

Rapportage eerste jaar pilotstudie Preconceptiezorg Deelgemeente Noord

Dit project is uitgevoerd in opdracht van
Programmabureau Klaar voor een Kind

Rotterdam, 4 februari 2010

Inleiding

Nederland kent hoge perinatale sterftecijfers met grote verschillen tussen etnische, sociaaleconomische en tussen mensen al dan niet wonen in een grote stad of in een zogenoemde prachtwijk (De Graaf et al.; NTVG 2008;152:2734). Zwangere vrouwen die in een grote stad wonen hebben vaker een slechte zwangerschapsuitkomst. Verklaringen hiervoor zijn dat in grote steden meer allochtone ouders en ouders met een lage sociaaleconomische status wonen, meer ouders woonachtig zijn in een prachtwijk, en in de grote steden meer sprake is van cumulatie van diverse risico's. Ongunstige perinatale uitkomsten komen binnen de vier grote steden in Rotterdam het meest voor. In Rotterdam vormt het wonen in een prachtwijk een extra risico, vooral voor autochtone ouders. De Nederlandse situatie gaf de minister aanleiding tot de installatie van de *Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte* die binnen het huidige kader verbeteringsvoorstellen voorbereidt met de beroepsgroepen. Hij kondigde verder in 2008 aan dat - in dit verband - meer voorlichting aan toekomstige ouders speerpunt van beleid werd. In Rotterdam werd op grond van de cijfers in 2008 het Aanvalsplan Perinatale Sterfte (Denktas et al, TSG 2009;87:199; www.klaarvooreenkind.nl) ontwikkeld en omgedoopt tot het programma Klaar voor een Kind dat op 1 januari 2009 van start is gegaan. De gemeente Rotterdam investeert in de ontwikkeling en start-up van nieuwe preventieprogramma's. De GGD Rotterdam-Rijnmond en het Erasmus MC coördineren het programma via het KveK-programmabureau. Dit regisseert de activiteiten (ontwikkeling, onderzoek, implementatie, afstemming, beleid). Het programma Klaar voor een Kind voorziet in verschillende projecten en de Pilotstudie Preconceptiezorg in deelgemeente Noord is de eerste die in uitvoering is genomen.

Proces

In 2007 is een eerste gesprek geweest met de portefeuillehouder van de deelgemeente Noord over de ongunstige zwangerschapsuitkomsten in Rotterdam. In 2008 is geld beschikbaar gesteld door de gemeente Rotterdam om de pilot Preconceptiezorg (PCZ) tot uitvoering te brengen. Verschillende zorgprofessionals (huisartsen en verloskundigen) en zelforganisaties werden benaderd en geïnformeerd over de pilot en er werd afstemming gezocht, draagvlak gecreëerd en deelname aan de pilot werd geïnventariseerd. In 2008 is ook begonnen met de voorbereiding van gepland onderzoek naar de opbrengst van deze pilot. Een vragenlijst werd ontwikkeld, en de steekproeftrekking werd gedefinieerd. Pas als de aanvangssituatie tevoren is gekend kan immers van de pilot PCZ een effect worden vastgesteld, met eventueel een verklaring van effectverschillen.

In maart 2009 is het convenant 'Preconceptiezorg in de deelgemeente Noord' getekend en is, als onderdeel hiervan, het vragenlijstonderzoek van start gegaan.

Relevantie

Perinatale sterfte berust voor een groot deel op aangeboren afwijkingen, vroeggeboorte, ondergewicht, en een slechte start. Het terugdringen van sterfte hangt dus af van preventie van deze voorliggende perinatale ziekten. Recent inzicht toont aan dat de periode vlak voor de zwangerschap plus de 3 maanden na de conceptie bepalend zijn voor de ontwikkeling van de baby. De preventieve activiteiten dienen dus in deze cruciale periode plaats te vinden. Preconceptiezorg stelt in staat tot opsporing en aanpak van risicofactoren nog vóór de zwangerschap en biedt daarom de mogelijkheid veel gezondheidswinst te boeken. Dit is van groot belang voor de gemeente Rotterdam waar grote verschillen in gezondheid tussen bevolkingsgroepen en tussen wijken voorkomen.

Doelstelling

De doelstelling van preconceptiezorg is het systematisch en gericht verbeteren van de gezondheid van zowel mannen als vrouwen voorafgaand aan de zwangerschap en het minimaliseren van risicofactoren met als doel de perinatale uitkomsten te verbeteren. De doelstelling van de pilot is effectieve preconceptie zorg te ontwikkelen (PCZ) voor de gehele bevolking (niet alleen wensouders) met een vergelijkbaar bereik van alle subgroepen. Thans ontbreekt het landelijk aan een gestructureerd PCZ aanbod: er zijn veel initiatieven maar weinig inhoudelijke en professionele aansluiting. Dit pilotproject introduceert 'evidence-based' PCZ en verenigt - uniek voor Nederland - drie op elkaar afgestemde benaderingsperspectieven, waarmee de doelstelling van maximaal bereik wordt beoogd:

- **Collectieve preconceptie-voorlichting**
 - Via massamediale campagnes
- **Doelgroepsspecifieke preconceptie-voorlichting**
 - Via de 'peer educator' methode
- **Individuele preconceptie-zorg**
 - Met behulp van gestandaardiseerde en 'evidence based' instrumenten

Omdat er geen ervaring is met deze werkwijze is vanaf het begin van het jaar fors geïnvesteerd in de ontwikkeling en afstemming van verschillende methodieken en werkwijzen en training van projectmedewerkers alvorens daadwerkelijk te starten met de uitvoering. Na de bespreking van de resultaten van de nulmeting gaan we uitgebreid in op de achtergronden en de daadwerkelijke uitvoering van de drie benaderingswijzen, met hun bijpassende interventies.

Nulmeting

Het effect van de pilotstudie over de looptijd van het project wordt bepaald aan de hand van het verschil van bevindingen bij een zgn. voor- en nameting. De voormeting, die ook wel nulmeting wordt genoemd, wordt hierna toegelicht..

Vragenlijst Preconceptiezorg in deelgemeente Noord

De vragenlijst berust op het ASE-model en gebruikte vragen zijn in (inter)nationaal onderzoek gevalideerd. Het ASE-model is het meest gebruikte schema dat in gebruik is bij onderzoek naar gezondheidsgedrag; het stelt onderzoekers en beleidsmakers niet alleen in staat om te bepalen of een preventieve of soms ook therapeutische strategie 'landt' c.q. toegepast wordt, maar ook waarom dat eventueel niet gebeurt, en wel in termen die een aanpak van de knelpunten mogelijk maakt. Het ASE-model is een Westers model, reden waarom wij op basis van eerder onderzoek allerlei etniciteitsaspecten (gemeten via geboorteland, zelfidentificatie, en acculturatieniveau) hebben toegevoegd.

Uit het ASE-model resulteert een vragenlijst die allerlei factoren voor (on)gezond gedrag meet, waarbij de vragen geschikt moeten worden gemaakt op de specifieke context. In ons geval bevatte de vragenlijst naast algemene sociodemografische achtergrond vragen, vragen over ervaren risico's, eerdere zwangerschappen, kennis over preconceptiezorg (PCZ), attitude jegens PCZ, intentie tot gebruik van PCZ, health-locus-of-control en self-efficacy.

Een belangrijke achterliggende overweging is voor wie de vragenlijst bestemd is (zie ook de volgende paragraaf over de steekproeftrekking). Wij stelden ons op het standpunt dat een kind (willen) krijgen een zaak van vrouw en man is, niet van de vrouw alleen, en wij overwogen daarbij ook dat de naaste omgeving van aanstaande ouders hierbij een belangrijke rol spelen. Om die reden is de leeftijdsrange ruim en zijn zowel vrouwen als mannen als doelgroep gekozen. Er is gestreefd naar zo min mogelijk verschillende versies van de vragenlijst. Wel is een aparte vragenlijst gemaakt voor mannen die op onderdelen iets korter is. De vragenlijst is gegeven de bewoners samenstelling in Noord vertaald in het Turks.

