

Gezamenlijke geboortezorg

Evaluatie en monitoring van
zorgpaden 'Vroegsignalering
zwangere in een kwetsbare
situatie' in Friesland.



Mirjam Hildering-Leemhuis, s2050625
Biomedical Sciences/Science, Business & Policy
Afstudeeropdracht te GGD Fryslân
Faculty of Science & Engineering
Rijksuniversiteit Groningen

Onder begeleiding van:
Drs. M.R. Berger (Rijksuniversiteit Groningen)
Ir. M. Teeuw (GGD Fryslân)
Dr. ir. E. Corpeleijn (UMCG)
Dr. E.I. Feijen-de Jong (AVAG, UMCG)

Voorblad gemaakt met behulp van Canva, www.canva.com

Adviesrapport 'Gezamenlijke geboortezorg: evaluatie en monitoring van zorgpaden 'Vroegsignalering zwangere in een kwetsbare situatie' in Friesland

Dit rapport is tot stand gekomen naar aanleiding van afstudeeronderzoek in de periode van januari 2022 tot juli 2022, als onderdeel van de masteropleiding Biomedical Sciences aan de Rijksuniversiteit Groningen, binnen de specialisatie Science, Business & Policy. Tijdens de afstudeerfase heeft de student bewezen in staat te zijn om wetenschappelijk onderbouwde kennis en beleidsaspecten van een vraagstuk met elkaar te integreren.

Het onderzoek is uitgevoerd vanuit GGD Fryslân, onder supervisie van de volgende personen:

Ir. M. (Marijke) Teeuw: zij is coördinator van de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid binnen GGD Fryslân en vervult daarnaast een rol als team coach binnen de organisatie. In het onderzoek vervulde zij de rol van dagelijks begeleider.

Dr. ir. E. (Eva) Corpeleijn: zij is universitair hoofddocent binnen het Universitair Medisch Centrum Groningen binnen het departement Epidemiologie. Voor dit onderzoek vervulde zij de functie van wetenschappelijk begeleider.

Drs. M.R. (Michiel) Berger: hij is docent aan de Rijksuniversiteit Groningen en als docent en begeleider betrokken bij de afstudeertrack Science, Business & Policy. Binnen dit onderzoek vervulde hij dan ook de functie van SBP-begeleider.

Dr. E.I. (Esther) Feijen-de Jong: zij is universitair docent verloskunde en verloskundige, werkzaam bij de AVAG (Academie Verloskunde Amsterdam Groningen) en de afdeling huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde van het Universitair Medisch Centrum Groningen. Dr. Feijen-de Jong is een expert in verloskunde en doet veel onderzoek naar de zorg voor kwetsbare zwangeren in Noord Nederland. Hoewel zij niet een officiële begeleider was bij het afstudeeronderzoek, is haar advies en feedback door het hele proces heen van onschatbare waarde geweest.

Disclaimer

Dit verslag is opgesteld als onderdeel van het educatief programma van het Rijksuniversiteit Groningen, Faculty of Science and Engineering, Science Business and Policy (SBP) curriculum. Aan dit verslag kunnen geen rechten worden ontleend, anders dan beschreven in het stagecontract. Citaties zijn alleen mogelijk met expliciete referentie dat het verslag een stageproduct betreft en met geschreven toestemming van het SBP personeel.

Persoonlijk voorwoord

Voor u ligt het adviesrapport dat ik heb geschreven als eindproduct van mijn afstudeerstage. Voor mij dus de afsluiting van een era, maar voor u misschien slechts een tussenstap in het werk dat u dagelijks verzet om zwangeren en kersverse ouders zo goed mogelijk te steunen bij alles wat er op hun pad komt. Als dat voor u geldt: dankuwel! Er kunnen nog zoveel adviesrapporten geschreven worden, maar zonder mensen die het échte werk doen zouden we nergens komen.

Tijdens mijn stage heb ik heel wat professionals uit het medische en sociale domein gesproken die in of rond de geboortezorg werkzaam zijn. Wat mij bij letterlijk elk gesprek raakte was de passie waarmee deze mensen over hun werk spraken. Dankzij hen was het voor mij mogelijk om verder te kijken dan alleen maar technische aspecten van mijn onderzoek. Mijn al aanwezige enthousiasme voor geboortezorg is dankzij hun bevoegenheid nog vele malen groter geworden, en ik heb diep respect voor het werk dat zij dagelijks doen om zwangeren, juist ook de kwetsbaren, zo goed mogelijk te ondersteunen richting het ouderschap. Ik wil bij deze dan ook alle geïnterviewde professionals heel erg hartelijk bedanken, niet alleen voor de informatie die zij mij gaven, maar juist ook voor die inspiratie.

Hoewel er heel veel mensen onmisbaar zijn geweest voor mijn stage en onderzoek, wil ik er een paar bij naam noemen. Allereerst Marijke Teeuw, die mij de hele stage door geholpen heeft om het onderzoek uit te kunnen voeren, maar die mij ook coachte bij mijn persoonlijke en professionele ontwikkeling en bij wie ik altijd terecht kon als ik hulp nodig had of ergens over wilde sparren. Qua sparren heb ik ook veel gehad aan mijn medestagiairs bij de GGD. Joost, Roos, Annoek en Sjoukje: het was mij een waar genoegen om met jullie samen te werken, maar juist ook de momenten tussendoor (wanneer we gingen wandelen, frustraties deelden of juist samen ergens hartelijk om konden lachen) hebben dit halfjaar de moeite meer dan waard gemaakt. Ook mijn SBP-buddy's Amber en Thirza waren welkome 'partners in crime'. Elke ochtend de dag digitaal samen beginnen was een goede motivatie om die dag aan de slag te gaan, en ook wanneer er in de stages dingen niet liepen zoals gehoopt konden we op elkaars steun rekenen. Ik ben blij dat we ervoor hebben gekozen om ons buddieschap op deze manier invulling te geven en had het ook achteraf voor geen goud willen missen.

Voor het inhoudelijke deel van de stage wil ik graag mijn dank uitspreken aan Esther Feijen-de Jong, Maaïke van der Meulen, Michiel Berger, Eva Corpeleijn, en Conny Vreugdenhil. De stage-opdracht die er voor mij lag was een grote uitdaging op vele fronten, maar dankzij jullie ervaringen, tips en feedback is het nu toch zover gekomen dat er een rapport ligt met adviezen die gefundeerd zijn op zowel wetenschap, beleid als praktijk.

Tot slot kan ik het niet laten om Henk te bedanken. Ik ben de tel kwijt van hoe vaak hij thee kwam brengen wanneer ik dat door opperste concentratie weer eens was vergeten. Dankjewel schat ♥

Samenvatting

Het doel van dit onderzoek was om gestandaardiseerde voorstellen te doen voor monitoring en evaluatie van de zorgpaden Vroegsignalering in Friese gemeente. Voor het onderzoek zijn professionals geïnterviewd die zelf werken met de zorgpaden in Smallingerland en in regio Zuidwest Friesland (Fryske Marren en Súdwest Fryslân). Daarnaast is literatuuronderzoek uitgevoerd voor de wetenschappelijke onderbouwing. Voor enkele specifieke onderwerpen zijn experts geraadpleegd.

Uit literatuur zijn vele voorbeelden naar voren gekomen die laten zien dat sociaal-maatschappelijke factoren al tijdens de zwangerschap (en soms zelfs daarvoor) voorspellers zijn van gezondheidsproblemen. In het onderzoek kwamen vooral zwangerschapsspecifieke stress en huiselijk- of partnergeweld naar voren als belangrijke risicofactoren voor zowel fysieke als mentale problemen voor moeder en kind. Om dergelijke problemen – en de daarmee gemoeide kosten voor medische en sociale zorgverlening – te voorkomen, is het van groot belang om al tijdens de zwangerschap goede ondersteuning te kunnen geven. De Friese zorgpaden ‘Vroegsignalering zwangere in een kwetsbare situatie’ zijn dan ook bedoeld om risicofactoren vroegtijdig te signaleren en de juiste hulp in te kunnen schakelen voor zwangeren en hun partners. Op die manier worden de aanstaande ouders goed voorbereid op hun nieuwe rol als ouders en krijgen kinderen een goede start in het leven. Ook bieden de zorgpaden een structuur voor de benodigde samenwerking tussen professionals uit het medische en sociale domein.

Uit de praktijk blijkt dat er nog veel te wensen valt rondom implementatie van de zorgpaden. Hoewel de ALPHA-NL bij veel zorgverleners wel bekend is, lopen de meningen erover erg uiteen en verschilt het heel erg per praktijk of het signaleringsinstrument gebruikt wordt. Het aantal daadwerkelijke aanmeldingen voor het zorgpad is erg laag. Wanneer er wel van het zorgpad gebruik wordt gaat dat in sommige gevallen goed, maar nog te vaak niet, waardoor zorgverleners ontmoedigd kunnen worden om bij een volgende situatie het zorgpad in te schakelen. De grootste verbeterpunten liggen op het gebied van communicatie (durven signaleren, betere framing van en informatievoorziening over de zorgpaden), organisatie (financiële middelen, toevoegen van relevante actoren aan de zorgpaden) en activatie (blijvende aansporing om van het zorgpad gebruik te maken). Bovendien wordt in beide regio’s geëvalueerd binnen projectteams, maar vindt er nog geen algehele monitoring plaats waardoor evaluatiemogelijkheden vooralsnog beperkt zijn.

Met het oog op toekomstige evaluaties worden er concrete voorstellen gedaan voor monitoring op drie door stakeholders gewenste onderwerpen:

- Bereik van het zorgpad: registratie van centrale aanmeldingen bij het KCC van de GGD (aantallen + postcodes) en een pilot voor registratie van daadwerkelijke kwetsbaarheid binnen verloskundepraktijken.
- Tevredenheid van betrokken professionals: periodieke casuïstiekbespreking binnen het projectteam van ieder zorgpad. Daarnaast ook jaarlijks een vragenlijst onder alle betrokken beroepsgroepen, gebaseerd op de MIDI en ACTION methodieken.
- Tevredenheid van de doelgroep van het zorgpad: pilot voor korte vragenlijst met focus op ondersteuning vanuit het sociale domein, als aanvulling op de bestaande NPS/PREM vragenlijsten die door de verloskundige hulpverlener worden afgenomen.

Daarnaast wordt nadrukkelijk geadviseerd om financiering te regelen voor zorgpad-gerelateerde activiteiten (bijvoorbeeld signalering), om meer in te zetten op communicatie binnen en rondom het zorgpad en om bij elk zorgpad een kartrekker aan te stellen die gebruik van het zorgpad borgt en onderling kan afstemmen met naburige regio’s. Aan de hand hiervan kan gezorgd worden dat zwangeren in kwetsbare situaties de juiste ondersteuning krijgen, ongeacht in welke gemeente zij wonen.

Gebruikte afkortingen

ACTH	Adrenocorticotropic hormone
ACTion	Audit generated changes in perinatal care using "Tailored" implementation strategies
ALPHA-NL	(Nederlandse versie van) Antenatal Psychosocial Health Assessment
APO	Adverse Perinatal Outcome
AVAG	Academie Verloskunde Amsterdam Groningen
AVG	Algemene Verordening Gegevensbescherming
BMI	Body Mass Index
BOP	Bijzondere Obstetrie Poli
CBG	Cortisol-bindend Globuline
CAF	Common Assessment Framework
CPZ	College Perinatale Zorg
CRH	Corticotropin-releasing Hormone
DKT prik	Difterie Kinkhoest Tetanus prik
DOHaD	Developmental Origins of Health and Disease
DV	Domestic Violence
Erasmus MC	Erasmus Medisch Centrum
FASS	Foetaal Alcohol Spectrum Syndroom
FLN	Fries Lerend Netwerk (nieuwe naam voor de Friese Coalitie van Kansrijke Start)
GIZ	Gezamenlijke Inschatting Zorgbehoeften
HHB-as	Hypothalamus-Hypofyse-Bijnier-as
IPV	Intimate Partner Violence
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KCC	Klantcontactcentrum (van GGD Fryslân)
LBW	Low Birth Weight
MIDI	Meetinstrument voor Determinanten van Innovaties
NJi	Nederlands Jeugdinstituut
NIPT	Niet Invasieve Prenatale Test
NPS	Netto Promotor Score
pCRH	Placentaal CRH
PHB	Prenataal Huisbezoek
POP-poli	Psychiatrie Obstetrie Pediatrie poli
PREM	Patient Reported Experience Measure
PTB	Preterm Birth
PSA	Pregnancy Specific Anxiety
RVS	Raad voor Volksgezondheid en Samenleving
SBM-as	Sympathische Bijniermerg-as
SES	Sociaaleconomische status
SGA	Small for Gestational Age
SO	Stevig Ouderschap
VSV	Verloskundig Samenwerkingsverband
WPG	Wet Publieke Gezondheid
ZeGNN	(Consortium) Zwangerschap en Geboorte Noord Nederland

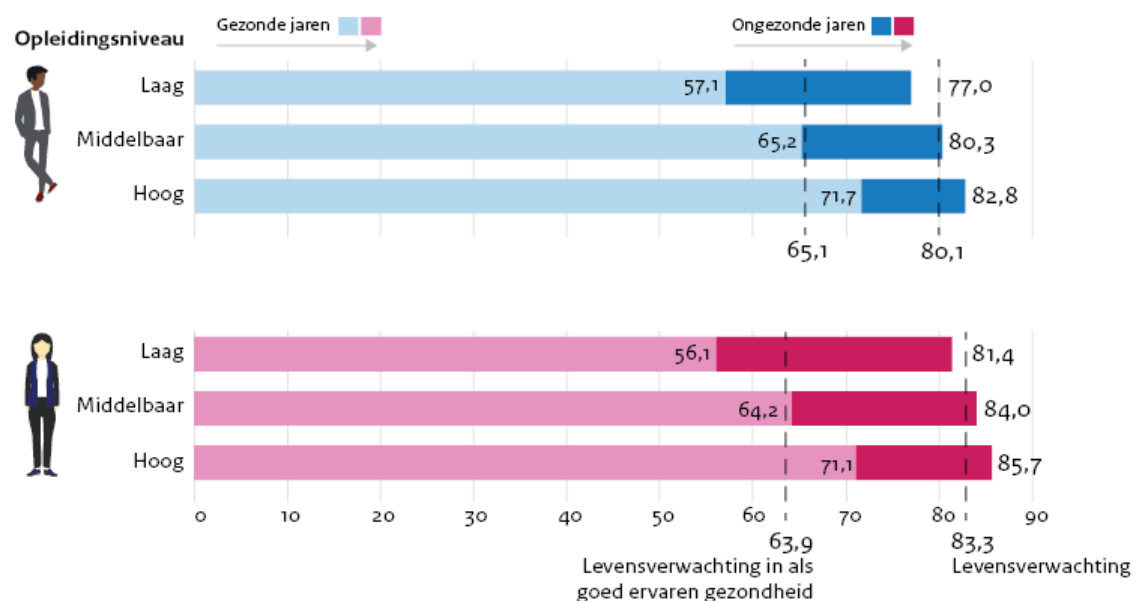
Inhoudsopgave

Persoonlijk voorwoord	2
Samenvatting	3
Gebruikte afkortingen	4
Introductie	7
Hoofdstuk 1 – Wat is de invloed van de prenatale periode op latere gezondheid van een kind?	11
Beïnvloedbare prenatale risicofactoren	11
Uitdagingen in onderzoek naar prenatale risicofactoren	18
Relevantie voor geboortezorgprofessionals	19
Hoofdstuk 2 – Kwetsbaarheid in de geboortezorg en (geboorte)zorgbeleid	21
Kwetsbaarheid definiëren	21
Kwetsbaarheid signaleren	24
Beantwoording deelvraag	28
Hoofdstuk 3 – Gezamenlijke zorg voor kwetsbare zwangeren in Friesland	29
Reguliere zorg voor aanstaande ouders	29
Hoe schiet reguliere geboortezorg tekort voor kwetsbare zwangeren?	30
Zorgpaden Vroegsignalering in Friesland	33
Conclusie	38
Hoofdstuk 4 – Organisatie en uitvoering van de zorgpaden	40
Actoren met een actieve rol in de zorgpaden	40
Relevante actoren om de zorgpaden heen	47
Knelpunten	48
Hoofdstuk 5 – Hoe kan de zorg voor zwangeren in Friesland nu verbeterd worden?	50
Verbeterpunten met betrekking tot organisatie van de zorg	50
Verbeterpunten met betrekking tot zorgprofessionals	52
Verbeterpunten met betrekking tot de zwangere	53
Hoofdstuk 6 – Monitoring en evaluatie van zorgpaden kwetsbare zwangeren	55
Monitoring van bereik van het zorgpad	56
Monitoring van tevredenheid van zorgprofessionals	58
Monitoring van tevredenheid van de doelgroep	59
Evaluatie en implementatie	59
Conclusie en discussie	61
Sterke punten en beperkingen van dit onderzoek	62
Advies en implementatie	64
Adviezen	64
Implementatie	64

Geraadpleegde literatuur	69
Appendix 1 - Systematische zoekopdracht + resulterende artikelen	76
Appendix 2 – MIDI methodiek	80
Appendix 3 – De ACTion methodiek	81
Appendix 4 - Monitoring kwetsbaarheid onder zwangeren	83
Appendix 5 - Monitoring tevredenheid van bij het zorgpad betrokken professionals.....	84
Appendix 6 - Monitoring tevredenheid van de doelgroep	87

Introductie

In de Nederlandse samenleving bestaan grote gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen. Inkomen en opleiding zijn daarbij belangrijke factoren (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2019). Al vanaf de geboorte hebben armere mensen te maken met aanzienlijk hogere zorgkosten (RTL Nieuws, 2018). Ook zijn hun levensverwachting en hun verwachte aantal gezonde jaren beduidend lager dan die van mensen met een hoog inkomen (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2019). Eenzelfde relatie is te zien wanneer het gaat om opleidingsniveau (zie *figuur 1*; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2021a). Toch is het bij de aanpak van gezondheidsverschillen een valkuil om alleen te focussen op individuele kenmerken. In het rapport ‘Gezondheidsverschillen voorbij’ raad de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) aan om breder te kijken dan alleen sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Vanuit doorbraken uit het verleden (stadshygiëne, sociale wetgeving en onderwijs) wijzen zij erop dat gezondheidsverschillen het best benaderd kunnen worden door een aanpak die op de hele samenleving gericht is, in plaats van op individuen of specifieke bevolkingsgroepen. In plaats van ‘sociaaleconomisch’ als reden voor gezondheidsverschillen introduceren zij de term ‘complexe ongelijkheid’, waarbij volgens hen de oplossing ligt in sociale, medische en maatschappelijke zorg voor de samenleving als geheel (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2020). Idealiter begint deze zorg al voor de zwangerschap. Uit onderzoek is gebleken dat de eerste 1000 dagen in het leven van een kind (dat is vanaf conceptie tot ongeveer de leeftijd van twee jaar) een belangrijke basis leggen voor de gezondheid in het verdere leven (Darling et al., 2020). In 2018 is daarom ‘Kansrijke Start’ in het leven geroepen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018).



Figuur 1: algemene en gezonde levensverwachting bij geboorte in jaren 2017-2020, met onderscheid naar geslacht en opleidingsniveau. Te zien is dat mensen met een lager opleidingsniveau een lagere levensverwachting hebben en een lager verwacht aantal gezonde jaren. Aangepast overgenomen van VZinfo (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2021a).

Een Kansrijke Start voor ieder kind

‘Kansrijke Start’ is een landelijk actieprogramma dat ontstaan is uit een samenwerking tussen het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, gemeenten, jeugdgezondheidszorg en partijen uit de geboortezorg. Het programma heeft als einddoel om meer kinderen een kansrijke start te geven. Dit einddoel is onderverdeeld in 6 subdoelen, waarvan 5 zich richten op kwetsbare ouders en 1 op kinderen van kwetsbare ouders. Er wordt daarbij onderscheid gemaakt tussen 3 actielijnen: ‘voor de

zwangerschap', 'tijdens de zwangerschap' en 'na de geboorte' (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018).

Om de doelen van Kansrijke Start te realiseren, heeft het ministerie een bedrag van 41 miljoen euro beschikbaar gesteld voor de periode 2018-2021. Vanaf 2023 wordt er jaarlijks 28,3 miljoen euro vrijgemaakt voor Kansrijke Start (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2022). Met dit geld kunnen gemeenten het actieprogramma uitvoeren, maar ook op landelijk gebied zijn er ontwikkelingen geweest. Zo werd er bijvoorbeeld een grote campagne gelanceerd om het belang van de eerste 1000 dagen onder de aandacht te brengen. Daarnaast kwam er een 'menukaart' met interventies, werden er een perinatale- en een kwetsbaarheidsatlas ontwikkeld om regionaal de mate van kwetsbaarheid inzichtelijk te maken en werd er hard gewerkt aan de ontwikkeling en uitwisseling van kennis (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018). Ook in de komende jaren zal steeds een klein deel van het bedrag gebruikt worden voor landelijke uitvoering van het actieprogramma, waaronder bijvoorbeeld monitoring van de voortgang (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2022).

Een Kansrijke Start in Friesland

Om te zorgen dat Kansrijke Start aansluit bij regionale behoeften, is er vanaf het begin gestimuleerd om ook lokaal coalities rondom het actieprogramma te vormen. Dat is onder andere gebeurd in Friesland. Sinds 1 januari 2020 is daar een coalitie aanwezig onder de naam 'Fries Lerend Netwerk' (FLN). Bij de coalitie zijn onder andere gemeenten, ziekenhuizen, Verloskundig samenwerkingsverbanden (VSV's), ROS Friesland en Pharos betrokken (GGD Fryslân, 2019). Sinds de oprichting van FLN zijn er 7 thematafels samengesteld rondom aan Kansrijke Start gerelateerde thema's die actueel zijn in de Friese context. 1 van die thematafels is 'Monitoring en evaluatie zorgpad vroegsignalering zwangere in een kwetsbare situatie'.

Over de zorgpaden 'vroegsignalering zwangere in een kwetsbare situatie'

In Friesland zijn in de afgelopen jaren in meerdere regio's zorgpaden opgezet voor vroege signalering en goede ondersteuning van sociaal kwetsbare zwangeren. De oudste ervan, het zorgpad in de gemeente Smallingerland, is voortgekomen vanuit Vitale Regio Fryslân. Vitale Regio Fryslân ging in 2016 van start als een samenwerking tussen gemeenten, GGD Fryslân en zorgverzekeraar De Friesland. Het doel van deze samenwerking was om de vitaliteit van Friese inwoners te verbeteren. Daarbij lag de focus op het beter op elkaar afstemmen van diverse preventie-activiteiten (Boonstra et al., 2021a). In Smallingerland werd besloten om de focus te leggen op goede zorg voor kwetsbare zwangeren. Dit leidde tot een zorgpad waarin het sociale en medische domein gingen samenwerken, zodat kwetsbaarheid al tijdens de zwangerschap gesignaleerd zou worden en er ook dan al passende ondersteuning geregeld kon worden. Het zorgpad is daarmee een goed voorbeeld van een goal-directed network (Zuidersma, 2012).

Vanwege de doelstelling past het zorgpad binnen de tweede actielijn van Kansrijke Start ('Tijdens de zwangerschap'). Ook sluit de samenwerking tussen medisch en sociaal domein aan bij de adviezen die in 2009 gegeven werden in het rapport 'Een goed begin' van de stuurgroep zwangerschap en geboorte van het college perinatale zorg (CPZ) (Stuurgroep zwangerschap en geboorte, 2009). Het zorgpad werd opgezet door professionals met verschillende achtergronden (zowel uit het medische als uit het sociale domein), hoewel de meesten van hen afkomstig waren uit het Verloskundig Samenwerkingsverband¹. Omdat professionals op de inhoud goed kunnen meedenken, maar vaak geen tijd hebben voor het opzetten van structuren, werd er een externe projectleider bij betrokken om de opzet en implementatie van het zorgpad goed te laten verlopen (Boonstra et al., 2021b).

¹ Een VSV bestaat uit professionals uit de geboortezorg. Denk daarbij met name aan verloskundigen, kraamverzorgenden en gynaecologen (College Perinatale Zorg, z.d.a).

Het zorgpad in Smallingerland bleek een inspiratiebron te zijn voor andere regio's in Friesland. Al gauw volgde een soortgelijke opzet in Zuidwest Friesland (een samenwerking binnen de gemeenten De Fryske Marren en Súdwest Fryslân, waarbij het zorgpad bijna letterlijk is overgenomen van Smallingerland). Inmiddels is bijna overal in Friesland een zorgpad Vroegsignalering opgezet of wordt er voorbereidend werk voor verricht.

Hoewel er al tussentijdse evaluaties plaatsvinden binnen de zorgpaden, verschilt de manier waarop dit gebeurt, waardoor de resultaten moeilijk onderling te vergelijken zijn. Bovendien wordt er nu vooral procesmatig geëvalueerd, terwijl betrokkenen ook graag zouden willen weten hoe tevreden zwangeren zijn over de zorgpaden. Daarnaast is er op dit moment nauwelijks inzicht in hoeveel mensen er deelnemen aan de zorgpaden. Om die redenen is binnen FLN de eerder al genoemde thematafel 'Monitoring en evaluatie zorgpad vroegsignalering zwangere in een kwetsbare omgeving' opgericht. De thematafel maakt het mogelijk om evaluaties uit de verschillende regio's op elkaar aan te laten sluiten, waardoor resultaten vergeleken kunnen worden, er lessen van elkaar geleerd kunnen worden en er uiteindelijk overal in Friesland goede ondersteuning verleend kan worden aan zwangeren in een kwetsbare situatie. Vanuit deze thematafel is bij GGD Fryslân het verzoek neergelegd om te onderzoeken hoe er aan deze evaluatie vormgegeven kan worden.

Over GGD Fryslân

GGD Fryslân is onderdeel van de Veiligheidsregio Friesland en houdt zich namens Friese gemeenten bezig met het bevorderen van de publieke gezondheid. De organisatie doet dit bijvoorbeeld door advies te geven aan burgers en organisaties, door toezicht te houden op naleving van hygiënevoorschriften, door vaccinaties aan te bieden en door crisisondersteuning te verlenen wanneer dat nodig is. Belangrijke vakgebieden die binnen de GGD vertegenwoordigd zijn, zijn de jeugdgezondheidszorg, infectieziektebestrijding en medische milieukunde (GGD Fryslân, 2022).

Omdat de GGD het belangrijk vindt dat er binnen de provincie optimaal gebruik wordt gemaakt van aanwezige kennis, wordt er op verschillende manieren aan kennisdeling gedaan. Dit gebeurt binnen de organisatie zelf (bijvoorbeeld door het 'broodje kennis', een lunchmeeting waarin medewerkers over hun werk vertellen), maar ook naar buiten toe (bijvoorbeeld door halfjaarlijkse kennissessies waarin studenten hun onderzoek presenteren). Er wordt echter meer gedaan dan alleen het delen van kennis. Een onderdeel van GGD Fryslân is namelijk de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noord Nederland. Hier wordt samen met allerlei partners gewerkt aan uiteenlopende vraagstukken vanuit beleid en praktijk (Teeuw & Boonstra, n.d.).

Vanwege de inmiddels jarenlange ervaring die de Academische Werkplaats heeft met bruggen slaan en kennis en ervaring delen, is het de perfecte plek voor onderzoek naar evaluatie en verbetering van bestaand beleid. Daarom is ook dit onderzoek, naar monitoring en evaluatie van Friese Zorgpaden Vroegsignalering, vanuit de Academische Werkplaats uitgevoerd.

Onderzoeksvragen

In dit rapport zullen de volgende onderzoeksvragen beantwoord worden:

1) Wat moet er verbeterd worden in de zorg voor zwangeren in kwetsbare situaties in Friesland?

Deze vraag zal beantwoord worden in de hoofdstukken 1 tot en met 5.

In hoofdstuk 1 wordt ingegaan op hoe prenatale omstandigheden invloed hebben op de gezondheid van een kind.

In hoofdstuk 2 wordt beschreven hoe kwetsbaarheid in geboortezorgbeleid gedefinieerd wordt en wat voor tools er in Friesland gebruikt worden om kwetsbaarheid te signaleren.

Hoofdstuk 3 wordt duidelijk gemaakt waarom reguliere gezondheidszorg tekortschiet voor kwetsbare zwangeren en waarom de Friese zorgpaden Vroegsignalering een beter alternatief zijn.

In hoofdstuk 4 worden de zorgpaden geëvalueerd vanuit het perspectief van zorgprofessionals.

In hoofdstuk 5 wordt de kennis uit voorgaande hoofdstukken gecombineerd, wat leidt tot beantwoording van de eerste hoofdvraag.

2) Hoe kunnen de zorgpaden op een goede manier gemonitord en geëvalueerd worden?

Deze vraag wordt beantwoord in hoofdstuk 6.

Aanpak

Om de wetenschappelijke deelvraag in hoofdstuk 1 te beantwoorden is voornamelijk gebruik gemaakt van literatuuronderzoek. Voor antwoorden op de meer beleidsmatige deelvragen zijn (naast literatuuronderzoek) interviews gehouden met professionals rondom de zorgpaden Vroegsignalering in Friesland, evenals met onderzoekers en andere professionals rondom het thema geboortezorg in Noord-Nederland.

Hoofdstuk 1 – Wat is de invloed van de prenatale periode op latere gezondheid van een kind?

Wat bepaalt of iemand gezond is?

In 2004 publiceerde de Engelse epidemioloog David Barker een review waarin hij omschreef hoe er een correlatie was tussen laag geboortegewicht en coronaire hartziekten. Zijn conclusie was dat coronaire hartziekten veroorzaakt worden door een opeenvolging van interacties tussen milieu-invloeden en eerder doorgemaakte ontwikkelingen. Elke interactie (of 'vertakking' zoals hij het noemde) kan ervoor zorgen dat de kans op ontwikkeling van een ziekte verandert. Die interacties tussen omgeving en ontwikkeling van een individu beginnen al voordat een kind geboren is (Barker, 2004).

Inmiddels heeft Barker's theorie een naam gekregen: Developmental Origins of Health and Disease (de DOHaD hypothese). De theorie heeft vele onderzoeksgebieden beïnvloed en is onder andere de inspiratie geweest voor talrijke onderzoeken naar associaties tussen prenatale invloeden en gezondheidsuitkomsten in het latere leven (Suzuki, 2017). Met DOHaD in gedachten is ook dit hoofdstuk geschreven: vanuit de wetenschap dat prenatale omstandigheden de latere gezondheid kunnen beïnvloeden, wordt hier onderzocht wat voor factoren dat zoal zijn en wat voor invloed deze kunnen hebben. Hiervoor is biomedisch literatuuronderzoek uitgevoerd.

Beïnvloedbare prenatale risicofactoren

Bij het identificeren van risicofactoren die zwangerschapsuitkomsten of de latere gezondheid van een kind beïnvloeden, moet allereerst gedacht worden aan puur medische risicofactoren. Het gaat dan bijvoorbeeld om genetische afwijkingen of om meerlingzwangerschappen. Deze risicofactoren zijn niet beïnvloedbaar: in zulke gevallen zal de verleende zorg zich vooral richten op het omgaan met de gevolgen ervan. Er zijn echter ook prenatale risicofactoren die wél beïnvloed kunnen worden. Het gaat dan bijvoorbeeld om leefstijlkeuzes, beïnvloedbare gezondheidsfactoren en levensomstandigheden. De belangrijkste bekende risicofactoren zullen hier worden toegelicht.

Leefstijlfactoren

Roken

Roken tijdens de zwangerschap kan veel nadelige consequenties hebben voor de gezondheid van het kind. Op korte termijn kan het leiden tot slechte geboorte uitkomsten, bijvoorbeeld vroeggeboorte, groei-restrictie en een laag geboortegewicht. Bovendien is er een verhoogd risico op wiegendood. Op lange termijn krijgen de kinderen vaak te maken met cardiovasculaire- en luchtwegproblemen, overgewicht, ontwikkelingsstoornissen en gedragsproblematiek (Banderali et al., 2015).

Obesitas

Obesitas is wereldwijd een steeds groter probleem aan het worden (WHO, 2021). Dit heeft enorme gevolgen voor de gezondheid van de mensen zelf, maar ook tijdens zwangerschap wordt obesitas geassocieerd met een scala aan risicovolle uitkomsten. Dit begint al met de zwangerschap zelf: vrouwen met obesitas krijgen significant vaker te maken met pre-eclampsie, pre- en postnatale depressie en zwangerschapsdiabetes. Ook hangt prenatale obesitas samen met vroeggeboorte, aangeboren afwijkingen en perinatale sterfte (Marchi et al., 2015). Obesitas van de moeder en overmatige gewichtstoename tijdens zwangerschap verhogen bovendien de kans op obesitas in kinderen (Voerman et al., 2019).

Alcoholconsumptie

Wanneer een vrouw tijdens de zwangerschap gemiddeld tot veel alcohol consumeert, is er bij de foetus kans op de ontwikkeling van foetaal alcohol spectrum syndroom (FASS). Dit is een verzameling van afwijkingen die kunnen ontstaan door foetale blootstelling aan alcohol. Omdat de foetale lever nog niet goed in staat is om het af te breken, blijft alcohol veel langer in de foetale bloedbaan dan in het bloed van de moeder. Daardoor heeft het meer tijd om schade toe te brengen aan de ontwikkelende organen van het kind (Hersenstichting, z.d.). Dergelijke blootstelling is sterk geassocieerd met abnormale ontwikkeling van het brein en verstoorde hormoonregulatie. Hierdoor kunnen kinderen met FASS te maken krijgen met mentale retardatie en groeiachterstanden. Wanneer het centrale zenuwstelsel eenmaal is aangetast, kan dit effect niet meer ongedaan gemaakt worden (Caputo et al., 2016).

Voeding

Voedselkeuze tijdens de zwangerschap kan van invloed zijn op de gezondheid van het kind. Zo wordt bijvoorbeeld afgeraden om rauwe melk (of producten waarin rauwe melk is verwerkt) te consumeren, vanwege het gevaar op listeriose (besmetting met de *Listeria* bacterie). Listeriose kan onder andere leiden tot vroeggeboorte wanneer de bacterie in de foetus terechtkomt, naast de koortsachtige verschijnselen die het bij de zwangere veroorzaakt (Madjunkov et al., 2017). Ook vis kan listeriose veroorzaken wanneer het niet vers of gegaard genoeg is. Daarnaast is het bij vis en andere zeedieren belangrijk om te letten op de hoeveelheid kwik die erin voorkomt. Is die concentratie laag genoeg, dan kan het eten van gematigde hoeveelheden ervan juist goed zijn voor de gezondheid (Saavedra et al., 2022; Starling et al., 2015). Andere voedingsstoffen worden juist specifiek aangeraden rondom zwangerschap. Met name foliumzuur wordt standaard aangeraden bij vrouwen die zwanger zijn of willen worden. Foliumzuur is namelijk essentieel voor het ontwikkelen en functioneren van het brein. Supplementatie blijkt dan ook positieve effecten te hebben op uitkomsten als gedragsontwikkeling, taalontwikkeling en intellectuele ontwikkeling van het kind. Wel is gebleken dat over-supplementatie juist een negatieve invloed op de genoemde uitkomsten kan hebben; het is dus belangrijk om de aanbevolen dosis aan te houden (Chen et al., 2021; Gezondheidsraad, 2021).

Chronische stress

Niet alleen omstandigheden tijdens de zwangerschap zelf beïnvloeden de uitkomsten ervan. Ook eerder doorgemaakte traumatische ervaringen en chronische stressoren zijn gerelateerd aan slechtere zwangerschaps- en gezondheidsuitkomsten. Verwaarlozing, mishandeling en seksueel misbruik in de kindertijd worden geassocieerd met psychosociale problematiek tijdens de zwangerschap en problemen rondom de bevalling, met gevolgen voor zowel de fysieke als de mentale gezondheid van het kind (Choi & Sikkema, 2016; Zhang et al., 2020; Brunton & Dryer, 2021).

Dat dergelijke trauma's effecten kunnen hebben op gezondheid van het nageslacht is opvallend. De andere risicofactoren hebben allemaal direct invloed op de fysieke gezondheid van de moeder. Het is daarom niet heel verbazingwekkend dat deze ook de gezondheid van het kind blijken te beïnvloeden. Bij de trauma's is dat anders: daar is het vooral de psychosociale gezondheid van de moeder die lijdt onder wat er in het verleden gebeurd is. Hoe heeft ook dat invloed op de fysieke gezondheid van een kind?

Onderzoek van Heim et al. laat zien dat jeugdtrauma's blijvende invloed kunnen hebben op de stressrespons van kinderen. Psychosociale problematiek als depressie op latere leeftijd is daarbij een bijkomend gevolg, dat nog extra versterkt kan worden door externe stressoren (Heim et al., 2008). Stressrespons is een fysiek fenomeen en zou daarom ook de link kunnen zijn tussen jeugdtrauma's, hun gevolgen tijdens de zwangerschap en de fysieke gezondheid van het nageslacht.

Om meer inzicht te krijgen in of prenatale stress inderdaad gezondheidsgevolgen kan hebben voor een kind, is er een systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd. Deze vindt u verderop in dit hoofdstuk. Voordat daarop ingegaan wordt is het echter eerst belangrijk om te begrijpen hoe stress werkt en wat er tijdens de zwangerschap gebeurt met de stressrespons van de moeder.

