

TER DISCUSSIE

Sociale verloskunde: gelijke kansen op een gezonde start

Eric A.P. Steegers

Universitair medische centra en super-gespecialiseerde artsen hebben een maatschappelijke verantwoordelijkheid om de resultaten van hun onderzoek aan te wenden voor de verbetering van de volksgezondheid. Dat doen zij nu echter te weinig en te langzaam.

SLECHTE START WERKT ALTIJD DOOR

Het is al drie decennia bekend dat de maternale omgeving de foetale groei en ontwikkeling beïnvloedt en daarmee ook de gezondheid van het pasgeboren kind.¹ Deze veranderingen kunnen persisteren in het latere leven van dat individu en beïnvloeden daardoor ook de cardiovasculaire en metabole gezondheid van volgende generaties. De gezondheid en leefstijl van aanstaande ouders beïnvloeden de gametogenese, de kans op bevruchting én de embryonale ontwikkeling tijdens de eerste weken van de zwangerschap. Een embryo is relatief kleiner als de moeder rookt, alcohol gebruikt, ongezond eet of een hoge bloeddruk heeft.^{2,3} Een kind dat als embryo klein was, heeft op 6-jarige leeftijd al een verhoogd vetpercentage, een hogere cholesterolconcentratie en een hogere bloeddruk.³ Het is aannemelijk dat dit ook negatieve consequenties heeft op latere leeftijd.

Perinatale gezondheidsuitkomsten tonen grote verschillen binnen Nederland. In steden als Rotterdam zijn de prevalenties van perinatale sterfte en ziekten in sommige wijken twee- tot driemaal hoger dan het landelijke gemiddelde. De verschillen in perinatale gezondheid worden niet alleen veroorzaakt door medische en verloskundige risico's, maar vooral ook door niet-medische determinanten, zoals leefstijl, voeding en sociale omgeving.

De effecten van armoede en achterstand op de perinatale gezondheid zijn substantieel. Ze zijn groter bij Nederlanders zonder een migratieachtergrond. De risicoverhogende effecten van het wonen in een achterstandswijk blijven ook zichtbaar na correctie voor determinanten zoals socio-economische status, leeftijd, pariteit en etniciteit. Het surplus aan het risico op perinatale sterfte, vroeggeboorte en foetale groeivertraging is respectieve-

lijk 20, 16 en 11%.⁴ Stapeling van meerdere problemen en expositie aan al dan niet grootstedelijke stress die wordt veroorzaakt door criminaliteit, geluidsoverlast, huisvestingsproblemen, huiselijk geweld en werkloosheid, spelen daarbij mogelijk een rol.

BETERE ZORG IS EERDERE ÉN SOCIALE ZORG

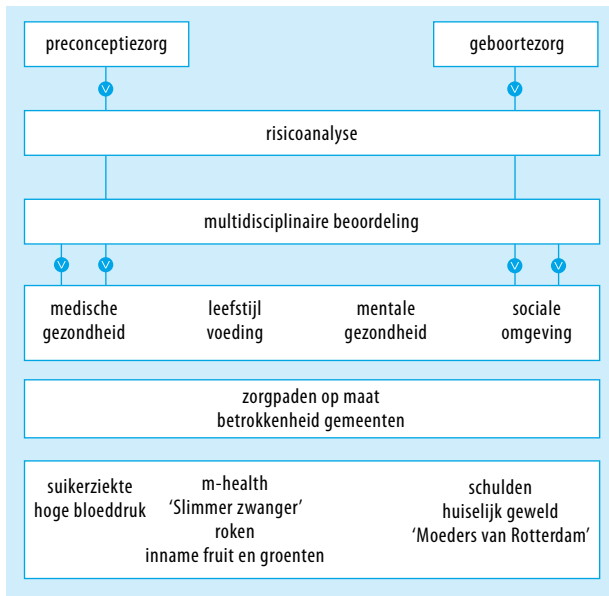
Betere zorg begint met nieuwe kennis. De genoemde nieuwe inzichten bieden goede mogelijkheden om de zwangerschapsgerelateerde zorg te verbeteren. Een van de meest kritische perioden gedurende het leven is de periconceptieperiode. Dit is de periode van de 14 weken van gametogenese voorafgaand aan de bevruchting tot en met de 10e zwangerschapsweek, waarin het palatum sluit. Interventies in deze periode hebben een grote potentie voor gezondheidswinst op lange termijn.²