Steekproef

De steekproef werd getrokken uit de totale populatie in de deelgemeente Noord met de volgende criteria: leeftijd 15-60 jaar, autochtoon en allochtoon met de Turkse, Marokkaanse, Surinaamse of Antilliaanse etnische afkomst. Er is gekozen voor 18 strata op grond van drie leeftijdsgroepen en zes verschillende etnische achtergronden. De indeling in de groepen

gebeurde op basis van informatie van de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA). De indeling in Surinaams-Creools en Surinaams-Hindoestaans vond *achteraf* plaats op basis van informatie verkregen uit de enquêtes. De beoogde netto steekproefgrootte per groep betrof 75 personen met een verdeling naar de drie leeftijdsgroepen. In totaal komt het neer op $6 \times 75 = 450$ (netto) vragenlijsten voor de 0-meting. Vooraf was een afweging om de bruto steekproefgrootte van 450 per groep te bepalen: (1) de verwachte respons was 33%. Dit percentage is gebaseerd op de respons op de Gezondheidsenquête van de GGD Rotterdam-Rijnmond, (2) het onderscheid in Creools-Surinaams en Hindoestaans-Surinaams kon alleen achteraf worden gemaakt en daarom werd in tegen stelling tot de andere groepen een steekproefgrootte van 1350 personen bepaald, en (3) met een aparte techniek kan het probleem van selectieve non-respons (sommige strata reageren beter dan andere) worden verminderd, maar dat vereist wel dat er twee keer zoveel adressen werden getrokken als nodig.

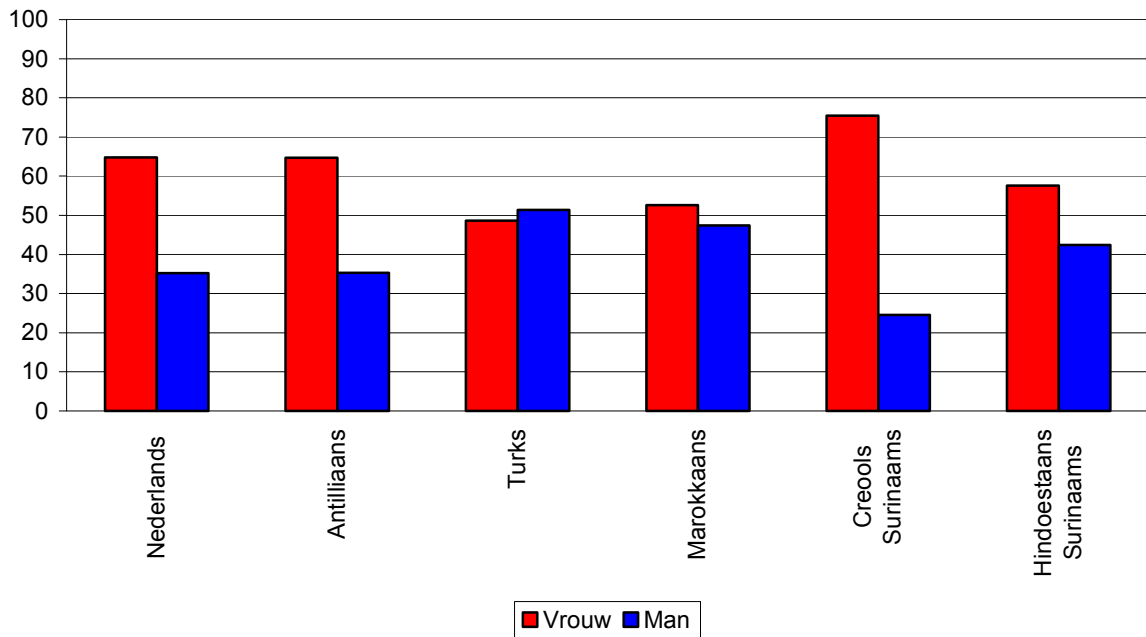
Het veldwerk

De geselecteerde persoon werd eerst via een postenquête benaderd. De non-respondenten werden nogmaals benaderd, maar dan via de *face-to-face* methode door een etnisch en gender gematchte enquêteur. De respondenten werd steeds gevraagd of ze toestonden ook over een jaar nogmaals benaderd te worden om - op individueel niveau - te kunnen evalueren of het project vruchten heeft afgeworpen.

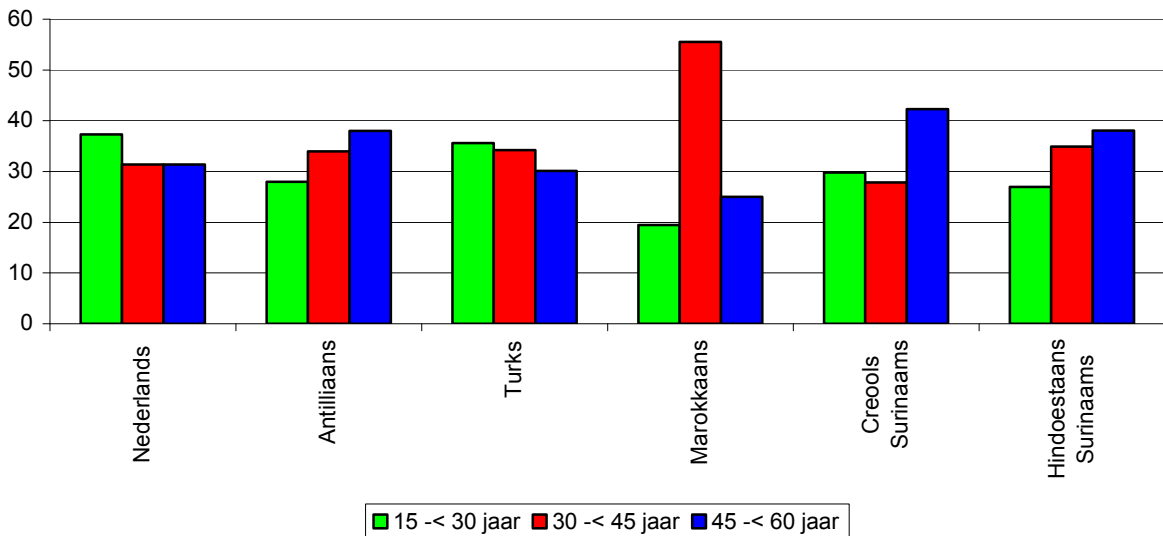
Resultaten

De resultaten van de nulmeting in Noord worden steeds geïllustreerd aan de hand van figuren. We beschrijven eerst een aantal sociaaldemografische kenmerken van de steekproef. In totaal hebben 457 mensen een vragenlijst ingevuld: 203 mannen en 254 vrouwen. Figuur 1 laat zien dat meer vrouwen hebben deelgenomen aan het onderzoek dan mannen en dat er per etnische groep verschillen hierin zijn.