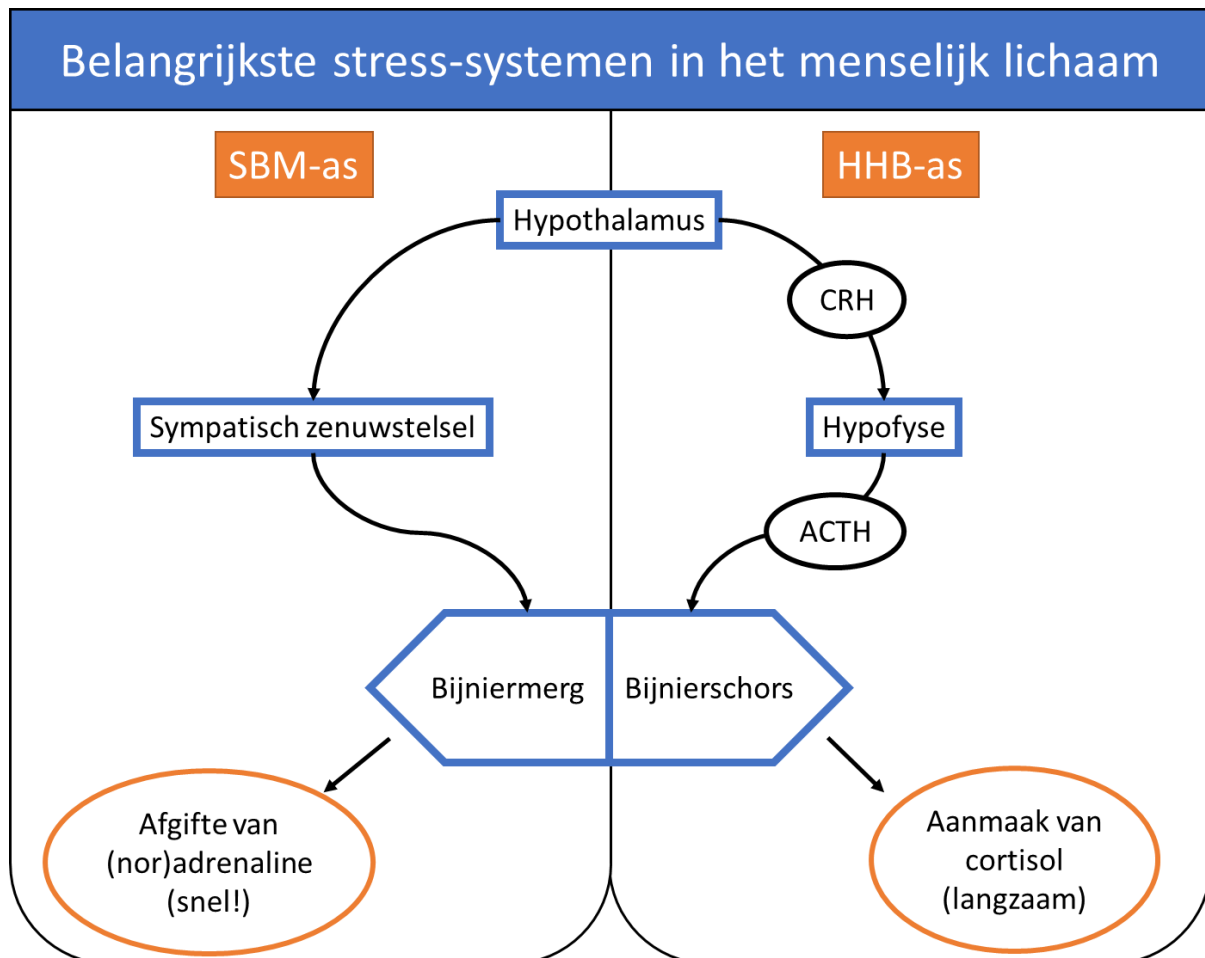
Hoe stress werkt in het menselijk lichaam

In de fysiologische stressreactie staan twee hormoonsystemen centraal: de sympathische bijniermerg-as (SBM-as) en de hypothalamus-hypofyse-bijnier-as (HHB-as) (zie *figuur 2*). Samen zorgen ze voor een adequate reactie op externe stressoren.

De stress respons begint met activatie van het sympathische zenuwstelsel door de hypothalamus. Deze activatie leidt tot vrijwel onmiddellijke afgifte van adrenaline en noradrenaline vanuit het merg van de bijnier. Deze hormonen hebben allerlei effecten door het lichaam heen: ze versnellen ademhaling en hartslag, verhogen de bloeddruk en stimuleren de omzetting van glycogeen en vet in glucose. Door de combinatie van al deze acties komt er in korte tijd een aanzienlijke hoeveelheid extra zuurstof en energie (in de vorm van glucose en vrije vetzuren) beschikbaar voor het lichaam (Tank & Wong, 2015).

Tegelijkertijd met de activatie van het sympathische zenuwstelsel zet de hypothalamus nog een tweede systeem in actie: de HHB-as. Dit systeem begint ermee dat in de hypothalamus, om precies te zijn in de paraventriculaire kern, corticotropin-releasing hormone (CRH) geproduceerd wordt, dat de hypofyse activeert. De hypofyse produceert vervolgens adrenocorticotropie hormone (ACTH, ook wel bijnierschorsstimulerend hormoon genoemd). ACTH komt in de perifere bloedbaan terecht en stimuleert in de bijnierschors de productie van cortisol, ook wel bekend als hét stresshormoon. Een negatieve feedbackloop zorgt er door remming van ACTH afgifte voor dat cortisolconcentraties niet te hoog worden (Smith & Vale, 2006). In tegenstelling tot de bijna onmiddellijke afgifte van (nor)adrenaline duurt het even voordat de effecten van de HHP-as zichtbaar worden. Wanneer dit gebeurt, heeft dat net als (nor)adrenaline stimulerende effecten op het metabolisme en cardiovasculair systeem, en daarmee op het vrijmaken en effectief inzetten van energie. Cortisol doet echter nog meer: het onderdrukt het immuunsysteem en heeft een negatief effect op de hippocampus, het deel van de hersenen dat een belangrijke rol speelt in bijvoorbeeld geheugen (Russell & Lightman, 2019).

Op korte termijn kunnen de effecten van cortisol positief zijn: ze zorgen ervoor dat een persoon in staat is om adequaat te reageren op dreigende situaties die enkele uren, misschien zelfs dagenlang aanhouden. Wanneer de stress echter te lang aanhoudt, zorgt de constante overvloed aan cortisol juist voor problemen. Dat het immuunsysteem onderdrukt is veroorzaakt grotere vatbaarheid voor ziekten. Constante stimulatie van het hart zorgt voor overbelasting, waardoor er een risico ontstaat op hartfalen. Het onderdrukken van de hippocampus zorgt voor geheugen- en concentratieproblemen. Langdurige blootstelling aan cortisol kan dus een behoorlijke impact hebben op iemands fysieke en mentale gezondheid (Russell & Lightman, 2019). Het is daarom belangrijk om in te grijpen bij langdurige stress, om te voorkomen dat de negatieve effecten ervan zichtbaar of zelfs blijvend worden.



Figuur 2: schematische weergave van de humane stressrespons aan de hand van de twee betrokken hormoonsystemen. SBM-as: sympathische bijniemerg-as. HHB-as: hypothalamus-hypofyse-bijniemerg-as. CRH: corticotropin-releasing hormone. ACTH: adrenocorticotropie hormoon. Eigen afbeelding.

Stressresponsen van een vrouw veranderen tijdens de zwangerschap

Uit onderzoek is gebleken dat stressresponsen en -ervaring tijdens de zwangerschap veranderen. Sandman et al. beschrijven hoe stressvolle gebeurtenissen vroeg in de zwangerschap als stressvoller worden ervaren dan wanneer deze later in de zwangerschap plaatsvinden. Bij vrouwen waar die afname in stresservaring niet plaatsvindt, blijkt dat negatieve invloed te hebben op de zwangerschap (Sandman et al., 2012).

Ook op biologisch vlak verandert het stresssysteem. Waar normaalgesproken stresshormonen gereguleerd en geproduceerd worden door de moeder zelf, neemt tijdens de zwangerschap de placenta een deel van die functie over. Wanneer cortisollevels in het lichaam stijgen, reageert de placenta door placentaal CRH (pCRH) aan te maken. pCRH stimuleert, net als maternaal CRH, de productie van ACTH. Hierdoor ontstaat er een positieve feedbackloop en worden er steeds meer stresshormonen geproduceerd, in tegenstelling tot de eerder beschreven negatieve feedbackloop die buiten zwangerschap om de hormoonlevels reguleert (Sandman et al., 2012; Smith & Vale, 2006). Toch zorgt de verhoging in stresshormonen in dit geval niet per sé voor problemen. Er zijn namelijk andere factoren die ervoor zorgen dat het maternale cortisol niet in staat is om zijn gebruikelijke effecten uit te oefenen. Onder invloed van stijgende oestrogeenlevels wordt er tijdens de zwangerschap bijvoorbeeld steeds meer cortisol-bindend globuline (CBG) geproduceerd, dat in het maternale plasma cortisol wegvangt (Ho et al., 2007). Ook wordt cortisol omgezet in een inactieve vorm. Dit wordt gedaan door 11β -HSD2, een enzym dat door de placenta wordt geproduceerd (King et al., 2001). Cortisol dat nog wel in actieve vorm beschikbaar blijft, heeft alsnog minder effect, omdat gedurende

de zwangerschap de maternale cortisolreceptoren gedownreguleerd worden (Sandman et al., 2012). Zo komt het dat onder goede omstandigheden de zwangere, ondanks een grote hoeveelheid stresshormonen, steeds minder stress ervaart.

Stressoren en de gezondheidsconsequenties van prenatale blootstelling eraan voor moeder en kind (systematisch literatuuronderzoek)

Nu duidelijk is hoe stress globaal genomen werkt, is het de vraag in hoeverre blootstelling eraan tijdens de zwangerschap impact heeft op gezondheidsuitkomsten voor moeder en kind. Ook is het belangrijk om te weten wat voor factoren dergelijke stress kunnen veroorzaken. Om dit uit te vinden, is een literatuuronderzoek uitgevoerd. Als vorm voor het literatuuronderzoek is gekozen voor een umbrella review. Dit houdt in dat er een review geschreven is waarin alleen (systematische) reviews en meta-analyses aan bod komen. Het voordeel van een umbrella review is dat er op beknopte wijze informatie weergegeven kan worden die gebaseerd is op een groot aantal onderzoeken, waardoor de betrouwbaarheid ervan relatief groot is ten opzichte van andere soorten reviews. Deze reviews zijn dan ook uitermate geschikt voor beleidsmakers om een goed beeld te krijgen van relevante wetenschap voor hun vraagstuk (Aromataris et al., 2015). Voor het vinden van relevante artikelen is gebruik gemaakt van een systematische zoekopdracht. Details van de zoekopdracht zijn te vinden in appendix 1.

Prenatale stress kan leiden tot slechte geboorte uitkomsten

Slechte geboorte uitkomsten (adverse perinatal outcomes, APO's) zijn uitkomsten als laag geboortegewicht (low birth weight, LBW), vroeggeboorte (preterm birth, PTB), small for gestational age (SGA), spontane abortus en perinatale sterfte. Deze uitkomsten kunnen samenhangen met sociale omstandigheden waarin de zwangere zich bevindt. Padula et al. benoemen bijvoorbeeld armoede, lage ses, tienerzwangerschap en het gebrek aan een veilige en gezonde leefomgeving als risicofactoren voor slechte geboorte uitkomsten als laag geboortegewicht en vroeggeboorte (Padula et al., 2020). Ook Eick et al. kijken naar de mogelijke invloed van sociale factoren. Zij beschrijven hoe opleidingsniveau significant gecorreleerd is aan SGA, terwijl LBW gecorreleerd is aan de relatiestatus van de zwangere (Eick et al, 2021). Beide uitkomsten worden bovendien beïnvloed door etniciteit van de ouders, een factor die ook in andere onderzoeken expliciet genoemd wordt (Mutambudzi et al., 2011; Padula et al., 2020; . In het artikel van Premji wordt perinatale stress niet verder gespecificeerd, maar wordt wel benoemd dat het een significant effect heeft op PTB (Premji, 2014). Eenzelfde conclusie wordt getrokken door Austin & Leader, die daarnaast ook LBW noemen als APO ten gevolge van prenatale stress. Met name voor LBW benadrukken zij echter wel dat dit verband waarschijnlijk te wijten is aan op stress volgend rookgedrag van de moeder in plaats van aan de stress zelf (Austin & Leader, 2000).

Interacties met andere risicofactoren

In het onderzoek van Mutambudzi et al. bleek er geen direct effect te zijn van werkstress op geboorteuitskomsten. Daarentegen leek werkstress (bijvoorbeeld door hoge werkdruk, overmatige controle door leidinggevenden en gebrek aan sociale steun van collega's) wel de negatieve consequenties van andere risicofactoren, bijvoorbeeld etniciteit, te versterken (Mutambudzi et al., 2011). Ook bij blootstelling aan schadelijke chemicaliën heeft prenatale stress een versterkend effect op de schadelijke consequenties (Padula et al., 2020; De Felice et al., 2015).

Pfinder et al. onderzochten in twee West-Europese cohorten of er interactie was tussen enerzijds sociale factoren (maternale educatie, maternale stress en matернаal roken) en anderzijds de invloed van licht tot matig alcoholgebruik tijdens de zwangerschap op geboorte uitkomsten. Zij concludeerden echter dat geen van de sociale factoren significant invloed had op de effecten van alcoholgebruik (Pfinder et al., 2013).

De ene stressor is de andere niet

In de gevonden artikelen komen hele verschillende soorten stressoren aan bod. Er kan daarbij onderscheid gemaakt worden tussen vastgestelde gebeurtenissen of omstandigheden en hoe deze door de zwangere ervaren worden. De gebeurtenissen of omstandigheden zijn onder te verdelen in acute en chronische stressoren. Acute stressoren zijn dan bijvoorbeeld plotselinge natuurrampen of het overlijden van een dierbare persoon, terwijl chronische stressoren meer bestaan uit factoren als sociaaleconomische status (SES) of langdurige psychosociale problematiek. Bij stressvolle gebeurtenissen of omstandigheden zijn door de onderzoekers gebeurtenissen en omstandigheden uitgekozen die volgens hen stressvol zijn, maar wordt lang niet altijd aan de zwangere zelf gevraagd of zij dat ook zo ervaren heeft. Het verschil in stressperceptie zou kunnen leiden tot een verschil in gevolgen van de stress. Volgens onder andere Lim et al. is het een belangrijke reden waarom de door hen onderzochte studies hele wisselende resultaten geven. Zij geven in hun artikel dan ook geen uitsluitsel over of prenatale stress wel of niet samenhangt met de ontwikkeling van Schizofrenie in kinderen en raden aan om in toekomstige studies te kijken naar ervaren stress in plaats van naar specifieke gebeurtenissen (Lim et al., 2009). In andere studies, bijvoorbeeld die van Austin & Leader, is die methode al gebruikt (Austin & Leader, 2000).

Zwangerschapsspecifieke stress als betere voorspeller van gezondheidsuitkomsten

Hoewel ervaren stress al een betere voorspeller lijkt voor significante uitkomsten dan het bestuderen van specifieke gebeurtenissen, noemen verschillende artikelen een nog beter alternatief: zwangerschapsspecifieke stress (pregnancy specific anxiety, PSA). Volgens hen is PSA een nog betere voorspeller van gezondheidsuitkomsten dan dat algemene stress en angsten dat zijn. Onder PSA wordt voornamelijk verstaan dat de moeder zich (ernstige) zorgen maakt over de voortgang van de zwangerschap en de gezondheid van het kind. Padula et al. beschrijven hoe zwangerschapsspecifieke stress een betere voorspeller is van bijvoorbeeld vroeggeboorte dan dat ervaren stress dat is (Padula et al., 2020). Ook in de cognitieve ontwikkeling van het kind geldt PSA als een op zichzelf staande risicofactor (Sandman et al., 2012).

Invloed van huiselijk geweld en partnergeweld

Een specifieke soort stress die in 4 van de 20 artikelen centraal staat is geweld. Dit kan bijvoorbeeld gaan over fysiek geweld, seksueel geweld of over de angst voor geweldpleging. In de betreffende artikelen wordt onderscheid gemaakt tussen huiselijk geweld (domestic violence, DV) en intiem partnergeweld (intimate partner violence, IPV). De belangrijkste eigenschap van huiselijk geweld is dat het binnen een huishouden plaatsvindt, bijvoorbeeld tussen familieleden, maar ook wanneer familiebanden afwezig zijn (bijvoorbeeld in het geval van studenten die samen op kamers zijn) geldt onderling geweld als huiselijk geweld zolang de betrokkenen onderdeel zijn van hetzelfde huishouden. Daarentegen is van intiem partnergeweld alleen sprake wanneer het plaatsvindt tussen individuen die een romantische verhouding met elkaar hebben. In tegenstelling tot bij huiselijk geweld, hoeven bij IPV de partners niet onderdeel te zijn van hetzelfde huishouden.

Uit de artikelen blijkt dat beide soorten geweld negatieve invloed hebben op de mentale gezondheid van de moeder (Howard et al., 2013; Satyanarayana et al., 2015). In het artikel van Satyanarayana et al. wordt zelfs genoemd dat IPV geassocieerd is met 9x meer kans op zelfmoordgedachten bij zwangere vrouwen. Ook wordt er gekeken naar verschillende varianten van geweld, waarbij blijkt dat fysiek geweld het meeste impact lijkt te hebben. Gevolgen ervan zijn bijvoorbeeld depressie, obsessief-compulsieve stoornis en post-traumatische stress stoornis (Satyanarayana et al., 2015).

Naast de gevolgen voor de moeder kan geweld tijdens de zwangerschap ook gevolgen hebben voor het kind. Huiselijk geweld lijkt bijvoorbeeld samen te hangen met vroeggeboorte en laag geboortegewicht (Shah & Shah, 2010). Ook de gedragsontwikkeling van het kind kan verstoord worden door prenataal geweld. Hoewel resultaten hierover variëren, geven Toso et al. aan dat over het

algemeen prenataal geweld samenhangt met externaliserende, en in mindere mate ook internaliserende, gedragingen in kinderen (Toso et al., 2020). Onder externaliserend gedrag vallen bijvoorbeeld agressie en impulsiviteit, terwijl internaliserend gedrag gekenmerkt wordt door teruggetrokkenheid, depressie en concentratieproblemen.

De veranderingen in het gedrag van kinderen als gevolg van prenatale stress wordt volgens sommigen veroorzaakt doordat stress van de moeder invloed heeft op de ontwikkeling van stressresponsen in het kind. Deze link wordt bijvoorbeeld gelegd door Meyer et al., die de wisselwerking tussen prenatale stress en aangepaste stressresponsen gebruiken om te laten zien dat prenatale stress de kans op depressie in kinderen vergroot (Meyer et al., 2001). Ook Hunter et al. beschrijven vijf onderzoeken die aannemelijk maken dat stress, angst en depressie tijdens de zwangerschap bij kinderen leiden tot aangepaste (in dit geval vergrootte) cortisol reactiviteit op tegenslagen (Hunter et al., 2011). Diezelfde vergroting in stressrespons wordt aangehaald door Hoekstra et al. als mogelijke verklaring voor de correlatie die zij vinden tussen prenatale psychosociale stress en de ontwikkeling en ernst van Tourette tics in kinderen. Hoewel zij in hun onderzoek aandacht geven aan uiteenlopende pre-, peri- en postnatale factoren, blijkt volgens hen psychosociale stress toch de belangrijkste contextuele factor die de ernst van de tics beïnvloedt (Hoekstra et al., 2013).

Timing van de stressoren

Met het oog op eventuele interventies is het belangrijk om te weten wanneer stressoren invloed hebben. Zwangerschap is een opeenvolging van ontwikkelingsstappen van de foetus. Dit kan ertoe leiden dat risicofactoren unieke consequenties hebben bij blootstelling op specifieke momenten in de zwangerschap. In twee van de gevonden artikelen werd hier aandacht aan gegeven. Su et al. verwijzen bijvoorbeeld naar onderzoeken die suggereren dat breinontwikkeling verstoord wordt door stress in het tweede en derde trimester, terwijl de gevoelige periode voor algemene ontwikkeling van het kind pas in de postnatale periode is. Zij geven echter ook aan dat prenatale depressie niet een specifieke gevoelige periode kent: de effecten ervan zijn niet terug te leiden naar een specifiek trimester (Su et al., 2021). Brown et al. bespreken studies naar verschillende stressvolle gebeurtenissen. De resultaten ervan zijn uiteenlopend. Zo noemden twee studies (een die keek naar de invasie in 1940, de ander naar het tijdens de zwangerschap overlijden van een naaste) dat vooral effect te zien was wanneer de betreffende gebeurtenis tijdens het eerste trimester plaatsvond (Van Os & Selten, 1998; Kashan et al., 2008). Een studie die keek naar effect van overlijden van de vader van de zwangere wees juist naar momenten later in de zwangerschap (Huttunen & Niskanen, 1978; Brown et al., 2011). Al met al is het aannemelijk dat de hele perinatale periode als een kwetsbare periode kan worden gezien, wat erop wijst dat al tijdens de zwangerschap interventies ingezet zouden kunnen worden om de kans op latere gezondheidsproblemen te verkleinen.

Overige resultaten

Naast de hierboven al genoemde artikelen leverde de zoekterm nog twee reviews op die elk keken naar de correlatie tussen prenatale stress en een specifieke gezondheidsuitkomst voor het kind. Næss & Kirkengen onderzochten bijvoorbeeld de link tussen prenatale stress en verkorte telomeren. Zij vonden slechts twee artikelen over dit onderwerp, en hoewel beide artikelen de correlatie bevestigden, is er meer onderzoek nodig om hier definitieve uitspraken over te doen (Næss & Kirkengen, 2015). Een vergelijkbare situatie is er in de review van Exley et al. In hun zoektocht naar een mogelijke correlatie tussen prenatale stress en astma in het kind vonden zij slechts twee artikelen hierover. Wel waren ook hier beide artikelen positief over de correlatie (Exley et al., 2015).

Uitdagingen in onderzoek naar prenatale risicofactoren

Hoewel er veel onderzoek wordt gedaan naar de correlatie tussen prenatale risicofactoren en gezondheidsuitkomsten, is het ingewikkeld om de uitkomsten van de onderzoeken goed met elkaar te vergelijken. Er zijn namelijk grote verschillen in hoe stressoren, variabelen en gezondheidsuitkomsten gedefinieerd en gemeten worden. 'Prenatale stress' bijvoorbeeld kan gedefinieerd worden als een in het bloed meetbare toename van cortisol, maar ook als een subjectieve (door de zwangere zelf aangegeven) toename in stresservaring. Zoals eerder in het hoofdstuk is beschreven, zit er significant verschil in uitkomsten tussen die beide definities. Toch worden ze in veel onderzoeken gecombineerd alsof ze identiek aan elkaar zijn en worden daar vervolgens – onterecht – conclusies aan verbonden. Een andere term die wat dat betreft problematisch is, is sociaaleconomische status. Exley et al. geven expliciet aan dat ze SES niet als voorspellende factor onderzocht hebben, want *“hoewel het in talrijke artikelen in verband is gebracht met een verhoogde vatbaarheid voor ziekten, bestaat er grote onenigheid over de definitie en de meting van dit begrip”* (Exley et al., 2015).

Covariabelen

Een ander probleem in onderzoek naar de genoemde correlaties, is de combinatie van risicofactoren. Er zijn immers veel risicofactoren die elk op hun eigen manier correleren met onderzochte uitkomsten. Het is daarom belangrijk om daar rekening mee te houden in analyses, zeker als het gaat om het vergelijken van onderzoeken. Bij sommige artikelen uit de umbrella review is in de discussie genoemd dat de gebruikte onderzoeken verschilden qua met welke variabelen rekening werd gehouden. Andere schrijvers noemden niets over mogelijke variabelen, wat serieuze vragen oproept over de betrouwbaarheid van hun analyse en daarmee de waarde van hun conclusies.

Omdat er zoveel risicofactoren zijn, zal het vrijwel onmogelijk zijn om perfecte vergelijkingen te kunnen maken. Wel maakt het duidelijk dat het voor toekomstige onderzoeken essentieel is om een breed scala aan variabelen mee te nemen in de opzet van de onderzoeken. Niet alleen de variabelen zelf zijn daar van belang, maar ook wanneer deze variabelen relevant waren. Bij bijvoorbeeld huiselijk geweld is er immers verschil in correlatie, afhankelijk van of de problematiek speelde tijdens de zwangerschap, al daarvoor of in de postnatale periode (Satyanarayana et al., 2015). Om goed te kunnen begrijpen waardoor gezondheidsuitkomsten worden bepaald of waarmee ze samenhangen, is het dus belangrijk om ook op dit vlak onderscheid te maken. In de umbrella review is bij selectie gepoogd om alleen artikelen te selecteren waarin wel expliciet onderscheid wordt gemaakt in timing van de blootstelling, maar bij sommige artikelen was dit onderscheid nog steeds lastig te maken. Het kon bijvoorbeeld zo zijn dat bij de resultaten wel onderscheid gemaakt werd in perioden van blootstelling (bijvoorbeeld preconceptie, prenataal en postnataal), maar dat er uit het artikel niet overtuigend bleek dat die stressoren ook echt alleen in dat specifieke tijdvak voorkwamen.

Hoewel het lastig is om een volledige lijst te geven van relevante variabelen, is het sterk aan te raden om in onderzoek naar prenatale risicofactoren rekening te houden met een zo groot mogelijk aantal factoren uit onderstaand overzicht:

Algemeen

- Etniciteit
- Onderwerpen gerelateerd aan sociaaleconomische status (opleidingsniveau, inkomen, beroep)
- Woonomstandigheden en leefomgeving
- Fysieke gezondheid (evenals eventueel medicatiegebruik)
- Gewicht van de (aanstaande) moeder
- Relatiestatus
- Gezinsklimaat (bijvoorbeeld of er huiselijk geweld is)

- Leeftijd van de ouders bij conceptie
- Zorggebruik / zorg mijdend gedrag

Perinataal

- Voedingskeuzes van de moeder (sowieso prenataal, maar ook postnataal indien de moeder borstvoeding geeft)
- Doorgemaakte infecties
- Blootstelling aan gevaarlijke stoffen
- Algemene stress: biologisch + ervaren
- Zwangerschapsspecifieke stress en/of angst
- Was de zwangerschap gewenst?
- Complicaties tijdens zwangerschap en/of geboorte
- Geboorte uitkomsten (geboortegewicht, zwangerschapsduur)
- Borstvoeding
- Hechting tussen ouders en kind
- Fysieke en mentale ontwikkeling van het kind

Onderscheid tussen preconceptie, prenataal en postnataal²

- Psychosociale gezondheid, evenals eventueel medicatiegebruik
- Roken
- Alcoholgebruik

Sommige factoren uit de lijst gelden niet alleen als covariabelen, maar als mediators. Stress is hier een belangrijk voorbeeld van. Uit literatuur komt naar voren dat het een op zichzelf staande risicofactor is. Tegelijkertijd heeft het ook invloed op andere variabelen. Veel stress kan er bijvoorbeeld voor zorgen dat vrouwen veel moeilijker kunnen stoppen met roken. Stress beïnvloedt dan dus een risicofactor (roken) en heeft tegelijkertijd zelf ook nog impact op bijvoorbeeld de gezondheidsuitkomst, bijvoorbeeld vroeggeboorte. Dit maakt het nog lastiger om de effecten van individuele risicofactoren goed van elkaar te kunnen scheiden, zeker in observationele studies.

Relevantie voor geboortezorgprofessionals

In dit hoofdstuk is gebleken dat iemands gezondheid al beïnvloed wordt voor diens geboorte. Negatieve omstandigheden tijdens de zwangerschap kunnen bijvoorbeeld samenhangen met slechte geboorte uitkomsten of met ontwikkelings- en/of gedragsstoornissen in het kind. Naast medische oorzaken spelen ook sociaal-maatschappelijke factoren daar een rol in. In dit hoofdstuk zijn daar verschillende van aan bod gekomen. Prenatale omstandigheden als roken, obesitas, alcoholgebruik, voeding en eerder doorgemaakte trauma's hebben invloed op de latere gezondheid van een kind, maar ook prenatale stress blijkt op veel manieren impact te kunnen hebben. Literatuuronderzoek daarover identificeerde met name huiselijk- of intiem partnergeweld en zwangerschapsspecifieke stress (de angst dat er iets mis is met het kind) als voorspellers voor negatieve gezondheidsuitkomsten, zowel voor het kind als voor de moeder zelf.

Hoewel er meer onderzoek nodig is naar hoeveel invloed de genoemde factoren precies hebben, is wel duidelijk dat zij relevant zijn voor gezondheidsuitkomsten. Het is dan ook belangrijk om niet alleen maar wetenschappelijk onderzoek te blijven doen, maar juist ook om een vertaalslag te maken naar geboortezorg in de praktijk. Hoewel er in sommige onderzoeken verschil lijkt te zijn in wanneer

² Prenataal en postnataal zullen uit het onderzoek zelf naar voren komen wanneer het om een longitudinale studie gaat, maar bij deze factoren is het van groot belang om ook eerdere ervaringen uit te vragen en onderscheid te maken tussen wanneer de factoren actueel waren.

specifieke stressoren de grootste effecten hebben op de gezondheid, geldt uiteindelijk de hele perinatale periode als een kwetsbare tijd. Om te voorkomen dat een kind het leven al met een achterstand begint, is het daarom belangrijk om risicofactoren zo vroeg mogelijk te identificeren en aan te pakken. Daarvoor is het wel essentieel dat professionals in de geboortezorg deze risicofactoren kennen en ze bij hun cliënten kunnen herkennen. Hoofdstuk 2 zal daarom ingaan op hoe er in en rond de geboortezorg aandacht wordt gegeven aan (het herkennen van) risicofactoren.

Hoofdstuk 2 – Kwetsbaarheid in de geboortezorg en (geboorte)zorgbeleid

Uit het vorige hoofdstuk is gebleken dat er volgens de wetenschap hele uiteenlopende risicofactoren zijn die de gezondheid van een kind al voor de geboorte kunnen beïnvloeden. Hoe vertaalt dit zich naar de praktijk?

Dit hoofdstuk zal ingaan op twee vragen. ‘Welke ouders worden in geboortezorgbeleid als kwetsbaar gezien?’ en ‘Hoe kunnen Friese professionals kwetsbaarheid signaleren?’ Om de vragen te kunnen beantwoorden zal eerst worden gekeken naar bestaande definities van kwetsbaarheid binnen de zorg en het sociaal domein en vervolgens naar in Friesland binnen de zorgpaden Vroegsignalering gebruikte tools om die kwetsbaarheid te herkennen. De informatie uit het hoofdstuk is afkomstig uit literatuuronderzoek en uit gesprekken met professionals uit de geboortezorg.

Kwetsbaarheid definiëren

In “Kwetsbare gezinnen in Nederland” omschrijven Van den Broek et al. drie aspecten die van invloed zijn op kwetsbaarheid van een gezin (Van den Broek et al., 2012):

- 1) (Opeenstapeling van) risicofactoren binnen het gezin zelf. Risicofactoren worden hier onderverdeeld in vier subcategorieën: ‘sociaaleconomische status’ (inclusief ongunstige buurt), ‘gezinssamenstelling en opvoeding’ (etniciteit, leeftijd, relatie en opvoedingsgedrag van de ouders), ‘gezondheid en verslaving van de ouders’ (waarbij zowel naar fysieke als mentale gezondheid wordt gekeken) en ‘gezondheid en temperament van de kinderen’ (waarbij ook laag geboortegewicht expliciet wordt genoemd). Risicofactoren worden hier gedefinieerd als factoren “die een negatieve invloed kunnen hebben op de ontwikkeling van kinderen en jongeren.” (Van den Broek et al., 2012)
- 2) Gebrekkige sociale omgeving. Als gezinnen weinig steun kunnen verwachten van vrienden, familie en de buurt waarin ze wonen maakt dit hen extra kwetsbaar. Daar staat tegenover dat een betrokken, positief ondersteunende sociale omgeving de kwetsbaarheid van een gezin kan verminderen.
- 3) Niet-passende hulpverlening. Veel gezinnen in een kwetsbare situatie hebben te maken met professionele hulpverlening. Wanneer deze niet voldoende is afgestemd op het gezin (hetzij teveel, te weinig of de verkeerde hulp) of wanneer mensen slechte ervaringen hebben gehad met hulpverleners, maakt dat het gezin kwetsbaarder. Daar staat tegenover dat goed georganiseerde hulpverlening juist stabiliteit kan brengen in een gezin.

Omdat uit het door hen uitgevoerde onderzoek bleek dat de kans op problemen samenhangt met het aantal aanwezige risicofactoren, definiëren Van den Broek et al. kwetsbare gezinnen als *gezinnen waar vier of meer risicofactoren aanwezig zijn*. Gezinnen die hieraan voldoen, blijken relatief gezien minder contact te hebben met hun sociale omgeving. Daarnaast blijkt dat er vaker psychosociale problemen aanwezig zijn bij de kinderen, en dat hulpverlening (met name vervolghulp) vaker via een indicatie van Bureau Jeugdzorg gaat. Bij niet-kwetsbare gezinnen gebeurt dit laatste eerder via de huisarts, medisch specialisten of psychologen. Wat ook sterk naar voren kwam in het onderzoek van Van den Broek et al., is dat kwetsbaarheid hele verschillende dingen kan inhouden. Bij het kijken naar aanwezige risicofactoren bij gezinnen in hun studie, kwamen ze ruim 90 verschillende combinaties van risicofactoren tegen bij gezinnen waarbij vier of meer risicofactoren aanwezig waren. Daarbij was bijna een derde van de gevonden combinaties uniek (kwam slechts bij één gezin voor in die samenstelling) (Van den Broek et al., 2012). Deze variatie aan kwetsbaarheid geeft al aan dat maatwerk belangrijk gaat zijn in de het voorkomen of aanpakken van problematiek rond de betreffende gezinnen.

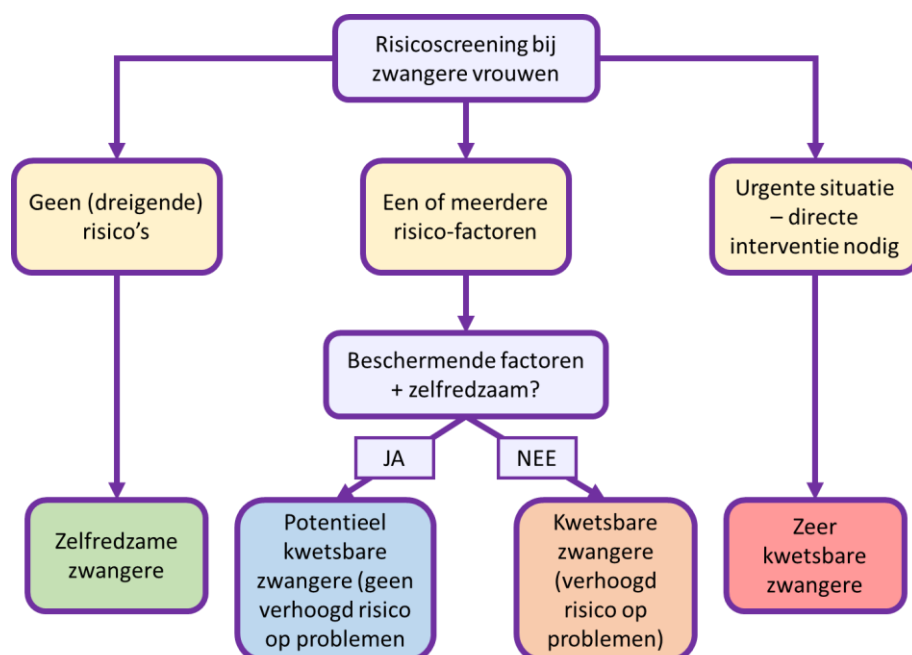
Hoewel de definitie van Van den Broek et al. een goed uitgangspunt is voor het definiëren van kwetsbaarheid, is hij te algemeen om toereikend te zijn voor kwetsbaarheid tijdens de zwangerschap. Er is bijvoorbeeld onvoldoende aandacht voor stress, maar ook leefstijlfactoren als roken en voeding komen er niet in voor, terwijl in hoofdstuk 1 is gebleken dat deze een grote impact kunnen hebben op de gezondheid van een kind. Bovendien geeft de definitie geen handvatten aan hoe de zorgprofessional om zou moeten gaan met de gevonden kwetsbaarheid.