Zwangere vrouwen komen echter pas bij een verloskundige of gynaecoloog na de 8e week van de zwangerschap en in een grote stad vaak nog weken later. Gezien het belang van de embryonale ontwikkeling in de eerste weken van de zwangerschap is dit veel te laat. De zorg moet al beginnen voorafgaand aan de zwangerschap: preconceptiezorg. Vervolgens moet er in de huidige antenatale zorg meer aandacht zijn voor de sociale omgeving van een vrouw en haar gezin om de kansen op een gezonde start van de pasgeborene te kunnen verbeteren: sociale verloskunde.⁵

In deze nieuwe benadering worden het medische én sociale domein verbonden.⁶ Preconceptioneel en tijdens de zwangerschap wordt niet alleen gekeken naar medische risico's, maar ook naar problematiek in de sociale omgeving. Daarbij kan men denken aan financiële schulden, huisvestingsproblematiek en huiselijk geweld. Door multidisciplinaire zorgpaden kan hulp op maat worden gegeven door gemeentelijke instanties.⁷ Gemeenten kunnen op die manier een belangrijke bijdrage leveren aan een betere start van de zwangerschap en van het pasgeboren kind. Hierbij hoort ook hulp bij het verbeteren van voeding en leefstijl, waarbij bijvoorbeeld gevalideerde instrumenten voor mobiele gezondheidszorg (m-health) kunnen worden ingezet, zo nodig aangepast aan de taal en gezondheidsvaardigheden ('health literacy') van de aanstaande ouders.⁸ Ook de beschikbaarheid van verse producten bij de voedselbank is belangrijk.

Erasmus MC, afd. Verloskunde en Gynaecologie, Rotterdam.

Prof.dr. E.A.P. Steegers, gynaecoloog (e.a.p.steegers@erasmusmc.nl).



FIGUUR 1 Schematische weergave van integrale zorg.

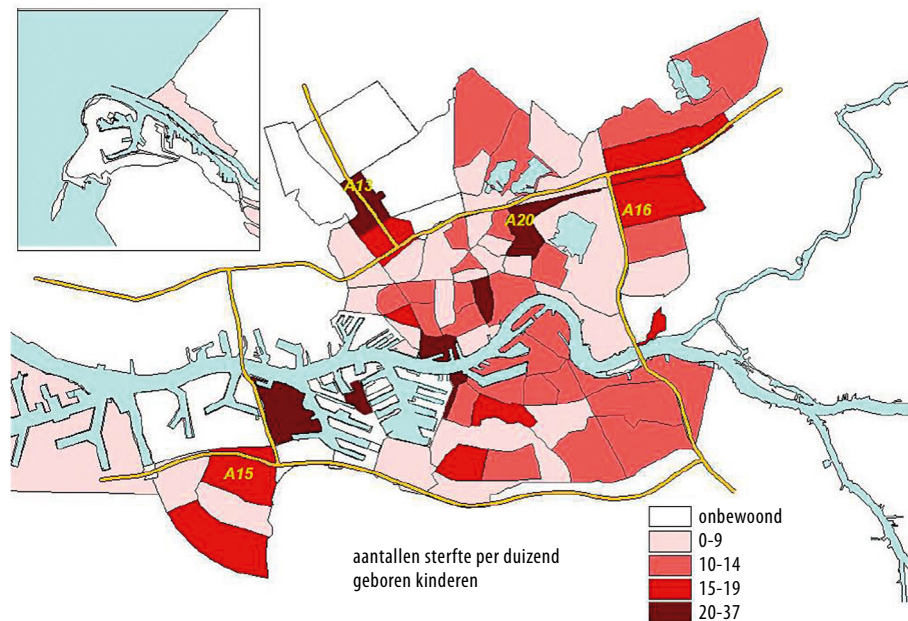
Integrale zorg betekent ook dat in principe in elke zwangerschap de expertise wordt ingezet van zowel de verloskundige als gynaecoloog. Juist door de sociale effecten is het dogma binnen de Nederlandse verloskunde dat op elk moment in de zwangerschap een onderscheid kan wor-

den gemaakt tussen een laag of verhoogd risico niet meer geldig. Bij achterstandsproblematiek is er per definitie vaak sprake van een verhoogd risico. In welke mate beide expertises worden ingezet en welke zorgpaden van toepassing zijn kan gemeenschappelijk worden bepaald in een multidisciplinair overleg, zowel preconceptioneel als in de vroege zwangerschap (figuur 1).

UIT DE IVOREN TOREN DE WIJK IN

Academische onderzoekers moeten wegen vinden om het belang van preconceptiezorg en sociale verloskunde te communiceren naar zorgverleners, de bevolking en vooral naar kwetsbare subpopulaties met de hoogste risico's. Universitair medische centra worden nog vaak gezien als ivoren torens, maar worden terecht aangesproken op hun verantwoordelijkheid voor het welzijn en de gezondheid van de algemene populatie. Academics moeten praten met de lokale en landelijke overheid om de betekenis van hun wetenschappelijke bevindingen uit te leggen. Dat voelt misschien weleens onterecht als 'spijbelen in de buitenwereld', maar wordt daar zeker gewaardeerd.