Figuur 1: Man-vrouw verdeling per etnische groep in percentages, n=457

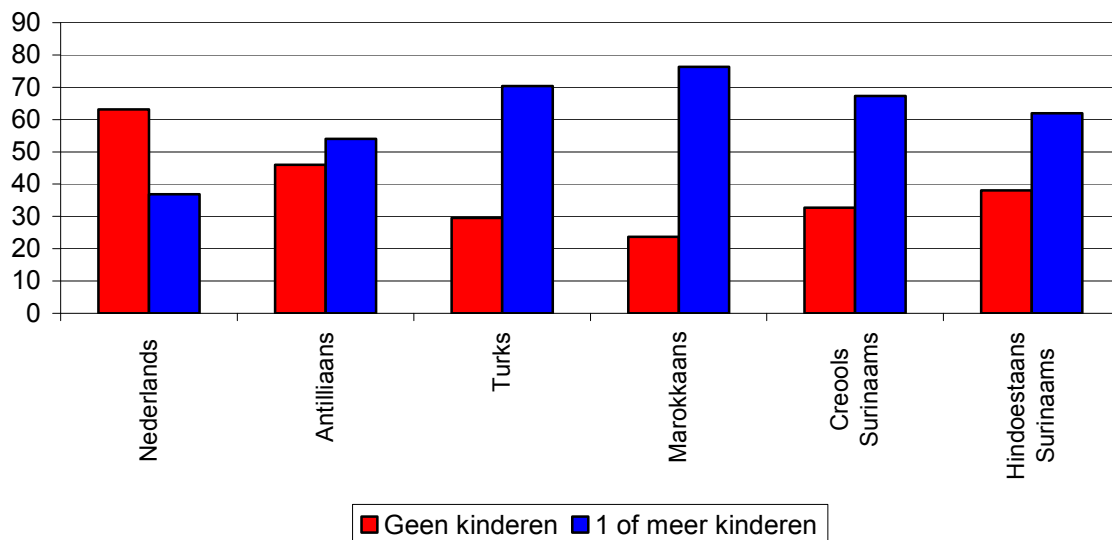


Figuur 2: Leeftijdsverdeling per etnische groep in percentages, n=457



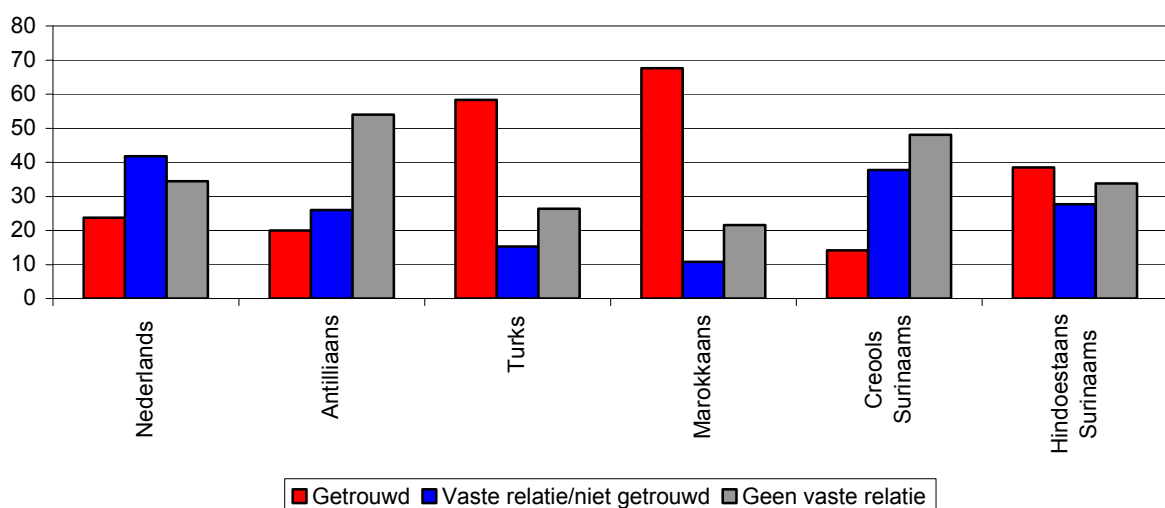
De leeftijdsverdeling is grotendeels conform de door ons tevoren aangebrachte stratificatie met uitzondering van de Marokkaanse groep waarin een oververtegenwoordiging is van mensen in de leeftijdscategorie 30 tot 45 jaar.

Figuur 3: Aantal kinderen per etnische groep in percentages, n=457



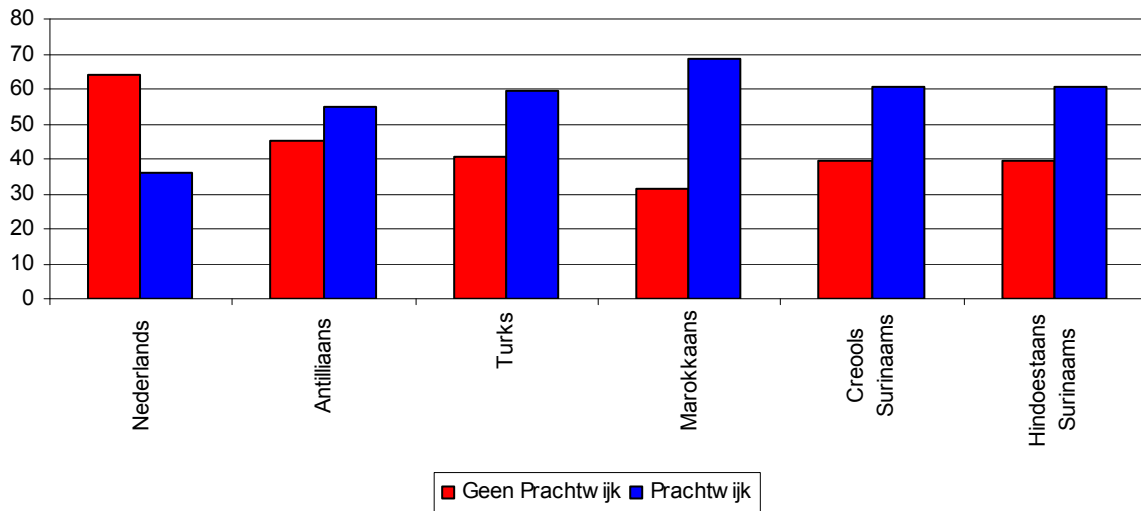
Met uitzondering van de autochtoon Nederlandse groep, hebben alle andere etnische groepen vaker één of meer kinderen.

Figuur 4: Type relatie per etnische groep in percentages, n=457



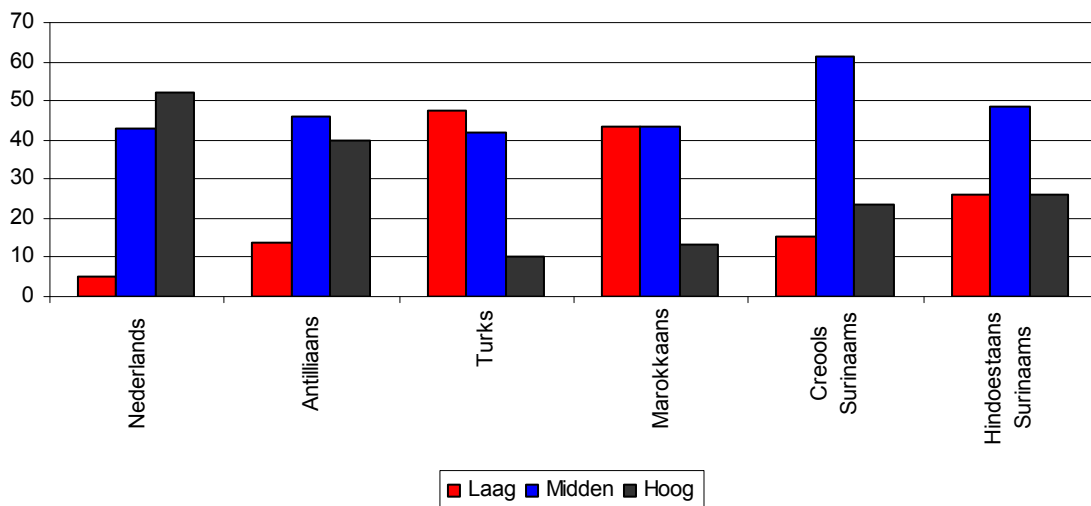
Het merendeel van de Turkse, Marokkaanse, Nederlandse en Hindoestaans Surinaamse groep is getrouwd of heeft een vaste relatie.

Figuur 5: Bewoner Prachtwijk/niet-Prachtwijk per etnische groep in percentages, n=457



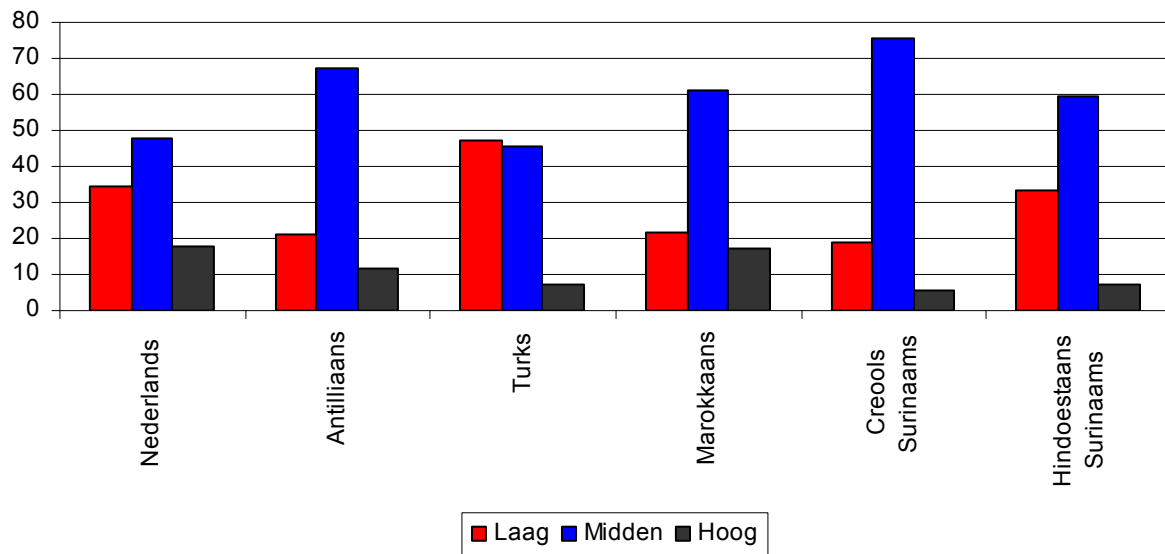
Figuur 5 laat zien dat het merendeel van de Nederlandse groep geen Prachtwijk bewoner is, bij de andere groepen zijn respondenten vaker Prachtwijkbewoner.