Een genuanceerdere definitie, specifiekier toegespitst op aanstaande ouders, is opgesteld in een samenwerking tussen gemeente Rotterdam en de afdeling verloskunde & gynaecologie van het Erasmus Medisch Centrum (Erasmus MC) (Wulffraat et al., 2019). Net als in de definitie van Van den Broek et al. vormen risicofactoren hier de basis van kwetsbaarheid. Deze risicofactoren zijn factoren die een negatieve invloed kunnen hebben op de zwangerschap. Er wordt daarbij onderscheid gemaakt tussen 'gewone' en urgente risicofactoren. Onder gewone risicofactoren vallen bijvoorbeeld financiële, psychosociale en medische problematiek, maar ook laag opleidingsniveau, nadelige leefstijl en het vermijden van zorg worden genoemd. Acute risicofactoren zijn bijvoorbeeld verslaving, dak- of thuisloosheid, huiselijk geweld en acute psychiatrische problematiek. In de omschrijving van de definitie wordt al erkend dat de genoemde voorbeelden onvolledig zijn. Daarbij moet wel opgemerkt worden dat verreweg de meeste risicofactoren uit hoofdstuk 1 terug te vinden zijn in deze definitie, hetzij vaak erg breed geformuleerd of indirect aanwezig. Stress wordt bijvoorbeeld niet genoemd, maar er wordt wel gesproken over weerbaarheid van de aanstaande ouders, wat impliciet gaat over hoe zij met stressvolle situaties omgaan. Factoren die wel onbenoemd lijken te blijven zijn zaken als tienermoederschap, blootstelling aan chemicaliën en werkomstandigheden (Wulffraat et al., 2019).

Wat de Rotterdamse definitie vooral anders maakt dan de definitie van Van den Broek et al., is dat naast risicofactoren ook beschermende factoren meewegen in het definiëren van kwetsbaarheid. Het gaat hier om factoren als een stabiele gezinssituatie, probleemoplossend vermogen, motivatie en steun van eigen ouders en vanuit de omgeving (Wulffraat et al., 2019). In hoofdstuk 1 zijn dit soort factoren niet naar voren gekomen, omdat daar de focus lag op het identificeren van risicofactoren. Desalniettemin is er in de wetenschap al wel veel bekend over de positieve uitwerking die beschermende factoren kunnen hebben voor de gezondheid van een kind (Davis & Narayan, 2020). Van den Broek et al. benoemden dat beschermende factoren een rol spelen, maar definieerde kwetsbaarheid alsnog alleen op basis van risicofactoren. Wulffraat et al. maakten daar een andere keus in. Op basis van de combinatie van risico- en beschermende factoren onderscheiden zij vier groepen zwangeren (zie *figuur 3*):

- De zelfredzame zwangere vrouw: voor haar is op dit moment geen extra ondersteuning nodig. Risicofactoren spelen geen of een verwaarloosbare rol. Daarnaast zijn er beschermende factoren aanwezig met betrekking tot haar zelfredzaamheid, waardoor zij waarschijnlijk in staat is om goed om te gaan met eventuele toekomstige risicofactoren.
- De potentieel kwetsbare zwangere vrouw: net als bij de zelfredzame vrouw zijn bij haar beschermende factoren aanwezig die haar zelfredzaamheid bevorderen. Er zijn echter ook één of meerdere risicofactoren (medisch of (psycho)sociaal) gesignaleerd door een professional. Het is daarom verstandig als de professional en de vrouw samen bespreken of eventuele ondersteuning gewenst of nodig is.
- De kwetsbare zwangere vrouw: bij haar zijn ook één of meer risicofactoren aanwezig, maar ontbreken beschermende factoren of zijn die onvoldoende aanwezig. De betrokken professional en de zwangere vrouw beslissen samen wat voor zorg en ondersteuning er ingeschakeld gaat worden, en welke disciplines hierbij betrokken zullen zijn.
- De zeer kwetsbare zwangere vrouw: dit betreft zwangeren waarbij de professional één of meerdere urgente risicofactoren heeft gesignaleerd, die direct de zwangerschap negatief

kunnen beïnvloeden. Er wordt zo snel mogelijk ingegrepen – wederom in samenspraak met de zwangere vrouw zelf (Wulffraat et al., 2019).



Figuur 3: de onderverdeling van zwangere vrouwen naar kwetsbaarheidsstatus volgens de Erasmus definitie (Wulffraat et al., 2019). Aangepast overgenomen van Steegers et al. (2020).

Het grote voordeel dat deze uitgebreidere definitie van kwetsbaarheid heeft voor zorgprofessionals, is dat er alvast een link gelegd wordt naar of – en zo ja: in hoeverre – er bij elke subgroep gehandeld moet of kan worden. Binnen de geboortezorg en daaraan gerelateerd onderzoek wordt de Erasmus definitie momenteel daarom als gouden standaard gebruikt.

Hoewel de behandelde definities aardig richting geven aan wat ‘kwetsbaarheid’ zou kunnen zijn, blijft het een lastig woord. Dit is vooral om dat zowel ‘risicofactoren’ als ‘beschermdende factoren’ paraplu termen waar van alles onder valt, zonder dat er een eindige lijst van bestaat. Van den Broek et al. en Wulffraat et al. geven allebei een beperkte serie voorbeelden van wat er onder andere bedoeld wordt met de termen, maar uiteindelijk is het aan de zorgprofessionals zelf om te bepalen in hoeverre er reden tot zorg is. In het volgende deelhoofdstuk zullen er daarom instrumenten besproken worden die voor professionals in en rond de geboortezorg zijn ontwikkeld om kwetsbaarheid te signaleren.

In het verdere rapport zal het nog vaak gaan over ‘kwetsbare zwangeren’. Dit wordt dan als paraplu term gebruikt voor de groepen potentieel kwetsbare, kwetsbare en zeer kwetsbare zwangeren. Waar verder onderscheid nodig is wordt dit expliciet vermeld; er zal dan uitgegaan worden van de kwetsbaarheidsdefinitie zoals Wulffraat et al. deze hebben opgesteld.

Kwetsbaarheid kwantificeren

Nu er een werkbare definitie is gevonden van kwetsbaarheid, rijst de vraag hoeveel kwetsbaarheid er dan aanwezig is in bijvoorbeeld Friesland. Helaas is dat een vraag die op dit moment vrijwel niet te beantwoorden is. Het is wel mogelijk om individuele risicofactoren te bekijken. Daaraan is dan bijvoorbeeld te zien dat in Smallingerland in het jaar 2020 7% van de kinderen opgroeiden in een uitkeringsgezin, of dat in Zuidwest Friesland er tussen 2016 en 2020 perinatale sterfte voorkwam bij 3,3 van de 1000 geboortes (VNG realisatie, 2022). Dit zegt echter weinig over daadwerkelijke

kwetsbaarheid. Iets meer duidelijkheid is te vinden in de Atlas Kwetsbaarheid. Dit is een overzichtskaart waarin per gemeente en per wijk een score is gegeven aan de kans op kwetsbaarheid onder mogelijk aanstaande ouders. De score is berekend op basis van een combinatie van risicofactoren en beschermende factoren, waarbij gebruik wordt gemaakt van gegevens die via het centraal bureau voor statistiek te vinden zijn. Hoewel deze atlas al veel beter aansluit bij kwetsbaarheid zoals die voor de geboortezorg relevant is, is er nog steeds weinig meer uit te halen dan dat het risico op kwetsbaarheid in De Fryske Marren in 2016 gelijk was aan de gemiddelde kwetsbaarheidskans in Nederland en dat de scores in Súdwest Fryslân daar wat boven lagen (Erasmus MC & Bernard van Leer Foundation, 2022). Cijfers over daadwerkelijke kwetsbaarheid ontbreken.

Kwetsbaarheid signaleren

Voor het signaleren van kwetsbaarheid in de praktijk zijn verschillende signaleringsinstrumenten ontwikkeld. In dit deelhoofdstuk zal ingegaan worden op de instrumenten die in Friesland een belangrijke rol spelen: de ALPHA-NL, de TNO checklist 'Vroegsignalering in de kraamtijd' en de signaleringslijst Stevig Ouderschap. Al deze tools worden naast elkaar toegepast in de zorgpaden vroegsignalering (zie ook hoofdstuk 3). Daarnaast worden nog kort de Gezamenlijke Inschatting zorgbehoeften (GIZ) genoemd, omdat deze wellicht op termijn ook geïntroduceerd zal worden binnen de Friese geboortezorg. Voor elk instrument wordt kort een koppeling gemaakt met de in hoofdstuk 1 gevonden risicofactoren. In elk van de instrumenten komen naast risicofactoren ook beschermende factoren aan bod. Ze sluiten daarom aan bij de kwetsbaarheidsdefinitie van Wulffraat et al.

ALPHA-NL

De ALPHA-NL vragenlijst is een instrument dat gebruikt kan worden door verloskundigen om niet-medische problematiek op te sporen bij zwangeren. De vragenlijst is ontwikkeld door TNO en professionals, op basis van van de Canadese ALPHA (Antenatal Psychosocial Health Assessment) (Vink, 2019a). De ALPHA-NL is een vragenlijst die door de zwangere zelf ingevuld kan worden. Aan de hand van 48 vragen, verdeeld over 6 categorieën, wordt vastgesteld of er risicofactoren en beschermende factoren aanwezig zijn die de zwangerschap of de latere gezondheid van moeder en kind negatief kunnen beïnvloeden. De volgende categorieën komen aan bod:

- **Zwangerschap en moeder worden:** houding ten opzichte van de zwangerschap en mate van vertrouwen in eigen moederschapskwaliteiten.
- **Mijn (huidige) partner:** hoe de relatie met de partner is, of er sprake is (geweest) van geweld of bedreigingen binnen de relatie, en of de partner te maken heeft met verslaving of psychosociale problematiek.
- **Steun uit de omgeving:** hoe familie en vrienden tegenover de zwangerschap staan en of zij hulp bieden wanneer dat nodig is.
- **Alcohol / drugs:** middelengebruik van de moeder en hoe zij daar – in het geval van alcoholgebruik – zelf tegenover staat (voelt zij zich er schuldig over et cetera).
- **Achtergrond:** vragen over in wat voor omstandigheden zij zelf opgroeide en over wat voor ouderschapsvoorbeelden zij in die tijd had.
- **Omstandigheden:** huidige omstandigheden in het gezin, of er recentelijk ingrijpende dingen zijn gebeurd en of er al betrokkenheid is van Veilig Thuis, de kinderbescherming of voogden. De vragenlijst wordt afgesloten met de vraag: *“Heeft u behoefte aan steun of hulp?”* (Vink, 2019a)

De ALPHA-NL is een gevalideerd instrument. Uit door ZonMW gefinancierd onderzoek bleek dat de vragenlijst intern consistent is en dat het een goede maat is voor opgroei-omstandigheden (Vink,

2019b). TNO adviseert wel om de ALPHA-NL alleen te gebruiken wanneer professionals de bijbehorende geaccrediteerde training hebben gevolgd en wanneer er – met het oog op mogelijke noodzaak voor doorverwijzing – goede samenwerking is met de jeugdgezondheidszorg (JGZ) (TNO, 2022).

Omdat de ALPHA-NL specifiek gericht is op niet-medische problematiek, komen onderwerpen als fysieke gezondheid niet aan bod. Wat wel opvallend is, is dat ook leefstijl maar beperkt aan de orde komt. Alcohol en drugs worden genoemd, maar roken en voeding zijn afwezig in dit signaleringsinstrument terwijl beide factoren de gezondheid van het ongeboren kind significant kunnen beïnvloeden. Ook zwangerschapsspecifieke stress wordt niet expliciet uitgevraagd. Hoewel dat een onderwerp is dat waarschijnlijk tijdens reguliere bezoeken aan de verloskundige wel aan bod komt, zou het geen kwaad kunnen om dit ook in het signaleringsinstrument op te nemen.

TNO checklist ‘Vroegsignalering in de Kraamtijd’

Deze checklist is door TNO speciaal voor kraamverzorgenden ontwikkeld. In tegenstelling tot de ALPHA-NL en de signaleringslijst Stevig Ouderschap, wordt de checklist ‘Vroegsignalering in de Kraamtijd’ ingevuld door de kraamverzorgende zelf in plaats van door (één of beide) de ouders. Dit invullen gebeurt tijdens de kraamweek, al kunnen enkele vragen ook al gebruikt worden bij de kraamintake die rond de 22^e week van de zwangerschap plaatsvindt. De vragenlijst bestaat uit 35 vragen die onderverdeeld zijn in de volgende categorieën:

- Baby: over hoeveel deze huult en of er onverklaarbare blauwe plekken of verwondingen aanwezig zijn.
- Moeder: over hoe zij in haar vel zit en of ze het ouderschap aan kan.
- Contact met de baby: hoe en hoeveel interactie er is tussen ouders en kind.
- Andere (eigen) kinderen: hoe de opvoeding daarvan verloopt, wat voor gewoontes ouders daarin hebben ontwikkeld en of er een veilige omgeving is voor de kinderen.
- Ouders: of er psychosociale problematiek of middelengebruik aanwezig zijn of zijn geweest, evenals of er sprake is van tienerouderschap.
- Onderlinge relatie ouders: gedrag van de ouders ten opzichte van elkaar.
- Woon-/leefsituatie: aanwezigheid van financiële zorgen of ingrijpende gebeurtenissen, evenals steun vanuit de omgeving.
- Contact met de zorgverlener: of er taalbarrières zijn, maar ook hoe de ouders zich opstellen jegens de zorgverlener en wat zij doen met adviezen die ze krijgen.

Naar aanleiding van de gegeven antwoorden neemt de kraamverzorgende een besluit over of er vervolgstappen nodig zijn (bijvoorbeeld een overdracht van aandachtspunten naar de JGZ) of dat alles in orde lijkt te zijn (Lanting, 2011).

Deze checklist heeft een duidelijke focus op dat wat de kraamverzorgende kan zien wanneer deze bij het gezin thuis is in de kraamtijd. Omdat het kind inmiddels geboren is, zijn factoren als zwangerschapsspecifieke stress niet meer relevant voor deze periode. Ook overige stress van de moeder heeft niet langer directe, biologische, consequenties voor het kind. Wel kan dergelijke stress indirect grote effecten hebben, bijvoorbeeld op hoe de hechting tussen moeder en kind is. Het is daarom goed dat stress nog steeds uitgevraagd wordt, evenals factoren als hechting die beïnvloed kunnen worden door de aanwezigheid van stress.

Wat mist in deze signaleringslijst is de fysieke gezondheid van het kind, inclusief of er sprake is geweest van vroeggeboorte of laag geboortegewicht. Deze factoren komen echter ruimschoots terug in andere kraamzorg protocollen. Het is dus geen probleem dat hier in de checklist Vroegsignalering geen aandacht aan wordt gegeven.

Signaleringslijst Stevig Ouderschap³

De vragenlijst voor Stevig Ouderschap is een signaleringsinstrument dat gebruikt wordt door jeugdverpleegkundigen wanneer een kind net geboren is. Onderwerpen die in deze vragenlijst aan bod komen zijn bijvoorbeeld de eigen opgroei-omstandigheden, steun uit de omgeving, middelengebruik en psychosociale gezondheid. Een kenmerk van dit signaleringsinstrument is dat de vragen zowel aan de moeder als aan de vader gesteld worden, ongeacht of de ouders samenwonen of niet (Nederlands centrum jeugdgezondheid, 2014). Aan de hand van de gegeven antwoorden maakt de jeugdverpleegkundige een inschatting over of de ouders in aanmerking komen voor Stevig Ouderschap (Nederlands centrum jeugdgezondheid, 2022a). De vragenlijst sluit goed aan bij de risicofactoren die in hoofdstuk 1 genoemd zijn. Ook in deze fase worden eventuele medische risicofactoren al ergens anders, namelijk bij het consultatiebureau, ondervangen en is het dus niet nodig om deze nog in de kwetsbaarheidssignaleringslijst te verwerken.

GIZ

De GIZ (gezamenlijke inschatting zorgbehoeften) is een signaleringsinstrument waarin gebruik wordt gemaakt van een gezinsgerichte aanpak om te identificeren waar ouders en/of kinderen ondersteuning willen hebben, maar ook waar juist hun krachten liggen. De betrokken professional (bijvoorbeeld een jeugdverpleegkundige) kan dan op basis van de wensen, zorgbehoeften én de sterke kanten een resultaatgericht ondersteuningsplan opstellen samen met het gezin (NJI, 2018). Uit onderzoek is gebleken dat gebruik van de GIZ ertoe leidde dat er veel vaker overeenstemming was tussen ouders en JGZ over het advies dat gegeven werd (55% ten opzichte van 25% wanneer de GIZ niet gebruikt was) (Bontje, 2020). Het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) heeft de GIZ in 2018 dan ook de erkenning 'Goed onderbouwd' gegeven (NJI, 2018).

Voor signalering wordt er binnen de GIZ gebruik gemaakt van het Common Assessment Framework (CAF). Dit is een methodiek die het welzijn van het kind centraal stelt, waarbij mogelijke ondersteuningsvragen worden opgedeeld in drie thema's: opvoedingscapaciteiten van de ouders, ontwikkelingsbehoeften van het kind en gezins- en omgevingsfactoren (zie *figuur 4*).

³De interventie Stevig Ouderschap zal besproken worden in hoofdstuk 3



Figuur 4: de Common Assessment Framework zoals deze gebruikt wordt bij signalering binnen de GIZ (Bontje, 2012)

De instrumenten met elkaar vergeleken

In tegenstelling tot de andere drie instrumenten, is de GIZ niet bedoeld voor een specifieke beroepsgroep of een specifieke periode in de ontwikkeling van het kind. Integendeel: het instrument is juist bedoeld voor alle professionals, maar ook vrijwilligers, die te maken hebben met gezinnen met extra zorgbehoeften, in alle fasen van de kindertijd. In de CAF wordt daarom aandacht gegeven aan een breed scala aan sociale en maatschappelijke factoren. Zolang er buiten de GIZ om voldoende aandacht is voor mogelijke medische problematiek, is de GIZ geschikt om risico's voor het al geboren kind aan te pakken. Daarbij wordt echter alleen zijdelings aandacht gegeven aan het welzijn van de ouders. Dingen als verslavingen, leefstijl van de ouders en gebrek aan vertrouwen in eigen ouderschapskwaliteiten komen er niet direct in terug. Wanneer er prenataal aan signalering wordt gedaan met het oog op gezondheid van het kind, is de GIZ daar dus minder geschikt voor dan de ALPHA-NL (mits bij de ALPHA-NL ook aandacht gegeven wordt aan roken, voeding en zwangerschapsspecifieke stress). Daar staat tegenover dat na de geboorte het juist een heel goed instrument kan zijn, mede omdat het de samenwerking tussen ouders en zorgprofessionals verbetert. Bovendien is het raamwerk geschikt voor gebruik door professionals met hele verschillende achtergronden en kan het daarom een basis zijn voor betere samenwerking tussen professionals wanneer zij allemaal deze zelfde methodiek gebruiken rondom gezinnen met een extra ondersteuningsbehoefte.

Betekent dat dat de checklist Vroegsignalering in de kraamtijd en de signaleringslijst Stevig Ouderschap afgeschaft kunnen worden? Nee, want hoewel de onderwerpen die daarin naar voren komen veelal

terug te vinden zijn in de GIZ, hebben beide vragenlijsten belangrijke voordelen. De TNO checklist voor kraamzorg gaat heel concreet over mogelijke waarnemingen tijdens de kraamtijd en is daarmee een belangrijk houvast voor de kraamverzorgende. De Stevig Ouderschap onderwerpen zijn algemener, maar omdat de vragenlijst bedoeld is om te signaleren wie in aanmerking komen voor een specifieke interventie (namelijk Stevig Ouderschap), kan ook deze niet zomaar vervangen worden door de GIZ. Wel zou de GIZ hier als aanvulling gebruikt kunnen worden door de jeugdverpleegkundige om te kijken of de ouders andere ondersteuningsbehoeften hebben dan waarvoor ze bij Stevig Ouderschap terecht zouden kunnen.

Beantwoording deelvraag

Kwetsbare zwangeren in het algemeen zijn zwangeren waarbij risicofactoren aanwezig zijn die de gezondheid van het ongeboren kind kunnen beïnvloeden. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen potentieel kwetsbare zwangeren (er zijn beschermende factoren die voldoende compenseren voor de risicofactoren), kwetsbare zwangeren (de eventueel aanwezige beschermende factoren wegen niet op tegen de risicofactoren) en zeer kwetsbare zwangeren (er zijn onder andere urgente risicofactoren aanwezig). Het is op dit moment niet mogelijk om te weten hoeveel kwetsbare mensen er daadwerkelijk in gemeenten aanwezig zijn, al wordt er via tools als de Atlas Kwetsbaarheid wel een indicatie gegeven van de kans op kwetsbaarheid.

Signaleringsinstrumenten als de ALPHA-NL, de TNO checklist 'Vroegsignalering in de kraamtijd', de signaleringslijst Stevig Ouderschap en de GIZ bieden handvatten voor professionals om risico- en beschermende factoren te identificeren bij zwangeren en/of nieuwe ouders. Omdat met uitzondering van de GIZ deze instrumenten elk ontworpen zijn voor gebruik door een specifieke groep professionals in een specifieke fase van de zwangerschap of daarna, is het niet mogelijk om de instrumenten onderling uit te wisselen. Hoewel de instrumenten inhoudelijk grotendeels goed aansluiten bij waar ze voor bedoeld zijn, ontbreekt bij de ALPHA-NL signalering van roken, voeding en zwangerschapsspecifieke stress en is het voor deze factoren dus belangrijk dat verloskundigen hier zelf nog naar vragen.

Nu er meer duidelijkheid is over welke zwangeren als kwetsbaar worden gezien, is de vervolgvraag hoe daarmee om wordt gegaan in de geboortezorg. Daar zal hoofdstuk 3 op ingaan.

Hoofdstuk 3 – Gezamenlijke zorg voor kwetsbare zwangeren in Friesland

In dit hoofdstuk zal ingegaan worden op drie vragen:

- Hoe ziet reguliere geboortezorg eruit?
- Waarom schiet reguliere geboortezorg tekort voor kwetsbare zwangeren?
- Hoe brengen de zorgpaden Vroegsignalering daar verandering in?

Reguliere zorg voor aanstaande ouders

Wanneer een vrouw zwanger blijkt te zijn, kan ze een afspraak maken bij een verloskundigenpraktijk naar keuze. Tussen 6 en 10 weken zwangerschap wordt een eerste bezoek ingepland. Tijdens dat bezoek vindt de intake plaats. Deze bestaat onder andere uit een lichamelijk onderzoek waarin bloeddruk, hemoglobinelevels en body mass index (BMI) gemeten worden. De verloskundige neemt een anamnese af om een inschatting te maken van eventuele risico's voor de zwangerschap. De vragen die gesteld worden gaan over de gezondheid van de zwangere, de huidige en eventuele eerdere zwangerschappen en of er in haar familie aangeboren of erfelijke ziekten voorkomen. Daarnaast wordt er geïnformeerd naar onderwerpen als opleiding en werk, relaties, voedingspatronen, maar ook naar psychosociale problemen, middelengebruik en of de zwangere in het verleden te maken heeft gehad met fysiek of seksueel geweld. Ook wordt er altijd gevraagd naar wat de vrouw (en haar eventuele partner) van de zwangerschap vinden. Omdat in de anamnese gevoelige vragen worden gesteld, is het van belang dat de verloskundige een veilige omgeving creëert, mede door te benadrukken dat er vertrouwelijk omgegaan wordt met de antwoorden die gegeven worden.

Vroeg in de zwangerschap wordt een bloedonderzoek aangeboden aan de zwangere. In dit onderzoek wordt gekeken naar verschillende factoren die al tijdens de zwangerschap voor problemen kunnen zorgen. Er is specifiek aandacht voor drie infectieziekten (Hepatitis B, hiv en syfilis). Daarnaast wordt onderzocht welke ABO, Rhesus D- en Rhesus C-bloedgroep de moeder heeft. De bloedgroepypering is van belang voor het voorkomen van problemen bij eventuele bloedtransfusies, maar ook omdat de zwangere vrouw antistoffen kan aanmaken tegen de bloedgroep van het kind. Dit kan bij het kind leiden tot bloedarmoede. Het is daarom van groot belang dat deze test al vroeg in de zwangerschap wordt uitgevoerd (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2022a).

Gedurende de zwangerschap worden er in elk geval twee echo's vergoed vanuit de basisverzekering: de termijnecho (uitgevoerd tussen 10 en 12 weken) en de 20-weeken echo (Zorgwijzer, 2022). Recentelijk is daar de optie bijgekomen om ook de 13-weeken echo gratis uit te laten voeren. Deze echo is onderdeel van een wetenschappelijke studie die tot 2024 loopt (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2021b). De termijnecho is bedoeld om een inschatting te maken van wanneer de uitgerekende datum is. In de 13- en 20-weeken echo's wordt er uitgebreid gekeken naar aanwijzingen voor medische afwijkingen. Wanneer de verloskundige om medische redenen extra echo's (bijvoorbeeld groei- of ligginsecho's) uit wil voeren worden deze door de basisverzekering vergoed. Voor niet-noodzakelijke echo's, ook wel 'pretecho's' genoemd, moet de zwangere zelf betalen als zij deze wil (Zorgwijzer, 2022).

Behalve de echo's kan de zwangere ervoor kiezen om te screenen voor Down-, Edwards- en Patau'syndroom. Voor de opsporing van deze aandoeningen zijn de Niet Invasieve Prenatale Test (NIPT) en een combinatietest mogelijk. Tenzij er vergrootte kans is op de syndromen worden de screenings niet vergoed (KNOV, 2022).

Halverwege de zwangerschap wordt, als onderdeel van het rijksvaccinatieprogramma, de 22-wekenprik aangeboden aan elke zwangere. Dit is een DKT-prik: het vaccin biedt bescherming tegen kinkhoest, tetanus en difterie. Het wordt aangeraden om de prik zo snel mogelijk na de 22^e week te halen, omdat het kind dan ook beschermd is wanneer het te vroeg wordt geboren (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2022b).

Naast de hierboven genoemde medische afspraken zal de zwangere gedurende haar zwangerschap regelmatig op controle komen. Hoe vaak dit precies is, hangt af van aanwezige risico's en van hoe ver de zwangerschap gevorderd is. Bij een gezonde zwangerschap die net het tweede semester ingaat zal de zwangere bijvoorbeeld ongeveer eens in de vier weken een controle krijgen, terwijl aan het eind van de zwangerschap (bijvoorbeeld rond de 39^e week) het niet ongebruikelijk is als de zwangere wekelijks langskomt bij de verloskundige. Zijn er medische risico's, dan zal de zwangere vaker op controle moeten komen. Ook is het dan een mogelijkheid dat zij doorverwezen wordt naar een klinisch verloskundige of naar een gynaecoloog. Zijn alleen controles niet meer voldoende, dan kan het gebeuren dat de vrouw voor monitoring en eventuele behandeling wordt opgenomen in het ziekenhuis waar, mocht daar reden voor zijn, ook overgegaan kan worden tot inductie van de bevalling of tot een keizersnede.

Hoe schiet reguliere geboortezorg tekort voor kwetsbare zwangeren?

Kwetsbaarheid in zwangerschap kan er zowel op fysiek al op mentaal of sociaal vlak aanwezig zijn. In de reguliere gezondheidszorg, zoals die hiervoor is beschreven, is duidelijk te zien dat er veel aandacht gaat naar mogelijke medische risico's en het ondervangen daarvan. Voor overige kwetsbaarheid is echter veel minder aandacht. In de intake wordt standaard gevraagd naar een groot aantal risicofactoren. Hoewel in de praktijk verloskundigen ook bij verdere controles zullen vragen hoe het met de zwangere gaat, daarbij ook aansluitend bij wat de vrouw eerder heeft verteld, zijn er na de intake geen officiële momenten meer waarbij specifiek aandacht gegeven wordt aan niet-medische kwetsbaarheid. Bovendien is de intake incompleet, in die zin dat bepaalde sociale risicofactoren er niet in terugkomen. Voor zelfredzame zwangeren is dat geen probleem, maar voor (potentieel) kwetsbare zwangeren kan het betekenen dat hun kwetsbaarheid niet opgemerkt wordt en zij dus geen extra hulp krijgen.

Uit onderzoek van Van Hoek et al. naar signalering onder eerstelijns verloskundigen is gebleken dat het heel erg varieert hoeveel aandacht specifieke risicofactoren krijgen. Ze benoemen dat alle verloskundigen vragen naar drugs- en alcoholgebruik en dat bijna alle verloskundigen vragen naar roken of huiselijk geweld, maar dat slechts de helft vragen stelde over relatieproblemen, inkomen en moeilijk aflosbare schulden. Op de vraag waarom die onderwerpen niet aan bod kwamen, werd met name bij de financiële onderwerpen geantwoord dat verloskundigen het onderwerp te persoonlijk vonden. Ook gaf 10% van de verloskundigen aan dat zij dergelijke vraagstelling niet als hun taak zien (Van Hoek et al., 2020). Dit betekent dus dat veel kwetsbaarheid niet gesignaleerd wordt. Zelfs wanneer er wel kwetsbaarheid wordt gesignaleerd door de verloskundige, kan het nog steeds gebeuren dat de zwangere niet de hulp krijgt die zij nodig heeft. In een artikel over kwetsbaarheid tijdens de zwangerschap identificeren Feijen-de Jong et al. vier groepen barrières die de toegang tot zorg kunnen belemmeren voor zwangere vrouwen (Feijen-de Jong et al., 2021):

- Organisatie van de zorg. Deze kan zo ingewikkeld zijn dat zowel de zwangere als zorgprofessionals geen idee hebben van waar de zwangere de juiste hulp zou kunnen ontvangen, zelfs als er wel goede opties voor zijn. Ook het gebrek aan overzicht wanneer er meerdere medische en niet-medische hulpverleners bij een vrouw betrokken zijn, kan ervoor zorgen dat kwetsbare zorg gaan vermijden.

- De zorgverlener. Deze kan bevooroordeeld zijn over de doelgroep of de daarvoor bedoelde interventies, of juist bang om stigmatiserend over te komen en daardoor de band met de zwangere te verslechteren.
- De kwetsbare zwangere. Voor haar geldt vooral dat de angst voor stigmatisering erg belemmerend kan zijn in het accepteren van ondersteuning of zorg.
- De sociale kring. Hoewel gebrek aan een sociale kring als een probleem wordt gezien, kan soms juist de aanwezigheid van een sociale kring voor problemen zorgen. Dat is het geval wanneer er binnen die kring sterke sociale normen heersen die het gebruik van zorg tegengaan of de kans op slagen van interventies, bijvoorbeeld stoppen met roken, minimaliseren (Feijen-de Jong et al., 2021).

Zoals eerder genoemd is het voor de intake belangrijk dat zwangeren vertrouwen hebben in hun verloskundige, omdat er gevoelige vragen worden gesteld. Angst voor stigmatisering bij de zwangere kan er echter voor zorgen dat zij ervoor kiest om niet de volledige waarheid te vertellen. Dat kan bijvoorbeeld zijn wanneer zij een laag opleidingsniveau heeft en daardoor sowieso al vaak met stigmatisering te maken heeft, maar ook wanneer zij juist een hoge sociaaleconomische status heeft en daarom bang is om toe te geven dat niet alles er perfect aan toe gaat bij haar thuis. Bij de verloskundige kan angst voor stigmatisering ervoor zorgen dat deze niet eens zal vragen naar de risicofactoren. Ook vooroordelen kunnen ervoor zorgen dat risicofactoren niet uitgevraagd worden, bijvoorbeeld als het gaat om schuldenproblematiek bij hoogopgeleide zwangeren met een goede baan. Omdat die combinatie als onwaarschijnlijk wordt gezien, kan de verloskundige het onnodig vinden om ernaar te vragen of bang zijn om beledigend over te komen. Ook onduidelijkheid over organisatie van de zorg kan belemmerend werken voor het signaleren van kwetsbaarheid. Een verloskundige kan er bijvoorbeeld voor kiezen om specifieke risicofactoren maar niet uit te vragen, omdat zij bang is dat er veel achter weg komt en niet weet naar wie zij de zwangere dan door zou kunnen verwijzen. Al met al hebben de door Feijen-de Jong et al. genoemde drempels dus een behoorlijke impact op of kwetsbaarheid gesignaleerd wordt. Zelfs als het signaleren wel goed is gegaan, blijven de drempels problematisch. Zowel vooroordelen bij de zorgverlener als onduidelijkheid over mogelijke zorg kunnen ervoor zorgen dat een zwangere wordt doorverwezen naar iets wat voor haar niet relevant is. Angst bij de zwangere zelf en druk uit haar sociale omgeving kunnen ervoor zorgen dat zij besluit om aangeboden hulp niet te accepteren, zelf wanneer de hulp wel passend is. Dat geldt ook voor medische zorg die tijdens de zwangerschap wordt aangeboden. Al deze factoren zorgen ervoor dat juist kwetsbare zwangeren niet de hulp krijgen die zij nodig hebben.

Best practices in de zorg voor kwetsbare zwangeren

Om kwetsbare vrouwen toch de juiste zorg te geven, zijn er verschillende interventies in het leven geroepen die specifiek op hen gericht zijn. Hier zullen daar twee van genoemd worden: Stevig Ouderschap en VoorZorg.

Stevig Ouderschap (SO) is voor bedoeld als steuntje in de rug voor ouders die onzeker zijn over hun ouderschapskwaliteiten. In 6 tot 10 huisbezoeken, in te zetten vanaf de geboorte tot de leeftijd van 2 jaar, geeft een speciaal opgeleide jeugdverpleegkundige de ouders adviezen om hun zelfvertrouwen te vergroten. Indien gewenst kan de interventie ook voor de geboorte al toegepast worden. In dat geval zal een speciaal opgeleide jeugdverpleegkundige 2 tot 4 prenatale bezoeken afleggen (Nederlands centrum jeugdgezondheid, 2022a). Van het Nederlands jeugdinstituut heeft Stevig Ouderschap de erkenning 'Effectief volgens eerste aanwijzingen' toegekend gekregen in 2017 (Nederlands Jeugdinstituut, 2017). Kijkend naar de Erasmus definitie van kwetsbaarheid is deze interventie gericht op kwetsbare zwangeren, waarbij vooral risicofactoren als een belastende

voorgeschiedenis (bijvoorbeeld zelf geen goede opvoeding gehad) belangrijk zijn. Stevig Ouderschap wordt aangeboden door GGD Fryslân en is voor alle Friese zwangeren beschikbaar.

Voor moeders die te maken hebben met een opeenstapeling van risicofactoren is er de interventie **VoorZorg**. Vergeleken met Stevig Ouderschap is dit een veel intensievere begeleiding: in totaal zal tijdens de eerste twee levensjaren van het kind een speciaal opgeleide jeugdverpleegkundige 40 tot 60 huisbezoeken afleggen (Nederlands Jeugdinstituut, 2021). De doelstellingen van de interventies zijn driedig. Allereerst wordt ingezet op verbetering van het zwangerschaps- en geboorteproces voor moeder en kind. Daarnaast is er aandacht voor de gezondheid en ontwikkeling van het kind. De derde doelstelling is het verbeteren van de persoonlijke ontwikkeling van de moeder, bijvoorbeeld als het gaat om mogelijkheden voor opleiding en werk. Deze derde doelstelling zorgt ervoor dat de moeder meer kan betekenen voor haar kind. De 3 doelstellingen worden onderverdeeld in 9 ontwikkelvelden, variërend van ouderschap tot financiën en communicatie. Een belangrijk aspect van VoorZorg is dat er veel wordt ingezet op het vinden en leren gebruik maken van externe hulp. Dit wordt bijvoorbeeld gedaan door de sociale kring van de zwangere te betrekken bij de zwangerschap, maar ook door informatie te geven over de mogelijkheden voor formele hulp (bijvoorbeeld het consultatiebureau) en de zwangere aan te moedigen van dergelijke hulp gebruik te maken (Nederlands centrum jeugdgezondheid, 2022b). Omdat er hoge kosten gemoeid zijn met VoorZorg, wordt de interventie alleen ingezet voor aanstaande ouders waarbij een reële kans bestaat op het ontstaan van zware opvoedproblematiek, waaronder kindermishandeling. Deze kans is het gevolg van een opeenstapeling van risicofactoren als laag opleidingsniveau, beperkte opvoedvaardigheden, huiselijk geweld en middelengebruik tijdens de zwangerschap (Crijnen et al., 2015). Om effectief genoeg te zijn, is het belangrijk dat de interventie gestart wordt vóór de 28^e week van de zwangerschap. Dan is er namelijk nog genoeg tijd om een band op te bouwen met de zwangere en om bij haar gedragsverandering teweeg te brengen. Binnen de kwetsbaarheidsdefinitie van het Erasmus MC gaat het bij VoorZorg om kwetsbare en zeer kwetsbare zwangeren, afhankelijk van of er urgente risicofactoren een rol spelen. De interventie is inmiddels inderdaad succesvol gebleken in het voorkomen van kindermishandeling en heeft daarom in 2021 de erkenning 'Effectief volgens goede aanwijzingen' gekregen van het NJI (Nederlands Jeugdinstituut, 2021). Een nadeel van VoorZorg is dat het nog niet overal in Friesland beschikbaar is. Het wordt op dit moment in slechts 9 gemeenten aangeboden, waaronder wel in Smallingerland en in Súdwest Fryslân, maar niet in De Fryske Marren.

Lossen deze best practices alle problemen voor Friese kwetsbare zwangeren op?

