrijk dat KveK onderdelen worden ingebed in gemeentelijk beleid om blijvende veranderingen te waarborgen. Dat is inmiddels in Rotterdam gerealiseerd met betrekking tot interconceptiezorg en de periodieke monitoring van de perinatale gezondheid in de stad. Andere nieuwe inzichten betreffen verschillen in werkculturen tussen het Erasmus MC en de GGD, en tussen

verloskundigen en gynaecologen. Weerzijds respect was hierbij van groot belang voor het slagen van KveK projecten. Ook de integratie van wetenschappelijk onderzoek in KveK bleek soms moeizamer dan gedacht aangezien dit niet altijd deel uitmaakte van de dagelijkse praktijk voor bijvoorbeeld kraamverzorgenden. Desalniettemin werd het belang hiervan ingezien wat leidde tot een blijvende bewustzijnsverandering met betrekking tot het belang van wetenschappelijk onderzoek.

De resultaten van vier jaar KveK zijn in juli 2013 gepresenteerd tijdens een symposium in het stadhuis van Rotterdam. Illustratief voor het grote draagvlak dat in de jaren was ontstaan was de ruime aanwezigheid van deelnemers vanuit allerlei disciplines en formele posities. Niet alleen zijn belangrijke resultaten geboekt voor een gezonde en kansrijke start van kinderen in Rotterdam, maar KveK heeft ons ook veel geleerd over de kansen tot verbeteren en vernieuwen van het systeem van de verloskundige zorg, met een duidelijke connectie met *public health*. Een mix van individu-, groeps- en populatiegerichte zorg, met aansluitende interdisciplinaire werkwijzen blijken hierbij haalbaar. Voortdurende periodieke evaluatie, stadsbreed, maar ook op wijkniveau, en toetsing van resultaten en van de ervaringen van cliënt en zorg, is cruciaal om de aanpak te borgen met zo mogelijk een blijvende inbedding van het KveK programma in het gemeentelijk beleid.

#### WOORD VAN DANK

De auteurs willen graag alle partijen bedanken die een bijdrage hebben geleverd tot het succesvol afronden van deel I van het KveK programma, in het bijzonder alle hulpverleners en alle onderzoekers. Een uitgebreide lijst van alle betrokken partijen is te vinden op <http://www.klaarvooreenkind.nl/nl/partners>.

#### ABSTRACT

*The results of 4 years 'Ready for a Baby': an urban multidisciplinary health programme for obstetric and midwifery care in Rotterdam*

**In response to the high rate of adverse birth outcomes in Rotterdam, the second largest city in the Netherlands, a multi-year public health programme was initiated in which the local public**

health authorities collaborated with the academic medical center and caregivers throughout the city. The main goal was to reduce the rate of adverse birth outcomes while primarily focusing on risk-appropriate care and coordination of pregnancy-related care. In this article we aim to describe the most important results from the 4-year Rotterdam 'Ready for a Baby' programme which was implemented from 2009 to 2012.