Figuur 6: Opleidingsniveau per etnische groep in percentages, n=457



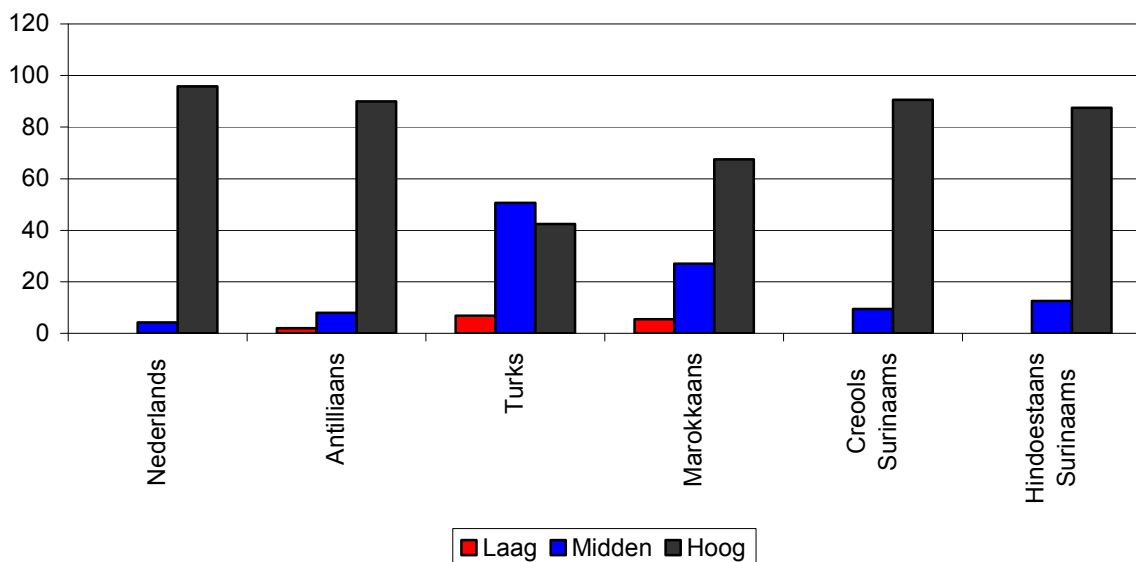
De Turkse en Marokkaanse groepen zijn vaker laag en midden opgeleid, de Nederlandse en Antilliaanse groepen zijn vaker midden en hoog opgeleid en de Creools en Hindoestaans Surinaamse groepen nemen een tussenpositie in met vaker een midden opleidingsniveau.

Figuur 7: Inkomensniveau per etnische groep in percentages, n=457

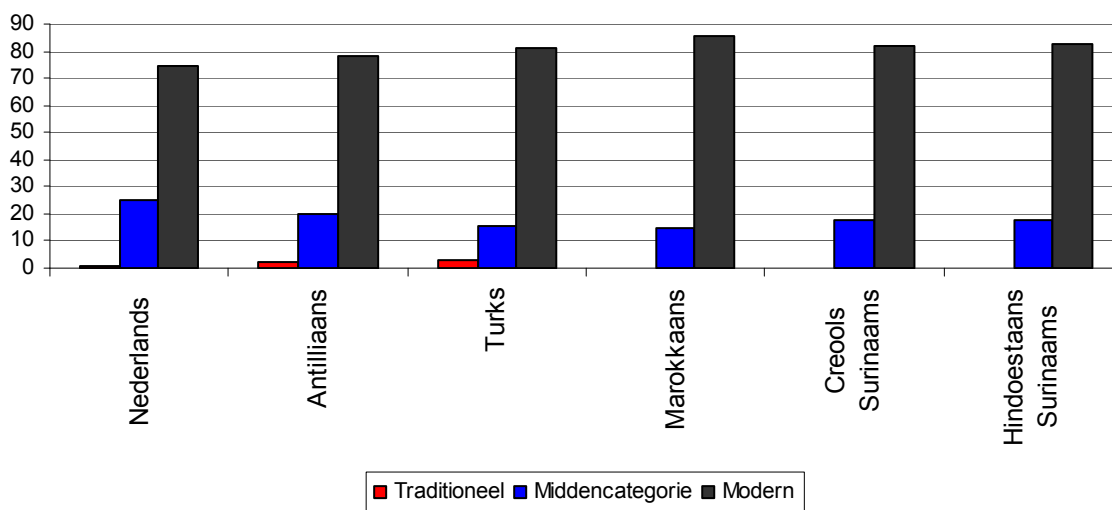


Met uitzondering van de Turkse groep is in de andere etnische groepen vaker een midden inkomensniveau. In alle groepen behoort slechts een klein percentage tot de hogere inkomens. Figuur 8 hieronder laat zien dat met uitzondering van de Turkse groep het merendeel van de respondenten de eigen taalvaardigheid als hoog beoordeelt.

Figuur 8: Taalvaardigheid per etnische groep in percentages, n=457

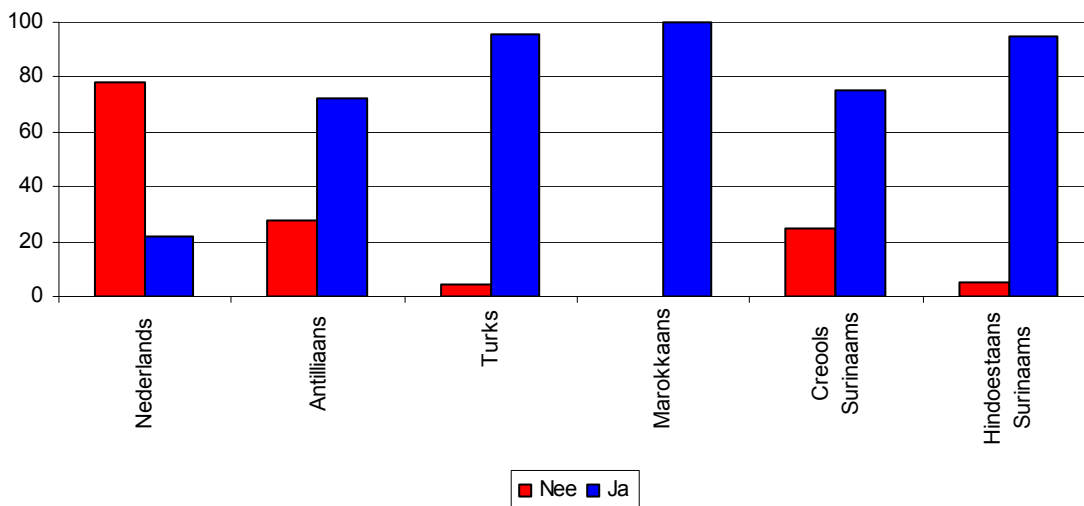


Figuur 9: Man-vrouw rollen (emancipatoir) per etnische groep in percentages, n=457