Nee, dat doen zij maar beperkt. Er zijn zeker wel drempels die zij weten te verlagen: beide interventies gaan uit van de zwangere, op zo'n manier dat stigmatisering veel minder een probleem zal zijn, zowel vanuit de zwangere als vanuit de betrokken jeugdverpleegkundige. Bij VoorZorg wordt bovendien de sociale kring erbij betrokken en wordt er aandacht geschonken aan mogelijke hulpbronnen; deze interventie heeft dus effect op alle door Feijen-de Jong et al. (2021) genoemde barrières. Het probleem is dat zowel Stevig Ouderschap als Voorzorg interventies zijn waarnaar de zwangere doorverwezen moet worden. De zorgdrempels 'aan de voorkant' (dus in het signaleringsproces) zijn er nog steeds. Daarnaast wordt VoorZorg niet in elke gemeente aangeboden, dus zal niet elke zwangere die deze nodig heeft er toegang toe hebben. Zelfs wanneer beide interventies wel aanwezig zijn, is het maar de vraag in hoeverre zwangeren deze aangeboden krijgen. Kijkend naar de Erasmus definitie vallen potentieel kwetsbare zwangeren sowieso buiten de boot: geen van de best practices is voor hen bedoeld. Voor kwetsbare zwangeren kan Stevig Ouderschap een goed idee zijn, maar deze interventie richt zich alleen op ouderschapsvaardigheden en zelfvertrouwen daarover. Kwetsbaren met andere problemen hebben hier dus niets aan. VoorZorg biedt wel een volledig programma, maar omdat de interventie zo duur is, is deze hooguit toegankelijk voor mensen met heel veel en heel ernstige

problemen. Alles bij elkaar genomen schiet de zorg voor kwetsbare zwangeren dus tekort op de volgende punten:

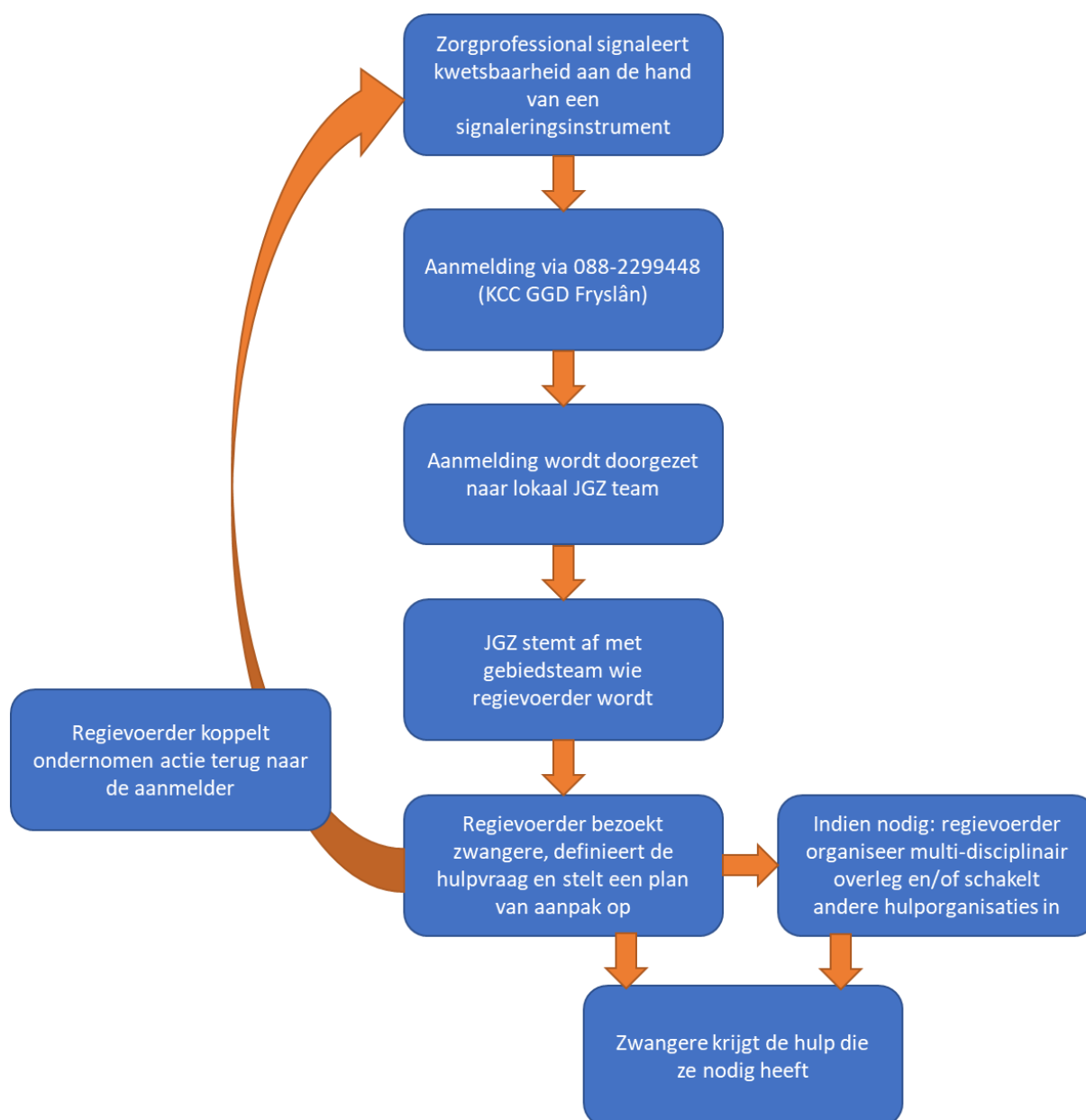
- Er is niets om bestaande barrières al bij signalering aan te pakken, bestaande interventies komen pas aan bod wanneer signalering al plaats heeft gevonden.
- De interventies zijn alleen geschikt voor specifieke groepen (zeer) kwetsbare zwangeren; potentieel kwetsbaren vallen buiten de boot.

Om deze problemen aan te pakken, zijn in Friesland zorgpaden 'Vroegsignalering voor zwangeren in een kwetsbare situatie' opgezet. Deze bevatten afspraken over hoe er gesignaleerd moet worden en over hoe verdere zorg georganiseerd kan worden. De zorgpaden zijn in beginsel opgezet voor potentieel kwetsbare zwangeren ('vroegsignalering' in de zin van 'signalering voordat er echte problemen zijn'), maar kunnen ook gebruikt worden voor kwetsbare en zeer kwetsbare zwangeren.

Zorgpaden Vroegsignalering in Friesland

In dit deelhoofdstuk zal ingegaan worden op de structuur van de zorgpaden Vroegsignalering zoals die in Friesland actief zijn. De focus daarin ligt op het zorgpad binnen gemeente Smallingerland (hierna te noemen: zorgpad Smallingerland) en op het zorgpad vanuit de samenwerking van gemeenten Súdwest Fryslân, De Fryske Marren, NoordOostpolder en Urk (hierna te noemen: zorgpad Zuidwest). De zorgpaden zullen per stap besproken worden; een overzicht van het complete proces is te zien in *figuur 5*. De informatie in dit hoofdstuk is voornamelijk afkomstig uit informele documenten van de betrokken gemeenten en uit gesprekken met betrokken professionals.

Zoals in hoofdstuk 2 al werd genoemd, is het onmogelijk om 'kwetsbaarheid' over één kam te scheren. De zorgpaden zijn dan ook zó opgezet, dat er in de basis 1 aanmeldroute is vanaf de verloskundigen, maar dat er vervolgens door de JGZ en/of gebiedsteams maatwerk kan worden geleverd op basis van wat de zwangere nodig heeft.



Figuur 5: overzicht van het zorgpad ‘Vroegsignalering zwangere in een kwetsbare situatie’. De hier weergegeven structuur representeert het zorgpad in Smallerland; in zorgpad Zuidwest kan het zijn dat de jeugdverpleegkundige geen contact heeft met het gebiedsteam of dit pas doet na het bezoek aan de zwangere. KCC = klantcontact centrum van GGD Fryslân. JGZ = jeugdgezondheidszorg.

Kwetsbaarheid herkennen

Signalering van kwetsbaarheid is een van de belangrijkste stappen in het zorgpad. Door de hele zwangerschap en kraamperiode heen is het mogelijk om kwetsbaarheid te signaleren en de daaropvolgende stappen te zetten richting verdere zorg. Toch zijn er in elk geval vier vaste momenten afgesproken waarin door middel van screeningsinstrumenten wordt gekeken naar mogelijke risico's.

- *Vroeg in de zwangerschap:* wanneer vrouwen voor het eerst een verloskundige zorgverlener bezoeken, neemt deze een intake af waarin onder andere algemene gezondheid en medische voorgeschiedenis besproken zullen worden. Aan de hand hiervan wordt een inschatting gemaakt van mogelijke medische risico's. In de intake kunnen ook al eventuele sociale problemen naar voren komen, maar om de kans op het signaleren daarvan te vergroten, is

afgesproken om ook de ALPHA-NL vragenlijst te gebruiken. Relevante zorgverleners hier zijn eerste- en tweedelijns verloskundigen en gynaecologen, hoewel de eerstelijnsverloskundigen er de grootste rol in zullen spelen: de meeste zwangeren komen pas later in de zwangerschap bij de tweedelijnszorg terecht en hebben dus hun intake en signalering al in de eerstelijnszorg gehad.

- *Halverwege de zwangerschap*: rond de 22^e week van de zwangerschap vindt de intake van de kraamzorg plaats. Bij eerste zwangerschappen of wanneer er indicaties zijn van problemen zal dit een bezoek bij de zwangere thuis zijn. In overige gevallen zal de intake telefonisch zijn. Aan de hand van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg wordt bepaald op hoeveel uren aan vergoede kraamzorg een zwangere recht heeft. Normaalgesproken ligt dit aantal tussen de 24 en 80 uur, verdeeld over de eerste tien dagen na de geboorte. De bedoeling van de intake is om te kijken wat er nodig is aan zorg, zodat de kraamverzorgende in de kraamweek niet voor verrassingen komt te staan. Onderdeel hiervan kan zijn dat er tijdens de intake vragen gesteld worden uit de TNO Checklist 'Vroegsignalering in de kraamtijd' (Lanting, 2011).
- *Tijdens de kraamweek*: wanneer een zwangere kiest voor kraamzorg, betekent dat dat er gedurende de eerste tijd na de geboorte met regelmaat een kraamverzorgende in het gezin aanwezig is. Voor het signaleren van mogelijke kwetsbaarheid wordt in deze periode gebruik gemaakt van de TNO checklist 'Vroegsignalering in de kraamtijd' (Lanting, 2011). Deze checklist is, samen met heel veel andere protocollen, gemakkelijk in te zien via de KCKZ app (kckzapp.nl). Mochten er sterke signalen zijn van kwetsbaarheid, dan kan ervoor gekozen om een warme overdracht te doen naar de JGZ. Dit is een gesprek met de kraamverzorgende, de ouders, een jeugdverpleegkundige en bij voorkeur de verloskundige. Bij minder dringende bijzonderheden kan de kraamverzorgende er ook voor kiezen om op een actieve manier de JGZ te informeren, maar zonder warme overdracht. Zijn er geen problemen of vermoedens van problemen, dan gebeurt de overdracht via een standaard overdrachtsformulier.
- *Tijdens / na de kraamweek*: een paar dagen na de geboorte van een kind komt een screener van de GGD bij het gezin langs voor de hielprik, vaak gecombineerd met een gehoortest. Bij dit bezoek krijgen de ouders de Stevig Ouderschap vragenlijst, die met hen besproken wordt tijdens het bezoek van de jeugdverpleegkundige wanneer het kind ongeveer twee weken oud (Nederlands centrum jeugdgezondheid, 2014).

Naast de vier oorspronkelijke momenten is in het zorgpad in Zuidwest Friesland een vijfde optie toegevoegd: de kinkhoestvaccinatie die tijdens de zwangerschap wordt gegeven. Hier is echter geen standaard signaleringsinstrument van toepassing. Bovendien is er bij de kinkhoestvaccinatie geen budget voor meer dan alleen het zetten van de prik.

De instrumenten die hierboven genoemd staan om kwetsbaarheid te signaleren, geven geen van alleen een definitief antwoord op de vraag of de zwangere kwetsbaar is en of zij baat zou hebben bij het zorgpad. Dit blijft in alle gevallen dus een afweging van de signalerende professional.

In gesprek met de zwangere

Wanneer de zorgprofessional van mening is dat de zwangere wellicht extra ondersteuning kan gebruiken, gaat hij/zij het gesprek aan met de aanstaande ouders. Hierin wordt uitgelegd wat het zorgpad inhoudt en wat voor hulp er via het zorgpad aangeboden kan worden. Belangrijk in deze stap is dat de zwangere expliciet toestemming moet geven voor het delen van haar gegevens binnen het zorgpad. In Smalingerland houdt dit in dat de zwangere een toestemmingsformulier moet ondertekenen. Gaat de zwangere niet akkoord met het zorgpad, dan kan afhankelijk van de situatie ervoor gekozen worden om af te wachten (wanneer er niets dringends is) of juist om meldingen te doen volgens de protocollen van Veilig Thuis en/of Spoed4Jeugd.

Aanmelding via het centrale aanmeldnummer

Wanneer de zwangere akkoord is gegaan met het aanvragen van hulp inclusief het delen van gegevens, neemt de melder contact op met het klantcontactcentrum (KCC) van GGD Fryslân via telefoonnummer 088-2299448. Dit telefoonnummer kan worden gebruikt voor bijna alle regio's binnen Friesland. Een uitzondering is het zorgpad binnen VSV Heerenveen, waar de aanmelding plaatsvindt bij de gemeente in plaats van bij de GGD⁴.

Bij het KCC worden in het gespreksformulier 'Kwetsbare Zwangeren' de volgende gegevens geregistreerd:

- Aanmelddatum.
- Contactgegevens en bereikbaarheid van de aanmelder (met oog op terugkoppeling en eventuele vragen).
- Contactgegevens van de zwangere.
- Details over de zwangerschap: zwangerschapsduur, uitgerekende datum en of het om een eerste zwangerschap gaat.
- Reden van de aanmelding.

De KCC-medewerker zet vervolgens per email de aanmelding door naar het JGZ team van de regio waar de zwangere woont.

In de zorg voor kwetsbare zwangeren zijn er ook hulpinstanties die nog steeds buiten het zorgpad om ingeschakeld horen te worden. Het gaat dan bijvoorbeeld om Veilig Thuis en Spoed4Jeugd (zeker bij crisissituaties), de POP-poli (mede omdat aanmelding daar lang niet altijd om (actuele) kwetsbaarheid gaat) en hulpinstanties voor stoppen met roken (want hoewel roken een belangrijke risicofactor is, valt het niet onder het zorgpad vroegsignalering). Ook VoorZorg en Stevig Ouderschap kunnen rechtstreeks benaderd worden door de verloskundige zorgverlener.

Hulp op maat

In veel gevallen zal het voldoende zijn wanneer de JGZ verpleegkundige of een gebiedsteammedewerker het gezin extra komen ondersteunen, maar het kan ook zijn dat er andere specialistische hulp nodig is. In dat geval zal de regievoerder (hetzij JGZ, hetzij gebiedsteam) de benodigde hulpverleners bij de casus betrekken, wederom in samenspraak met de zwangere. Indien nodig kan er tijdens de zwangerschap voor gekozen om een multidisciplinair overleg (MDO) te organiseren. Dit is een overleg tussen allerlei betrokken hulpverleners, de zwangere zelf en eventuele extra partijen waar advies van nodig is (bijvoorbeeld wanneer overwogen wordt dat de zwangere naar een moeder kind huis gaat). Ook dit overleg vindt plaats onder leiding van de regievoerder.

Regievoerder

Een belangrijk aspect van de zorgpaden zoals deze in Friesland vorm hebben gekregen, is dat er een centrale regievoerder⁵ wordt aangesteld die verdere hulp coördineert. Nadat de aanmelding bij de relevante jeugdverpleegkundige is binnengekomen, wordt er verkend wat er verder moet gebeuren. Wie betrokken is bij de verkenning verschilt echter per zorgpad:

- In zorgpad Smallingerland wordt in alle gevallen gewerkt met het 'vier-ogen-principe': de verkenning wordt in alle gevallen gedaan door zowel een JGZ verpleegkundige als een

⁴ Omdat de focus in dit rapport op de zorgpaden in Smallingerland en Zuidwest Friesland ligt, wordt in dit deel verder niet ingegaan op de structuur zoals die binnen Heerenveen in gebruik is.

⁵ In zorgpad Zuidwest Friesland wordt deze functie 'casusregisseur' genoemd in plaats van regievoerder.

gebiedsteammedewerker. Aan de hand van wat er uit die verkenning naar voren komt wordt bepaald wie de eerste contactpersoon – en daarmee ook regievoerder – wordt. De samenwerking komt tot stand doordat de JGZ verpleegkundige de zwangere doorgeeft aan de frontoffice van het gebiedsteam, waarna er een gesprek volgt tussen de JGZ verpleegkundige en de gebiedsteammedewerker met aandachtsgebied 'het jonge kind'.

- In zorgpad Zuidwest ligt de verantwoordelijkheid voor de verkenningsfase alleen bij de JGZ verpleegkundige. Pas wanneer deze een beeld heeft van de problematiek (naar aanleiding van contact met de aanmelder), wordt er besloten of het gebiedsteam erbij ingeschakeld wordt of niet. Wordt het gebiedsteam ingeschakeld, dan gebeurt dat met medeweten van de zwangere. Ook in Zuidwest geldt dat de eerste persoon die daadwerkelijk op bezoek komt de regievoerder wordt.

In beide gevallen geldt dat wanneer gekozen wordt voor een gezamenlijk bezoek, de gebiedsteammedewerker de leiding heeft en eerste contactpersoon blijft voor het verdere proces van ondersteuning en hulpverlening. Ook wordt er een dossier aangemaakt en bijgehouden door degene die bij de zwangere op bezoek gaat (het kan dus wel zijn dat beide partijen dat doen, wanneer ze samen op bezoek zijn geweest). Een belangrijk verschil voor de langere termijn is dat Smallingerlands aanpak betekent dat een aangemelde zwangere per definitie ook besproken is met het gebiedsteam (de gebiedsteammedewerker maakt een melding advies en informatie aan bij de verkennende bespreking van de zwangere). Bij de aanpak binnen zorgpad Zuidwest is dat niet het geval.

Wanneer vastgesteld is wie de regievoerder wordt, gaat deze persoon met de zwangere en haar eventuele partner om tafel om te inventariseren wat er nodig is, wat daarin de wensen van de aanstaande ouders zijn en wie de juiste hulp kan leveren. Samen maken zij een plan van aanpak, waarna de hulpverlening opgestart kan worden.

Terugkoppeling

Binnen beide zorgpaden is afgesproken dat er binnen 5 dagen na aanmelding een eerste terugkoppeling plaatsvindt naar de aanmelder, ook wanneer er geen contact is geweest met de zwangere. In afspraken tussen JGZ en Carins (de uitvoeringsinstantie van gemeente Smallingerland) staat daarnaast beschreven dat de regievoerder in elk geval voor de 34^e week van de zwangerschap de verloskundig hoofdbehandelaar informeert over het verdere perspectief van zorg. In overleg met kraamzorg informeert de regievoerder ook betrokkenen over een te plannen warme overdracht. Dergelijke afspraken zijn niet expliciet opgenomen in zorgpad Zuidwest.

POP-poli en BOP

Een aparte vermelding in beide zorgpaden is er voor de POP-poli. POP staat voor 'psychiatrie, obstetrie en pediatrie', een verwijzing naar de specialisten in de tweede lijn die er samenwerken (psychiater, gynaecoloog en pediater). Zowel in ziekenhuis Nij Smellinghe (Drachten, zorgpad Smallingerland) als in het Antonius Ziekenhuis (Sneek, zorgpad Zuidwest) zijn POP-poli's aanwezig. Deze bieden geen behandeling, maar geven advies over hoe vrouwen met psychische of psychiatrische problematiek (actueel of in de voorgeschiedenis) om moeten gaan met het gebruik van medicatie tijdens, of in aanloop naar, zwangerschap. Voor de POP-poli is een verwijzing nodig van bijvoorbeeld een verloskundige, huisarts of psycholoog. Het is echter niet zo dat een zwangere die naar de POP-poli wordt verwezen per definitie ook tot de doelgroep van de zorgpaden Vroegsignalering behoren – bij zorgpad Zuidwest wordt dit expliciet benoemd. Het kan namelijk zo zijn dat een zwangere nog medicatie slikt vanwege een voorgeschiedenis met psychische problematiek, zonder dat er verder

enige kwetsbaarheid is in haar actuele situatie. In dat geval hoeft het zorgpad niet ingeschakeld te worden. Is er actuele problematiek, dan is het wel de bedoeling dat de zwangere ook aangemeld wordt bij het zorgpad. In het geval van crisissituaties is het gebruikelijk dat de aanmelding pas later plaatsvindt, omdat de prioriteit ligt bij het oplossen van de crisis.

Naast de POP-poli is er in het Antonius ziekenhuis ook een BOP, wat staat voor 'Bijzondere Obstetrie Poli. Deze is bedoeld voor zwangeren met een bijzonder medische indicatie, wat in de meeste gevallen neerkomt op ziekten of afwijkingen die de een medisch risico vormen voor de zwangerschap. Een vrouw kan echter ook naar de BOP doorverwezen worden wanneer zorgverleners zich zorgen maken om de situatie thuis. Het gaat dan vooral om psychische zwakheden van de vrouw. In tegenstelling tot de POP-poli is de BOP niet opgenomen in de beschrijving van zorgpad Zuidwest.

De komst van het prenataal huisbezoek JGZ

Per juli 2022 gaat in de Wet Publieke Gezondheid (WPG) een wijziging in waardoor alle Nederlandse gemeenten verplicht worden om aan kwetsbare zwangeren een prenataal huisbezoek (PHB) door JGZ verpleegkundigen aan te bieden. Het doel van de wetwijziging is om de zogenaamde 'BIG 2' onder geboorte uitkomsten, te weten vroeggeboorte en laag geboortegewicht, terug te dringen. Wanneer zwangeren het huisbezoek willen, kunnen zij zich daar zelf voor aanmelden. Hoewel de naam van de interventie alleen actie vanuit JGZ suggereert, staat in de handreiking erover expliciet uitgewerkt dat bij het prenataal huisbezoek juist samenwerking tussen JGZ en bijvoorbeeld verloskundigen van groot belang is om in een vroeg stadium de juiste ondersteuning te kunnen bieden aan zwangeren (Nederlands centrum jeugdgezondheid & Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2021).

Omdat in de zorgpaden vroegsignalering het huisbezoek door JGZ of gebiedsteams centraal staat, overlapt dit met de plannen voor het prenataal huisbezoek. Vanwege de wettelijke basis voor het PHB moet deze sowieso aangeboden worden in gemeentes. Betekent dat dat de zorgpaden overbodig worden? Nee, want hoewel in de handleiding voor het prenataal huisbezoek aanbevelingen staan over signalering van kwetsbaarheid en samenwerking in de keten, zijn deze aanbevelingen vrijblijvend en niet toegespitst op wat er binnen gemeentes mogelijk is. De afspraken die er binnen de Friese zorgpaden Vroegsignalering zijn gemaakt (over het gebruik van de ALPHA-NL voor signalering, de mogelijkheid van doorverwijzing door de verloskundig zorgverleners en de samenwerking en communicatie binnen de zorg rondom zwangeren) blijven dus relevant. Dat deze afspraken al een aantal jaren geleden in werking treden en er dus al ervaring mee is, zal zelfs een voorsprong opleveren voor de implementatie van het PHB ten opzichte van plekken in Nederland waar dergelijke zorgpaden niet bestonden. Wel is het belangrijk dat voor de integratie van de zorgpaden en het PHB goed gekeken wordt naar hoe de verschillen tussen de twee kunnen worden opgelost. Deze verschillen bestaan op drie punten: wie er aanmeldt (de zwangere zelf bij PHB, een professional bij de zorgpaden), waar er aangemeld wordt (centraal nummer van KCC bij de zorgpaden, rechtstreekse aanmelding bij de JGZ bij het PHB) en wie de melding oppakt (bij het PHB en bij zorgpad Zuidwest is dit de JGZ verpleegkundige, maar bij Smallingerland is het nu nog zo dat er ook iemand van het gebiedsteam betrokken wordt).

Conclusie

Binnen reguliere geboortezorg is genoeg aandacht voor medische aspecten, maar voor niet-medische problematiek schiet deze tekort. Interventies als Stevig Ouderschap en Voorzorg kunnen helpen, maar richten zich alleen op specifieke groepen kwetsbare en zeer kwetsbare zwangeren. Bovendien wordt VoorZorg niet in alle Friese gemeentes aangeboden.

Door afspraken over signaleringsinstrumenten en een duidelijke structuur voor multidisciplinaire samenwerking in de zorg voor kwetsbare zwangeren, is het de bedoeling dat de zorgpaden Vroegsignalering ertoe leiden dat zwangeren in kwetsbare situaties – ook de potentieel kwetsbaren – nu toch al vanaf vroeg in de zwangerschap de juiste ondersteuning kunnen krijgen. Het zorgpad richt zich met name op de barrière ‘organisatie van de zorg’, maar biedt professionals ook handvatten voor het signaleren van kwetsbaarheid door aan de hand van een vragenlijst daarover in gesprek te kunnen gaan. Dit kan effect hebben op zowel barrières bij de zorgprofessional als bij de zwangere zelf. Voor de professional kan de vragenlijst helpen om onderwerpen te bespreken die anders misschien wat moeilijk aan bod zouden komen. Ook voor de zwangere kan dit ruimte geven om onderwerpen te bespreken die voor haar belangrijk zijn, maar waarvan zij niet weet met wie zij terecht kan met vragen of zorgen erover. Op papier zien de zorgpaden er dus veelbelovend uit. Maakt het in de praktijk die belofte waar? Daar gaat hoofdstuk 4 verder op in.

Hoofdstuk 4 – Organisatie en uitvoering van de zorgpaden

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de zorgpaden in de praktijk – functioneren zij als verwacht? Wat vinden professionals van hoe de zorgpaden nu ingericht zijn?

Voor ervaringen met het zorgpad zijn 20 semi-gestructureerde interviews gehouden met – direct of indirect – aan het zorgpad gerelateerde professionals. Onder de geïnterviewden bevonden zich verloskundigen (1^e en 2^e lijn), gynaecologen, kraamverzorgenden, jeugdverpleegkundigen (waarvan 1 met de VoorZorg specialisatie) en gebiedsteammedewerkers. Van elke beroepsgroep is tenminste 1 persoon uit Smallingerland en 1 uit Zuidwest Friesland bevestigd⁶. Voor de invulling van de interviews is gebruik gemaakt van de MIDI en ACTION methodieken (zie appendix 2 en appendix 3), hoewel vraagstellingen wel aangepast werden om ze geschikt te maken voor gebruik in interviews in plaats van in schriftelijke vragenlijsten. De interviews zijn geanalyseerd op 4 thema's: ALPHA-NL/signalering, inhoudelijk functioneren van het zorgpad, onderlinge samenwerking en doelgroep van het zorgpad.

Actoren met een actieve rol in de zorgpaden

Welke actoren zijn er, wat is hun rol (algemeen + zorgpadspecifiek), wat zijn hun sterke en zwakke punten mbt zorgpad, hoe zijn hun ervaringen met het zorgpad?

Eerstelijns verloskundigen

Rol algemeen: zwangere begeleiden bij zwangerschap en bevalling (en korte tijd daarna). Focus op medische zaken en hoe de zwangerschap beleefd wordt.

Rol in het zorgpad: kwetsbaarheid signaleren, waar nodig zwangeren doorverwijzen naar het zorgpad.

Sterke punten met betrekking tot het zorgpad: zien de zwangere regelmatig over een periode van meerdere maanden, worden over het algemeen redelijk vertrouwd door zwangeren.

Zwakke punten met betrekking tot het zorgpad: is wel getraind in gespreksvoering voor zover dat voor haar eigen vakgebied belangrijk is, maar niet specifiek voor sociale problematiek. Heeft ook geen tijd voor uitgebreide signalering. Kan te dicht betrokken zijn bij de zwangerschap, bang om relatie met cliënt te verslechteren.

Tevredenheid over het zorgpad

ALPHA-NL

Binnen de zorgpaden Vroegsignalering in Smallingerland en Zuidwest Friesland is afgesproken dat verloskundigen de ALPHA-NL gebruiken om kwetsbaarheid te signaleren. Alle geïnterviewden gaven aan het instrument te kennen, maar de meningen erover liepen behoorlijk uiteen. Sommigen waren heel positief erover: iemand vertelde bijvoorbeeld hoe voor haar de vragenlijst een mooi uitgangspunt is om met een zwangere in gesprek te gaan over onderwerpen waar zij zonder de vragenlijst veel moeilijker over zou durven te beginnen. Volgens haar zorgt het zelf invullen en later pas bespreken van de vragenlijst ervoor dat zwangeren rustig de tijd hebben om over de uitgevraagde onderwerpen na te denken, waardoor zij goed voorbereid het gesprek erover in kunnen gaan en daarbij beter aan kunnen geven wat zij eventueel aan steun zouden willen accepteren. Daarentegen gaf een andere

⁶ Met uitzondering van gebiedsteams: vanwege tijdgebrek is het helaas niet gelukt om daarvan iemand uit Zuidwest Friesland te interviewen.

verloskundige juist aan dat zij veel liever ‘gewoon’ een gesprek met de zwangere aangaat, zonder daar een vragenlijst bij te gebruiken. Volgens haar kan de vragenlijst dreigend overkomen op kwetsbare zwangeren, omdat zij bang zijn om erop afgerekend te worden als ze bevestigend antwoorden over dingen waarvan ze al weten dat die afgeraden worden tijdens de zwangerschap. Deze verloskundige overweegt het gebruik van de ALPHA-NL alleen wanneer zij zelf al vermoedens heeft, maar die tijdens de intake nog niet door de zwangere bevestigd wordt. Weer een andere verloskundige had niet per sé iets tegen de ALPHA-NL, maar zag er niet het nut van in. In haar praktijk was enkele jaren lang de ALPHA-NL bij elke zwangere uitgevraagd, maar na verloop van tijd werd het gebruik ervan gestaakt omdat ze er niet meer kwetsbaarheid door ontdekten dan dat sowieso bij de intake al het geval was.

Behalve verschillen in mening over en mate van gebruik van de ALPHA-NL, bleek uit de interviews dat de ALPHA-NL op verschillende manieren verwerkt wordt. In sommige praktijken wordt de ingevulde ALPHA-NL ingescand en in zijn geheel toegevoegd aan het dossier van de zwangere. In andere praktijken wordt – zoals TNO het ook aanraadt – de vragenlijst zelf vernietigd, maar wordt in plaats daarvan een samenvatting gemaakt van wat er naar aanleiding van de vragenlijst met de zwangere is besproken. Deze samenvatting wordt meestal wel eerst ter goedkeuring aan de zwangere voorgelegd, om te controleren of de verloskundige de juiste dingen uit het gesprek heeft opgepikt.

Uitdagingen in het signaleren van kwetsbaarheid

Hoewel de ALPHA-NL een goed hulpmiddel kan zijn om kwetsbaarheid te signaleren, betekent het gebruik ervan niet per sé dat kwetsbaarheid daadwerkelijk boven tafel komt. Uit de interviews kwamen verschillende factoren naar voren die de kans op succes verminderen:

- Gebrek aan tijd: verloskundigen krijgen geen extra tijd vergoed voor het signaleren van kwetsbaarheid, terwijl bijvoorbeeld goed doorvragen over de ALPHA-NL wel tijd kost.
- Niet doorvragen: het gebeurt bij kwetsbare zwangeren wel eens dat pas bij doorvragen blijkt dat er risicofactoren aanwezig zijn, terwijl de zwangere dit in eerste instantie niet aangaf. Voor dat doorvragen is het echter nodig dat de verloskundige 1) hier de noodzaak van inziet, 2) het aandurft om persoonlijke vragen te stellen over dingen die normaalgesproken niet onder de verantwoordelijkheid van een verloskundige en 3) daar op een goede manier naar kán vragen. Voorwaarde 1 kan een probleem opleveren in praktijken waar weinig kwetsbaarheid voorkomt: de aandacht ervoor kan dan verslappen, met als gevolg dat er weinig of niet wordt doorgevraagd over risicofactoren. Met name beginnende verloskundigen hebben niet altijd genoeg zelfvertrouwen om dergelijke vragen te durven stellen en ze missen de ervaring die nodig is om dat op een goede manier te doen. Ook sommige professionals met meer ervaring gaven echter aan dat zij niet goed wisten hoe zij door konden vragen over onderwerpen waar de zwangere eerst ontkennend over was geweest, zelfs wanneer zij wel vermoedden dat er meer achter zat. Ook kan het gebeuren dat in het gesprek de aandacht alleen naar hele opvallende risico's gaat (bijvoorbeeld alcoholgebruik), terwijl er ook minder opvallende risicofactoren zijn (bijvoorbeeld relatieproblemen), waardoor deze dan niet opgemerkt worden en later alsnog kunnen escaleren. In enkele gevallen gebeurt het dat een verloskundige niet doorvraagt (met name bij multiproblematiek) omdat aangenomen wordt dat alle risicofactoren al boven tafel zijn gekomen door andere betrokken professionals.
- Onbewuste ontmoediging: wanneer verloskundigen vragenlijsten afnemen en bespreken terwijl zij het niet eens zijn met de methode, is deze “gedoemd te mislukken” (aldus een van de geïnterviewden). Zwangeren zullen zich op dat moment niet veilig genoeg voelen om zich kwetsbaar op te stellen.

Gebruik van en ervaring met doorverwijzen binnen het zorgpad

De meeste verloskundigen geven aan het te waarderen dat er nu een vaste route bekend is voor niet-medische problematiek waarvan zijzelf – bijvoorbeeld omdat zij de sociale kaart niet duidelijk voor ogen hebben, of vanwege personeelwisselingen bij de betreffende organisaties – niet weten waar ze anders terecht moeten. Wel levert het verwarring op dat er naar sommige instanties nog wel

rechtstreeks verwezen moet worden. Dat in acute situaties niet direct het zorgpad ingeschakeld wordt vind men begrijpelijk, maar dat ook bij zaken als roken, POP-poli gerelateerde problematiek en interventies als Stevig Ouderschap en VoorZorg er rechtstreeks verwezen kan worden, zorgt bij sommigen voor onduidelijkheid over waarmee er wel en niet naar het zorgpad verwezen moet worden. Ook kan het voor verloskundigen verwarrend zijn om cliënten vanuit gemeente Heerenveen te hebben, aangezien deze niet via de GGD maar via gemeente Heerenveen aangemeld moeten worden voor het zorgpad.

Uit de interviews kwam naar voren dat er maar af en toe een zwangere wordt aangemeld voor een zorgpad Vroegsignalering. Een reden voor de weinige aanmeldingen is dat het lastig blijkt om zwangeren te overtuigen van de meerwaarde van het zorgpad. Veel zwangeren vinden niet dat zij hulp nodig hebben. Hoewel dat bij een deel van de vrouwen te begrijpen is (ondersteuning zou daar alleen preventief zijn), zijn er ook zwangeren waarbij de verloskundige duidelijke risico's ziet, maar waar de zwangere zelf het daar niet mee eens is. Ook bij verwijzing naar het zorgpad zijn zwangeren bang voor stigmatisering door verdere hulpverleners. Dat het zorgpad in de flyer van Smallingerland als 'Zorgpad Kwetsbare Zwangeren' geschreven staat, versterkt die angst alleen maar meer. Dat het zorgpad ook heel laagdrempelig kan zijn en preventief ondersteuning biedt in plaats van alleen hulp biedt bij grote problemen, is niet een boodschap die veel verloskundigen goed over kunnen brengen op zwangeren. Dit heeft deels ook te maken met hoe de verloskundigen zelf naar het zorgpad kijken.

Hoewel verloskundigen niet altijd een volledig overzicht hebben van wat voor hulp er extern aangeboden kan worden, hebben zij al met veel organisaties rechtstreekse contacten lopen. Het is dan ook aantrekkelijk om van deze contacten gebruik te maken wanneer daar vraag naar is. Bij zeer kwetsbare zwangeren kan het belangrijk zijn om snel te handelen, waarbij een officiële zorgpad-aanmelding als een te trage oplossing wordt gezien. Toch worden juist ook bij potentieel kwetsbare zwangeren de korte lijntjes gebruikt. De reden is in dat geval vaak dat de hulp heel laagdrempelig moet zijn, om te voorkomen dat de zwangere afgeschrikt wordt (bijvoorbeeld door het woord 'zorgpad').

Wanneer er wel doorverwezen wordt, zijn verloskundigen niet altijd tevreden over het verdere verloop. Het duurt volgens hen soms veel te lang voordat een melding opgepakt wordt. In enkele gevallen wordt er zelfs helemaal niets teruggekoppeld. In andere gevallen wordt er wel hulp ingeschakeld, maar horen verloskundigen achteraf dat dat niet de hulp is die de zwangere had willen hebben. Een verloskundige noemde als voorbeeld dat een specifieke jeugdverpleegkundige alleen maar Stevig Ouderschap aanbood wanneer via het zorgpad bij haar terechtkwamen, terwijl de zorgvraag soms totaal iets anders was. Dergelijke ervaringen kunnen ervoor zorgen dat verloskundigen negatief worden over het zorgpad en er helemaal geen gebruik meer van maken.