Door op die manier te netwerken kunnen gemeenten en ministeries valorisatieprocessen ondersteunen. Zo financierde de gemeente Rotterdam het lokale programma 'Klaar voor een kind',⁹ en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ondersteunt het daaruit ontstane landelijke programma 'Healthy pregnancy 4 all' in 17 Nederlandse gemeenten.¹⁰ Het Erasmus



FIGUUR 2 Perinatale sterfte in Rotterdam per wijk in de periode 2000-2006.¹¹

MC deelt kennis over de grote verschillen in perinatale gezondheid middels gemeentelijke plattegronden met de weergave van perinatale uitkomsten op wijkniveau, een methode die effectief blijkt te zijn om zorgverleners en beleidsvoerders ervan te overtuigen dat actie nodig is. In figuur 2 staat de plattegrond van Rotterdam die werd gebruikt ten tijde van het programma 'Klaar voor een kind'.¹¹

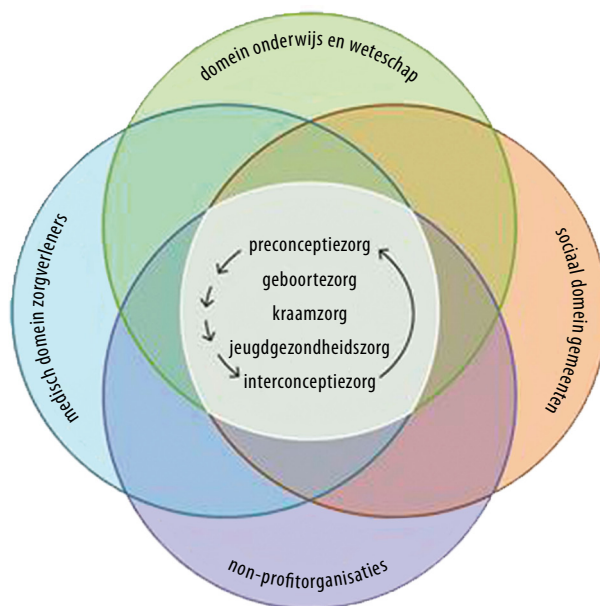
Kenmerken van deze programma's zijn de introductie van preconceptionele zorg, het verbinden van het medische en sociale domein en het ontschotten van de zorg rond de zwangerschap en geboorte. Dat laatste betreft de zorg zoals die door verloskundigen en gynaecologen wordt gegeven en de verbinding tussen de antenatale zorg, kraamzorg en jeugdgezondheidszorg. Bij kwetsbare gezinnen kunnen de kraam- en jeugdgezondheidszorg al tijdens de zwangerschap betrokken worden. Het consultatiebureaubezoek kan worden aangewend om preconceptionele zorg voor een volgende zwangerschap te organiseren (interconceptionele zorg).

Het letterlijk aan de hand nemen van de kwetsbaarste mensen moet daarbij niet worden geschuwd. Binnen het Rotterdamse project 'Moeders van Rotterdam' probeert het gemeentelijke Bureau Frontlijn de kwetsbaarste zwangere vrouwen en moeders op die manier te helpen (www.moedersvanrotterdam.nl). Het doel is mensen hun zelfregie terug te geven die ze zijn kwijtgeraakt door een stapeling van al dan niet sociale problemen. Met de hulp van studenten van de Hogeschool Rotterdam worden mensen binnen dit programma begeleid in de gang naar de verloskundige zorgverlener of naar een gemeentelijke instantie bij bijvoorbeeld financiële schulden. Daardoor wordt ook het onderwijsveld als derde domein verbonden in de benodigde zorg (figuur 3).

Het uitdragen van kennis is dus essentieel, niet alleen vanuit de universiteit naar buiten, maar ook tussen de diverse velden van de wetenschap, curatieve zorg en public health en ook tussen verschillende maatschappelijke organisaties en overheidsorganisaties. Daarbij bepalen wederzijds respect voor verschillen in visie en strategie en de bereidheid om hier samen aan te werken het succes. Het aanwenden van nieuwe kennis kan op die manier ook leiden tot nieuw politiek beleid. Non-profitorganisaties, een vierde domein, kunnen daarbij ook een belangrijke rol spelen (zie figuur 3).