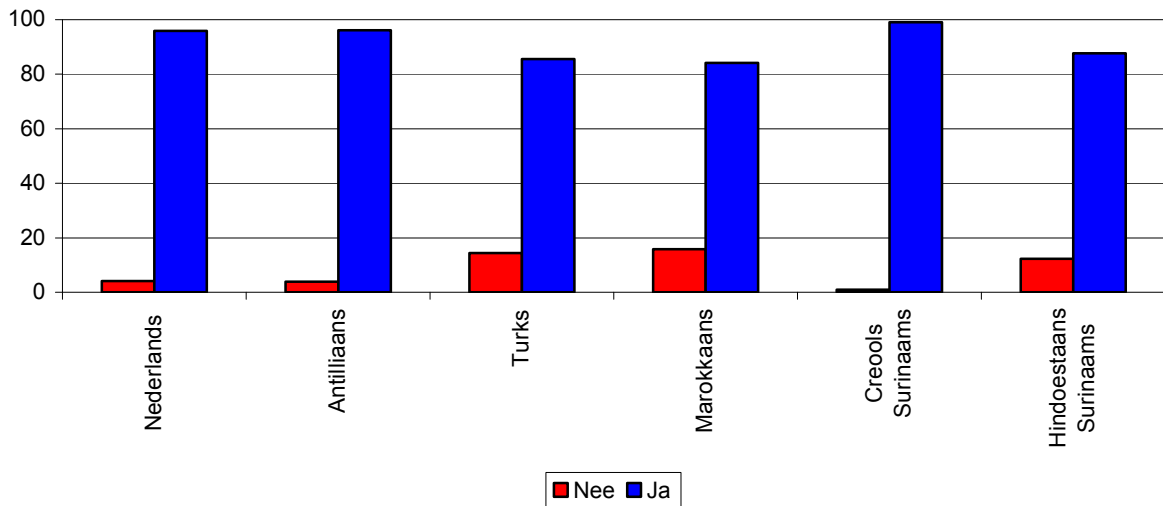
Binnen alle etnische groepen is het overgrote deel van de mensen modern, een veel kleiner percentage deelt zich zelf in de middencategorie terwijl bijna niemand zich als traditioneel beoordeelt.

Figuur 10: Mate van religiositeit per etnische groep in percentages, n=457



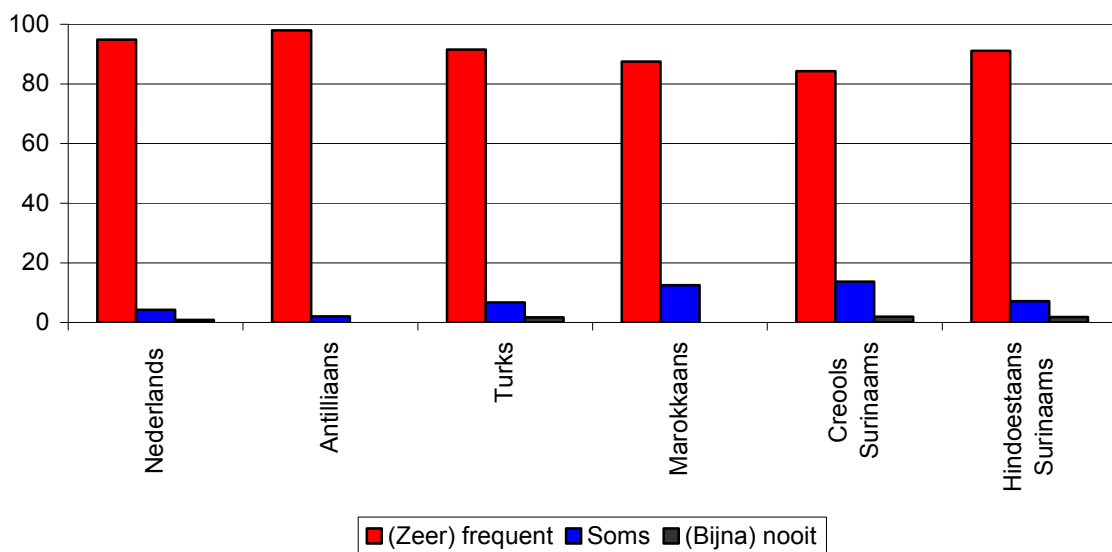
Marokkanen, Turken en Hindoestaanse Surinamers zijn nagenoeg allemaal godsdienstig terwijl de meerderheid van de autochtone Nederlanders aangeeft niet religieus te zijn. Creoolse Surinamers en Antillianen nemen een tussenpositie in, maar ook in deze groepen is een meerderheid godsdienstig.

Figuur 11: Informele contacten/vriendschappen met autochtone Nederlanders per etnische groep in percentages, n=457

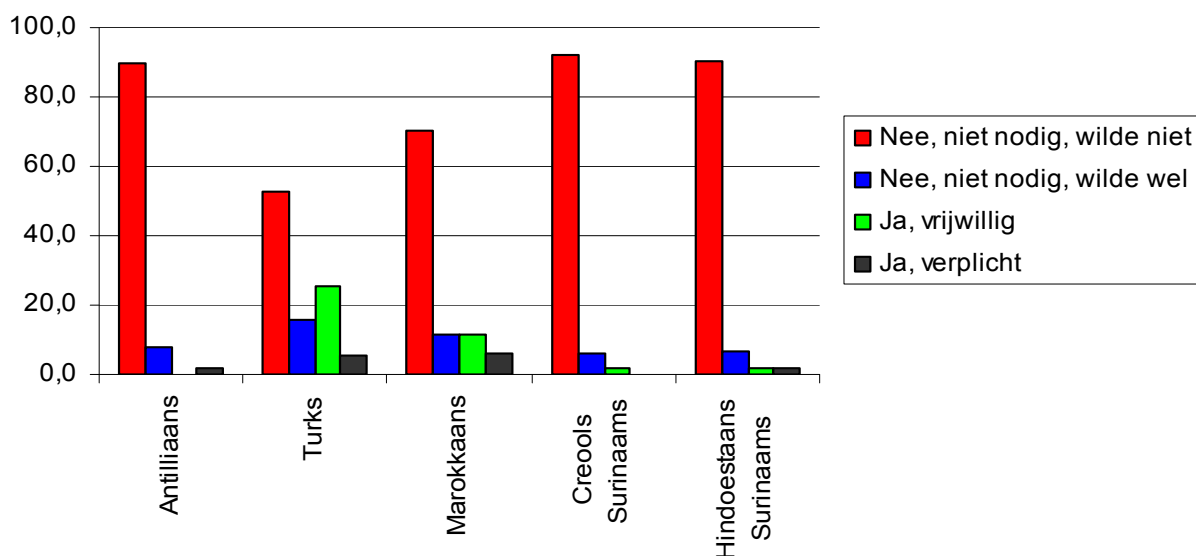


Binnen alle groepen geeft nagenoeg iedereen aan Nederlandse vrienden te hebben en deze vrienden ook (zeer) frequent te zien.

Figuur 12: Frequentie van contact met autochtoon Nederlandse vrienden per etnische groep in percentages, n=457



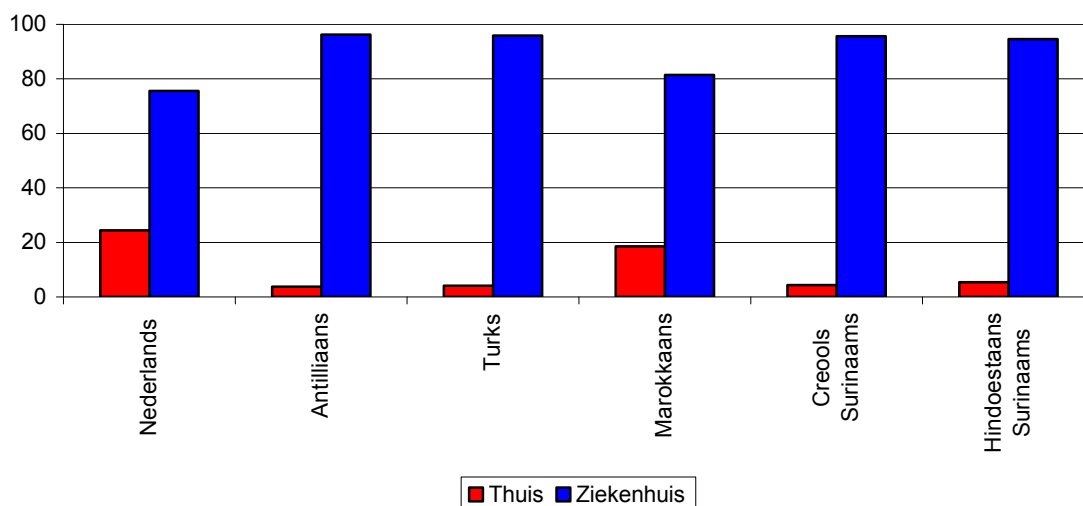
Figuur 13: Deelname aan inburgeringscursus per etnische groep in percentages, n=335