Verschillende geïnterviewden noemden dat zijzelf het zorgpad regelmatig onder de aandacht brengen bij hun collega's. Zij gaven daarbij ook aan dat zonder die inspanningen er kans was dat anderen zouden vergeten dat het zorgpad er was. Een geïnterviewde vertelde over hoe bij een naburige praktijk (mede door personeelwisselingen in de afgelopen jaren) niemand meer op de hoogte bleek te zijn van het bestaan van het zorgpad Vroegsignalering.

Tweede lijn: verloskundigen en gynaecologen

Rol algemeen: zwangerschap begeleiden bij medische indicatie

Rol in zorgpad: kwetsbaarheid signaleren, waar nodig zwangeren doorverwijzen naar het zorgpad

Sterke punten met betrekking tot het zorgpad: toenemende aandacht voor signalering van sociale kwetsbaarheid onder beide beroepsgroepen.

Zwakke punten met betrekking tot het zorgpad: zorg is, nog veel meer dan bij eerstelijns verloskundigen, gefocust op medische problematiek. Meer kans dat sociale problematiek niet aan de orde komt, en sowieso is de tijd die ze voor een cliënt hebben erg beperkt. Cliënt komt vaak pas later in de zwangerschap bij hen.

Ervaringen met het zorgpad

Beide beroepsgroepen komen pas in beeld wanneer daar medische redenen voor zijn. Hoewel dat in een enkel geval vanaf het begin van de zwangerschap is, gebeurt dat meestal pas rond de 20^e week. Tegen de tijd wordt de ALPHA-NL al niet meer gebruikt, omdat afgesproken is dat die veel vroeger in de zwangerschap al wordt afgenomen: dat zou dus al in de eerste lijn moeten zijn gebeurd.

Een klinisch verloskundige benoemde dat zij zich kon voorstellen dat in de eerste lijn het lastiger kan zijn om confronterende vragen te stellen. In tegenstelling tot in ziekenhuizen is in eerstelijnspraktijken vaak geen assistentie aanwezig, mocht een zwangere heftig reageren. Ook kan in de eerste lijn een financiële prikkel reden zijn om geen vragen te stellen die de cliënt mogelijk niet op prijs stelt. In de tweede lijn is dit veel minder een probleem; professionals hebben daar meer mogelijkheid om afstandelijker te blijven, maar juist ook om wel de moeilijke vragen te stellen.

Wat er gesignaleerd wordt in het ziekenhuis hangt heel erg af van wie de vragen stelt. Een gynaecoloog gaf bijvoorbeeld aan dat zij zelf wel vragen stelt over sociale onderwerpen, maar dat zij van collega's weet dat die daar geen aandacht voor hebben. Zelf zwangeren aanmelden bij het KCC doet zij niet echt, daar schakelt zij meestal de POP-poli of een medisch maatschappelijk werker voor in.

Het op tijd signaleren van kwetsbaarheid gaat niet altijd goed: het gebeurt nog steeds met regelmaat dat kinderen in het ziekenhuis geboren worden en dat dan pas blijkt dat de risico's te groot zijn om het kind aan de ouders mee naar huis te geven. Dergelijke acute situaties zijn erg naar voor alle betrokkenen. Eerder signaleren had ervoor kunnen zorgen dat risico's verkleind werden of dat er alvast plannen lagen voor hoe er na de geboorte gehandeld moest worden.

Het zorgpad en de POP-poli

Hoewel er vanuit het zorgpad doorverwezen kan worden naar de POP-poli, is andersom gebruikelijker: als er tijdens POP-afspraken sociale problematiek naar voren komt, kan er vandaaruit een aanmelding worden geregeld naar het zorgpad toe.

Wanneer zwangeren al in het zorgpad terecht zijn gekomen maar alsnog door de verloskundige naar de POP-poli wordt verwezen, wordt in lang niet alle gevallen de naam van de regievoerder doorgegeven (zelfs als wel bekend is dat er een is). Hierdoor kan het gebeuren dat adviesbrieven alleen naar de verloskundige gestuurd worden, terwijl het juist van belang is dat ook de [regiehouder] op de hoogte is. Een ander punt van aandacht vanuit de POP-poli is dat zij ook mensen met een kinderwens zien. Komen daar belangrijke aandachtspunten uit, dan worden die doorgezet naar de huisarts. Deze is echter niet direct bij het zorgpad of de regie ervan betrokken, terwijl huisartsen vaak wel een compleet beeld hebben van wat er zoal speelt binnen gezinnen. Ook als de vrouw inderdaad zwanger wordt, wordt de al opgedane kennis niet doorspeeld naar de dan relevante professionals.

Kraamverzorgenden

Rol algemeen: zwangere ondersteunen vanaf de bevalling (tenzij dat in het ziekenhuis gebeurt) tot ruim een week nadat het kind geboren is.

Rol in zorgpad: kwetsbaarheid signaleren, waar nodig zwangeren doorverwijzen naar het zorgpad.

Sterke punten met betrekking tot het zorgpad: heeft heel intensief contact met de kersverse ouders, op zo'n manier dat het vrijwel onmogelijk is om kwetsbaarheid te verdoezelen.

Zwakke punten met betrekking tot het zorgpad: is eigenlijk maar heel kort bij de zwangere betrokken; ziet en doet veel, maar heeft daar maar heel erg weinig tijd voor.

Ervaringen met het zorgpad

Voor kraamverzorgenden is weinig aan hun eigen werkwijze veranderd door het zorgpad. Wel geven zij aan dat het goed is dat het zorgpad er is. Mocht er in de kraamweek toch kwetsbaarheid gesignaleerd worden die eerder niet was opgevallen, dan overleggen zij dit met de verloskundig zorgverlener en zal die in de meeste gevallen alsnog de aanmelding regelen. In enkele gevallen zal de kraamverzorgende zelf aanmelden. Daarbij stellen zij het erg op prijs dat er een centraal aanmeldnummer is voor Friesland (uitgezonderd zorgpad Heerenveen). Kraamzorgorganisaties hebben namelijk vaak een groot werkgebied. In elke gemeente een andere manier van aanmelden hebben zou hun werk dan erg lastig maken.

Het wordt door kraamverzorgenden gewaardeerd als zij al voor de kraamweek ervan op de hoogte zijn van of het zorgpad is ingeschakeld. Dat is niet altijd het geval. Desalniettemin wordt de communicatie en samenwerking tussen kraamzorg en verloskundigen over het algemeen als uitstekend omschreven.

Wat als aandachtspunt werd genoemd, was dat verloskundigen soms wel signaleren, maar geen hulp inschakelen, waardoor kraamzorg pas laat op de hoogte wordt gebracht van risico's of in de kraamtijd nijpende situaties ontstaan die voorkomen hadden kunnen worden. Tegelijkertijd wordt, net als door verloskundigen, door kraamverzorgenden herkend dat vrouwen het zorgpad gauw als onbekend en eng beschouwen, waardoor zij vervolgens niet instemmen met aanmelding. Een kraamverzorgende benoemde dat hun eigen hulp aan ouders meestal gewaardeerd wordt, omdat zij naast risicofactoren ook zien en benoemen wat ouders wel goed doen. Ouders zijn bang dat bij het zorgpad er alleen maar naar de negatieve aspecten wordt gekeken. Volgens een geïnterviewde was het begrijpelijk dat het zorgpad stigmatiserend overkwam, omdat het een selecte groep mensen bestempeld als 'kwetsbare zwangere'. Haar mening was duidelijk: "Elke zwangere is een kwetsbare zwangere!"

KCC medewerkers

Rol algemeen: frontoffice van de GGD, dus handelen binnenkomende vragen af over de meest uiteenlopende zaken.

Rol in zorgpad: aanmeldingen voor het zorgpad doorspelen naar het relevante JGZ team.

Sterke punten met betrekking tot het zorgpad: centraal telefoonnummer voor heel Friesland.

Zwakke punten met betrekking tot het zorgpad: zijn niet inhoudelijk betrokken bij de zorgpaden of op de hoogte van hoe deze georganiseerd zijn.

Ervaringen met het zorgpad

Hoewel zij een centrale rol hebben in het zorgpad, is die rol niet groter dan de aanmelding aan te nemen, het gespreksformulier in te vullen en deze door te sturen naar het juiste JGZ team. Volgens de geïnterviewde medewerker was iedereen op de hoogte van het gespreksformulier. Van het zorgpad zelf hebben zij het stroomschema van zorgpad Zuidwest Friesland. Het was bij de geïnterviewde niet bekend dat in Heerenveen een andere werkwijze is en dat daar dus niet JGZ maar de gemeente gebeld behoort te worden. Ook was zij niet bekend met alternatieve aanmeldroutes voor bijvoorbeeld VoorZorg.

Jeugdverpleegkundigen

Rol algemeen: volgen en ondersteunen bij fysieke, psychische, cognitieve en psychosociale ontwikkeling van kinderen. Voorzien ouders van opvoedadvies en -ondersteuning.

Rol in zorgpad: meldingen oppakken, vraag definiëren, plan van aanpak maken, regievoeren over verder proces binnen het zorgpad, tenzij gebiedsteam ingeschakeld wordt.

Sterke punten met betrekking tot het zorgpad: kan bij gezinnen betrokken blijven tot het kind volwassen wordt, kan zelf best wat ondersteuning geven, heeft (over het algemeen) een aardig goed beeld van wat er aan verdere hulpverlening mogelijk is (ook qua sociaal domein).

Zwakke punten met betrekking tot het zorgpad: komen normaalgesproken pas na de geboorte in beeld (met uitzondering van de dkt-vaccinatie). Bij erg kwetsbare zwangeren is soms angst voor JGZ vanwege spookverhalen over uithuisplaatsingen.

Ervaringen met het zorgpad

De geïnterviewde jeugdverpleegkundigen hadden nog maar beperkt ervaring met zwangeren vanuit het zorgpad. Een van hen gaf bijvoorbeeld aan dat zij pas recentelijk voor het eerst een zwangere aangemeld had gekregen; na overleg binnen het team werd besloten dat de VoorZorgverpleegkundige de casus verder op zou pakken. Bij die casus zijn duidelijke afspraken gemaakt over terugkoppeling naar en verder contact met de aanmelder.

Een andere jeugdverpleegkundige gaf aan meerdere lopende casussen te hebben vanuit het zorgpad, maar zij wist niet wat voor toegevoegde waarde haar aanwezigheid bij de betreffende gezinnen was. Zij benoemde dat het altijd ging om multiproblematiek, waarbij al veel meer professionals betrokken waren. Ook had zij slechte ervaringen omtrent communicatie naar andere partijen toe: wanneer zij informatie deelde of een extra partij bij een casus betrok, kwam het regelmatig voor dat er wel wat met de informatie of melding gedaan werd, maar dat daar niets over terug gecommuniceerd werd. Ook benoemde zij dat zij wel eens bij gezinnen thuiskomt waarvan zij zich afvraagt of zij daar niet eerder iets van had moeten horen (hetzij van de verloskundige, hetzij van de kraamverzorgende).

Naast het oppakken van aanmeldingen hebben jeugdverpleegkundigen ook nog steeds een signaleringsfunctie, waarvoor zij de Stevig Ouderschap vragenlijst gebruikten. Daarover werd echter aangegeven dat de vraagstelling daarvan niet uitnodigt tot doorvragen. Ook vroeg iemand zich of jeugdverpleegkundigen vanuit hun training ook voldoende toegerust zijn om door te vragen over hele persoonlijke sociale problematiek.

Over VoorZorg in Friesland

Uit een interview met een VoorZorg verpleegkundige kwam onder andere naar voren dat het heel erg wisselt hoeveel er per gemeente gebruik gemaakt wordt van de interventie, wellicht door gebrek aan bekendheid. Daarnaast maakt het nog uit hoe er aangemeld wordt. Zwangeren kunnen immers via het zorgpad, maar ook rechtstreeks door verloskundigen voor VoorZorg aangemeld worden. Zij noemde het voorbeeld van een casus waarin een zwangere op tijd aangemeld was bij het zorgpad, maar door miscommunicatie en doorverwijzing naar een verkeerde gemeente werd pas in de 30^e week van de zwangerschap de VoorZorg verpleegkundige erbij betrokken. Hoewel de vrouw uiteindelijk alsnog het traject in kon, heeft het de VoorZorg verpleegkundige veel extra tijd gekost om te regelen dat dit alsnog vergoed werd.

Gebiedsteammedewerkers

Rol algemeen: gemeentelijke uitvoeringsorganisatie. Geeft ondersteuning bij vraagstukken die gerelateerd zijn aan de Jeugdwet, de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en de Participatiewet.

Rol in zorgpad: kan ingeschakeld worden door de jeugdverpleegkundige, zal in dat geval regievoeren over verder proces binnen het zorgpad. In zorgpad Smallingerland zal de jeugdverpleegkundige sowieso de aanmelding met een gebiedsteammedewerker bespreken.

Sterke punten met betrekking tot het zorgpad: kan altijd bij het gezin betrokken blijven, kan zelf op heel veel fronten ondersteuning geven, heeft een heel goed beeld van wat aan verdere (met name niet-medische) hulpverlening mogelijk is. Gebiedsteammedewerkers vervullen vaak regisseursrollen en zijn dit dus al gewend.

Zwakke punten met betrekking tot het zorgpad: hebben veel kennis en zijn breed inzetbaar, maar hun kennis over / ervaring met zwangerschap kan beperkt zijn, zeker in kleinere dorpen.

Ervaringen met het zorgpad

Voor gebiedsteammedewerkers heeft het zorgpad niet veel veranderd voor hun werkwijze. Zij zien wel dat het zorgpad voordelen kan hebben, met name voor mensen die nog niet in de keten bekend waren. Een geïnterviewde gaf aan dat die groep dankzij het zorgpad vroeger en beter in beeld komt. Op de vraag of het zorgpad nog ingeschakeld moet worden wanneer er al hulpverlening aanwezig is, werd bevestigend geantwoord. Ze gaf als reden dat dan de zwangere beter bekend is in de keten, doordat ook de JGZ erbij betrokken wordt.

Niet alle ervaring met het zorgpad is positief geweest. Het is verschillende keren voorgekomen dat zwangeren bij het gebiedsteam terechtkwamen met de onterechte verwachting dat hun problemen opgelost zouden worden. Dat gebeurde bijvoorbeeld met een jonge vrouw die dakloos was. Bij haar was bij het ingaan van het zorgpad de verwachting gewekt dat zij op deze manier woonruimte zou kunnen krijgen. Hoewel het gebiedsteam mededacht en meezocht naar een oplossing voor zover dat binnen hun mogelijkheden lag, was de zwangere daarom niet tevreden over wat het zorgpad voor haar had opgeleverd. Uit dit soort voorbeelden blijkt dat het essentieel is dat partijen binnen het zorgpad van elkaar weten wat zij wel en niet kunnen doen.

Over samenwerking met de JGZ werd in Smallingerland nog aangegeven dat deze de afgelopen jaren steeds beter geworden is. Die ontwikkeling is niet veroorzaakt door het zorgpad, maar heeft er wel positief effect op wanneer de beide partijen elkaar goed weten te vinden.

Regionale projectteams

Zorgpaden ontstaan niet zomaar: in elke zorgpadregio is een projectteam aanwezig dat zich bezighoudt met de opbouw, implementatie en borging van het zorgpad. Elk projectteam bestaat uit professionals uit de hele breedte van het zorgpad, inclusief beleidsmedewerkers van betrokken gemeenten. Dankzij hun gevarieerde achtergrond kunnen zij een goed beeld krijgen van wat beroepsgroepen van het zorgpad vinden en hoe het zorgpad in het algemeen functioneert. Hoewel zij dit werk met passie doen, zijn zij beperkt in de hoeveelheid tijd die zij hierin kunnen steken. Het werk wordt namelijk Pro Deo gedaan. Bovendien zijn veel van de mensen uit deze projectteams ook al in andere werkgroepen actief, met name binnen VSV's.

Binnen de projectteams van de zorgpaden wordt aangegeven dat hun samenwerking verbetert, doordat zij elkaars achtergronden beter leren begrijpen. Een mooie illustratie hiervan is dat veel

signalerende partijen 'lange wachttijd na aanmelding' als reden gaven om het zorgpad niet te willen. Een verloskundige uit een van de projectteams was daar veel genuanceerder over: zij snapte het ongeduld van de signalerende partijen, maar had er dankzij de overleggen in het projectteam veel meer begrip voor dat de JGZ niet alles onmiddellijk kan oplossen.

Verloskundig Samenwerkingsverbanden (VSV's)

VSV's zijn verbanden waarin geboortezorgorganisaties (bijvoorbeeld verloskundigenpraktijken, kraamzorgorganisaties en ziekenhuizen) samenwerken om regionaal de kwaliteit van geboortezorg te verbeteren. Dit gebeurt met name door onderlinge beleidsafspraken, met daarbij veel aandacht voor interdisciplinaire samenwerking. Onder andere de zorgpaden Vroegsignalering zijn opgezet in samenspraak met VSV's. In Friesland zijn 4 VSV's aanwezig, gecentreerd rondom de Friese ziekenhuizen: VSV Drachten, VSV Middenin (Heerenveen), VSV Sneek en VSV Rondom Zwangerschap (Leeuwarden).

Vanuit de VSV's kunnen veel partijen bereikt worden die betrokken zijn bij de zorgpaden Vroegsignalering. Zij zijn daarom een geschikte actor om te benaderen voor het stimuleren van zorgpadgebruik door geboortezorgprofessionals.

Gemeenten

Behalve dat gemeenten via gebiedsteams bij de zorgpaden betrokken zijn, hebben zij grote invloed op wat er aan verdere ondersteuning aanwezig is binnen hun grondgebied. Het zijn bijvoorbeeld gemeenten die bepalen of in hun regio VoorZorg wordt aangeboden of niet. Ook is het in samenspraak met gemeenten dat de structuur van zorgpaden bepaald wordt. Hierdoor verschilt het echter wel per gemeente wat voor zorg er aanwezig is voor zwangeren in kwetsbare situaties en hoe die zorg is georganiseerd.

Thematafel monitoring en evaluatie zorgpaden Vroegsignalering

Deze bestaat uit professionals uit de geboortezorg (dus achtergronden in verloskunde, gynaecologie en kraamzorg), onderzoekers van de Academie Verloskunde Amsterdam Groningen (AVAG), een projectleider van ROS Friesland, een coördinator van Consortium Zwangerschap en Geboorte Noord Nederland (ZeGNN) en een coördinator van de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noord Nederland. Alle zorgpadregio's in Friesland zijn hierbij vertegenwoordigd. De thematafel is opgericht als onderdeel van het Fries Lerend Netwerk en heeft tot doel om op provinciaal samen te werken met betrekking tot monitoring en evaluatie van de zorgpaden Vroegsignalering. De prioriteit ligt daarbij vooral op onderlinge afstemming: monitoring en evaluatie zelf blijven een taak van de lokale projectteams.

Relevante actoren om de zorgpaden heen

Zorgverzekeraars

Het overgrote deel van de geboortezorg in Nederland wordt via het basispakket van de zorgverzekering vergoed door zorgverzekeraars. Wat er onder de basisverzekering valt, wordt bepaald door de

overheid. Zorgverzekeraars kunnen daar dus zelf geen dingen aan veranderen. Wel kunnen zij bepalen hoe zij de aanvullende verzekeringen invullen. Ook kunnen zij afspraken maken met zorgprofessionals over welke zorg er aangeboden kan worden. Zo zou bijvoorbeeld afgesproken kunnen worden dat verloskundigen extra tijd kunnen declareren wanneer het nodig is om wat langer met een cliënt door te praten over de uitkomsten van de ALPHA-NL.

Rijksoverheid

Zoals genoemd bepaald de overheid wat er in de zorgpolis komt. Zij hebben echter nog op veel meer manieren invloed op zorg die er geleverd wordt. Een relevant voorbeeld is de recente wetswijziging met betrekking tot het Prenataal Huisbezoek. Door die wetswijziging is nu elke gemeente verplicht om het huisbezoek beschikbaar te stellen voor zwangeren in een kwetsbare situatie.

Knelpunten

Uit de interviews zijn een aantal centrale knelpunten gebleken. Allereerst signalering: zowel door verloskundigen als door jeugdverpleegkundigen werd aangegeven dat doorvragen over bijvoorbeeld financiële problematiek en huiselijk geweld nog steeds lastig kunnen zijn. Ook zwangeren leken daar niet altijd voor open te staan. Daarbij geldt wel dat het een wisselwerking is: wanneer de professional vragen weet te brengen alsof het heel gewoon is om daarover te praten, zal een zwangere er veel gemakkelijker in meegaan dan wanneer de professional zelf al over het stellen van de vraag twijfelt. Doordat de signalering gebrekkig is, verdwijnen er zwangeren uit beeld die juist goed ondersteuning hadden kunnen gebruiken.

Voor doorverwijzen naar het zorgpad blijkt dat ook zorgprofessionals zelf vaak een ander beeld hebben van wat de doelgroep is, dan hoe die oorspronkelijk voor het zorgpad was bedoeld. 'Vroegsignalering' wordt vaak opgevat als 'vroeg in de zwangerschap opmerken dat er problemen zijn', terwijl het juist ook de bedoeling is dat mensen al tijdens de zwangerschap ondersteuning kunnen krijgen ter voorkóming van problemen. Het is dan ook niet verwonderlijk dat er bijna alleen kwetsbare en zeer kwetsbare mensen in het zorgpad terechtkomen. Voor potentieel kwetsbare zwangeren wordt door de betreffende professionals meestal gebruik gemaakt van bestaande korte lijntjes. Bij kwetsbaardere groepen zijn naast het zorgpad nog andere opties waarvoor rechtstreeks aangemeld kan worden. Deze opties zijn niet beschreven in de zorgpaden zelf, waardoor professionals nog steeds niet altijd weten waar zij hulpvragen neer moeten leggen.

Er zijn wel professionals die ook inzetten op het aanmelden van potentieel kwetsbare zwangeren, maar zij gaven aan dat het erg lastig was om de zwangeren ervan te overtuigen dat ondersteuning voor hen een goed idee kon zijn én dat het zorgpad daar laagdrempelig genoeg voor is, in plaats van dat het zorgpad alleen voor grote problemen is bedoeld. De benaming 'Zorgpad kwetsbare zwangeren' zoals die nog regelmatig gebruikt wordt, bevestigt dat idee bij zwangeren en zorgt ervoor dat zij bang zijn voor stigmatisering en een negatieve spiraal als zij wel het zorgpad ingaan.

Door de hele keten heen twifelen zorgprofessionals erg over de toegevoegde waarde van het zorgpad voor de zeer kwetsbare zwangeren. Met zoveel aanwezige professionals zou het alleen maar voor verwarring zorgen als er nóg iemand bij zou komen. Dit argument werd in de interviews genoemd door zowel verloskundigen en kraamverzorgenden (dus signalerende partijen) als door mensen van de meer uitvoerende kant van het zorgpad (JGZ en gebiedsteams). Tegelijkertijd werd het wel door enkele verloskundigen als een goede optie gezien als de JGZ-verpleegkundige in zulke gevallen een 'spin in het web' zou kunnen zijn voor alle betrokken hulpverleners. Omdat diens eigenlijke taken pas beginnen

wanneer het kind geboren is, zou de betreffende verpleegkundige tijdens de zwangerschap op de achtergrond kunnen blijven en alleen in actie komen wanneer dat nodig is.

Het aantal aanmeldingen voor het zorgpad was volgens iedereen heel erg laag, maar niemand kon concrete cijfers benoemen over meer dan alleen eigen ervaring. Dit varieerde van '2 of 3 verwijzingen in de afgelopen 3 maanden' (klinisch verloskundige) tot 'net voor het eerst mee te maken gehad' (jeugdverpleegkundige). Bij afwijzingen van interviewverzoeken werd door een aantal mensen als reden gegeven dat zij nog nooit iets met het zorgpad hadden gedaan.

Een thema dat in veel gesprekken naar voren kwam, was het gebrek aan financiële ruimte voor zorgpad-gerelateerde werkzaamheden. Dit werd met name genoemd door verloskundigen als het ging om signalering van problemen en het met de zwangere in gesprek gaan over mogelijke vervolgstappen: extra tijd die daarvoor nodig is wordt niet vergoed door zorgverzekeraars. Ook overleggen binnen de projectteams worden niet vergoed. Professionals die veel tijd steken in het zorgpad, teren daarmee dus in op hun eigen portemonnee.

Hoewel de structuur van het zorgpad (signaleren – aanmelden – JGZ/gebiedsteam handelt het verder af) een goede basis is voor het functioneren van het zorgpad, gaven verschillende geïnterviewden aan dat wellicht nog andere partijen meer bij het zorgpad betrokken zouden moeten worden. Het ging dan met name om de POP-poli en VoorZorgverpleegkundigen, maar ook huisartsen werden genoemd als een mogelijk waardevolle toevoeging, bijvoorbeeld voor wanneer zwangeren niet in beeld waren binnen de geboortezorg (dit voorbeeld werd aangedragen door een gebiedsteammedewerker).

Behalve verbeterde doorverwijzing tussen zorgverleners was een doel van het zorgpad ook om zorgverleners beter samen te laten werken. Uit de meeste interviews kwam echter naar voren dat dat niet per sé gelukt is voor partijen die niet anderszins ook al veel met elkaar te maken hadden. De samenwerking tussen partijen die al veel contact of overlap hadden (bijvoorbeeld verloskundigen met kraamzorg, VoorZorgverpleegkundigen met gebiedsteam) is in sommige gevallen wel nog wat meer verbeterd. Ook binnen de regionale projectteams is de samenwerking beter geworden, doordat zij bij het samenwerken meer inzicht hebben gekregen van elkaars werkwijze. In de rest van het zorgpad komt het nog regelmatig voor dat actoren niet van elkaar weten wat zij kunnen doen en hoe zij hun taken uitvoeren. Daardoor is er onderling nog veel onbegrip, waardoor de samenwerking niet altijd soepel loopt en ook zwangeren soms verkeerde verwachtingen hebben van het zorgpad.

Omdat veel van de geïnterviewden onderdeel uitmaken van projectteams rondom de zorgpaden, gaven zij zelf meestal aan dat zij veel met het zorgpad bezig waren en ook hun directe collega's daartoe aan probeerden te sporen. Ze merkten daarbij ook op dat de aandacht voor het zorgpad bij anderen gauw verslapt wanneer er zij er niet dicht op zaten. Het is dus belangrijk dat professionals regelmatig aan het zorgpad worden herinnerd en dat iemand hen blijft stimuleren om het zorgpad te gebruiken.

Hoofdstuk 5 – Hoe kan de zorg voor zwangeren in Friesland nu verbeterd worden?

Op basis van de door Feijen-de Jong et al. (2021) geïdentificeerde barrières tot zorg wordt in dit hoofdstuk besproken hoe de eerder gevonden knelpunten binnen de zorgpaden aangepakt kunnen worden, zodat Friese zwangeren in kwetsbare situaties betere ondersteuning kunnen krijgen, al voordat het kind geboren is.

Verbeterpunten met betrekking tot organisatie van de zorg

Op dit onderdeel zouden de zorgpaden Vroegsignalering dé oplossing zijn door een enkele aanmeldroute te bieden via welke zorgprofessionals zwangeren kunnen aanmelden voor ondersteuning bij niet-medische problematiek. De praktijk blijkt weerbarstiger.

Onduidelijkheid over aanmeldroute

Voor kwetsbare zwangeren zijn naast het zorgpad nog een aantal opties voor hulp waarvoor buiten het zorgpad om aangemeld kan worden. Het gaat dan vooral om de POP-poli, hulp bij stoppen met roken, Stevig Ouderschap en VoorZorg, naast Veilig Thuis en Spoed4Jeugd. Omdat het hier wel over dezelfde doelgroep gaat, zorgt dat voor onduidelijkheid bij aanmeldende partijen. Zij zouden er baat bij hebben als er een stroomschema komt met wanneer zij waar terecht moeten. Dit geldt des te meer voor professionals die werkzaam zijn in meerdere zorgpadregio's, bijvoorbeeld in zowel gemeente Heerenveen als in gemeente De Fryske Marren. Belangrijk is wel dat dit stroomschema dan regelmatig geüpdatet wordt, bijvoorbeeld wanneer er nieuwe interventies bijkomen waarnaar verwezen kan worden, of wanneer bestaande afspraken over aanmelding worden veranderd. Ook moet het overzicht gemakkelijk te vinden zijn voor professionals en moeten KCC-medewerkers het overzicht kunnen gebruiken wanneer zij een zwangere aangemeld krijgen.

Pharos heeft een zorgpadentool in ontwikkeling waarin gemeenten de bij hen geldende zorgpaden kunnen invullen, inclusief details over contactpersonen en andere bijzonderheden. Mocht de tool daar geschikt voor gemaakt worden, dan is het een optie om er de zorgpaden Vroegsignalering in te zetten. De zorgpadentool is te vinden via <https://zorgpadenkansrijkestart.pharos.nl/>. Een andere optie is om per gemeente een stroomschema te maken en deze goed toegankelijk te maken voor zorg- en welzijnsprofessionals. Mocht er de wens liggen om een provinciaal stroomschema te maken, dan zou ROS Friesland benaderd kunnen worden om dit op te zetten op basis van de gemeentelijke schema's. Een dergelijk stroomschema zou dan bijvoorbeeld via de GGD gepubliceerd kunnen worden, waarbij het wel een taak van gemeentelijke beleidsmedewerkers blijft om eventuele wijzigingen aan de GGD door te geven.

Missende actoren

Van verschillende kanten bleek er behoefte om met name huisartsen en POP-poli's meer bij de zorgpaden te betrekken, aangezien deze vaak belangrijke informatie hebben over kwetsbaarheid bij cliënten, waardoor – zeker bij multiproblematiek – veel sneller alle benodigde informatie op tafel zou kunnen komen. Het is dan ook de moeite waard om te verkennen of deze partijen een (grotere) rol kunnen krijgen in de zorgpaden. Ook werd genoemd dat roken wellicht onderdeel zou moeten worden van het zorgpad. Aangezien uit onderzoek blijkt dat roken een grote risicofactor is en omdat roken veelal samenhangt met problematiek waarmee mensen wél voor het zorgpad in aanmerking zou komen, zou het inderdaad een goed idee zijn om ook hier te kijken of het mogelijk is om dat bij het zorgpad te betrekken. Dit verkennen kan het best gedaan worden binnen de projectteams van de zorgpaden.

De projectteams zelf zijn opgebouwd uit leden met allerlei beroepsmatige achtergronden en representeren daarmee de professionals uit de zorgpaden. Een ontbrekende factor daarin is echter de doelgroep waarvoor de zorgpaden zijn opgezet. Een ervaringsdeskundige zou daarom een goede toevoeging zijn aan de projectteams. Deze persoon hoeft niet standaard onderdeel te zijn van de projectteams, maar bij aanstaande wijzigingen aan de zorgpaden zelf zou een ervaringsdeskundige deze kunnen toetsen aan behoeften vanuit de doelgroep en bij evaluatie van input uit de doelgroep (zie hoofdstuk 6 voor monitoring daarvan) kan deze persoon helpen bij het interpreteren van de gegeven antwoorden.

Gebrek aan financiële tegemoetkoming

Professionals gaven aan dat gebrek aan financiële tegemoetkoming hen beperkte qua hoeveel tijd zij konden besteden aan de zorgpaden. In het geval van verloskundigen en kraamverzorgenden zou het een oplossing zijn wanneer zij bij zorgverzekeraars extra tijd kunnen declareren voor het signaleren van kwetsbaarheid, evenals voor het in gesprek gaan over mogelijkheden voor ondersteuning. Zolang dergelijke dingen niet standaard vergoed worden uit de basisverzekering (wat op nationaal niveau bepaald zou moeten worden), is het een mogelijkheid om erover in gesprek te gaan met zorgverzekeraars zelf, bijvoorbeeld met De Friesland. Ook zij hebben er op langere termijn baat bij als er vroegtijdig gesignaleerd wordt.

Voor de projectteams zou het goed zijn als deelnemers een tegemoetkoming kunnen krijgen voor het vele werk dat zij binnen het projectteam verzetten. Dit zou dan door gemeenten gefinancierd kunnen worden, aangezien projectteams maatwerk leveren binnen (een samenwerking van) gemeenten.

Rol van de jeugdverpleegkundige bij multiproblematiek

Vanuit verschillende kanten werd aangegeven dat men niet altijd de meerwaarde ziet van het inschakelen van het zorgpad bij gezinnen waar al veel hulpverlening aanwezig is. Voor sommige verloskundigen was dit zelfs een reden om dergelijke gezinnen niet aan te melden voor het zorgpad. Die meerwaarde is er wel: een jeugdverpleegkundige of gebiedsteammedewerker (afhankelijk van de casuïstiek) kan gezinnen helpen om overzicht te krijgen over de hulp die er is en waar nodig de betreffende partijen bijeenroepen voor onderlinge afstemming van de verleende zorg. Bovendien is in de zorgpaden bewust gekozen voor jeugdverpleegkundigen en gebiedsteammedewerkers als regievoerende partijen, omdat deze langdurig bij de gezinnen betrokken kunnen blijven, tot ver na de geboorte van een kind. Op deze manier wordt continuïteit van zorg gewaarborgd in gezinnen waar langdurige ondersteuning nodig is. Bovendien weten gezinnen hulpverleners beter te vinden als er al eens contact is geweest. De kans is dan ook groter dat zij zelf eerder hulp zullen inschakelen bij problemen, waardoor voorkomen wordt dat zaken uit de hand lopen en er bijvoorbeeld jeugdzorg bij moet komen.

Om van deze voordelen gebruik te maken in het zorgpad, zijn twee dingen belangrijk. Ten eerste moeten jeugdverpleegkundigen en gebiedsteammedewerkers zelf gaan inzien dat zij wel degelijk meerwaarde hebben bij multiproblematiek en op welke manier zij daar invulling aan kunnen geven. Bij besprekingen tussen de partijen zou iemand uit een projectteam aan kunnen sluiten om dit onderwerp aan te snijden, toe te lichten en eventueel de discussie erover te leiden. Ten tweede is het van belang dat de hierboven genoemde argumenten ook in de zorgpaden zelf duidelijk omschreven worden, zodat iedereen ervan op de hoogte is en ook signalerende partijen de waarde gaan inzien van het zorgpad bij multiproblematiek.

Monitoring

Behalve de hier al genoemde punten is er ook nog organisatorische verbetering mogelijk op het gebied van inzicht in bijvoorbeeld het aantal meldingen binnen het zorgpad. Hier wordt in hoofdstuk 6 uitgebreid aandacht aan besteed.

Verbeterpunten met betrekking tot zorgprofessionals

Gebrekkige signalering

Binnen de zorgpaden in Smallingerland en in Zuidwest Friesland is afgesproken dat verloskundigen de ALPHA-NL gebruiken voor het signaleren van mogelijke kwetsbaarheid. De meningen over en de mate van gebruik van het instrument lopen echter behoorlijk uiteen. Wanneer het instrument niet gebruikt wordt, worden niet alle risicofactoren uitgevraagd (zoals ook Van Hoek et al. (2020) constateerden in hun onderzoek), maar ook bij wel gebruiken van het instrument kan dat door de houding van de professional op zo'n manier gebeuren dat de zwangere alsnog niet geneigd is om uitgebreid op de vragen in te gaan. Daarbovenop komt dat professionals lang niet altijd door durven te vragen over alle risicofactoren. Dit geldt overigens niet alleen voor verloskundigen, maar ook voor jeugdverpleegkundigen. Door deze factoren wordt niet alle kwetsbaarheid gesignaleerd of gebeurt dat later in de zwangerschap, waardoor ondersteuning pas ingezet kan worden wanneer het kind er al bijna is.

Met betrekking tot de doelgroep voor de zorgpaden viel het in de interviews op dat professionals al gauw dachten aan gezinnen met een lage sociaaleconomische status. Omdat lage SES vaak samenhangt met andere risicofactoren als roken, overgewicht en financiële stress klopt het dat deze groep oververtegenwoordigd zal zijn in de doelgroep voor de zorgpaden. Er zijn echter ook in de interviews voorbeelden genoemd van mensen waarbij geen problematiek verwacht werd, maar waar bij het invullen van de ALPHA-NL toch bleek dat er risicofactoren aanwezig waren waar iets mee gedaan moest worden (bijvoorbeeld een partner die alcoholverslaafd was). Ook dit is een belangrijke reden voor het blijven gebruiken van signaleringsinstrumenten.

Qua signalering (en ook de erop volgende inzet in het zorgpad) is het van belang om te kijken wat er op dat moment relevant is aan risicofactoren. Als zwangeren in het verleden te maken hebben gehad met bijvoorbeeld verslavingsproblematiek en daar weer ondersteuning voor willen, is het prima om daarop in te gaan zetten. Het kan echter ook zo zijn dat er nu een hele andere hulpvraag ligt. Het is dan niet de bedoeling dat professionals alsnog bij de ondersteuning (of het aanbieden daarvan) zich blijven focussen op de problematiek uit het verleden. Al bij de signalering moet duidelijk gemaakt worden dat er gekeken zal worden naar waar de zwangere nu staat en waar zij naartoe wil. Dit voorkomt dat zwangeren vanwege stigmatisering al bij voorbaat afhaken op het zorgpad.

