

Zorg voor zwangere vrouwen in achterstandswijken beter inrichten

Sociale verloskunde voorkomt armoedeval

prof. dr. Eric Steegers,
gynaecoloog, hoogleraar
verloskunde en prenatale
geneeskunde, Verloskunde en
Gynaecologie, Erasmus MC,
Rotterdam

dr. Semiha Denktas,
psycholoog, Verloskunde en
Gynaecologie, Erasmus MC,
Rotterdam

drs. Hanneke de Graaf,
directeur Geboortecentrum
Sophia, Erasmus MC,
Rotterdam

prof. dr. Gouke Bonsel,
arts-epidemioloog, hoogleraar
perinatale zorg en public
health, Verloskunde en
Gynaecologie en Maatschappe-
lijke Gezondheidszorg, Erasmus
MC, Rotterdam

Correspondentieadres:
e.a.p.steegers@erasmusmc.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Beeld: Corbis, HH

**Risico's in de leefstijl moeten
actief worden aangepakt**

Vrouwen in achterstandswijken lopen een groter risico op perinatale sterfte en ziekte. Daar liggen medische, maar ook niet-medische factoren aan ten grondslag. Gynaecoloog Eric Steegers en collega's uit het Erasmus MC pleiten er daarom voor de sociale verloskunde nieuw leven in te blazen.

Perinatale gezondheid is niet alleen van belang voor het pasgeboren kind. Gezondheidsproblemen in deze fase beïnvloeden de ontwikkeling van kinderen en de gezondheid op volwassen leeftijd.¹⁻³ Ongunstige omgevingsfactoren dragen hieraan bij.⁴ Dit creëert een extra verantwoordelijkheid voor de huisarts, verloskundige en gynaecoloog bij zorg voor zwangeren uit achterstandswijken, waar de negatieve invloed door onder andere voeding en leefstijl groot is. Het feit dat mensen in Nederland op plaatsen wonen waar de perinatale sterfte vergelijkbaar is met die in de jaren zestig (zie *kader*), dwingt tot herijking van de verloskundige zorg en de rol van artsen en verloskundigen. Sociale verloskunde werd in de jaren zeventig beschreven als het vakgebied waarin aandacht wordt gegeven aan de zwangere vrouw en de maatschappelijke context waarin haar bevalling zal plaatsvinden.⁵ Sociale verloskun-

de zou vandaag de dag een vervolg moeten krijgen in concrete zorgactiviteiten door huisartsen, verloskundigen en gynaecologen. Denk aan het standaard bij de intake vaststellen van zowel de

medische, niet-medische als sociale risicostatus, inclusief de woon- en gezinssituatie. Risico's in de leefstijl (roken, alcohol, voeding) en psychosociale en psychiatrische problema-

tiek moeten actief worden aangepakt.⁶ Dit is een uitdaging, omdat individuele preventie relatief veel tijd en overleg vraagt bij deze zwangeren. De huisarts en gynaecoloog hoeven die zorg niet geheel zelf te geven, maar ze moeten wel de risico's signaleren en de vrouw naar bijvoorbeeld sociaalmaatschappelijke hulpverlening en gerichte zorg voor leefstijl leiden.

Zorg op maat

De Nederlandse verloskundige zorgketen is nu gebaseerd op risicoselectie. Aan de hand daarvan vindt toewijzing aan de verantwoorde-lijke zorgverlener plaats; verloskundige of gynaecoloog. De verloskundige indicatielijst hanteert echter alleen verloskundige en medische risico's. Sociaalmaatschappelijke, en dus ook armoede gerelateerde risico's, spelen in de organisatie van de verloskundige keten geen enkele rol.⁷



Verhoogde risico's voor zwangeren uit achterstandswijken



Armoede en perinatale gezondheid in Nederland

Het Sociaal en Cultureel Planbureau en het Centraal Bureau voor de Statistiek brachten in december opnieuw een armoedesignalement uit.⁸ Armoede in Nederland neemt sterk toe. De hoogste risico's lopen mensen met een bijstandsuitkering, eenoudergezinnen, alleenstaanden en niet-westerse huishoudens. Mensen in de vruchtbare levensfase hebben een hoger armoederisico dan andere volwassenen.

Er is een duidelijk verband tussen armoede en ongezondheid van mensen.⁹ Zorgverleners en vooral artsen moeten daar dus oog voor hebben. Die relatie bestaat ook met ongezondheid van pasgeboren kinderen.¹⁰ Er bestaan in Nederland grote verschillen in maternale en perinatale gezondheid en daarmee verschillen in risico's op een suboptimale zwangerschapsuitkomst.¹ Vrouwen in de vier grote steden hebben een sterk verhoogde kans op perinatale sterfte en perinatale ziekte.¹¹ Het wonen in een achterstandswijk vormt dan een nog groter risico, vooral voor westerse zwangere vrouwen (24-65% extra risico). In Nederland vindt 6 procent van de geboorten plaats in achterstandswijken, terwijl dit in een stad als Rotterdam oploopt tot 45 procent. Ook gecorrigeerd voor determinanten als opleiding en gezinsinkomen, leeftijd, pariteit, comorbiditeit en etniciteit blijkt het wonen in een achterstandswijk als zodanig nog steeds gepaard te gaan met een extra risico op perinatale sterfte van 21 procent.