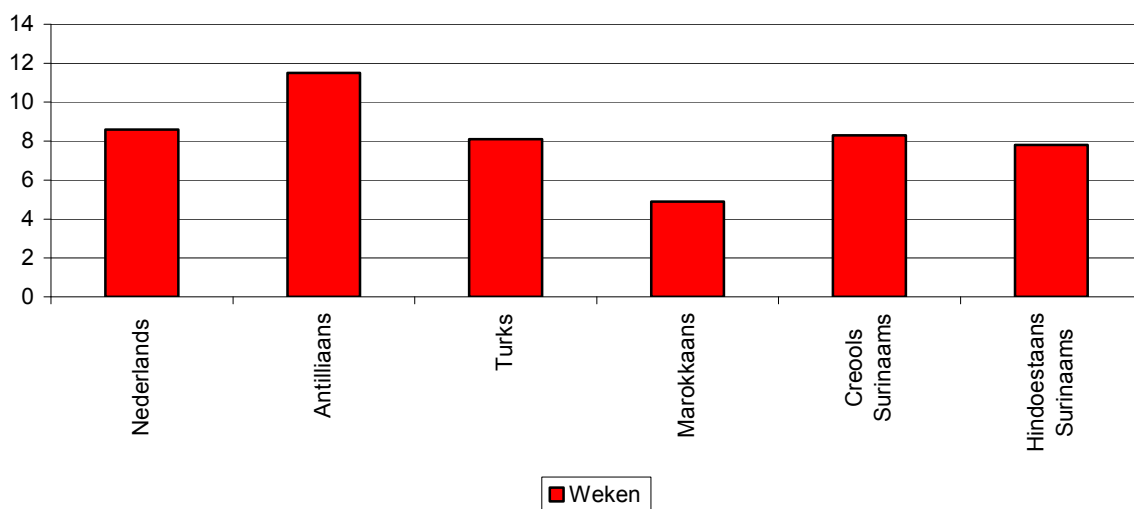
Ongeveer een kwart van de Turkse respondenten en 10 procent van Marokkaanse respondenten heeft vrijwillig en plus minus vijf procent verplicht deelgenomen aan een inburgeringscursus. Tussen de 10 en 20 procent van alle allochtone groepen heeft geen cursus gevolgd, maar had dit wel gewild.

De hierna volgende figuren tonen resultaten over vragen rondom de zorg rondom de zwangerschap en bevalling. Deze vragen zijn alleen gesteld aan vrouwen. Figuur 14 laat zien dat een overgroot deel van de bevallingen bij alle etnische groepen in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden.

Figuur 14: Plaats van bevalling per etnische groep in percentages, n=254

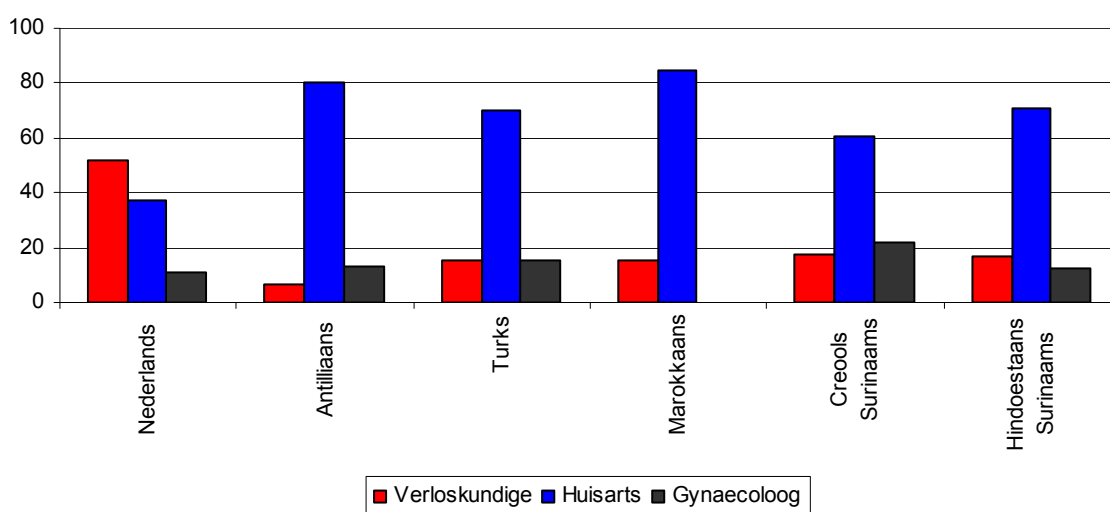


Figuur 15: Gemiddeld aantal weken eerste zorgcontact per etnische groep, n=254

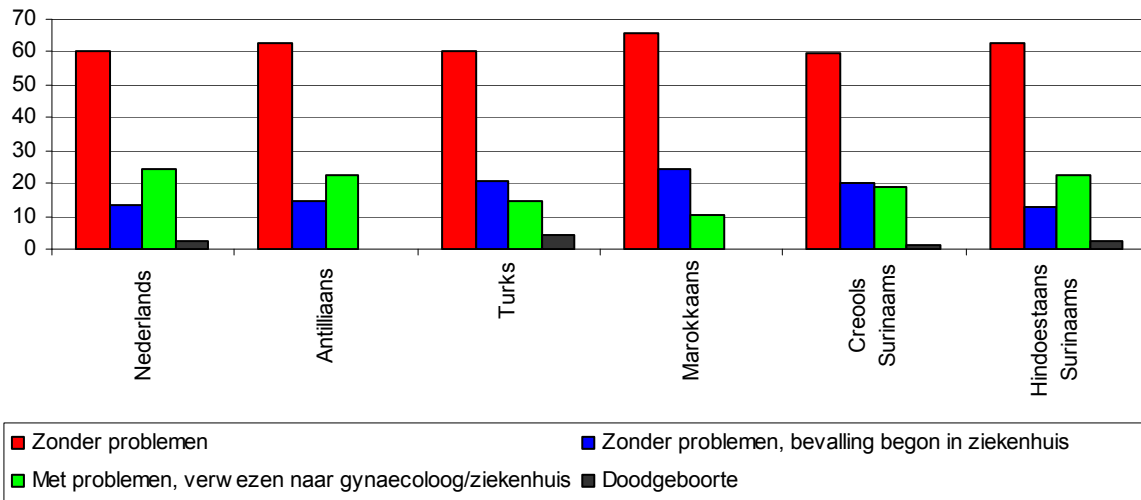


Met uitzondering van de Antilliaanse groep, hebben alle vrouwen rond de acht weken en Marokkaanse vrouwen zelf rond de 5 weken een eerste contact met een zorgverlener. In figuur 16 is te zien dat dit eerste zorgcontact zeker onder de allochtone groepen bijna altijd met de huisarts is.

Figuur 16: Zorgprofessional met wie een vrouw het eerste zorgcontact heeft, per etnische groep in percentages, n=254