Om de signalering op pijl te krijgen, is het allereerst belangrijk om professionals te blijven aanmoedigen om de voor hen bedoelde signaleringsinstrumenten te blijven gebruiken. Inzicht geven in de gevolgen van niet-signaleren kan daarbij wellicht helpen. Periodieke scholing kan ingezet worden om goed te leren werken met de instrumenten en om het doorvragen te stimuleren. Daarbij is het belangrijk om niet alleen te focussen op het signaleren zelf, maar ook op hoe er vervolgens gehandeld kan worden in de context van de Friese zorgpaden Vroegsignalering. Om deze context te kunnen bieden, zou de scholing georganiseerd kunnen worden vanuit gemeenten of vanuit de projectteams. Het heeft daarbij meerwaarde om ook onderzoekers van de AVAG erbij te betrekken: zij hebben in Noord Nederland onderzoek gedaan naar onder andere de ALPHA-NL en kunnen vanuit die expertise goed voorlichten over de waarde, de mogelijke opbrengsten en de valkuilen van dergelijke signaleringsinstrumenten.

Weinig aanmeldingen, geen potentieel kwetsbare zwangeren

Professionals melden vooral kwetsbare en zeer kwetsbare zwangeren aan voor het zorgpad. Bij sommigen is het omdat ze denken dat het zorgpad alleen daarvoor bedoeld is, maar in meer gevallen zien de professionals zelf niet de meerwaarde in van het inschakelen van het zorgpad bij potentieel kwetsbare zwangeren. Voor zover zij de zwangere ergens mee kunnen helpen, doen ze dat zelf of maken zij gebruik van hun eigen korte lijntjes met andere hulpverleners. Het gevolg is dat potentieel

kwetsbare zwangeren alsnog risico lopen om geen ondersteuning te krijgen, waar dat wel van meerwaarde had kunnen zijn. Om te zorgen dat professionals toch deze groep naar het zorgpad verwijzen, is het allereerst van belang om in het zorgpad zelf de doelgroep te omschrijven, mede aan de hand van de definitie van het Erasmus MC. Daarnaast moet zowel in het zorgpad als in communicatie eromheen duidelijk zijn over dat het zorgpad er is om maatwerk te leveren, variërend van laagdrempelig advies geven of overzicht houden over de al aanwezige hulp tot intensieve begeleiding of het inschakelen van andere hulpinstanties (altijd in overleg met de zwangere). Pas wanneer de zorgprofessional hiervan overtuigd is, kan deze dit ook overbrengen op de zwangere.

Behalve hernieuwde aandacht voor de doelgroep, is het belangrijk om sowieso het zorgpad veelvuldig onder de aandacht te brengen bij zorgprofessionals. Uit de interviews is gebleken dat anders het zorgpad steeds minder gebruikt wordt doordat mensen er simpelweg niet aan denken. Hiervoor is het belangrijk dat er iemand is, een kartrekker, die specifiek als taak heeft om het zorgpad te blijven stimuleren. Deze persoon kan ook een belangrijke rol spelen in het evalueren van de zorgpaden en het op elkaar afstemmen van de zorgpaden tussen regio's (hierover meer in hoofdstuk 6). Het is dan het beste om per zorgpad zo iemand te hebben, bij voorkeur iemand die onderdeel uitmaakt van een VSV. Voor het uitvoeren van de aanjaag- en afstemtaken zou zo iemand voor een dag in de week in dienst genomen kunnen worden bij een gemeente. Dit dienstverband zou dan voornamelijk in het teken staan van het zorgpad, al kan het indien gewenst ook gecombineerd worden met andere aan geboortezorgbeleid gerelateerde werkzaamheden.

Samenwerking

Ondanks dat het zorgpad een structuur aanbiedt voor samenwerking met andere partijen, inclusief afspraken over terugkoppeling, geven betrokkenen aan dat de samenwerking over het algemeen niet heel erg verbeterd is ten opzichte van eerder. Meerdere geïnterviewden noemden het eerder uitzondering dan regel om op tijd terugkoppeling te krijgen en een aantal van hen hadden al meerdere keren helemaal geen terugkoppeling gehad. Ook bleek uit meerdere interviews dat partijen verschillend denken over elkaars rollen, met verkeerde verwachtingen en daarmee teleurstellingen als gevolg. Binnen de zorgpaden moet daarom meer aandacht komen voor communicatie onderling. Het gaat dan niet alleen om afspraken wanneer iets teruggekoppeld wordt, maar ook wat er dan teruggekoppeld wordt, of er bij nieuwe ontwikkelingen ook weer contact opgenomen wordt met relevante partijen en wat voor informatie er dan gedeeld kan worden. Daarnaast zou het goed zijn om, voor zover dat nog niet in het zorgpad aanwezig is, van alle relevante partijen een omschrijving te geven van wat zij wel (en niet!) kunnen betekenen voor kwetsbare zwangeren. Tot slot is het belangrijk om te beseffen dat het zorgpad alleen kan werken als iedereen er de schouders onder zet, in plaats van dat men zich alleen op de eigen taken focust. Het doel is immers om de zwangere van de juiste hulp te voorzien: daar heeft iedereen baat bij.

Verbeterpunten met betrekking tot de zwangere

Bij zwangeren zijn twee knelpunten met betrekking tot het zorgpad. De eerste is onwennigheid om niet-medische problematiek, bijvoorbeeld geldzorgen, te bespreken met een verloskundige, ook al komen soms hele intieme privé-onderwerpen wel uitgebreid aan bod. Om dit tegen te gaan is het vooral belangrijk dat de verloskundige zelf het bespreken van niet-medische problematiek normaliseert en daarmee de drempel bij de zwangere verlaagt. Dit sluit aan bij het verbeterpunt van zorgprofessionals als het gaat om het durven stellen van vragen.

Een veel grotere uitdaging is het gebleken om zwangeren warm te krijgen voor het zorgpad. Dit heeft vooral te maken met framing. Zwangeren vinden hun problemen niet groot genoeg voor een 'zorgpad kwetsbare zwangeren', zijn bang om in een hokje geduwd te worden of vrezen dat het zorgpad een

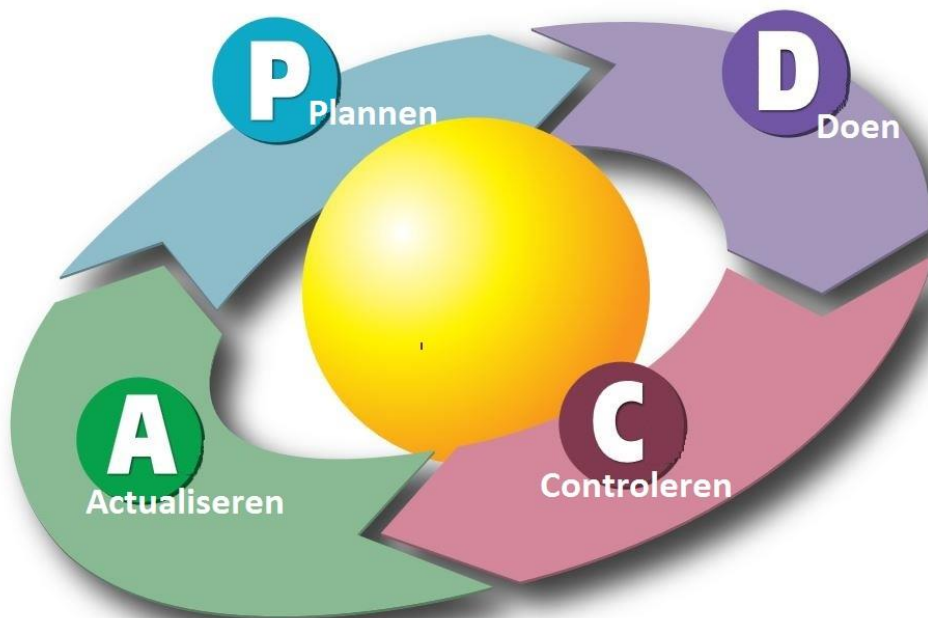
eerste stap kan zijn in een negatieve spiraal van bemoeienis door allerlei instanties. De oplossing hiervoor is de manier waarop professionals over het zorgpad vertellen. Vooral bij potentieel kwetsbare zwangeren moet het zorgpad gepresenteerd worden als een vraagbaak. Bij alle zwangeren is het daarnaast belangrijk om te benadrukken dat het zorgpad uitgaat van hun eigen hulpvraag en wensen. Er komt dus niet iemand over de vloer om te beoordelen wat er allemaal misgaat en dan te kijken naar hoe dat opgelost zou moeten worden. Om die boodschap over te kunnen brengen, moeten ook de flyers en toestemmingsformulieren van in elk geval zorgpad Smallingerland aangepast worden. Deze spreken consequent over 'Zorgpad kwetsbare zwangere'. Hierbij kan 'kwetsbare zwangere' drempels opwerpen voor de zwangere, maar ook de term 'zorgpad' zorgt ervoor dat het niet klinkt als laagdrempelige ondersteuning. 'Aanmelden' en 'doorverwijzen' laten het zorgpad ook afstandelijk klinken; een programmamanager van Kansrijke Start raadde aan om het te hebben over 'iemand erbij halen'⁷. Voor het kiezen van een nieuwe naam zouden voorstellen voorgelegd kunnen worden aan moederraden of ervaringsdeskundigen, om te voorkomen dat goedbedoelde verwoordingen toch ongelukkig overkomen.

Wanneer de framing, zowel van het zorgpad zelf als van het bij de verloskundige niet-medische problematiek kunnen bespreken, verbeterd is, is de kans groot dat kwetsbaarheid beter en vroeger gesignaleerd wordt en dat meer zwangeren, ook de potentieel kwetsbaren, openstaan voor ondersteuning.

⁷ Deze tip werd genoemd tijdens een RIVM webinar op 24 mei 2022, getiteld 'Nieuwe online zorgpadentool voor de eerste 1000 dagen'.

Hoofdstuk 6 – Monitoring en evaluatie van zorgpaden kwetsbare zwangeren

Om beleid goed te laten werken op korte én lange termijn, is het van belang om regelmatig te evalueren. Bij evaluatie wordt gekeken of het geïmplementeerde systeem werkt, waar sterke kanten zitten en waar juist verbetering nodig is. Door dit met enige regelmaat te doen, is het mogelijk om kinderziektes uit beleid te halen, maar ook om het beleid aan te laten sluiten bij veranderende maatschappelijke behoeften. Op deze manier wordt voorkomen dat beleidsmaatregelen nutteloos worden zodra de context waarin het zich bevindt verandert. Ook wordt voorkomen dat er eindeloos geld wegsijpelt naar beleid dat niet werkt. Evaluatie kan er dus toe leiden dat financiële middelen – of ze nou afkomstig zijn van gemeenten, zorgverzekeraars of andere organisaties – effectiever worden ingezet. Daarvoor is het wel belangrijk dat er daadwerkelijk iets gedaan wordt met de uitkomsten van evaluatie. Zonder borging van de verbeterpunten gaan dingen misschien tijdelijk goed, maar is de kans groot dat na verloop van tijd mensen weer teruggaan naar hun oude werkwijze. Voor kwaliteitsmanagement maakt men dan ook gebruik van een kwaliteitscyclus waarin onder andere borging (werkwijze actualiseren) als aparte stap is opgenomen (zie *figuur 6*). Ook in de zorg wordt gebruik gemaakt van deze methode.



Figuur 6: de kwaliteitscirkel van Deming, zoals deze voor kwaliteitsmanagement wordt gebruikt (Spek, 2022). Deze wordt ook wel ‘PDCA-cyclus’ genoemd, naar de beginletters van de verschillende stappen. In het Engels is dit ‘Plan – Do – Check – Act’.

Bestaande evaluaties in Smallerland en Zuidwest Friesland

Zoals in de inleiding genoemd werd zijn de zorgpaden in met name Smallerland en Zuidwest Friesland inmiddels enkele jaren actief. In beide regio’s wordt daarom ook al geëvalueerd, met name op het vlak van samenwerking. In Zuidwest Friesland bijvoorbeeld vindt halfjaarlijks een evaluatie plaats waarin onder andere gekeken wordt naar het aantal aanmeldingen binnen het zorgpad (uitgevraagd onder jeugdverpleegkundigen en verloskundigen). Daarnaast wordt de aan de hand van casuïstiek gekeken of de routes binnen het zorgpad goed uitpakken. Er werd bijvoorbeeld de casus besproken van een vrouw die meer dan 20 ziekenhuisbezoeken had gehad gedurende haar zwangerschap. Daarbij bleek dat de protocollen van de betrokken professionals lang niet altijd goed

op elkaar aansloten, waardoor de verleende zorg aan de zwangere niet optimaal was. Was er geen casuïstiekbespreking geweest, dan zou dat waarschijnlijk niet boven tafel gekomen zijn.

In Smallerland wordt inmiddels jaarlijks geëvalueerd. De focus ligt hier op samenwerking. Tot nu toe is casuïstiekbespreking hier geen vast onderdeel van⁸ en het is nog niet inzichtelijk geweest hoeveel meldingen er voor het zorgpad waren. Wel is er onder professionals geïnventariseerd wat ervaringen en knelpunten waren; er zijn vandaaruit al betere afspraken gemaakt over bijvoorbeeld communicatie en gegevensdeling tussen JGZ en gebiedsteams.

Hoewel er zowel in Smallerland als in Zuidwest Friesland dus al wel verbeteringen doorgevoerd zijn naar aanleiding van bestaande evaluaties, ligt ook in beide regionen de wens om dit onderdeel verder te professionaliseren. Zij zijn dan ook vertegenwoordigd in de thematafel 'Monitoring en evaluatie zorgpad zwangere in een kwetsbare omgeving', samen met professionals uit andere delen van Friesland. Het doel van de thematafel is om binnen Friesland afstemming te krijgen over monitoring en evaluatie van de zorgpaden, ondanks dat de zorgpaden zelf onderling van elkaar verschillen. Op die manier wordt toegewerkt naar kwalitatief goede geboortezorg voor iedere vrouw, ongeacht in welke gemeente zij woont. Gestandaardiseerde monitoring en evaluatie zorgt er immers voor dat de uitkomsten onderling met elkaar vergeleken kunnen worden. Zijn er opvallende verschillen tussen regio's, dan kan nader onderzoek uitwijzen waardoor die worden veroorzaakt, waarna verbeterpunten geformuleerd en geïmplementeerd kunnen worden.

Wat willen de betrokken partijen weten over het zorgpad?

In overleg met betrokken partijen zijn drie punten overeengekomen waarvoor monitoring gewenst is:

- Bereik van het zorgpad: hoeveel mensen nemen deel aan het zorgpad? Komt dit overeen met de verwachting van hoeveel kwetsbare mensen er zijn in Friesland?
- Tevredenheid van zorgprofessionals: hoe kijken zij aan tegen het zorgpad? Maken zij gebruik van (onderdelen van) het zorgpad? Hoe bevalt dat? Hoe is de samenwerking met andere partijen?
- Tevredenheid van de doelgroep: zijn zij goed geholpen met het zorgpad? Voelen zij zich gehoord door professionals?

Voor elk van deze onderdelen is hierna uitgewerkt hoe het genoemde punt gemonitord kan worden en wie dit uit zou kunnen voeren.

Monitoring van bereik van het zorgpad

Een vraag die bijna iedere geïnterviewde partij beantwoord wilde hebben was: hoeveel mensen komen er terecht in het zorgpad?

De structuur van de zorgpaden is zo dat er door allerlei partijen aangemeld kan worden en dat de uiteindelijke ondersteuning op lokaal niveau uitgevoerd wordt. Met uitzondering van de meldingen vanuit Heerenveen komen alle meldingen voor de zorgpaden Vroegsignalering langs het KCC van GGD Fryslân. Het is dan ook een logische keus om de monitoring van de meldingen bij deze partij neer te leggen. Dit kan relatief gemakkelijk: naast het gespreksformulier dat bij elke melding wordt ingevuld, moet er dan een notitie worden gemaakt in een apart excelbestand dat toegankelijk is voor elke KCC medewerker. De notitie bestaat slechts uit twee gegevens: datum van melding en postcode van de aangemelde zwangere. Aan de hand hiervan wordt zichtbaar hoeveel meldingen er zijn voor zorgpaden Vroegsignalering en waar deze meldingen vandaan komen. Op basis hiervan

⁸ Er is eenmaal casuïstiekbespreking geweest, maar sinds de Covid-pandemie is het er niet meer van gekomen.

kan het relevante projectteam ervoor kiezen om gericht het zorgpad extra onder de aandacht te brengen bij zorgprofessionals in een regio. Helemaal ideaal zou zijn als er bijvoorbeeld ook een reden voor aanmelding bij staat of hoe lang de aangemelde vrouw zwanger is, maar het is erg onwaarschijnlijk dat dit toegestaan zal zijn binnen de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).

Een belangrijke disclaimer bij deze monitoring is dat er niet te gemakkelijk gedacht moet worden over interpretatie van de uitkomsten. Als het cijfer erg laag is, kan dat allerlei oorzaken hebben:

- Het zorgpad is niet bekend genoeg onder zorgprofessionals.
- Professionals zien de meerwaarde van het zorgpad als geheel niet (meer) in (bijvoorbeeld door slechte ervaringen ermee of vanwege meer dan genoeg alternatieven).
- Professionals melden rechtstreeks aan bij bijvoorbeeld lokale JGZ verpleegkundigen in plaats van bij het KCC.
- Professionals kunnen de meerwaarde van het zorgpad niet goed overbrengen op zwangeren.
- De opzet van het zorgpad sluit niet aan bij behoeften en wensen van zwangeren.
- Het aantal kwetsbaren in de regio is (veel) lager dan verwacht.

Achter de vraag over hoeveel mensen er in het zorgpad terechtkomen, zit de vraag verstopt of met het zorgpad de beoogde doelgroep wordt bereikt. Deze vraag is minder gemakkelijk te beantwoorden. Daarvoor is namelijk meer informatie nodig over de doelgroep zelf: hoe groot is deze en komen die mensen ook inderdaad bij het zorgpad uit tijdens hun zwangerschap?

Zoals besproken in hoofdstuk 2 is het moeilijk om kwetsbaarheid concreet te krijgen. Om beter zicht te krijgen op daadwerkelijke kwetsbaarheid die verloskundigen in hun praktijk tegenkomen, is het wenselijk om ook dit aspect te gaan monitoren. Door hier gegevens over te verzamelen, kan veel beter dan voorheen een beeld geschetst worden van hoeveel kwetsbaarheid er echt is in Friesland, maar ook hoe deze kwetsbaarheid zich vertaalt naar aanmeldingen in het zorgpad en hoe dat zich verhoudt tot het oorspronkelijke doel van het zorgpad (vroegsignalering). Dit kan bijvoorbeeld leiden tot structurele aanpassingen in communicatie en scholing over het zorgpad, zowel naar betrokken professionals als naar zwangeren toe.

De hier benodigde gegevens kunnen verzameld worden door verloskundigen. Zij kunnen noteren tot welke categorie van kwetsbaarheid (inclusief zelfredzaam) zwangeren behoren, of het zorgpad aan een zwangere is aangeboden en of de zwangere het aanbod heeft geaccepteerd. Signalering gebeurt meestal al vroeg in de zwangerschap, maar het kan zijn dat de zwangere tijd nodig heeft om na te denken over de zwangerschap. Voor een representatief beeld is het daarom belangrijk om de monitoring van bovengenoemde gegevens niet te vroeg in de zwangerschap te doen. Rond de 20^e week zou bijvoorbeeld een goed moment kunnen zijn. Ook voor deze monitoring moeten gegevens op een geanonimiseerde manier opgeslagen worden in een algemeen bestand binnen de verloskundigenpraktijk.

Verloskundigen hebben in hun te werken met hoge registratiedruk. Om te zorgen dat dit deel van de monitoring toch werkzaam is, is het aan te raden om er in eerste instantie een pilot van op te zetten. Aan de hand van deze pilot kan na verloop van tijd gekeken worden of de gebruikte methode werkzaam is (zo niet: hoe zou het beter kunnen⁹) en of de verkregen informatie inderdaad veel zegt over kwetsbaarheid in de praktijk en hoe daar door verloskundigen mee om wordt gegaan.

⁹ Denk hierbij bijvoorbeeld aan aspecten als 1) waar de gegevens worden opgeslagen, 2) wanneer de gegevens worden uitgevraagd, 3) hoe deze evaluatie opgenomen kan worden in bestaande protocollen van de praktijk en 4) of / waar er extra uitleg nodig is voor de verloskundigen.

Monitoring van tevredenheid van zorgprofessionals

Voor het functioneren van het zorgpad is het essentieel dat er goed wordt samengewerkt tussen professionals. Het zorgpad is zo opgezet dat dat in theorie goed werkt, maar zoals al uit hoofdstuk 4 is gebleken, is er nog veel ruimte voor verbetering. In het huidige onderzoek zijn voor die verbeterpunten de meningen van 20 professionals meegenomen, maar voor duurzame monitoring is het van belang dat er input wordt geleverd door veel meer mensen. Een vragenlijst onder alle direct bij de zorgpaden betrokken professionals kan dat voor elkaar krijgen.

Om niet alleen input te krijgen over hoe het zorgpad functioneert, maar ook over wat invloed heeft op dat functioneren, kan gebruik gemaakt worden van de zogenaamde MIDI methodiek (zie appendix 2). MIDI staat voor 'MeetInstrument voor Determinanten van Innovaties' en is een naar wens aan te passen vragenlijst waarmee achterhaald kan worden welke aspecten van een zorgpad beïnvloeden of het zorgpad een succes is of niet. Een andere methodiek die in vragenlijsten verwerkt kan worden is de ACTION methodiek (zie appendix 3). ACTION is bedoeld als implementatie-instrument, maar in de methodiek zitten onder andere vraagstellingen verwerkt die informatie geven over in hoeverre iets goed geborgd is en dus duurzaam geïmplementeerd. Ook dit is informatie die bij het zorgpad van belang is om te weten. Vragenlijsten waarin deze methodieken zijn verwerkt geven veel input over sterke en zwakke punten van de zorgpaden. Het is belangrijk om bij de analyse van de uitkomsten onderscheid te maken tussen de zorgpaden waartoe mensen behoren. Op die manier kan er onderling vergeleken worden wat er beter werkt voor professionals; de zorgpaden verschillen immers – hetzij soms op kleine punten – van elkaar.

De uitvraag van de vragenlijsten kan uitgezet worden door VSV's, al dan niet onder coördinatie vanuit het Consortium Zwangerschap en Geboorte Noord Nederland. Het is daarbij essentieel dat de vragen ook ingevuld worden door professionals uit de JGZ en gebiedsteams. De vragenlijsten moeten dus ook met GGD Fryslân en gemeenten worden gedeeld. Voor het analyseren van de resultaten is het de moeite waard om uit te zoeken of studenten (bijvoorbeeld vanuit de studie Verloskunde of Science, Business & Policy) hier een rol in kunnen gaan spelen¹⁰. Om te voorkomen dat professionals overspoeld worden door vragenlijsten en er teveel tijd gaat zitten in het analyseren van de vragenlijsten, is het aan te raden om deze maximaal eens per jaar uit te zetten.

Op kleinere schaal kan structuur van en samenwerking binnen het zorgpad geëvalueerd worden binnen de regionale projectteams. Dit kan dan worden gedaan door middel van casuïstiekbesprekingen. Casuïstiekbespreking is al een vast onderdeel van de evaluaties die binnen het projectteam van zorgpad Zuidwest Friesland worden gehouden. Het is sterk aan te raden om dit ook in de overige regio's te implementeren. Casuïstiekbespreking helpt namelijk om knelpunten in samenwerking te identificeren en daar oplossingen voor te creëren. In Smallerland bijvoorbeeld werd een casus besproken waarin het volgen van protocollen ertoe leidde dat dingen langs elkaar heen liepen. Dergelijke problemen zijn lang niet altijd te voorzien, dus juist door dit soort casussen te bespreken kan zorg goed onderling afgestemd worden. Omdat casuïstiekbespreking een gezamenlijk proces is van professionals met allerlei achtergronden, is de kans groter dat de gevonden oplossingen voldoende draagvlak krijgen onder de bij het zorgpad betrokken partijen. Bovendien helpen dergelijke besprekingen voor professionals om de achtergronden en het werkveld van professionals uit andere domeinen beter te begrijpen. Dit leidt tot realistischere verwachtingen onderling en verbetert daarmee de kwaliteit van de samenwerking. Voor casussen kan uit eigen ervaring van het projectteam geput worden, maar ook inventarisatie onder collega's kan leiden tot goede voorbeelden.

¹⁰ Dit idee werd geopperd door deelnemers van de thematafel.

Monitoring van tevredenheid van de doelgroep

Het is ontzettend nuttig om te weten hoe tevreden zorgprofessionals zijn met zorgpaden, maar uiteindelijk draaien de zorgpaden om goede zorg voor zwangeren in kwetsbare situaties. Het is dus cruciaal om ook hun ervaringen mee te kunnen nemen in evaluaties van de zorgpaden. Ook hierin kunnen verloskundigen een grote rol spelen.

Het is nu al gebruikelijk dat aan het eind van het traject – maximaal 3 maanden na het einde van de kraamweek – de verloskundige inventariseert hoe ouders de zorg hebben ervaren. Op dit moment gebeurt dat aan de hand van de ‘Netto Promotor Score’ (NPS). De NPS bestaat uit drie varianten van dezelfde vraag: ‘Zou u deze organisatie aanbevelen aan andere vrouwen die zwanger zijn?’ Dit wordt gevraagd over de kraamzorgorganisatie, de verloskundepraktijk en het ziekenhuis. Per januari 2023 zal de NPS vervangen worden door de ‘Patient Reported Experience Measure’ (PREM) Geboortezorg (College Perinatale Zorg, z.d.b). In de PREM Geboortezorg zijn allerlei vragen opgenomen over bijvoorbeeld inspraak in de behandelingen, vertrouwen in de zorgverleners en kwaliteit van de verleende zorg. Ook dit wordt uitgevraagd over de kraamzorgorganisatie, de verloskundepraktijk en het ziekenhuis. In totaal bestaat de PREM uit 14 achtergrond- en 18 inhoudelijke vragen (Zorginstituut Nederland, 2022). De uitkomsten van de NPS en de PREM worden onder andere door Perined en Zorginstituut Nederland (ZiN) gebruikt om de kwaliteit van perinatale zorg in Nederland te monitoren. Elk VSV is daarom verplicht om cliëntervaringen uit te vragen en de uitkomsten te delen met Perined en ZiN (College Perinatale Zorg, z.d.b).

Voor het monitoren van cliënttevredenheid over het zorgpad kan aangesloten worden bij de NPS en de PREM. Waar deze methodieken alleen vragen naar medische zorgverleners, zou door middel van extra toegevoegde vragen ook geïnventariseerd kunnen worden hoe zwangeren de zorg van hun niet-medische zorgverleners hebben ervaren. De antwoorden op de vragen moeten dan wel apart van de rest worden opgeslagen; deze kunnen dan, wanneer het zorgpad geëvalueerd gaat worden, doorgegeven worden voor analyse. Ook hier kan gekeken worden of voor de analyse van cliëntervaringen studenten ingezet kunnen worden. Net als bij monitoring van bereik van het zorgpad is het bij dit onderdeel van belang dat de gegevens geanonimiseerd worden opgeslagen binnen de verloskundigenpraktijken. Omdat het belangrijk is dat de registratie en werkwijze aansluiten bij verloskundigen, kan het ook hier verstandig zijn om de monitoring eerst via een pilot uit te proberen.

Evaluatie en implementatie

In dit hoofdstuk is uitgebreid beschreven hoe de gewenste onderdelen (bereik van het zorgpad, tevredenheid van zorgverleners en tevredenheid van de doelgroep) gemonitord kunnen worden (zie *tabel 1* voor een totaaloverzicht). De monitoring is daarbij neergelegd bij verschillende actoren die gelieerd zijn aan het zorgpad. In tegenstelling tot de gespreide monitoring, is het wenselijk dat evaluatie per zorgpad bij 1 actor komt te liggen: het projectteam. Met uitzondering van de vragenlijst voor professionals wordt er doorlopend gemonitord. Dit betekent dat de projectteams in de door hen gewenste frequentie (bijvoorbeeld halfjaarlijks of jaarlijks) de resultaten kunnen ophalen bij de monitorende actoren, waarop zijzelf de evaluatie kunnen uitvoeren en verbeterpunten kunnen identificeren. Om binnen de hele provincie de zorgpaden te verbeteren, zou het goed zijn om jaarlijks een bijeenkomst te organiseren met afvaardigingen uit alle lokale projectteams. Dit zou bijvoorbeeld perfect kunnen met de in hoofdstuk 5 voorgestelde regionale kartrekkers. Deze kunnen dan de uitkomsten van de zorgpadspecifieke evaluaties met elkaar vergelijken om zo van elkaars aanpak te leren en ervoor te zorgen dat in heel Friesland zwangeren in kwetsbare situaties goede ondersteuning krijgen.

Zoals al genoemd is het voor kwaliteitsmanagement belangrijk om gevonden verbeterpunten ook daadwerkelijk te gaan implementeren. Hiervoor kan wederom gebruik gemaakt worden van de ACTION (appendix 3). De methodiek is namelijk voor dit doel ontworpen en heeft binnen de zorg al bewezen dat het er inderdaad toe kan leiden dat uit evaluatie gevonden verbeterpunten succesvol geborgd worden. Mocht er binnen een projectteam niemand zijn die ervaring heeft met het instrument, dan is het aan te raden om iemand uit het team achter ACTION daarvoor om hulp te vragen (Erwich et al., z.d.b).

Tabel 1: overzicht van de voorgestelde monitoring. JGZ = Jeugdgezondheidszorg. KCC = klantcontactcentrum. VSV = verloskundig samenwerkingsverband. ZeGNN = Zwangerschap en Geboorte Noord Nederland. MIDI = meetinstrument voor determinanten van innovaties. NPS = net promotor score. PREM = patient reported experience measure.

<i>Wat wordt er bijgehouden?</i>	Bereik (JGZ aanmeldingen)	Bereik (kwetsbaarheid + doorverwijzing)	Tevredenheid zorgverleners (algemeen)	Tevredenheid zorgverleners (procesmatig)	Tevredenheid doelgroep
<i>Wie is hiervoor verantwoordelijk?</i>	KCC	Verloskundigenpraktijken	VSV's / Consortium ZeGNN	Projectteam van het betreffende zorgpad	Verloskundigenpraktijken
<i>Hoe en hoe vaak / wanneer?</i>	Doorlopende registratie in een Excel document	Doorlopende registratie binnen de praktijk	Jaarlijkse vragenlijst op basis van MIDI en ACTION methodieken.	(Half)jaarlijkse casuïstiekbespreking	Korte vragenlijst als aanvulling op de NPS of PREM – doorlopende registratie binnen de praktijk.
<i>Minimale indicatoren</i>	Datum aanmelding + postcode	Mate van kwetsbaarheid + doorverwijzing aangeboden + al dan niet aangemeld voor zorgpad	Kennis en gebruik van het zorgpad, kwaliteit van onderlinge samenwerking, ...	Niet van toepassing	Ervaring met niet-medische zorgverleners, kwaliteit van niet-medische zorgverlening, samenwerking tussen zorgverleners, ...

Conclusie en discussie

Wat moet er verbeterd worden in de zorg voor zwangeren in kwetsbare situaties in Friesland?

Of een kind gezond zal opgroeien, wordt gedeeltelijk al bepaald voordat het kind überhaupt geboren is. Prenatale factoren als roken, voeding en maternale stress kunnen ertoe leiden dat kinderen al bij de geboorte gezondheidsproblemen hebben, of dat zij al op jonge leeftijd ontwikkelingsachterstanden vertonen. Omdat risicofactoren door de hele zwangerschap heen invloed kunnen uitoefenen, is het belangrijk dat er al vroeg in de zwangerschap op ingegrepen wordt. Daarvoor is het wel van belang dat geboortezorgprofessionals kunnen herkennen welke zwangeren een verhoogde kans hebben op een nadelige start voor hun kind. In de geboortezorg wordt voor kwetsbaarheid vooral gebruik gemaakt van een definitie van het Erasmus MC, waarin zwangeren worden onderverdeeld in ‘zelfredzaam’, ‘potentieel kwetsbaar’, ‘kwetsbaar’ en ‘zeer kwetsbaar’, afhankelijk van de aanwezige balans tussen beschermende- en risicofactoren. Voor verschillende tijdstippen en beroepsgroepen in de perinatale periode zijn signaleringsinstrumenten ontworpen om professionals te helpen bij het herkennen van kwetsbaarheid.

Reguliere geboortezorg bestaat uit een uitgebreide intake (inclusief aandacht voor bijvoorbeeld psychosociale problematiek) en een scala aan mogelijkheden om de zwangerschap te monitoren en daar mogelijke medische risico's te identificeren. Na de intake is het echter aan de verloskundige om te bepalen hoeveel aandacht zij dan nog heeft voor niet-medische risico's. Vooroordelen bij de verloskundige, angst bij de zwangere, druk vanuit vrienden en familie en onduidelijkheid over mogelijkheden voor niet-medische zorg zijn barrières die ertoe leiden dat kwetsbare zwangeren niet de zorg kunnen krijgen die zij nodig hebben. Interventies als Stevig Ouderschap en VoorZorg kunnen voor een klein deel van de kwetsbare zwangeren een oplossing zijn, maar zijn nog steeds afhankelijk van signalering door de verloskundige. De zorgpaden ‘Vroegsignalering zwangere in een kwetsbare situatie’ zijn ontworpen als een middel om voor alle niet-zelfredzame zwangeren de juiste zorg te kunnen aanbieden. Deze bestaan uit twee belangrijke elementen: signalering van kwetsbaarheid (waarvoor signaleringsinstrumenten zijn afgesproken) en het organiseren van ondersteuning op maat (waarvoor afgesproken is hoe de zwangere aangemeld wordt en wie de verdere regie oppakt). Uit interviews met Friese professionals is gebleken dat zorgpaden Vroegsignalering zeker voordelen hebben, maar dat er nog steeds niet voldoende gesignaleerd wordt, dat er veel te beperkt wordt doorverwezen naar de zorgpaden en dat binnen en rondom de zorgpaden nog veel misgaat in samenwerking. Verbeterpunten van de zorgpaden liggen daarom vooral op het gebied van communicatie (durven signaleren, betere framing van en informatievoorziening over de zorgpaden), organisatie (financiële middelen, toevoegen van relevante actoren aan de zorgpaden) en activatie (blijvende aansporing om van het zorgpad gebruik te maken). Wordt aan deze onderwerpen gewerkt, dan zal dat leiden tot betere zorg voor zwangeren in kwetsbare situaties.

Hoe kunnen de zorgpaden op een goede manier gemonitord en geëvalueerd worden?

Dat kan worden op drie punten: bereik van het zorgpad (centrale aanmeldingen + gesignaleerde kwetsbaarheid in verloskundigenpraktijken), tevredenheid van professionals (casuïstiekbepreking + periodieke vragenlijsten) en tevredenheid van de doelgroep (korte vragenlijst). Op basis van de daar verkregen informatie kunnen regionale projectteams evalueren en de daaruit voortkomende verbeterpunten implementeren.

Sterke punten en beperkingen van dit onderzoek

Dit onderzoek is tot stand gekomen in samenwerking met vele mensen rondom de geboortezorg in Noord-Nederland. Dankzij de uiteenlopende achtergronden van de geïnterviewde professionals is het mogelijk geweest om het volledige zorgpad onder de loep te leggen en genuanceerde adviezen te geven over verbeterpunten qua organisatie van en samenwerking binnen de zorgpaden in gemeente Smallingerland en in regio Zuidwest Friesland. Voor de adviezen op het vlak van monitoring is contact met een verloskundig onderzoeker ontzettend waardevol gebleken, naast dat ook hier de zorgprofessionals mee hebben gedacht.

Een grote beperking van het onderzoek is dat het niet mogelijk is geweest om binnen de huidige onderzoeksopzet, met de beperkte tijd die ervoor stond, zelf in gesprek te gaan met zwangeren in een kwetsbare situatie. Dergelijke gesprekken vragen veel vertrouwen van de zwangeren, omdat de besproken problematiek vaak van gevoelige aard is en schaamte of angst voor stigmatisering waarschijnlijk diepgeworteld zijn. Dit zou interviews niet ten goede zijn gekomen. Daarom is het sterk aan te raden om voor cliëntervaringen de publicaties van de Academie Verloskunde Amsterdam Groningen in Groningen in de gaten te houden. Een artikel naar aanleiding van hun interviews met kwetsbare zwangeren is in juni 2022 geaccepteerd in het journal BMC Pregnancy and Childbirth.