Risicostapeling

Wat betreft perinatale ziekte is er na correctie een resterend extra risico op vroeggeboorte van 16 procent, op foetale groeivertraging van 11 procent en op een lage apgarscore bij de geboorte van 11 procent.¹² Dit extra achterstandswijkeffect is niet simpel toe te schrijven aan één factor en, hoewel goed zichtbaar, moeilijk grijpbaar. Een fenomeen dat zeker een rol speelt, is risicostapeling van individuele medische en niet-medische risicofactoren.¹³ Er zijn bij bewoners in dergelijke wijken vaak tal van extra individuele nadelen die niet met bestaande registratie van opleiding, inkomen of kwaliteit van de woning worden gedekt. Daarnaast is het wonen in een achterstandswijk mogelijk op zichzelf ziekmakend en ziekhoudend, door gebrek aan hulpmiddelen, sociale netwerken en voorzieningen. In Rotterdam varieert de perinatale sterfte op wijkniveau tussen de 2 en 34 per 1000 geboortes.¹⁴ Een goede empirische indicator voor wijkkwaliteit is de WOZ-waarde (Waardering Onroerende Zaken) per vierkante meter van een huis. Het wijkeffect laat zich in Rotterdam treffend illustreren: hoe lager de WOZ-waarde, hoe groter het risico op perinatale sterfte of ziekte. De arts die zorg draagt voor zieken en zwangeren uit een achterstandswijk, ontkomt er niet aan ook de niet-medische en sociale oorzaken van ziektes aandacht te geven en de consequenties voor preventie en behandeling.

Het verifiëren van niet-medische risico's zou een standaardonderdeel moeten zijn van de risicoselectie, zo mogelijk preconceptioneel,

maar zeker bij het eerste bezoek in de zwangerschap, en ook bij de plaatsbepaling van de baring in het derde trimester.

Huisartsen en gynaecologen kunnen daarin

een rol hebben, samen met de verloskundigen. Sociale verloskunde betekent in deze zin integrale zorg op maat, waarbij maximaal

gebruik wordt gemaakt van de kennis van die zorgverleners, de kraamzorg inbegrepen.¹⁵ Gemeentelijke instanties moeten mensen in de reproductieve levensfase ook wijzen op de mogelijkheden van goede preconceptie- en antenatale zorg.

Zorg op maat betekent dat integrale verloskundige en sociale hulpverlening, inclusief voeding- en leefstijlbeïnvloeding, op wijkniveau wordt gefaciliteerd. Dit sluit aan bij de grotere rol van de gemeenten in de vormgeving van maatschappelijke zorg en welzijn, en de jeugdzorg. Het beschikbaar blijven van een achterstandstarief voor huisartsen en verlos-

Vrouwen moeten een aantal kraamdagen buiten de thuissituatie kunnen verblijven

SAMENVATTING

- Grote aantallen jonge gezinnen leven in armoede. Dit heeft gevolgen voor hun gezondheid en voor die van hun nageslacht.
- Betere inrichting van de verloskundige zorg kan het risico op een 'armoedeval' beperken.



kundigen is in dat kader belangrijk, en moet ook voor antenatale gynaecologische zorg worden overwogen. Ook de kraamzorg moet meer op maat worden gegeven, wat bijvoorbeeld kan bijdragen aan tijdige risicodetectie van huiselijke problematiek. Kraamzorg op maat betekent ook dat vrouwen een aantal kraamdagen buiten de thuissituatie moeten kunnen verblijven. De huidige eigen financiële bijdragen voor veilige alternatieve locaties voor de thuisbevalling, zoals eerstelijns geboortecentra en de poliklinische bevalling, alsook voor de kraamzorg, maken deze kwaliteitsvoorzieningen voor sommige mensen te duur.¹⁶ Dat is ongewenst, omdat het de armoede gerelateerde perinatale gezondheidsverschillen kan vergroten.

Bemoeizorg

Het eerdergenoemde belang van een goede embryonale gezondheid betekent dat artsen en verloskundigen programmatische preconceptiezorg moeten introduceren.¹⁷ Dit heeft de Gezondheidsraad ook geadviseerd.¹⁸ Huisartsen hebben met de gynaecoloog een belangrijke rol in het advies bij vooral medische risico-factoren. Toeleiding naar goede hulp bij niet-medische risico's hoort ook bij hun taak.

Alleen zo kunnen risico's worden verminderd die van invloed zijn op de bevruchting en de embryonale groei en ontwikkeling. Bovendien biedt het tijd om toekomstige ouders te helpen hun voeding en leefstijl, zoals roken en alcohol-gebruik, ten goede aan te passen. Het bereiken van vooral de meest kwetsbare mensen met de grootste risico's vormt daarbij de grootste uitdaging.¹⁹

Een cliënte moet – preconceptioneel of tijdens de zwangerschap – de huisarts, verloskundige en niet-medische zorgverleners kunnen zien, zonder verschillende afspraken te hoeven maken; het zogenaamde *one stop*-model. Bij armoedeproblematiek gaat het dan ook om de sociaalmaatschappelijke hulpverlening via gemeentelijke instanties. Misschien dat bij bepaalde problematiek ook nadrukkelijker moeten worden gevolgd of zwangere vrouwen de zorgpaden wel doorlopen. Ook na de zwangerschap is het zaak dergelijke 'bemoeizorg' te ontwikkelen ten aanzien van anticonceptie, bij bijvoorbeeld ernstige verslavingsproblematiek. Artsen zijn hier medeverantwoordelijk voor. Het betekent niet dat zij die zorg in de volle omvang zelf hoeven te verlenen, maar zij kunnen daar wel een aansturende rol in spelen. 



Voor de voetnoten en meer over dit onderwerp gaat u naar dit artikel via www.medischcontact.nl/artikelen.