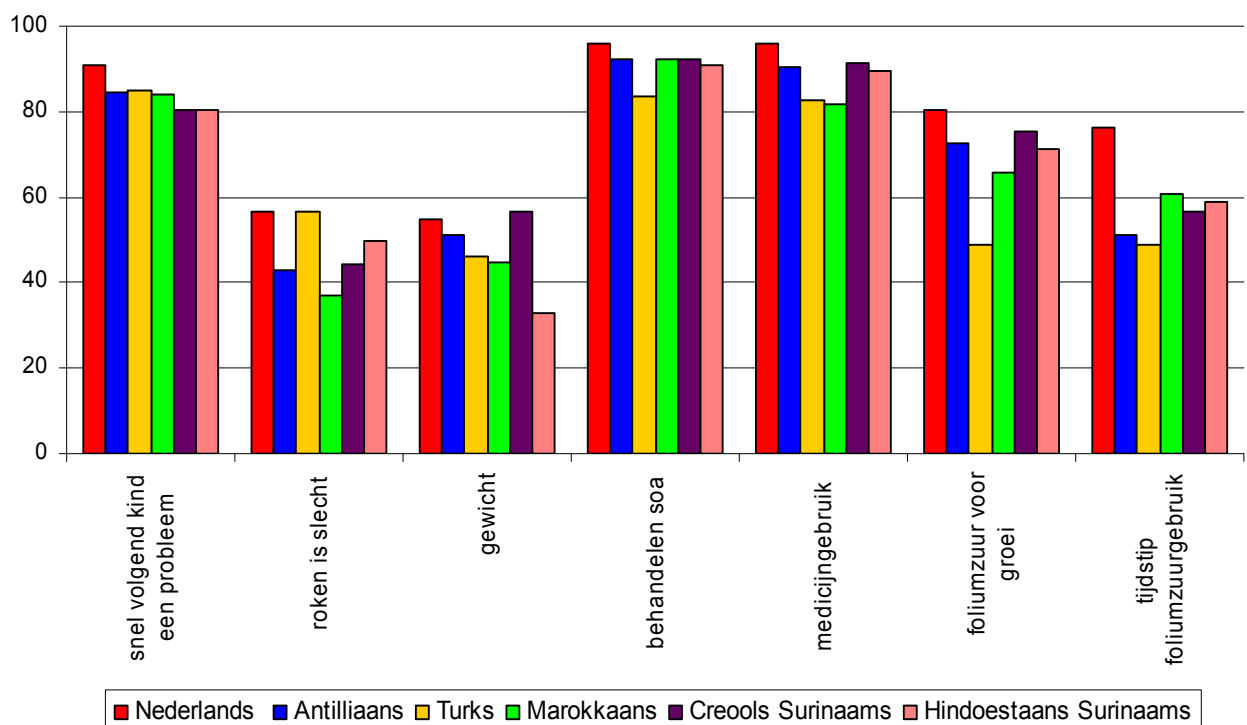
Figuur 17: Verloop van de bevalling per etnische groep in percentages, n=254



In de Nederlandse, Antilliaanse, Creools Surinaamse en Hindoestaans Surinaamse groep kreeg rond de 20 procent problemen tijdens de bevalling en moest worden doorverwezen naar de gynaecoloog. Deze cijfers zijn wat gunstiger dan die uit nationale bronnen bekend zijn over de stad, mogelijk omdat vrouwen met minder goede afloop minder vaak reageerden.

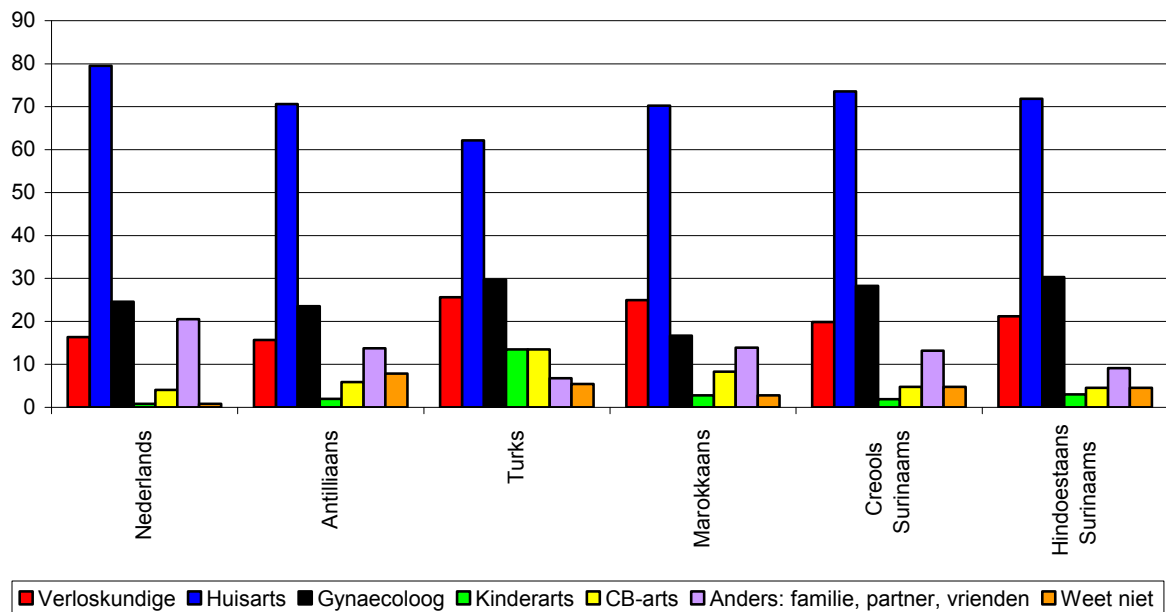
De figuren hierna laten de resultaten zien betreffende vragen rondom preconceptiezorg.

Figuur 18: Kennis over risicofactoren voor een gezonde zwangerschap, naar etnische groep in percentages, n=457



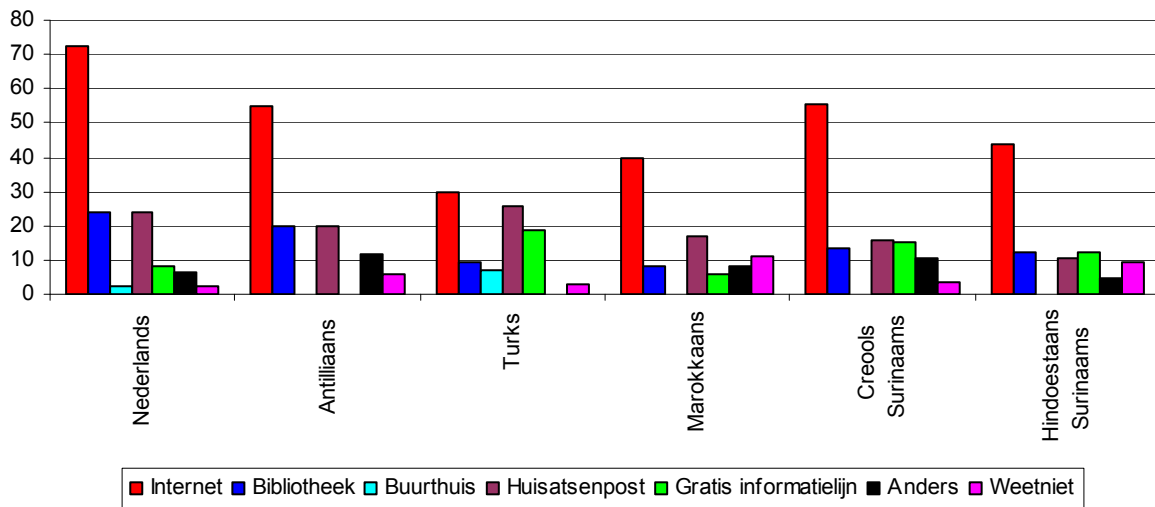
Misschien wel het meest opvallende is dat de kennisverschillen tussen etnische groepen niet zo groot zijn, naast dat over sommige zaken weinig kennis bestaat zoals het sterk negatieve effect van roken en een hoog gewicht op het zwanger kunnen worden.

Figuur 19: Naar welke zorgprofessional voor preconceptioneel advies per etnische groep in percentages, n=457



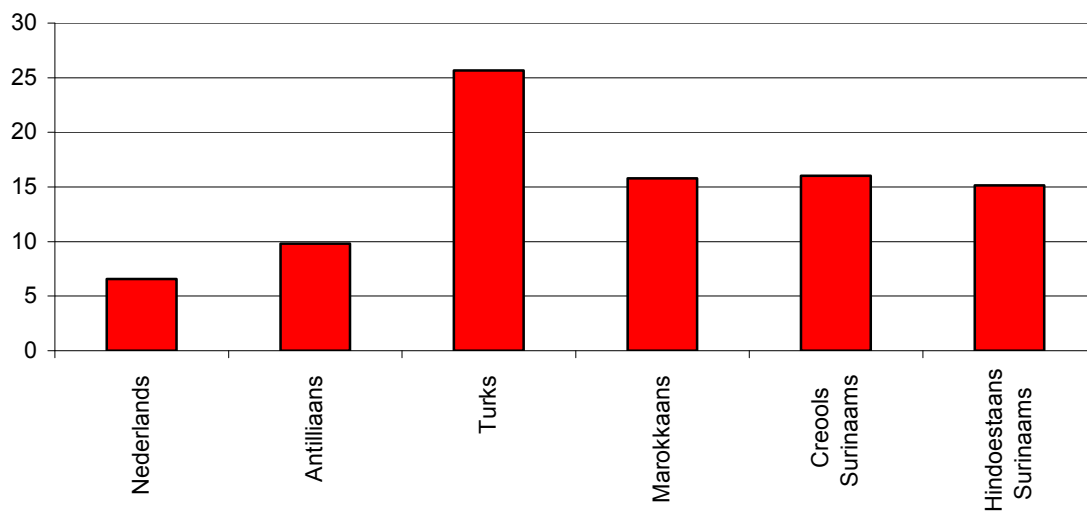
Om advies in te winnen voor de zwangerschap geeft het overgrote deel van de respondenten aan naar de huisarts te zullen gaan, daarna wordt de gynaecoloog genoemd. Een kleiner deel van de respondenten noemt de verloskundige.