De beperking in tijd heeft meer gevolgen gehad. Zo was het bijvoorbeeld niet haalbaar om in hoofdstuk 1 ook in te gaan op de invloed van beschermende factoren, terwijl deze factoren binnen de geboortezorg wel (terecht) een belangrijke rol spelen in het bepalen van hoe kwetsbaar iemand is. In de wetenschap is inmiddels veel onderzoek geweest waaruit blijkt dat beschermende factoren, net als risicofactoren, impact kunnen hebben op de latere gezondheid. Dit betekent dat zwangeren waarbij 1 of meerdere risicofactoren aanwezig zijn, niet per definitie meer kans hebben op een slechtere gezondheid van hun kinderen. Wat het ook betekent, is dat wanneer bij een zwangere niet voldoende beschermende factoren zijn, er alsnog beschermende werking kan uitgaan van goede ondersteuning, mits deze vroegtijdig wordt ingezet. Des te meer reden dus om te zorgen dat zwangeren op tijd hulp kunnen krijgen. Niet alleen de zwangerschap is overigens een kwetsbare periode. Ook de eerste paar maanden na de geboorte zijn ontzettend belangrijk voor hoe een kind zich verder zal ontwikkelen. Het was echter vanwege de beperkte looptijd van het huidige onderzoek niet mogelijk om daar verder op in te gaan¹¹.

In dit rapport lag de focus op zorgpaden, dus op formele ondersteuning van zwangeren. Wat echter vaak nog veel belangrijker is, is dat zwangeren juist ook informele steun krijgen. Binnen de zorgpaden is daar niet expliciet aandacht voor, al komt het vaak genoeg voor dat jeugdverpleegkundigen en wijkteams wel aandacht hebben voor mensen in de directe omgeving van hun cliënten. Hoe informele hulp een grotere rol zou kunnen krijgen in de Friese zorg voor zwangeren, is een onderwerp dat absoluut verdere aandacht verdient. Op landelijk niveau is die aandacht er al. Zo is er bijvoorbeeld op 13 juni 2022 een landelijke conferentie van Kansrijke Start geweest die helemaal in het thema stond van informele steun. Overigens betekent 'informeel' hier niet dat mensen toevallig behulpzame vrienden of familieleden moeten hebben; er kan best een formeel aspect aan zitten. Veel van de voorbeelden die tijdens de conferentie onder de aandacht gebracht werden, waren in de basis formele organisaties die er specifiek op gericht waren om informele netwerken op te zetten¹². Dergelijke voorbeelden zijn er ongetwijfeld ook in Friesland, maar die vielen helaas buiten de scope van het huidige onderzoek. Mochten er meer stagiair-onderzoekers de kans krijgen om bezig te gaan met de zorgpaden in Friesland, dan zouden die bijvoorbeeld kunnen kijken naar wat voor informele steun er

¹¹ Mocht u daar toch meer informatie over willen, dan kunt u daarvoor onder andere terecht bij het afstudeerrapport van Nathalie Bredek.

¹² Een mooie illustratie van hoe formeel informele netwerken opgezet kunnen worden is het Jonge Moederwerk uit Almelo: <https://www.avedan.nl/gemeentepagina/jonge-moederwerk/>

in Friesland beschikbaar is en hoe dat intensiever gekoppeld kan worden aan de ondersteuning die via de zorgpaden (en het prenataal huisbezoek) geleverd wordt. Dit is des te waardevoller omdat juist de potentieel kwetsbare groep zwangeren, die in de huidige uitvoering van de zorgpaden buiten de boot lijken te vallen, veel kunnen hebben aan laagdrempelige, informele hulp. Ervaringen elders in het land hebben ook al uitgewezen dat dergelijke hulp bij die groep kan voorkomen dat ze later alsnog formele hulp nodig gaan hebben.

Behalve informele hulp is het ook mogelijk om formele hulp op een andere manier vorm te geven. In Zuid-Limburg wordt bijvoorbeeld geëxperimenteerd met de inzet van onder andere de gesprekstool Positieve Gezondheid tijdens de zwangerschap. In het project 'Samen voor Gezondheid' wordt deze aanpak op dit moment vergeleken met de in Groningen aanwezige zorgpaden voor Vroegsignalering van zwangeren in een kwetsbare situatie (Academie Verloskunde Maastricht, 2020).

Hoewel de zorgpaden zijn ingesteld voor uiteindelijk een betere gezondheid voor het kind, is die gezondheid niet een factor die in de adviezen over monitoring meegenomen zal worden. Dit is voor nu een bewuste keus geweest omdat maar de vraag is of uitkomsten ervan enig inzicht zouden geven. De aantallen zwangeren in de zorgpaden Vroegsignalering in Friesland zijn namelijk zo laag dat er, gezien de meestal bescheiden invloeden van individuele risicofactoren, onmogelijk statistische significantie behaald zou kunnen worden. Voor de langere termijn is het wel de moeite waard om hiernaar te gaan kijken, al is verder onderzoek nodig om te bepalen op welke manier dat het best gedaan kan worden.

In dit rapport worden voorstellen gedaan om de zorgpaden en de evaluatie ervan te verbeteren. Daarin is onder andere ingezet op betere communicatie over de verschillen in zorgpaden tussen gemeenten. Deze verschillen zorgen met regelmaat voor verwarring, wat een negatief effect heeft op het gebruik van het zorgpad. Toch is er bewust voor gekozen om geen voorstellen te doen om de zorgpaden identiek aan elkaar te maken. Het is namelijk belangrijk dat de zorgpaden aansluiten bij zorg die er in die regio al geleverd wordt. In bijvoorbeeld Noord-Friesland hebben een aantal gemeenten de handen in elkaar geslagen voor een zorgpad Vroegsignalering naar het voorbeeld van zorgpad Zuidwest, maar blijft ook nog ruimte voor de daar al bestaande zorgpaden die in andere regio's niet aanwezig zijn. Aansluiten bij bestaande werkwijzen vergroot de kans op succesvolle implementatie van zorgpaden, ondanks dat er ook nadelen – zoals de genoemde onduidelijkheid – aan kleven. Desalniettemin is er veel wat projectteams van elkaar kunnen leren. Met dit rapport wordt er een aanzet gegeven voor gestandaardiseerde monitoring en evaluatie, aan de hand waarvan projectteams inzicht kunnen krijgen in hoe het zorgpad in hun eigen regio beter kan, maar ook of er in andere regionen wellicht al oplossingen aanwezig zijn. Hopelijk zal dit er dan ook toe leiden dat in heel Friesland de geboortezorg verbeterd kan worden in het voordeel van zwangeren in kwetsbare situaties.

Advies en implementatie

Adviezen

Over het verbeteren van de Friese zorgpaden 'Vroegsignalering zwangere in een kwetsbare situatie':

Het advies aan gemeenten en projectteams is om voor de zorgpaden Vroegsignalering in te gaan zetten op verbeterde communicatie, organisatie en activatie.

Over monitoring en evaluatie van de Friese zorgpaden 'Vroegsignalering zwangere in een kwetsbare situatie':

Voor monitoring en evaluatie is het advies aan projectteams om te gaan evalueren op de onderdelen 'bereik van het zorgpad', 'tevredenheid van de betrokken professionals' en 'tevredenheid van de doelgroep' en daar verloskundigen, VSV's en het klantcontactcentrum van GGD Fryslân bij te betrekken voor systematische monitoring.

Implementatie

Hier zal beschreven worden welke concrete stappen er ondernomen moeten of kunnen worden om de zorg voor zwangeren in kwetsbare situaties in Friesland te verbeteren, met focus op de zorgpaden Vroegsignalering zwangere in een kwetsbare situatie. Eerst zullen de stappen met betrekking tot de zorgpaden zelf aan bod komen, daarna komen de implementatiestappen voor de monitoring en evaluatie van de zorgpaden.

Implementatie van advies over het verbeteren van de Friese zorgpaden 'Vroegsignalering zwangere in een kwetsbare situatie'

'To do' voor gemeenten

Actie 1: kartrekker

Stel een kartrekker aan voor een dag in de week. Deze persoon is er om gebruik van het zorgpad te stimuleren onder professionals, om een coördinerende en uitvoerende rol te spelen in evaluaties rond het zorgpad (zie ook implementatie van monitoring en evaluatie) en hij of zij kan verantwoordelijkheid krijgen voor kennisdeling tussen beroepsgroepen binnen het zorgpad en tussen de verschillende zorgpaden in Friesland. Benader hiervoor bijvoorbeeld mensen uit de projectteams of andere verbinders die al bekend zijn binnen de geboortezorg in de gemeente. Belangrijk is daarbij dat de persoon in kwestie affiniteit heeft met zowel geboortezorg als de doelgroep.

Actie 2: projectteams

Deze hebben tot nu toe een belangrijke rol in de zorgpaden, maar blijven ook cruciaal voor het succes ervan. Om deze mensen de ruimte te geven hun werk goed te doen, is het advies om hen hiervoor te vergoeden. Dit kan een vaste vergoeding zijn of een vergoeding op basis van deelname aan zorgpadvergaderingen.

Actie 3: interventies

Zorg dat VoorZorg in uw gemeente beschikbaar komt, voor zover dat nog niet het geval is.

*'To do' voor projectteams***Actie 1: framing van het zorgpad**

Ga op korte termijn in gesprek met de gemeente en bij voorkeur een ervaringsdeskundige over goede benaming van het zorgpad (waarin in elk geval 'kwetsbare zwangeren' niet voorkomt, maar ook de term 'zorgpad' wordt vervangen). Wanneer hier een beslissing over is genomen, kan de nieuwe benaming toegepast worden op flyer materiaal en toestemmingsformulieren, voor zover daar bij het zorgpad gebruik van gemaakt wordt. Deze stap is nodig om het zorgpad toegankelijker maken voor potentieel kwetsbare zwangeren.

Actie 2: actoren in het zorgpad

Voeg een nieuwe 'schil' van actoren toe aan het zorgpad. Dit zijn actoren die niet bij elke zwangere betrokken hoeven te worden, maar die in specifieke situaties wel belangrijke informatie ten tafel kunnen brengen. Denk daarbij bijvoorbeeld aan huisartsen. Bij het toevoegen van deze actoren is het belangrijk om te specificeren welke communicatieafspraken binnen het zorgpad op hen van toepassing zijn. Naast die extra schil is het belangrijk om te gaan overwegen of stoppen met roken ook onderdeel moet worden van zorgpaden. Zet dit op de agenda voor de eerstvolgende vergadering van het projectteam.

Actie 3: omschrijving van het zorgpad

Vul de omschrijving van het zorgpad aan met – per gemeente – welke alternatieve aanmeldopties er zijn voor de doelgroep. Denk daarbij aan interventies als Stevig Ouderschap en VoorZorg, de POP-poli en hulp bij stoppen met roken. Geef daarbij ook aan hoe deze alternatieven zich verhouden tot het zorgpad: moeten zwangeren nog bij het zorgpad aangemeld worden wanneer zij bij een van de alternatieven terecht kunnen? Zorg dat het zorgpad via de website van de gemeente terug te vinden is, zodat professionals gemakkelijk erachter te komen hoe zij moeten handelen wanneer zij met een kwetsbare zwangere te maken hebben. Wijs medewerkers van het KCC van GGD Fryslân op de zorgpadoomschrijving en informeer hen over verschillen tussen gemeentes als het gaat om aanmeldroutes (met name over dat het zorgpad in Heerenveen via de gemeente loopt). Ga daarnaast met ROS Friesland in overleg over of zij een coördinerende rol kunnen spelen in het maken van een provinciaal overzicht van de zorgpaden Vroegsignalering.

Actie 4: doelgroep van het zorgpad

Maak een document met daarin de kwetsbaarheidsdefinitie van het Erasmus MC (zie ook *figuur 3*) en per niet-zelfredzame groep een omschrijving (bij voorkeur aan de hand van een casus) hoe het zorgpad voor die groep zwangeren van meerwaarde kan zijn. Voeg dit document als bijlage toe aan de omschrijving van het zorgpad en zet in het zorgpad zelf expliciet neer dat het zorgpad voor alle kwetsbare zwangeren is en dus juist ook preventief ingezet kan worden bij mensen waar nog geen problemen zijn.

Actie 5: verwachttingsmanagement

Benadruk in het zorgpad wanneer er communicatie plaats hoort te vinden en wat er dan wel en niet gecommuniceerd wordt. Zorg voor goede omschrijvingen van wat direct betrokken partijen aan hulp kunnen bieden, maar geef daarin ook de grenzen aan, zodat partijen niet het onmogelijke van elkaar verwachten of verkeerde verwachtingen wekken bij zwangeren.

Actie 6: prenataal huisbezoek

Hier wordt al aan gewerkt, maar het is te belangrijk om niet meer te noemen, dus: combineer de zorgpaden met het prenatale huisbezoek.

*'To do' voor VSV's***Actie 1: zorgpaddeclaratie**

Ga met De Friesland en andere zorgverzekeraars in gesprek over het volgende voorstel:

'Verloskundigen kunnen per zwangere eenmalig een kwartier extra declareren voor signalering (het bespreken van de ALPHA-NL) en in een later consult een kwartier extra voor het bespreken van de mogelijkheden van het zorgpad, mits er in het eerdere consult kwetsbaarheid was gesignaleerd maar de zwangere het zorgpad niet wilde.'

Actie 2: scholing

Organiseer jaarlijkse scholing waarin geboortezorgprofessionals onderlegd worden in communicatie over niet-medische problematiek. Doe dit in thema's, aansluitend bij wat er aan vragen speelt onder professionals of bij wat er uit zorgpadevaluaties naar voren kwam aan verbeterpunten. In 2022/2023 zou dit bijvoorbeeld scholing kunnen zijn over praten over financiële problemen ("Let's talk about money!"), waarbij onder andere een ervaringsdeskundige te gast is om het perspectief van de doelgroep te vertolken.

Opmerking: dergelijke scholing hoeft zich niet te beperken tot de context van zorgpaden Vroegsignalering maar kan juist in brede zin gericht worden op zorgverlening aan zwangeren in kwetsbare situaties.

Implementatie van advies over monitoring en evaluatie van de Friese zorgpaden 'Vroegsignalering zwangere in een kwetsbare situatie'

Voor het monitoren en evalueren van de zorgpaden Vroegsignalering, zoals voorgesteld in het rapport, worden hier de benodigde acties beschreven die door projectteams uitgevoerd moeten worden.

Actie 1: registratie zorgpadbereik

Ga op korte termijn in gesprek met het klantcontactcentrum van de GGD. Naast de gespreksformulieren die zij invullen voor de aanmelding van kwetsbare zwangeren, moeten zij een document aanmaken waarin voor elke aanmelding de datum en de postcode van de zwangere worden genoteerd; op die manier wordt inzichtelijk hoeveel centrale aanmeldingen er zijn geweest en waar die (globaal genomen) vandaan kwamen. Geef in het gesprek duidelijk aan waarvoor deze gegevens nodig zijn en gebruikt gaan worden. Ook is het belangrijk dat de KCC medewerker waarmee de afspraken gemaakt worden ervoor zorgt dat 1) het registratieformulier aangemaakt wordt en 2) iedere medewerker van de KCC op de hoogte is van het formulier en de bijbehorende werkwijze. Het gesprek is bovendien een goed moment om bestaande afspraken over (verwerking van) aanmeldingen te herhalen en indien gewenst te verduidelijken of aan te passen.

Actie 2: pilot monitoring

Zet een pilot op voor de monitoring van kwetsbaarheid en de monitoring van cliënttevredenheid. Voor de pilot zijn (per zorgpadregio) 2 verloskundigenpraktijken nodig. Met deze praktijken wordt dan het volgende afgesproken:

- Bij *elke zwangere* wordt rond de 20^e week door de verloskundige een korte vragenlijst ingevuld over de mate van kwetsbaarheid van de zwangere en over wat voor stappen er gezet zijn met betrekking tot eventueel aanmelden voor het zorgpad (deze vragenlijst staat in appendix 4). Er dient in de praktijk een bestand of bestandsmap aangemaakt te worden waar de verloskundige de beantwoording in kan opslaan. Inzage in dit bestand / deze bestandsmap zal alleen opgevraagd worden ten behoeve van evaluatie van de zorgpaden.

- Bij *zwangeren die deel hebben genomen aan het zorgpad* wordt aan het reguliere cliënttevredenheidsonderzoek de vragenlijst uit appendix 5 toegevoegd. Ook hiervoor dient in de praktijk een bestand of bestandsmap aangemaakt te worden waar de verloskundige de beantwoording in kan opslaan. Inzage in dit bestand / deze bestandsmap zal alleen opgevraagd worden ten behoeve van evaluatie van de zorgpaden.

Evalueer de pilot na 6 maanden, samen met de deelnemende praktijken. Daarbij moet gekeken worden naar tenminste de volgende aspecten:

- **Werklast:** in hoeverre zijn de protocollen een lastenverzwaring voor verloskundigen en hoe zou dit geminimaliseerd kunnen worden?
- **Registratie:** hoe duidelijk is het voor verloskundigen waar zij de monitoringsgegevens moeten laten?
- **Opbrengst:** geven de verkregen data genoeg informatie over het zorgpad?

Op basis van deze (en indien gewenst meer) factoren wordt dan besloten of de monitoring verder uitgerold zal worden en welke protocollaire wijzigingen daar eventueel voor nodig zijn.

Actie 3: monitoring tevredenheid professionals

Neem op korte termijn contact op met opleidingsinstituten om mogelijkheden te verkennen voor de inzet van studenten voor het verwerken van de tevredenheidsvragenlijsten. Zet vervolgens (via VSV's, gemeenten en JGZ) rond december 2022 de vragenlijst in appendix 6 uit onder relevante zorgprofessionals in regio's waar de zorgpaden Vroegsignalering al minstens een half jaar lopen. Om het goed te laten verlopen, moet deze actie uitgevoerd worden in samenwerking met projectteams uit de betreffende regio's. Evalueer achteraf de resultaten van de vragenlijst, maar maak ook duidelijke afspraken over wanneer de volgende monitoring plaats zal vinden en wat de frequentie ervan op de lange termijn zal zijn.

Actie 4: evaluatie

Maak binnen het projectteam duidelijke afspraken over wanneer de verschillende monitoringsonderdelen geëvalueerd worden. Vergeet daarbij niet de casuïstiekbespreking binnen het projectteam. Zet de afspraken om in concrete planningen. Een dergelijke planning zou er zo uit kunnen zien:

November 2022 Start pilot monitoring verloskundigenpraktijken

December 2022 Periodieke vragenlijst monitoring tevredenheid professionals wordt uitgezet via VSV's, JGZ en gemeenten.

Januari / februari 2023 Analyse van de vragenlijst monitoring tevredenheid professionals door studenten

Februari 2023 Gegevens over monitoring opvragen bij KCC, actief binnen VSV vragen naar zorgpadgerelateerde casuïstiek, resultaten vragenlijst opvragen bij studenten

Maart 2023 Evaluatie-overleg inclusief casuïstiekbespreking

Mei 2023 Evaluatie pilot monitoring verloskundigenpraktijken

September 2023 Uitrol monitoring verloskundigenpraktijken

December 2023 Periodieke vragenlijst monitoring tevredenheid professionals wordt uitgezet via VSV's, JGZ en gemeenten.

Januari / februari 2024 Analyse van de vragenlijst monitoring tevredenheid professionals door studenten

...

...

Geraadpleegde literatuur

- Academie Verloskunde Maastricht. (2020). *Samen voor Gezondheid: positieve start voor aanstaande moeders en kinderen*. Geraadpleegd op 20 april 2022, van <https://www.av-m.nl/lectoraat/onderzoeken/samen-voor-gezondheid>
- Aromataris, E., Fernandez, R., Godfrey, C.M., Holly, C., Khalil, H., Tunpunkom, P. (2015). Summarizing systematic reviews: methodological development, conduct and reporting of an umbrella review approach. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 13(3): 132-140. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000055>
- Austin, M.P., Leader, L. (2000). Maternal stress and obstetric and infant outcomes: epidemiological findings and neuroendocrine mechanisms. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology* 40(3): 331–337. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828x.2000.tb03344.x>
- Banderali, G., Martelli, A., Landi, M., Moretti, F., Betti, F., Radaelli, G., Lassandro, C., Verduci, E. (2015). Short and long term health effects of parental tobacco smoking during pregnancy and lactation: a descriptive review. *Journal of translational medicine* 13: 327. <https://doi.org/10.1186/s12967-015-0690-y>
- Barker, D.J. (2004). The developmental origins of chronic adult disease. *Acta paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*. Supplement 93(446): 26-33. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2004.tb00236.x>
- Bontje, M.C.A. (2012). *Samen voor de jeugd: samen opletten. Common Assessment Framework: bewezen Engelse werkwijze bruikbaar voor Nederland?* GGD Hollands Midden, Leiden. Geraadpleegd op 12 juni 2022, van <https://assets.ncj.nl/docs/85588261-a1e0-42ad-8471-6220dfb7cd4c.pdf>
- Bontje, M.C.A. (2020). *Gezamenlijk inschatten van zorgbehoeften. Effecten op motivatie, gedrag en zorgbehoeften*. ZonMW. Geraadpleegd op 14 juni 2022, van <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/jeugd/programmas/project-detail/versterking-uitvoeringspraktijk-jeugdgezondheidszorg/gezamenlijk-inschatten-van-zorgbehoeften-effecten-op-motivatie-gedrag-en-zorgbehoeften/>
- Boonstra, K., Meijer, S., De Ruijscher, K., Wadman, P., Betten, E., Gootjes, H. (2021a). *Vitale Regio Fryslân – leren in preventie*. Vitale Regio Fryslân. Geraadpleegd op 14 mei 2022, van <https://www.vitaleregio.frl/vitale-regio-fryslan>
- Boonstra, K., Meijer, S., De Ruijscher, K., Wadman, P., Betten, E., Gootjes, H. (2021b). *Zorgpad vroegsignalering zwangeren – alleen kun je het niet*. Vitale Regio Fryslân. Geraadpleegd op 14 mei 2022, van <https://www.vitaleregio.frl/projecten/smallingerland>
- Brown, A.S. (2011). The environment and susceptibility to schizophrenia. *Progress in Neurobiology* 93(1): 23-58. <https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2010.09.003>
- Brunton, R., Dryer, R. (2021). Child sexual abuse and pregnancy: a systematic review of the literature. *Child abuse & neglect* 111, 104802. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104802>
- Caputo, C., Wood, E., Jabbour, L. (2016). Impact of fetal alcohol exposure on body systems: a systematic review. *Birth defects research. Part C, Embryo today: reviews* 108(2): 174-180. <https://doi.org/10.1002/bdrc.21129>
- Centraal bureau voor de statistiek. (2019). *Gezonde levensverwachting; inkomensklasse*. Geraadpleegd op 1 juni 2022, van <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/80298ned/table?dl=3A74F>
- Chen, H., Qin, L., Gao, R., Jin, X., Cheng, K., Zhang, S., Hu, X., Xu, W., Wang, H. (2021). Neurodevelopmental effects of maternal folic acid supplementation: a systematic review and meta-analysis. *Critical reviews in food science and nutrition* 1–17. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/10408398.2021.1993781>

- Choi, K.W., Sikkema, K.J. (2016). Childhood maltreatment and perinatal mood and anxiety disorders: a systematic review. *Trauma, violence & abuse* 17(5): 427-453. <https://doi.org/10.1177/1524838015584369>
- College Perinatale Zorg. (z.d.a). *Verloskundig samenwerkingsverband (VSV)*. Geraadpleegd op 25 januari 2022, van <https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/geboortezorg-landschap/verloskundig-samenwerkingsverband/>
- College Perinatale Zorg. (z.d.b). *Vragen over de NPS, cliëntervaringslijsten en klantpreferenties*. Kennisnet geboortezorg. Geraadpleegd op 10 juni 2022, van <https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/veel-gestelde-vragen-over-kwaliteit/>
- Crijnen, A., Van den Heijkant, S., Struijf, E., Timmermans, M. (2015). *Voorzorg: werkblad beschrijving interventie*. Databank Effectieve Jeugdinterventies I-Database, Nederlands centrum jeugdgezondheid, Utrecht. Geraadpleegd op 24 juni 2022, van <https://assets.ncj.nl/docs/3536e7e4-8f0d-485c-8071-c949335ede43.pdf>
- Darling, J.C., Bamidis, P.D., Burberry, J., Rudolf, M.C. (2020). The first thousand days: early, integrated and evidence-based approaches to improving child health: coming to a population near you?. *Archives of disease in childhood* 105(9): 837-841. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2019-316929>
- Davis, E.P., Narayan, A.J. (2020). Pregnancy as a period of risk, adaptation, and resilience for mothers and infants. *Development and psychopathology* 32(5): 1625-1639. <https://doi.org/10.1017/S0954579420001121>
- De Felice, A., Ricceri, L., Venerosi, A., Chiarotti, F., Calamandrei, G. (2015). Multifactorial Origin of Neurodevelopmental Disorders: Approaches to Understanding Complex Etiologies. *Toxics* 3(1): 89–129. <https://doi.org/10.3390/toxics3010089>
- De Winter, G.A. (2018). *Nationwide implementation of ACTION: Audit generated changes in perinatal care using "Tailored" implementation strategies*. ZonMW. Geraadpleegd op 24 februari 2022, van <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/preventie/onbedoelde-zwangerschap-en-kwetsbaar-jong-ouderschap/programmas/project-detail/zwangerschap-en-geboorte-2/nationwide-implementation-of-action-audit-generated-changes-in-perinatal-care-using-tailored/>
- Eick, S. M., Enright, E. A., Geiger, S. D., Dzwilewski, K., DeMicco, E., Smith, S., Park, J. S., Aguiar, A., Woodruff, T. J., Morello-Frosch, R., Schantz, S. L. (2021). Associations of Maternal Stress, Prenatal Exposure to Per- and Polyfluoroalkyl Substances (PFAS), and Demographic Risk Factors with Birth Outcomes and Offspring Neurodevelopment: An Overview of the ECHO.CA.IL Prospective Birth Cohorts. *International journal of environmental research and public health* 18(2): 742. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020742>
- Erasmus MC & Bernard van Leer Foundation. (2022). *Atlas Kwetsbaarheid: het risico onder potentiële ouders in beeld*. Geraadpleegd op 12 mei 2022, van <https://kwetsbaarheid.kansenkaart.nl/>
- Erwich, J.J. (2017). *Introduction of Audit generated Changes in perinatal care using Tailored implementation strategies (ACTION-project)*. ZonMW. Geraadpleegd op 24 februari 2022, van <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/doelmatigheidsonderzoek/programmas/project-detail/zwangerschap-en-geboorte/introduction-of-audit-generated-changes-in-perinatal-care-using-tailored-implementation-strategies/>
- Erwich, J.J., Drost, A., Bremmer, W., De Winter, G. (z.d.a). *Het Consortium Zwangerschap en Geboorte Noord Nederland*. Actiontoolkit.nl . Geraadpleegd op 22 maart 2022, van <https://www.actiontoolkit.nl/consortium/>
- Erwich, J.J., Drost, A., Bremmer, W., De Winter, G. (z.d.b). *Over ons*. Actiontoolkit.nl . Geraadpleegd op 27 maart 2022, van <https://www.actiontoolkit.nl/over-ons/>

- Erwich, J.J., Drost, A., Bremmer, W., De Winter, G. (z.d.c). *Het 7-stappen-model*. Actiontoolkit.nl . Geraadpleegd op 24 maart 2022, van <https://www.actiontoolkit.nl/het-7-stappen-model/>
- Exley, D., Norman, A., Hyland, M. (2015). Adverse childhood experience and asthma onset: a systematic review. *European respiratory review : an official journal of the European Respiratory Society* 24(136): 299–305. <https://doi.org/10.1183/16000617.00004114>
- Feijen-de Jong, E.I., Warmelink, J.C., Dalmaijer, M., Van der Stouwe, R.A. (2021). Kwetsbaarheid tijdens de zwangerschap is meer dan een disbalans tussen risicofactoren en beschermende factoren. *TSG – Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 99: 132–136. <https://doi.org/10.1007/s12508-021-00308-9>
- Fleuren, M.A.H., Paulussen, T.G.W.M., Van Dommelen, P., Van Buuren, S. (2014). Towards a measurement instrument for determinants of innovations. *International Journal for Quality in Health Care* 26(5): 501-510. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu060>
- Gezondheidsraad. (2021). *Voedingsaanbevelingen voor zwangere vrouwen (2021/26)*. Gezondheidsraad, Den Haag. Geraadpleegd op 28 mei 2022, van <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2021/06/22/voedingsaanbevelingen-voor-zwangere-vrouwen>
- GGD Fryslân. (2019). *Kansrijke Start – GGD Fryslân*. Geraadpleegd op 8 juni 2022, van <https://www.ggdfryslan.nl/professionals/gemeenten/nieuws-voor-gemeenten/kansrijke-start/>
- GGD Fryslân. (2022). *De taken van GGD Fryslân*. Geraadpleegd op 11 januari 2022, van https://www.ggdfryslan.nl/media/3086/pijlers_ggd.png
- Heim, C., Newport, D.J., Mletzko, T., Miller, A.H., Nemeroff, C.B. (2008). The link between childhood trauma and depression: insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology* 33(6): 693-710. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2008.03.008>
- Hersenstichting. (z.d.) *Foetaal-alcohoolsyndroom*. Hersenstichting.nl . Geraadpleegd op 16 juni 2022, van <https://www.hersenstichting.nl/hersenaandoeningen/foetaal-alcohoolsyndroom/>
- Ho, J.T., Lewis, J.G., O’Loughlin, P., Bagley, C.J., Romero, R., Dekker, G.A., Torpy, D.J. (2007). Reduced maternal corticosteroid-binding globulin and cortisol levels in pre-eclampsia and gamete recipient pregnancies. *Clinical Endocrinology* 66(6): 869-877. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.2007.02826.x>
- Hoekstra, P. J., Dietrich, A., Edwards, M. J., Elamin, I., Martino, D. (2013). Environmental factors in Tourette syndrome. *Neuroscience and biobehavioral reviews* 37(6): 1040–1049. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2012.10.010>
- Howard, L. M., Oram, S., Galley, H., Trevillion, K., Feder, G. (2013). Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine* 10(5): e1001452. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001452>
- Hunter, A. L., Minnis, H., Wilson, P. (2011). Altered stress responses in children exposed to early adversity: a systematic review of salivary cortisol studies. *Stress (Amsterdam, Netherlands)* 14(6): 614–626. <https://doi.org/10.3109/10253890.2011.577848>
- Huttunen, M.O., Niskanen, P. (1978). Prenatal loss of father and psychiatric disorders. *Archives of general psychiatry* 35(4): 429-431. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1978.01770280039004>
- Joanna Briggs Institute. (2017). Checklist for systematic reviews and research syntheses. *Joanna Briggs Institute: Adelaide, Australia*. Verkrijgbaar via: https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Systematic_Reviews2017_0.pdf
- Khashan, A.S., Abel, K.M., McNamee, R., Pedersen, M.G., Webb, R.T., Baker, P.N., Kenny, L.C., Bo Mortensen, P. (2008). Higher risk of offspring schizophrenia following antenatal maternal exposure to severe adverse life events. *Archives of general psychiatry* 65(2): 146-152. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2007.20>

- King, B. R., Nicholson, R. C., Smith, R. (2001). Placental Corticotrophin-releasing Hormone, local effects and fetomaternal endocrinology. *Stress* 4(4), 219-233. <https://doi.org/10.3109/10253890109014747>
- KNOV. (2022). *NIPT*. DeVerloskundige.nl . Geraadpleegd op 16 februari 2022, van <https://deverloskundige.nl/zwangerschap/subtekstpagina/40/nipt/>
- Lanting, C.I. (2011). *Checklist vroegsignalering in de kraamtijd*. TNO, Leiden. Geraadpleegd op 14 juni 2022, van https://www.tno.nl/media/1018/tno-gl-h-11-05-13checklist_a41.pdf
- Lim, C., Chong, S.A., Keefe, R.S.E. (2009). Psychosocial factors in the neurobiology of schizophrenia: a selective review. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore* 38(5): 402-406.
- Madjunkov, M., Chaudhry, S. Ito, S. (2017). Listeriosis during pregnancy. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 296: 143–152. <https://doi.org/10.1007/s00404-017-4401-1>
- Marchi, J., Berg, M., Dencker, E., Olander, E.K., Begley, C. (2015). Risks associated with obesity in pregnancy, for the mother and baby: a systematic review of reviews. *Obesity reviews* 16(8): 621-638. <https://doi.org/10.1111/obr.12288>
- Meyer, S. E., Chrousos, G. P., Gold, P. W. (2001). Major depression and the stress system: a life span perspective. *Development and psychopathology* 13(3): 565–580. <https://doi.org/10.1017/s095457940100308x>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018). *Actieprogramma Kansrijke Start*. Geraadpleegd op 18 januari 2022, van <https://www.kansrijkestartnl.nl/documenten/publicaties/2018/09/12/actieprogramma-kansrijke-start>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022). *Actieprogramma Kansrijke Start 2022-2025*. Geraadpleegd op 20 juni 2022, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/06/13/actieprogrammamakansrijke-start-2022-2025>
- Mutambudzi, M., Meyer, J. D., Warren, N., Reisine, S. (2011). Effects of psychosocial characteristics of work on pregnancy outcomes: a critical review. *Women & health* 51(3): 279–297. <https://doi.org/10.1080/03630242.2011.560242>
- Næss, A. B., Kirkengen, A. L. (2015). *Is childhood stress associated with shorter telomeres?* Tidsskrift for den Norske laegeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke 135(15): 1356–1360. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.14.1194>
- Nederlands centrum jeugdgezondheid. (2014). *Stevig Ouderschap*. Stevig Ouderschap. Geraadpleegd op 14 juni 2022, van https://www.stevigouderschap.nl/wp-content/uploads/2014/11/vragenlijst_nieuw_NL.pdf
- Nederlands centrum jeugdgezondheid. (2022a). *Wat is Stevig Ouderschap?* Stevig Ouderschap. Geraadpleegd op 14 juni 2022, van <https://www.stevigouderschap.nl/voorouders/wat-is-stevig-ouderschap>
- Nederlands centrum jeugdgezondheid. (2022b). *Wat is VoorZorg?* Geraadpleegd op 12 juni 2022, van <https://www.ncj.nl/voorzorg/wat-is-voorzorg/>
- Nederlands centrum jeugdgezondheid, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2021). *Handreiking prenataal huisbezoek door de JGZ. Nederlands centrum jeugdgezondheid en Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Utrecht*. Verkrijgbaar via <https://www.ncj.nl/themadossiers/prenataal-huisbezoek-jgz/over-het-phb-jgz/>
- Nederlands Jeugdinstituut. (2017). *Effectieve jeugdinterventies: Stevig Ouderschap*. Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd op 15 juni 2022, van <https://www.nji.nl/interventies/stevig-ouderschap>
- Nederlands Jeugdinstituut. (2018). *Gezamenlijk Inschatten van Zorgbehoeften (GIZ-methodiek)*. Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd op 14 juni 2022, van <https://www.nji.nl/interventies/gezamenlijk-inschatten-van-zorgbehoeften-giz-methodiek>

- Nederlands Jeugdinstituut. (2021). *Effectieve jeugdinterventies: VoorZorg*. Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd op 15 juni 2022, van <https://www.nji.nl/interventies/voorzorg>
- Padula, A. M., Monk, C., Brennan, P. A., Borders, A., Barrett, E. S., McEvoy, C. T., Foss, S., Desai, P., Alshawabkeh, A., Wurth, R., Salafia, C., Fichorova, R., Varshavsky, J., Kress, A., Woodruff, T. J., Morello-Frosch, R., program collaborators for Environmental influences on Child Health Outcomes (2020). A review of maternal prenatal exposures to environmental chemicals and psychosocial stressors-implications for research on perinatal outcomes in the ECHO program. *Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association* 40(1): 10–24. <https://doi.org/10.1038/s41372-019-0510-y>
- Pfinder, M., Kunst, A. E., Feldmann, R., van Eijsden, M., Vrijkotte, T. G. (2013). Preterm birth and small for gestational age in relation to alcohol consumption during pregnancy: stronger associations among vulnerable women? Results from two large Western-European studies. *BMC pregnancy and childbirth* 13: 49. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-49>
- Premji S. (2014). Perinatal distress in women in low- and middle-income countries: allostatic load as a framework to examine the effect of perinatal distress on preterm birth and infant health. *Maternal and child health journal* 18(10): 2393–2407. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1479-y>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2021a). *Gezonde levensverwachting | Infographic*. Vzinfo.nl . Geraadpleegd op 1 juni 2022, van <https://www.vzinfo.nl/gezonde-levensverwachting/infographic>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2021b). *Wetenschappelijke studie*. PNS.nl . Geraadpleegd op 17 februari 2022, van <https://www.pns.nl/13-wekenecho/wetenschappelijke-studie>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2022a). *Bloedonderzoek zwangeren*. PNS.nl . Geraadpleegd op 16 februari 2022, van <https://www.pns.nl/bloedonderzoek-zwangeren>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2022b). *Over het vaccin*. Rijksvaccinatieprogramma.nl . Geraadpleegd op 16 februari 2022, van <https://rijksvaccinatieprogramma.nl/22wekenprik/over-vaccin>
- RTL Nieuws. (2018). *Kind in arme wijk bij geboorte al ongezond*. Geraadpleegd op 1 juni 2022, van <https://www.rtlnieuws.nl/nieuws/nederland/artikel/4471896/kind-arme-wijk-bij-geboorte-al-ongezond>
- Russell, G., Lightman, S. (2019). The human stress response. *Nature reviews. Endocrinology* 15(9): 525–534. <https://doi.org/10.1038/s41574-019-0228-0>
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. (2020). *Gezondheidsverschillen voorbij. Complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal*. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving: gezondheidsverschillen voorbij. Geraadpleegd op 1 juni 2022, van <https://adviezen.raadvsv.nl/gezondheidsverschillen-voorbij/>
- Saavedra, S., Fernández-Recamales, Á., Sayago, A., Cervera-Barajas, A., González-Domínguez, R., Gonzalez-Sanz, J.D. (2022). Impact of dietary mercury intake during pregnancy on the health of neonates and children: a systematic review. *Nutrition Reviews* 80(2): 317-328. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuab029>
- Sandman, C. A., Davis, E. P., Buss, C., Glynn, L. M. (2012). Exposure to prenatal psychobiological stress exerts programming influences on the mother and her fetus. *Neuroendocrinology* 95(1): 7–21. <https://doi.org/10.1159/000327017>
- Satyanarayana, V. A., Chandra, P. S., Vaddiparti, K. (2015). Mental health consequences of violence against women and girls. *Current opinion in psychiatry* 28(5): 350–356. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000182>
- Shah, P. S., Shah, J., Knowledge Synthesis Group on Determinants of Preterm/LBW Births (2010). Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes: a systematic review and meta-analyses. *Journal of women's health* (2002) 19(11): 2017–2031. <https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2051>

