

Sociale verloskunde & de eerste 1000 dagen als investering in 'Zorg voor de Toekomst'

Adja Waelput, programmadirecteur Healthy Pregnancy 4 All,
Eric Steegers, gynaecoloog en hoogleraar Verloskunde,
namens de onderzoeksgroep *sociale verloskunde* van de afdeling Verloskunde en Gynaecologie in het Erasmus MC

Preventie vanaf het allereerste begin, nog voor de bevruchting en geboorte, biedt kansen om de gezondheid van huidige én toekomstige generaties te verbeteren, gezondheidsverschillen tegen te gaan, sociale problematiek te de-medicaliseren in plaats van meer zorg te verlenen en samenwerking tussen zorg en andere domeinen vorm te geven. Hiermee krijgen (toekomstige) ouders vanaf het allereerste begin regie over hun zwangerschap, de start van hun gezin en de toekomst van hun kinderen.

In deze discussienota wordt de **toenemende zorgvraag** veelvuldig beschreven en is **preventie** een van de drie beschreven thema's. Er wordt regelmatig gewezen op de **kansen**, eigen **regie**, **verder kijken dan alleen de zorg** om problemen op te lossen en **samenwerking**. Het allereerste begin, vóór de zwangerschap, vóór en in de eerste jaren na de geboorte worden echter niet genoemd. Volgens ons is dit een gemiste kans.

Begin bij 't begin

De eerste 1000 dagen van een kind zijn cruciaal voor zijn of haar ontwikkeling. In de periode vóór, tijdens en na de zwangerschap wordt de basis gelegd voor een gezonde start, kansen op een goede gezondheid en welbevinden (als kind én ook in het latere leven) en op optimale deelname aan onderwijs en participatie op de arbeidsmarkt en in de samenleving. Dit heeft de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid in 2018 beschreven in de Policy Brief "Van verschil naar potentieel". De WRR benoemt de aanpak in het begin van de levensloop (van de periode vlak voor de zwangerschap tot en met het 18^e levensjaar) als een van de drie prioriteiten.

De sociale omgeving speelt een belangrijke rol in de ontwikkeling van het ongeboren kind, de gezondheid bij de geboorte en daarmee op gezondheid en ontwikkelingskansen op latere leeftijd. Kinderen van vrouwen in achterstandswijken hebben een groter risico op ziekte en sterfte rond de geboorte. Investeren in de gezondheid van toekomstige generaties begint daarom bij adequate zorg voor de ouders, ongeboren en pasgeboren kinderen van nu (eerste 1000 dagen), én voor de koppels die een kinderwens hebben (de 100 dagen daarvoor). Naast verbeteringen in de medische zorg is het vooral nodig om het medische- en het sociale domein te verbinden voor een integrale aanpak. Zo kunnen gemeenten gezondheidsverschillen bij de geboorte tegengaan.

'Hoe' doen we dat?

Het zwaartepunt in de discussienota 'Zorg voor de toekomst' ligt bij de wijze waarop verandering wordt vormgegeven (het 'hoe'). In de afgelopen 15 jaar heeft de sociale verloskunde een **beweging** tot stand gebracht die zorgt voor **verbinding en samenwerking tussen de geboortezorg en het**

sociaal domein. Sociale verloskunde gaat uit van het levenslopperspectief die de verschillende fasen in het leven verbindt, van het allereerste begin, nog vóór de zwangerschap, via de fase van het jonge kind en het gezin naar gezondheid en welzijn op latere leeftijd. Deze aanpak is gebaseerd op onderzoek dat heeft laten zien dat er al bij de geboorte **gezondheidsverschillen zijn tussen groepen met een hoge en een lage sociaaleconomische status**, met levenslange gevolgen. Ondertussen is dit landelijk ingevoerd via Kansrijke Start.

Binnen de sociale verloskunde gaan we op zoek naar de **oplossingen buiten de zorg** die volgens deze discussienota zo vaak buiten beeld blijven. Als eerste stap gebruiken we daarvoor visualisaties/plattegronden. Door het (letterlijk) in kaart brengen van uitkomsten of kansen op kwetsbaarheid onder de vrouwen en mannen in de vruchtbare leeftijd kunnen zorgverleners, burgers en gemeenten/regio's zien hoe het in hun regio gesteld is met de gezondheid rond de geboorte, en de onderliggende determinanten. Deze plattegronden hebben een belangrijke rol gespeeld bij de bewustwording over gezondheidsverschillen bij de geboorte en de daaropvolgende agenda- en beleidsvorming. Deze aanpak sluit naadloos aan bij de voorgestelde **regiobeelden**.