**Keywords:** perinatal health, urban health, maternity care, preconception care, Rotterdam

#### LITERATUUR

1. *Denktas S, Voorham AJJ, Bonsel GJ, Spittje J, M. H, M. W, et al.* Grootstedelijke perinatale gezondheid. Programmatische aanpak van perinatale sterfte in Rotterdam. TSG. 2009;87: 199-202.
2. *Denktas S, Sonneveld H, Birnie E, van der Weg HJ, Voorham AJJ, Peters IA, et al.* Rapportage eerste jaar pilot studie preconceptionzorg in deelgemeente Noord. Rotterdam: GGD Rotterdam-Rijnmond & Erasmus MC, 2010.
3. *Temel S, Steegers EAP, Weg-Kroeze HJ van der, Voorham AJJ, Bonsel GJ, Birnie E et al.* Rapportage: Eerste jaar Project Preconceptiezorg Deelgemeente Feijenoord. Rotterdam: Erasmus MC en GGD Rotterdam-Rijnmond, 2011.
4. *Temel S, Birnie E, Sonneveld HM, Voorham AJ, Bonsel GJ, Steegers EA et al.* Determinants of the intention of preconception care use: lessons from a multi-ethnic urban population in the Netherlands. *International journal of public health.* 2013;58:295-304.
5. *Veen MJ van, Birnie E, Poeran J, Torij HW, Steegers EAP, Bonsel GJ.* Feasibility and reliability of a newly developed risk score card in routine care. *Midwifery.* 2014;in press.
6. *Heil TC, Graaf JP de, Steegers EAP, Bonsel GJ.* Het geboortjaar 2012. Evaluatie van de partus- en kraamzorg in Geboortecentrum Sophia in 2012, in het kader van de NZA beleidsregel Innovatie. Rotterdam, Geboortecentrum Sophia, Erasmus MC, 2013.
7. *Poeran J, Denktas S, Birnie E, Weg HJ van der, Voorham AJJ, Steegers EAP, Bonsel GJ.* Zwangerschap en geboorte in Rotterdam: een lokale gezondheidsrapportage. TSG. 2012; 90:496-503.
8. *Poeran J, Maas AF, Birnie E, Denktas S, Steegers EA, Bonsel GJ.* Social deprivation and adverse perinatal outcomes among Western and non-Western pregnant women in a Dutch urban population. *Social science & medicine.* 2013;83:42-9.

#### CORRESPONDENTIEADRES

**Dr. Jashvant Poeran, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, Institute for Healthcare Delivery Science, Department of Population Health Science and Evidence, 1425 Madison Avenue (Box 1077), New York, NY 10029, Verenigde Staten, e-mail: v.j.j.poeran@gmail.com**

## Toepassing en effecten van inzoomen op kwaliteiten van de hulpvragers bij de chatdienst van Sensoor

Rainier Hoogendoorn,<sup>1</sup> Huub Braam,<sup>2</sup> Adriaan Visser,<sup>3</sup> Noor Bossers,<sup>1</sup> Ben de la Mar<sup>1</sup>

*In dit onderzoek is nagegaan voor Sensoor Zuid-Holland Zuid Midden (ZHJM), een werkgebied van twee miljoen inwoners waarvan 650.000 in Rotterdam, of een extra training gebaseerd op ideeën uit de positieve psychologie een positief effect heeft op de ervaringen van de hulpvragers. De reguliere training van Sensoor en de manier waarop de vrijwilligers in contact staan met de chatters sluiten goed aan bij een aantal beginseen uit de positieve psychologie. De chats zijn namelijk positief van toon en*

*toekomstgericht. In dit artikel beschrijven we de opzet en resultaten van het onderzoek.*

#### INLEIDING

Sensoor is de grootste telefonische hulpverlener in Nederland, met afdelingen in het gehele land.

Sensoor telt als organisatie ongeveer 900 vrijwilligers die samen 24 uur per dag zeven dagen per week bereikbaar zijn voor een "gesprek van mens tot mens", met als doel een luisterend oor te bieden aan de hulpvragers en zo mogelijk hen weer een stapje op weg te helpen. Sinds 1999 is het ook mogelijk om te chatten met de vrijwilligers van Sensoor. Jaarlijks heeft Sensoor ongeveer

12.500 chatgesprekken. Chat thema's zijn vooral psychosociale en psychiatrische problemen en moeilijkheden van relationele aard.<sup>1</sup> De vrijwilligers en de hulpvragers blijven anoniem.

De chatters die naar Sensoor toekomen voelen zich op dat moment vaak eenzaam. Deze 'negatieve' blik levert een blikvernuwning op waar ze zelf niet gemakkelijk uitkomen. Volgens Seligman,<sup>2</sup> de grondlegger van de positieve psychologie, is het herkennen van de sterke kanten en kwaliteiten en het hierop verder bouwen een goede manier om meer welbevinden in het leven te ervaren. Als mensen weten wat ze goed kunnen en leren om dit principe (vaker) te gebruiken, dan zal men meer positieve ervaringen

<sup>1</sup> Sensoor ZHJM, Rotterdam

<sup>2</sup> Stichting Lessen in Geluk, Utrecht

<sup>3</sup> Kenniscentrum Zorginnovatie, Hogeschool Rotterdam