- Smith, S. M., Vale, W.W. (2006). The role of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in neuroendocrine responses to stress. *Dialogues in clinical neuroscience* 8(4): 383–395. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2006.8.4/ssmith>
- Spek, S. (2022). *Kwaliteitscirkel van Deming*. Geraadpleegd op 20 juni 2022, van https://nl.wikipedia.org/wiki/Kwaliteitscirkel_van_Deming
- Starling, P., Charlton, K., McMahon, A.T., Lucas, C. (2015). Fish intake during pregnancy and foetal neurodevelopment – a systematic review of the evidence. *Nutrients* 7(3): 2001-2014. <https://doi.org/10.3390/nu7032001>
- Steegers, E.A.P., Van der Meer, L., Ernst, H.E., Blanchette, L.M.G. (2020). *Een kwetsbare zwangere, wat is dat eigenlijk?*. Geraadpleegd op 12 februari 2022, van <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/een-kwetsbare-zwangere-wat-is-dat-eigenlijk.htm>
- Su, Y., D'Arcy, C., Meng, X. (2021). Research Review: Developmental origins of depression - a systematic review and meta-analysis. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* 62(9): 1050–1066. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13358>
- Stuurgroep zwangerschap en geboorte. (2009). *Een goed begin*. College perinatale zorg. Geraadpleegd op 14 april 2022, van <https://werkgroepen.kennisnetgeboortezorg.nl/?file=23136&m=1551864852&action=file.download>
- Suzuki, K. (2017). The developing world of DOHaD. *Journal of developmental origins of health and disease* 9(3): 266-269. <https://doi.org/10.1017/S2040174417000691>
- Tank, A.W., Wong, D.L. (2015). Peripheral and central effects of circulating catecholamines. *Comprehensive physiology* 5(1): 1-15. <https://doi.org/10.1002/cphy.c140007>
- Teeuw, M., Boonstra, K. (n.d.). *Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noord Nederland*. Geraadpleegd op 14 mei 2022, van <https://publiekegezondheid.nl/>
- TNO. (2022). *Toekomst van een kind verbeteren in de eerste 1000 dagen*. TNO.nl . Geraadpleegd op 08 juni 2022, van <https://www.tno.nl/nl/aandachtsgebieden/gezond-leven/roadmaps/youth/de-eerste-duizend-dagen-van-het-kind/>
- Toso, K., De Cock, P., Leavey, G. (2020). Maternal exposure to violence and offspring neurodevelopment: A systematic review. *Paediatric and perinatal epidemiology* 34(2): 190–203. <https://doi.org/10.1111/ppe.12651>
- Van den Broek, A., Kleijnen, E., Bot, S. (2012). *Kwetsbare gezinnen in Nederland*. In: RMO. (2012). *Ontzorgen en normaliseren. Naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg*. Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. Geraadpleegd op 10 februari 2022, van <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2012/04/01/ontzorgen-en-normaliseren>
- Van Hoek, T., Spijkerman, L., Van de Ven, O. (2020). *Drijfveren, obstakels en kansrijke aanknopingspunten bij het signaleren van kwetsbare gezinnen. Onderzoek onder eerstelijns verloskundigen, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in Nederland*. Dijksterhuis & Van Baaren. Geraadpleegd op 10 februari 2022, van <https://www.kansrijkestartnl.nl/documenten/rapporten/2021/02/25/onderzoeksrapport---drijfveren-obstakels-en-kansrijke-aanknopingspunten-bij-het-signaleren-van-kwetsbare-gezinnen>
- Van Os, J., Selten, J.P. (1998). Prenatal exposure to maternal stress and subsequent schizophrenia: the May 1940 invasion of the Netherlands. *The british journal of psychiatry* 172(4): 324-326.
- Van Jager-Egmond, M., Drost, A.P., Jansen, G.H., Bouma, T. (2016). ACTION in actie. *Nederlands tijdschrift voor obstetrie en gynaecologie* 129: 21-25.
- Vink, R. (2019a). *De ALPHA-NL: psychosociale onderwerpen bespreken in de verloskunde*. TNO, Leiden. Verkrijgbaar via <https://repository.tno.nl/islandora/object/uuid%3A3b3f923d2-504a-41fc-b9b3-b0412241b8b8>

- Vink, R. (2019b). *ALPHA-NL: Signalering Kindermishandeling tijdens de zwangerschap*. ZonMW. Geraadpleegd op 13 juni 2022, van <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/gezondheidsbescherming/jeugd/programmas/project-detail/effectief-werken-in-de-jeugdsector/alpha-nl-signalering-kindermishandeling-tijdens-de-zwangerschap/verslagen/>
- VNG realisatie. (2022). *Gezondheid*. Geraadpleegd op 20 mei 2022, van <https://www.waarstaatjegemeente.nl/dashboard/dashboard/gezondheid>
- Voerman, E., Santos, S., Patro Golab, B., Amiano, P., Ballester, F., Barros, H., Bergström, A., Charles, M.A., Chatzi, L., Chevrier, C., Chrousos, G.P., Corpeleijn, E., Costet, N., Crozier, S., Devereux, G., Eggesbø, M., Ekström, S., Fantini, M.P., Farchi, S., Forastiere, F., ... Jaddoe, V. (2019). Maternal body mass index, gestational weight gain, and the risk of overweight and obesity across childhood: An individual participant data meta-analysis. *PLoS medicine* 16(2): e1002744. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002744>
- Warmelink, C., Van der Stouwe, R., Dalmaijer, M., Jansen, D., Feijen – de Jong, E. (2020). *Overzicht van de implementatiegraad van interventies voor zwangeren in een kwetsbare situatie in Noord Nederland*. Huisartsengeneeskunde en Ouderengeneeskunde, afdeling Verloskundige Wetenschap te Groningen. Geraadpleegd op 10 mei 2022, van https://huisartsgeneeskunde-umcg.nl/system/files/overzicht_van_implementatiegraad.pdf
- WHO. (2021). *Obesity and overweight*. WHO.int . Geraadpleegd op 16 juni 2022, van <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Wulffraat, J.M., Blanchette, L.M.G., Bertens, L.C.M., Ernst, H.E., van der Meer, L., de Graaf, J.P. & Steegers, E.A.P. (2019). *Definitie kwetsbaarheid - zwangere vrouwen*. Verkrijgbaar via: http://www.dvprijnmond.nl/wp-content/uploads/2019/10/003-2019-09-02-Definitie-Kwetsbaarheid_def.pdf
- Zhang, X., Li, J.H., Wang, J., Li, J., Long, Z.T., Cau, F.L. (2020). Childhood neglect and psychological distress among pregnant women: the chain multiple mediation effect of perceived social support and positive coping. *The journal of nervous and mental disease* 208(10): 764-770. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001210>
- Zorginstituut Nederland. (2022). *PREM Geboortezorg, versie 2.2 – 30/03/2022*. Zorginzicht.nl . Geraadpleegd op 10 juni 2022, van <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/vrag-enlijst-prem-integrale-geboortezorg-verslagjaar-2023.pdf>
- Zorgwijzer. (2022). *Zorgverzekering bij zwangerschap en bevalling*. Zorgwijzer.nl. Geraadpleegd op 16 februari 2022, van <https://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-vergelijken/zwanger>
- Zuidersma, J. (2012). *Wederkerigheidspatronen in regionale samenwerkingsverbanden: een gedragstheoretische benadering* [S.I.]: s.n. Geraadpleegd op 12 mei 2022, van <https://core.ac.uk/download/pdf/148188332.pdf>

Appendix 1 - Systematische zoekopdracht + resulterende artikelen

De systematische zoekopdracht was erop gericht om stress-gerelateerde risicofactoren te identificeren waarvan de aanwezigheid tijdens de zwangerschap gelinkt is aan gezondheidsrisico's op latere leeftijd (zowel fysiek als mentaal). Er werd daarvoor besloten tot de volgende Pubmed zoektermen:

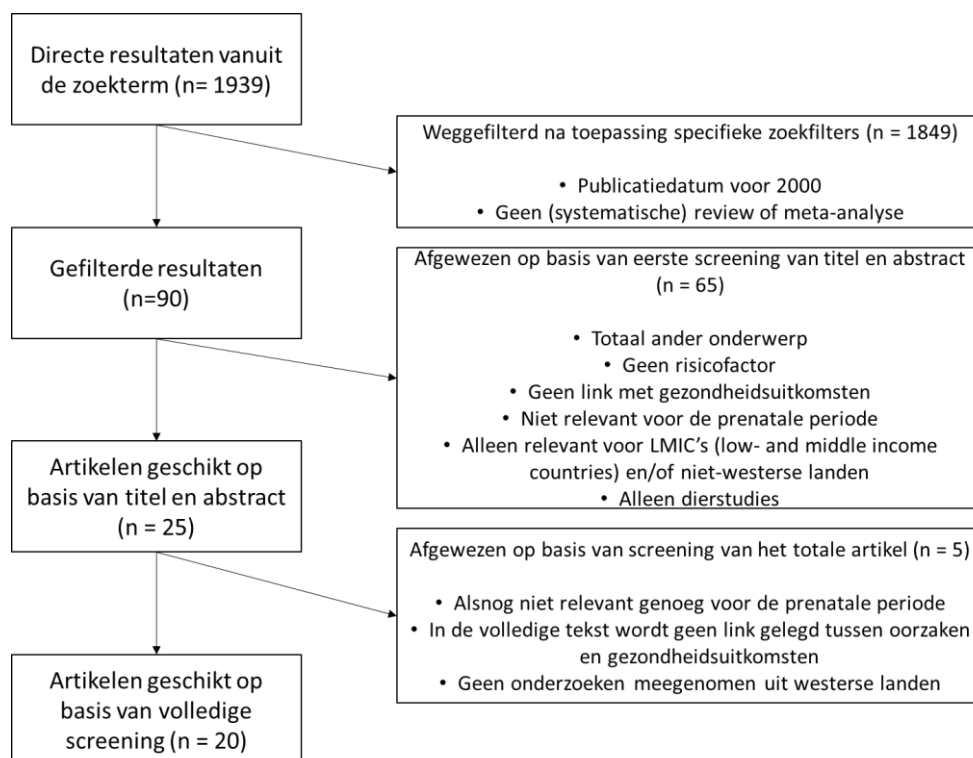
(Prenatal*[tiab] OR "Pregnancy"[Mesh] OR "Pregnant Women"[Mesh] OR pregnan*[tiab]) AND ("Socioeconomic Factors"[Mesh] OR socioeconomic*[tiab] OR economic*[tiab] OR povert*[tiab] OR housing instab*[tiab] OR psycho-social*[tiab] OR psychosocial*[tiab] OR "Social Vulnerability"[Mesh] OR social vulnerab*[tiab] OR "Social Problems"[Mesh]) AND ("Stress, Psychological"[Mesh] OR stress*[tiab] OR distress[tiab]) AND ("Cohort Studies"[Mesh] OR cohort[tiab] OR follow-up[tiab] OR prospective[tiab] OR observational[tiab] OR longitudinal[tiab]) NOT (COVID-19[tiab])

Alleen (systematische) reviews en meta-analyses met een publicatiedatum tussen 01-01-2000 en 14-03-2022 zijn in de selectie meegenomen.

Om alleen relevante artikelen over te houden, zijn de artikelen eerst op titel en abstract gescand, waarna de overgebleven artikelen helemaal werden doorgelezen om hun relevantie te bepalen. Daarbij werd gekeken naar de volgende factoren:

- Artikelen moeten gaan over *sociale/economische/maatschappelijke risicofactoren* waarvan de aanwezigheid *tijdens de zwangerschap* relevant is voor fysieke en/of mentale *gezondheidsuitkomsten* van moeder en/of kind. Omdat de nadruk ligt op omstandigheden waarin ouders kunnen verkeren, werden leefstijlkeuzes (bijvoorbeeld voeding, roken) en gezondheid van de moeder (bijvoorbeeld chronische ziekten, overgewicht) en omgevingsfactoren (blootstelling aan specifieke chemicaliën of ziektekiemen) niet meegenomen in dit deel van het onderzoek. Ook dierstudies werden uitgesloten.
- Om het onderzoek relevant te houden voor Friesland, is alleen gekeken naar artikelen over onderzoeken in westerse landen, of artikelen waarin tenminste 1 westers land was onderzocht en voldoende aannemelijk werd gemaakt dat de gevonden uitkomsten relevant zijn voor westerse landen in het algemeen. Daarnaast werden onderzoeken uitgesloten wanneer er alleen werd gekeken naar LMIC's (low- or middle income countries).
- Artikelen moesten beschikbaar zijn in het Engels of Nederlands. Ook moesten ze open access zijn of volledig beschikbaar via de systemen van de Rijksuniversiteit Groningen.

De systematische zoekopdracht leverde, na alle selecties, 20 artikelen op (zie *figuur 7, tabel 2*). Voor elk van de artikelen is de kwaliteit getoetst middels de criteria van de checklist voor systematische reviews en onderzoekssynthesen (Joanna Briggs Institute, 2017). Om een brede blik te krijgen op het onderwerp, is ervoor gekozen om geen artikelen af te wijzen op basis van de JBI score.



Figuur 7: selectieproces van artikelen voor de umbrella review.

Tabel 2: overzicht van artikelen die geselecteerd zijn voor verdere analyse.

Auteur(s) en jaar	Soort(en) studies	Onderzochte prenatale factoren ¹³	Gezondheidsuitkomsten	Aantal onderzoeken per factor (indien bekend)	JB I appraisal score
Austin & Leader (2000)	Varia (prospectieve en retrospectieve cohorten, controlled trials en meer)	Prenatale stress (gebeurtenis + stress-ervaring)	Perinatale uitkomsten, foetaal gedrag, temperament en psychopathologie in jonge kinderen.	Onbekend	7 / 11
Brown (2011)	Varia (retro- en prospectief, (geboorte)cohort en populatie-breed)	Maternale stress (veroorzaakt door ongewilde zwangerschap, overlijden van de vader van de zwangere, verlies of ernstige ziekte van een naaste, blootstelling aan invasie 1940,	Schizofrenie en gerelateerde aandoeningen.	6 (13 + 1 + 1 + 1 + 1)	3 / 11

¹³ Alleen de voor dit onderzoek relevante factoren worden hier genoemd (zie selectiecriteria van de zoekopdracht).

		blootstelling aan watersnoodramp).			
De Felice et al. (2015)	Onbekend.	Sociaaleconomische factoren.	Neurologische ontwikkeling.	Onbekend.	3 / 11
Eick et al. (2021)	Prospectieve geboortecohorten.	Maternale stress, demografische risico-factoren.	Zwangerschapsduur, geboortegewicht z-scores, cognitie bij 7.5 maand.	2	5 / 11
Exley et al. (2015)	Longitudinaal en prospectief.	Prenatale stress.	Astma in de kinderen.	2	9 / 11
Hoekstra et al. (2013)	Retrospectief cohort, case-control.	(Ernstige) maternale psychosociale stress, hogere paternale leeftijd.	Tourette syndroom (diagnose, ernst van tics, OCD comorbiditeit).	2, 2	5 / 11
Howard et al. (2013)	Longitudinaal en cross-sectioneel.	Huiselijk geweld tijdens de zwangerschap.	Perinatale mentale problemen.	22	10 / 11
Hunter et al. (2011)	Onbekend	Maternale stress, angst en depressie tijdens de zwangerschap.	Cortisol reactie op een stressor.	6	7 / 11
Lim et al. (2009)	Combinatie van cohort en case-control.	Prenatale stress, geboorte in een stedelijke omgeving.	Schizofrenie.	Onbekend	7 / 11
Meyer et al. (2001)	Onbekend	Prenatale stress.	Depressie en aangepaste stressrespons in het kind.	Onbekend	3 / 11
Mutam-budzi et al. (2011)	Case-control, retrospectief en prospectief cohort, cross-sectioneel.	Psychosociale karakteristieken van werk (bijvoorbeeld werkstress, werkdruk, werkeisen, werkcontrole en sociale steun).	Laag geboortegewicht, vroeggeboorte en spontane abortus.	15	7 / 11
Næss & Kirkengen (2015)	Onbekend	Prenatale stress.	Telomeer-lengte van het kind.	2	6 / 11
Padula et al. (2020)	Prospectieve cohorten.	Combinatie van psychosociale stressoren en omgevingschemicaliën.	Perinatale uitkomsten.	Onbekend	4 / 11
Pfinder et al. (2013)	Longitudinaal	Interactie tussen enerzijds prenatale blootstelling aan	Vroeggeboorte en small for gestational age.	2	5 / 11

		alcohol (laag tot matig) en anderzijds maternale educatie, stress en roken.			
Premji (2014)	Varia: met name prospectief, vaak case-control	Prenatale stress.	Vroeggeboorte.	7	6 / 11
Sandman et al. (2012)	Prospectieve cohortstudies van gezonde laag-risico kinderen	Biologische en psychosociale stress, met extra aandacht voor zwangerschaps-specifieke angst (Pregnancy specific anxiety, PSA).	Cognitieve prestaties en regulatie van emoties in de vroege kindertijd, brein volume in met leren en geheugen geassocieerde regio's in 6- tot 8-jarigen.	Onbekend	3 / 11
Satyana-rayana et al. (2015)	Varia	Geweld tegen (zwangere) vrouwen.	Mentale gezondheid van de vrouw.	Onbekend	5 / 11
Shah & Shah (2010)	Longitudinaal, cross-sectioneel en case-control.	Huiselijk geweld.	Vroeg-geboorte, laag geboortegewicht en small for gestational age.	Onbekend	10 / 11
Su et al. (2021)	Op populatie gebaseerde prospectieve cohortstudies	Tienerouders, oude ouders (>35), prenatale maternale stress, prenatale maternale depressie, alleenstaande moeder, roken (maternaal + paternaal), maternale educatie (<9 jaar), lage socio-economische status, maternaal drinken.	Depressie van het kind.	9, 6, 2, 8, 2, 17 (13 + 4), 9, 6, 2	9 / 11
Toso et al. (2020)	Varia	Huiselijk- en partnergeweld tijdens de zwangerschap.	Neurologische ontwikkeling van het kind.	11	10 / 11

Appendix 2 – MIDI methodiek

Voor het implementeren van beleid, specifieke interventies of innovaties (richtlijnen, protocollen of programma's) is het van groot belang om te weten welke factoren van invloed zijn op het succes van de implementatie, dus het daadwerkelijk gebruiken van de [innovatie]. Om hier inzicht in te verkrijgen, is het Meetinstrument voor Determinanten van Innovaties (MIDI) ontwikkeld door onderzoekers van TNO in samenwerking met 22 implementatiedeskundigen (Fleuren et al., 2014). De vragenlijst bestaat uit 29 determinanten, onderverdeeld in 4 categorieën (zie *figuur 8*):

- Determinanten m.b.t. de innovatie: hierbij wordt gekeken naar aspecten als complexiteit, aansluiting bij eerdere werkwijzen en de relevantie en geschiktheid van de innovatie voor de cliënt (volgens de zorgprofessional).
- Determinanten m.b.t. de gebruiker (= de zorgprofessional): hierbij wordt bijvoorbeeld gevraagd naar wat voor voor- of nadelen de gebruiker zou hebben van de innovatie, of diegene het tot de eigen taak beschouwt om de innovatie te gebruiken, maar ook of het gebruik van de innovatie ook door collega's ondersteund wordt.
- Determinanten m.b.t. de organisatie: aspecten die hier aan bod komen zijn bijvoorbeeld in hoeverre het gebruik van de innovatie is vastgelegd voor de organisatie (bijvoorbeeld in beleid), of er genoeg middelen (tijd, geld, mankracht) beschikbaar zijn voor het gebruik en in hoeverre er informatie beschikbaar is over het gebruik van de innovatie.
- Determinanten m.b.t. sociaal-politieke omgeving: hier wordt gevraagd naar in hoeverre de innovatie past binnen bestaande wet- en regelgeving (Fleuren et al., 2014).



Figuur 8: categorieën waarin de determinanten van de MIDI onderverdeeld worden. Eigen afbeelding.

De doelgroep voor de MIDI-vragenlijst is de zogenaamde 'intermediaire gebruiker': professionals als artsen en docenten door wiens handelen de eindgebruiker (patiënten, leerlingen, cliënten) wordt blootgesteld aan de innovatie. De vragenlijst is zo opgesteld dat onderzoekers zelf deze kunnen aanpassen aan hun specifieke doelgroep. Dit kan door woorden als 'cliënt' en 'innovatie' te vervangen door de in die situatie specifieke eindgebruikers en programma's, maar ook door selectief te zijn in welke vragen er relevant zijn binnen de te onderzoeken context. Het is dus niet strikt noodzakelijk om alle vragen te stellen. De vragenlijst is specifiek opgezet en getoetst voor gebruik binnen de JGZ en het onderwijs. Hoewel in andere contexten vergelijkbare processen zullen spelen, kunnen er verschillen zijn waardoor de vragenlijst anders ingevuld moet worden (Fleuren et al., 2014).

Het gebruik van de MIDI-methode in Noord-Nederland is niet nieuw. Ook in het door ZonMW gefinancierde project 'Samen Kwetsbaar, Samen Sterk' werd op basis van deze methode onderzoek gedaan naar de implementatiegraad van interventies (Warmelink et al., 2020).

Appendix 3 – De ACTion methodiek

ACTion is in Noord Nederland ontwikkeld in een samenwerking van Verloskundig Samenwerkings Verbanden (VSV's), Perined en het Consortium Zwangerschap en Geboorte Noord Nederland. De naam staat voor 'Audit generated Changes in perinatal care using "Tailored" implementation strategies.' Het doel van de ACTion methodiek is het systematisch invoeren van verbeterpunten in werkwijzen en protocollen (Erwich et al., z.d.a). Enkele jaren terug bleek namelijk dat verbeterpunten die vanuit de jaarlijkse perinatale audits naar voren kwamen, onvoldoende werden opgepakt en verwerkt. Dit kwam de geboortezorg niet ten goede, dus werd besloten dat er een methodiek moest worden ontwikkeld om het verwerken van verbeterpunten systematischer aan te kunnen pakken. Voor de ACTion methodiek zijn door ZonMW twee onderzoeksprojecten gefinancierd:

- "Introduction of Audit generated Changes in perinatal care using Tailored implementation strategies (ACTion-project)". Dit project liep van 2012-2017 en werd door ZonMW gesubsidieerd als onderdeel van het programma 'Zwangerschap en Geboorte'. Bij het project waren 11 VSV's in Noord Nederland betrokken. In deze periode werd de ACTion methodiek ontwikkeld en werden de betrokken VSV's getraind om hun implementatie skills te vergroten (Erwich et al., z.d.b; Erwich et al., 2017).
- "Nationwide implementation of ACTion: Audit generated changes in perinatal care using "Tailored" implementation strategies." Dit project loopt sinds 2018 en zal nog doorgaan tot 2023. Omdat de ACTion methodiek zich in het eerdere project bewezen heeft, wordt hij nu landelijk uitgerold. Ook dit project bestaat voor een belangrijk deel uit het trainen van zorgprofessionals om de methodiek goed te kunnen gebruiken (De Winter, 2018).

De ACTion-methodiek bestaat uit 7 stappen (zie *figuur 9*; Erwich et al., z.d.c):

1. Bepalen welke beroepsgroepen bij het proces betrokken moeten worden. Van elk van deze groepen wordt een vertegenwoordiger uitgenodigd voor verder overleg.
2. Bepalen wat voor betrokkenheid elke groep heeft bij het verbeterpunt. Dit gebeurt in overleg, en is een essentiële basis voor intrinsieke motivatie van de deelnemers.
3. Bepalen wat beïnvloedende factoren zijn voor het verbeterproces. Het gaat hier om zowel bevorderende als belemmerende factoren. Bevorderende factoren kunnen tactisch ingezet worden om de implementatie vooruit te helpen, terwijl voor belemmerende factoren gekeken wordt wat er gedaan kan worden om hun effect te voorkomen of zo klein mogelijk te houden.
4. Bepalen wat het doel is en welke implementatiestrategieën er gebruikt gaan worden. In deze stap wordt ook meteen gekeken wat voor acties daarbij horen. Belangrijk is dat het te bereiken doel SMART¹⁴ geformuleerd wordt. De strategieën en acties moeten bovendien betrekking hebben op de in stap 3 genoemde factoren.
5. Het verbeterplan vaststellen. Dit is plan dat beschrijft wie wat wanneer gaat doen. De betrokken actoren committeren zich hiermee aan het doel en worden eigenaar van (een deel van) het verbeterproces. Onderdeel van deze stap is ook het inplannen van monitoring en evaluatie.
6. Afspraken over wie welke stappen in de gaten houdt, maar ook over wie wat gaat evalueren. Deze onderdelen zijn enerzijds noodzakelijk om te zorgen dat wat afgesproken is daadwerkelijk gebeurt, en anderzijds om, waar nodig, vernieuwingen beter aan te laten sluiten bij wensen uit de praktijk. Dit samen bevordert duurzaamheid van de implementatie.
7. Borging: hiervoor is een checklist die gebruikt kan worden voor de procesevaluatie, specifiek bedoeld om te kijken of de verbetering duurzaam is geïmplementeerd.

¹⁴ SMART staat voor Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden.



Figuur 9: de 7 stappen van de ACTION-methodiek (Erwich et al., z.d.c)

In 2017 is een toolkit ontwikkeld rondom de ACTION-methodiek. Deze bevat uitleg over het gebruik en achtergronden van de methodiek, maar ook een gebruiksklaar invulprogramma (een word-formulier) dat zorgverleners kunnen gebruiken om de zeven stappen van de methodiek te doorlopen. Dankzij deze toolkit kunnen zorgverleners zelf aan de slag met de ACTION-methodiek, hoewel training in de methodiek kan helpen om deze effectief toe te passen. Inmiddels hebben verschillende VSV's ACTION al gebruikt voor de implementatie van verbeterpunten vanuit de perinatale audits. In VSV Heerenveen is de methode bijvoorbeeld succesvol toegepast voor het aanpassen van een protocol voor continue baringsbegeleiding (Van Jager-Egmond et al., 2016).

Appendix 4 - Monitoring kwetsbaarheid onder zwangeren

Instructie: de verloskundige registreert rond de 20^e week de antwoorden op onderstaande vragen. Dit gebeurt in een speciaal daarvoor bedoeld geanonimiseerd bestand.

Vraag 1: In hoeverre is er bij deze zwangere sprake van kwetsbaarheid, volgens de definitie van het Erasmus MC? Deze zwangere is

- 1) een zelfredzame zwangere,
- 2) een potentieel kwetsbare zwangere,
- 3) een kwetsbare zwangere,
- 4) een zeer kwetsbare zwangere¹⁵.

Indien bij de vorige vraag 2, 3 of 4 is beantwoord:

Vraag 2: Heeft u de zwangere verteld over het zorgpad voor kwetsbare zwangeren?

- Ja
- Nee

Indien 'nee' op vraag 2:

Vraag 3: Waarom niet?

- Er zijn genoeg beschermende factoren aanwezig.
- Er is via een andere route hulp ingeschakeld (dus zorgpad is overbodig).
- De zwangere zit waarschijnlijk niet te wachten op extra hulp.
- Anders, namelijk: ...

Indien 'ja' op vraag 2:

Vraag 4: Heeft u van de zwangere toestemming gekregen om haar aan te melden via het KCC?

- Ja
- Nee

Indien 'nee' op vraag 4:

Vraag 5: Wat was voor de zwangere de belangrijkste reden om af te zien van het zorgpad?

- Ziet niet de noodzaak in van ondersteuning
- Er zijn al teveel zorgverleners betrokken bij de zwangere / het gezin
- Heeft geen vertrouwen in de partijen die via het zorgpad ingeschakeld zouden worden
- Anders, namelijk: ...

¹⁵ Dit zijn categorieën van kwetsbaarheid volgens de definitie van het Erasmus MC (Wulffraat et al., 2019). Het is sterk aan te raden de 'beslisboom' voor kwetsbaarheid (*figuur 3*) toe te voegen aan het document waarin de antwoorden worden geregistreerd, om onduidelijkheid over de definitie te voorkomen.

Appendix 5 - Monitoring tevredenheid van bij het zorgpad betrokken professionals

Algemene gegevens

Naam:

Beroep / functie:

Welk zorgpad:

Hoe / hoelang betrokken bij zorgpad:

Zorgpad algemeen + doelgroep

Voor professionals met een signaleerfunctie binnen het zorgpad:

Vraag 1: Maakt u gebruik van het zorgpad Vroegsignalering zwangere in een kwetsbare situatie? (signalering en/of centraal telefoonnummer)

Ja Nee

Zo nee: waarom niet?

Vraag 2: Maakt u voor signalering gebruik van een gevalideerd signaleringsinstrument?

(bijvoorbeeld ALPHA-NL, R4U, ...)

Ja Nee

Zo ja: welke signaleringslijst gebruikt u en wat vindt u van de vragen die er gesteld worden?

Zo nee: waarom niet?

Vraag 3: Heeft u voor het signaleren en de bijbehorende gesprekken een training gevolgd?

Ja Nee

Zo ja: vindt u dat de training u voldoende voorbereid heeft op het gebruik van de signaleringslijst?

Zo nee: waarom niet?

Voor alle betrokkenen

Vraag 4: Ziet u het als een voor- of nadeel om met het zorgpad te werken?

Voordeel Nadeel

Vraag 5: Wat is volgens u het doel van het zorgpad, en denkt u dat deze wordt bereikt? Hoe belangrijk vindt u dat?

Vraag 6: Voor wie maakt het zorgpad het verschil? (Voor u als professional, voor de cliënt, ...)

Vraag 7: In hoeverre zijn er voor u effecten zichtbaar van het zorgpad? (en welke zijn dat?)

Vraag 8: Hoe zou u de doelgroep omschrijven?

Vraag 9: Voor wat voor problematiek is het zorgpad volgens u bedoeld? Wat voor problematiek komt u in de praktijk veel tegen in relatie tot het zorgpad?

Vraag 10: Denkt u dat kwetsbare ouders tevreden zijn over het zorgpad?

Vraag 11: Denkt u dat veel kwetsbare ouders gebruikmaken van het zorgpad?

Vraag 12: Wat komt u tegen als redenen voor vrouwen om wel of juist niet mee te gaan in het zorgpad?

Eigen ervaringen

Vraag 13: Is het gemakkelijk om met het zorgpad te werken, en sluit het aan bij de eerdere werkwijze?

Vraag 14: Kunt u voorbeelden noemen van situaties waarin u erg blij was met het zorgpad?

Vraag 15: Kunt u voorbeelden noemen van situaties waarin het zorgpad niet functioneerde zoals het volgens u had gemoeten?

Vraag 16: In hoeverre loopt u in het gebruik van het zorgpad aan tegen verschillen tussen gemeenten / provincies?

Organisatorische kant van het zorgpad binnen de organisatie

Vraag 17: In hoeverre heeft u zich ingelezen in de inhoud van het zorgpad en de afspraken eromheen?

Vraag 18: Is het zorgpad met de bijbehorende procedures en taakverdelingen duidelijk omschreven? Wat maakt het duidelijk of onduidelijk?

Vraag 19: Als u / uw collega's / uw medewerkers informatie nodig heeft over het zorgpad, is deze informatie dan goed toegankelijk? (zo ja, hoe?)

Vraag 20: Is het gebruik van het zorgpad opgenomen in bijvoorbeeld het beleid van uw organisatie?

Vraag 21: Is er binnen de organisatie een specifiek iemand die (het gebruik van) het zorgpad coördineert?

Vraag 22: Vindt u dat het bij uw taak hoort om [kwetsbaarheid bij zwangeren te signaleren en hen vervolgens door te wijzen / regievoerder te zijn wanneer kwetsbaarheid geconstateerd is]?

Vraag 23: Hoeveel van uw collega's / werknemers maken daadwerkelijk gebruik van het zorgpad / voeren de bijbehorende taken uit?

Vraag 24: Wat zijn redenen voor collega's / werknemers om geen gebruik te maken van het zorgpad?

Vraag 25: Helpen u en uw collega's elkaar bij het gebruiken van het zorgpad, als er bijvoorbeeld dingen onduidelijk zijn?

Vraag 26: Verwachten anderen van u dat u het zorgpad gebruikt? In hoeverre trekt u zich daar iets van aan?

Vraag 27: Hebben u / uw collega's / uw werknemers genoeg kennis en vaardigheden om [kwetsbaarheid bij zwangeren te signaleren en hen vervolgens door te wijzen / regievoerder te zijn wanneer kwetsbaarheid geconstateerd is]?

Vraag 28: Hoe worden nieuwe medewerkers op de hoogte gesteld van het zorgpad?

Vraag 29: Zijn er voor u / uw organisatie genoeg financiële middelen om het zorgpad te blijven gebruiken? (en waarvoor zijn deze nodig?)

Vraag 30: Krijgt u genoeg tijd om [kwetsbaarheid bij zwangeren te signaleren en hen vervolgens door te wijzen / regievoerder te zijn wanneer kwetsbaarheid geconstateerd is]?

Vraag 31: Met welke andere aan kwetsbare zwangeren gerelateerde taken hebben jullie als organisatie te maken / moeten jullie rekening houden in jullie werk? Belemmeren of stimuleren die het gebruik van het zorgpad voor kwetsbare zwangeren? (denk aan interventies die veel overlap hebben met het zorgpad, registratiedruk, ...)

Vraag 32: Missen er aspecten (informatie, afspraken, procedures) die voor jullie nodig zijn om goed te kunnen werken met het zorgpad?

Vraag 33: Heeft u adviezen voor het verbeteren van de zorgverlening voor kwetsbare zwangeren of van het zorgpad Vroegsignalering in uw regio?

Appendix 6 - Monitoring tevredenheid van de doelgroep

Vraag 1: Zijn tijdens je zwangerschap niet-medische zorgverleners betrokken geweest bij jou? (Denk bijvoorbeeld aan jeugdverpleegkundigen of mensen van het gebiedsteam. Verloskundigen, gynaecologen en kraamverzorgenden vallen onder medische zorgverleners; deze vragen gaan niet over hen, met uitzondering van vraag 8)

- Ja
- Nee

Vraag 2: Luisterde(n) deze zorgverlener(s) goed naar je?

Helemaal niet 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ja, helemaal

Vraag 3: Vertrouwde je de zorgverlener(s)?

Helemaal niet 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ja, helemaal

Vraag 4: Bepaalde je samen met de zorgverlener(s) welke zorg jij en je kind kregen?

Helemaal niet 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ja, helemaal

Vraag 5: Kreeg je genoeg informatie om je te helpen met het maken van keuzes?

Helemaal niet 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ja, helemaal

Vraag 6: Werd er genoeg rekening gehouden met jouw keuzes?

Helemaal niet 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ja, helemaal

Vraag 7: Werd je om toestemming gevraagd voordat de zorgverlener(s) stappen ondernam(en) (bijvoorbeeld anderen erbij betrok)?

Helemaal niet 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ja, helemaal

Vraag 8: Was er een goede samenwerking tussen medische zorgverleners (bijvoorbeeld de verloskundige, gynaecoloog of kraamverzorgende) en niet-medische zorgverleners?

Helemaal niet 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ja, helemaal

Bij een 7 of lager: wat had er beter gekund?

Vraag 9: Was/waren de niet-medische zorgverlener(s) goed op de hoogte van jouw situatie?

Helemaal niet 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ja, helemaal

Bij een 7 of lager: van wie had de zorgverlener meer informatie moeten krijgen? (bijvoorbeeld van de verloskundige, van het ziekenhuis, ...)

Vraag 10: Kon je jouw zorgen en angsten bespreken met de zorgverlener(s)?

Helemaal niet 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ja, helemaal

Niet van toepassing (ik had geen zorgen of angsten)

Vraag 11: Kijk je positief terug op de zorg die je hebt gekregen?

Helemaal niet 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ja, helemaal

Vraag 12: Heb je nog complimenten of tips, zodat ook de niet-medische zorg tijdens de zwangerschap verder verbeterd kan worden?