TERUG NAAR DE SPREEKKAMER EN DE DOKTER

Levensloopgeneeskunde kan de patiëntenzorg verbeteren. Artsen en verloskundigen moeten altijd geïnteresseerd zijn in de antenatale voorgeschiedenis van een patiënt; iemands geboortegewicht en zwangerschapsduur bij de geboorte zouden prominent bovenaan elk medisch dossier moeten worden vermeld. Het nagaan



FIGUUR 3 Verbinding van vier maatschappelijke domeinen voor integrale zorg op maat ter verbetering van de perinatale gezondheid.

van een mogelijke zwangerschapswens hoort een routineonderdeel te zijn van een medisch consult bij jonge mensen zodat tijdig kan worden toegeleid naar al dan niet specialistische preconceptionele zorg.

Medische zorgverleners kunnen de benodigde sociale hulpverlening natuurlijk niet zelf geven, maar moeten wel de verantwoordelijkheid nemen om deze met hun gemeentelijke omgeving in relatie tot de medische zorg integraal te organiseren en regisseren. Dat is mede niet eenvoudig omdat het zo lijkt dat sommige medische zorgverleners preventie niet aantrekkelijk vinden. Misschien dat binnen de prestatiebekostiging meer indicatoren opgenomen moeten worden die iets zeggen over de inzet op preventie. Inzicht in de bijdrage van leefstijl en de sociale omgeving in het ontstaan van ziekten, de maatschappelijke verantwoordelijkheid van zorgverleners daarin en affiniteit voor preventie moeten ook nadrukkelijker onderdeel worden van de opleidingscurricula van verloskundigen en artsen. Binnen de gezondheidszorg zal het steeds meer gaan om het managen van gezondheid in plaats van het managen van ziekte alleen.

TOT SLOT

De maatschappelijke discussie over perinatale sterfte als maat voor de kwaliteit van de Nederlandse verloskundige zorg moet niet alleen gaan over de landelijke cijfers in

verhouding tot de Europese. Vooral de grote verschillen – en het tegengaan daarvan – tussen diverse bevolkingsgroepen in de kans op het krijgen van een gezond kind met goede toekomstperspectieven binnen ons eigen welvarende land, verdienen aandacht. Soms moeten mensen daarbij aan de hand worden genomen. Dat is geen bemoeizorg, maar bekommerzorg.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 19 oktober 2017

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2017;161:D2277

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/D2277**

LITERATUUR

- 1 Barker DJ, Osmond C. Infant mortality, childhood nutrition, and ischaemic heart disease in England and Wales. *Lancet*. 1986;1(8489):1077-81.
- 2 Steegers-Theunissen RP, Steegers EA. Embryonic health: new insights, mHealth and personalised patient care. *Reprod Fertil Dev*. 2015;27:712-5.
- 3 Jaddoe VVW, de Jonge LL, Hofman A, Steegers EAP, Gaillard R. First trimester growth restriction and cardiovascular risk factors in childhood: population based cohort study. *BMJ*. 2014;348:g14.
- 4 De Graaf JP, Steegers EA, Bonsel GJ. Inequalities in perinatal and maternal health. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2013;25:98-108.
- 5 Steegers EA, Denktas S, de Graaf JP, Bonsel GJ. Sociale verloskunde voorkomt armoedeval. *Med Contact (Bussum)*. 2013;368:714-7.
- 6 Steegers EA, Barker ME, Steegers-Theunissen RP, Williams MA. Societal valorisation of new knowledge to improve perinatal health: time to act. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2016;30:201-4.
- 7 Vos AA, van Voorst SF, Posthumus AG, Waelput AJM, Denktas S, Steegers EAP. Process evaluation of the implementation of scorecard-based antenatal risk assessment, care pathways and interdisciplinary consultation: the Healthy Pregnancy 4 All study. *Public Health*. 2017;150:112-20.
- 8 Van Dijk MR, Huijgen NA, Willemsen SP, Laven JS, Steegers EA, Steegers-Theunissen RP. Impact of an mHealth platform for pregnancy on nutrition and lifestyle of the reproductive population: a survey. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2016;4:e53.
- 9 Denktas S, Bonsel GJ, Van der Weg EJ, et al. An urban perinatal health programme of strategies to improve perinatal health. *Matern Child Health J*. 2012;16:1553-8.
- 10 Waelput AJM, Sijpkens MK, Lagendijk J, et al. Geographical differences in perinatal health and child welfare in the Netherlands: rationale for the healthy pregnancy 4 all-2 program. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17:254.
- 11 Poeran J, Denktas S, Birnie E, Bonsel GJ, Steegers EA. Urban perinatal health inequalities. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2011;24:643-6.