Door de **samenwerking tussen het medische en sociale domein** dragen we bij aan het **de-medicaliseren** van sociale problematiek, armoede en stress. Deze factoren hebben grote invloed op de gezondheid bij de geboorte, maar zijn niet op te lossen via de geboortezorg. Deze samenwerking is in gang gezet via verschillende programma's in Rotterdam (Klaar voor een kind, Moeders van Rotterdam), landelijk (zoals Healthy Pregnancy 4 All) en via ondertussen 275 lokale coalities (Kansrijke Start). Partijen maken afspraken over samenwerking tussen gemeenten en zorg om via **vroegsignalering** tijdig op te sporen welke ouders extra begeleiding nodig hebben op een, of meerdere levensdomeinen. Waar zorgverleners deze ondersteuning niet zelf kunnen bieden, leiden zij (aanstaande) ouders toe naar de juiste partijen in het sociale domein en gemeenten. Dit draagt bij aan **integrale zorg rondom mensen die zo dichtbij mogelijk bij hen is georganiseerd**. Door het enorme bereik van geboorte, kraamzorg en Jeugdgezondheidszorg, waar (bijna) alle (aanstaande) ouders een beroep op doen, heeft deze aanpak een enorme potentie.

Met onze aanpak van sociale verloskunde hebben we een **beweging** in gang gezet naar een betere **inbedding** van preventie, leefstijl en een vroegtijdige aanpak van sociale problematiek binnen de geboortezorg én inbedding van de aanpak van gezondheidsverschillen door gemeenten vanaf het allereerste begin. Door deze **beweging** hebben professionals uit de verschillende beroepsgroepen en domeinen over **schotten** heen leren kijken, kennis gemaakt met **het aanbod in de regio** en met professionals met andere deskundigheden. Partijen zien waar ze elkaar kunnen aanvullen en versterken én wat er nog ontbreekt.

Voor deze gezamenlijke aanpak hebben we - nu en in de toekomst - andere professionals nodig die beter voorbereid zijn op samenwerking tussen verschillende professionals, die *out reaching* en in de wijk willen werken, die kennis hebben over de oorzaken van gezondheidsverschillen, die de ervaringsdeskundigheid van patiënten/cliënten kennen en meenemen in hun afwegingen, die zich willen opstellen als advocaat van de mensen die zorg het hardste nodig hebben en die zich daar gewaardeerd voor (kunnen) voelen. Dat is **de sleutel tot verandering**.

Wat levert dat op?

Een van de aandachtspunten in de discussienota is de mate waarin **investeringen in preventie zich terugverdienen in lagere zorgkosten en economische voordelen**. Deze zijn soms pas op langere termijn zichtbaar. Preventie in de eerste 1000 dagen (en de periode voor de conceptie) draagt echter al op kortere termijn bij aan lagere zorgkosten en groter welzijn. Stoppen met roken, gebruik van foliumzuur, aanpassing van mogelijk schadelijke medicatie bij een kinderwens of het online leefstijl- en coachingsprogramma Slimmer Zwanger verkleinen de kans op minder optimale gezondheid bij de geboorte. Preventie van vroeggeboorte en een laag geboortegewicht dragen bij aan grotere kansen op gezondheid en welzijn in het verdere leven. De inzet van het programma VoorZorg is effectief in het voorkomen van kindermishandeling. Deelname aan Centering Pregnancy™ leidt bij vrouwen die zwanger zijn van hun eerste kind, tot minder verwijzingen, minder interventies en meer borstvoeding. Binnen NuNietZwanger gaan professionals het gesprek aan met vrouwen en mannen over de betekenis van een kinderwens op dit moment in hun leven, zodat ze niet onbedoeld zwanger raken. Bij voldoende kraamzorg zijn de zorgkosten voor moeder en haar kind in het eerste jaar na de geboorte lager.

Sterke productieprikkelers worden genoemd als een belangrijk knelpunt bij preventie. Een van de suggesties is de **bekostiging te baseren op de waarde die zorg toevoegt voor mensen** (en dát te doen wat het meest effectief is in aanvulling op wat mensen en hun omgeving zelf kunnen doen). Binnen de geboortezorg worden stappen gezet naar het 'bespreken van de uitkomsten zwangerschap met de zwangere' (BUZZ). De uitkomsten binnen deze **waardegedreven en uitkomstgerichte zorg** bestaan uit uitkomsten die er echt toe doen voor de patiënt, zoals de kwaliteit van leven zoals zwangere of pasbevallen vrouwen deze rapporteren, sociale participatie en beleving van de zorg.

In de nota ontbreekt ons inziens de preventieve invloed van aanpassingen van de sociale en fysieke omgeving, zoals openbaar groen, speelruimte, openbaar toegankelijke ontmoetingsplekken waar (aanstaande) ouders in contact kunnen komen met elkaar en met professionals, veilige huisvesting enzovoort. Evenals de effecten van preventie op deelname aan onderwijs, werk, maatschappij.

Samenvatting

Door in te zetten op preventie voorafgaand aan en tijdens de periode van zwangerschap en jong gezin, bieden we alle inwoners meer kansen op een goede gezondheid, ook op later leeftijd. Door uit te gaan van het levensloopperspectief verbinden we perspectieven en kansen uit verschillende levensdomeinen en -fasen, van het allereerste begin naar gezondheid en welzijn op latere leeftijd. Door te investeren in de samenwerking tussen sociaal en medisch domein, ook bij aanstaande en jonge gezinnen, investeren we al vroeg in het de-medicaliseren van sociale problematiek en het terugdringen van sociaal-maatschappelijk problemen. Dit zal op termijn bijdragen aan het terugdringen van de toenemende zorgvraag.