Figuur 20: Plek van voorkeur voor preconceptioneel advies per etnische groep in percentages, n=457

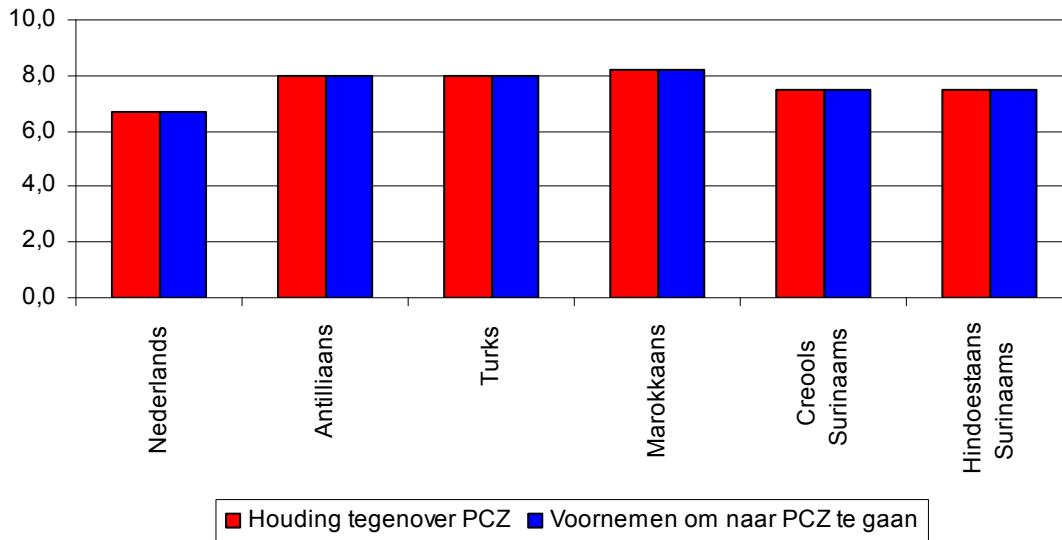


Meer dan de helft van de Nederlandse, Antilliaanse en Creools Surinaamse groep heeft een voorkeur voor het internet. In de Hindoestaans Surinaamse, Marokkaanse en Turkse groep heeft tussen de 30 a 40 procent een voorkeur voor het internet. Eenmaal op het internet blijkt een relatief groot deel van de mensen Zwangerwijzer te kennen.

Figuur 21: Aandeel respondenten dat Zwangerwijzer kent per etnische groep in percentages, n=457



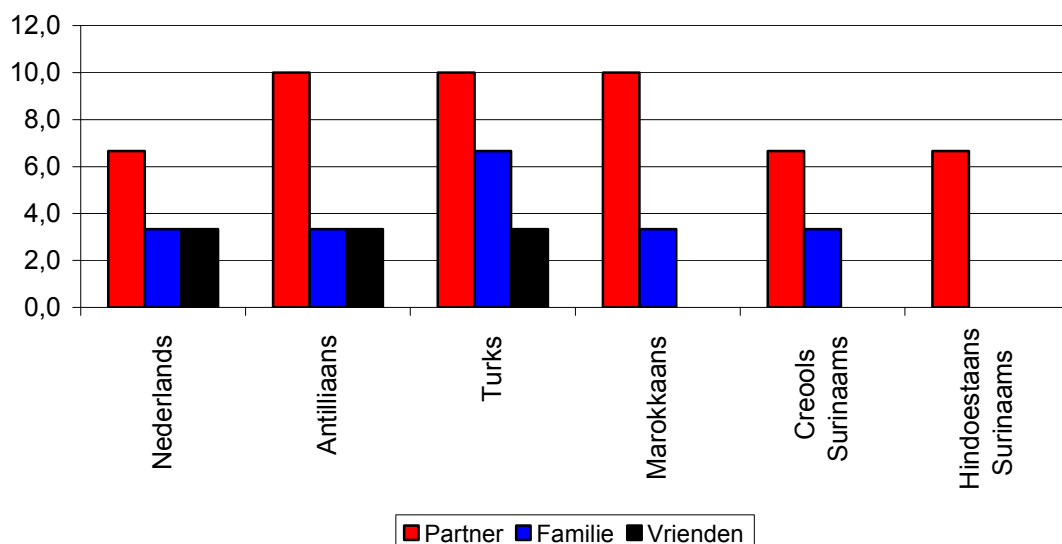
Figuur 22: Houding jegens PCZ en het voornemen om gebruik te maken van PCZ per etnische groep uitgedrukt in mediaan, n=457



De score is berekend op een schaal van 0 tot 10 waarbij een hogere score een positievere houding ten opzichte van preconceptiezorg betekent en een grotere geneigdheid om daadwerkelijk naar een consult te gaan. Over de gehele linie wordt hoog gescoord, de Nederlandse groep neigt tot lager scores.

Figuur 22 laat zien door wie men zich zou laten adviseren om naar een PCZ consult te gaan. Hier geldt dat een hogere score aangeeft dat de genoemde persoon/personen belangrijker is bij de beslissing om naar een consult te gaan.

Figuur 23: Door wie zou men zich laten adviseren om naar PCZ te gaan, per etnische groep uitgedrukt in mediaan, n=457



Conclusie

De gerealiseerde steekproef voor de nulmeting vormt een goede afspiegeling van de bevolking van deelgemeente Noord. Het blijkt een mix van verschillende sociaaleconomische groepen, prachtwijk/niet-prachtwijkbewoners en de groep van niet-Nederlandse afkomst heeft allerlei kenmerken die wijzen op goede integratie in de samenleving. Anders dan verwacht hebben vrijwel alle vrouwen die zwanger zijn/waren vroeg in het eerste trimester contact met hun huisarts. Het is niet duidelijk of zij dan ook snel bij een verloskundig zorgverlener in contact komen - beschikbare gegevens wijzen op gemiddeld een veel latere eerste gesprek bij de verloskundige of gynaecoloog. Ook als het gaat om preconceptiezorg denken de mensen eerst aan de huisarts als eerste aangewezen professional.

Het internet is de belangrijkste plek om informatie in te winnen. Zwangerwijzer, een van de instrumenten die wordt gebruikt in pilotstudie, is opvallend vaak bekend. Indien mensen wordt gevraagd hoe ze staan ten opzichte van preconceptiezorg dan is dat zeer positief en mensen zouden er ook daadwerkelijk gebruik van willen maken. In de keuze om gebruik te maken van preconceptiezorg laten ze zich veelal door partner en familie adviseren.

In deze rapportage zijn de gegevens nog niet diepgaand met elkaar in verband gebracht via het zogenoemde ASE-model. Dat wordt op een later tijdstip voorzien. Niettemin is nu al duidelijk dat verschillen in kennis en gezondheidsgedrag minder met uitsluitend etnische achtergrond in verband moeten worden gebracht dan werd verwacht.

Uitvoering van de interventies

Met de nulmeting is het startpunt van de situatie in Noord geschetst, wij vervolgen met het hele programma van preconceptiezorg zoals dat in 2009 is uitgevoerd. Bij de uitwerking van de drie benaderingswijzen is steeds rekening gehouden met de kenmerken van de populatie die bereikt dient te worden, omdat alle informatie vooraf wees op ongelijk bereik ten nadele van allochtone groepen en personen in achterstandssituaties. De resultaten van de nulmeting geven dus een waardevolle richting aan de invulling van de interventies alsmede gesprekken met sleutelfiguren uit de doelgroepen. Met de interventies is in 2009 een start gemaakt. De resultaten geven we hieronder weer.

I. Collectieve preconceptie-voorlichting

Op 22 juni 2009 is de publieksvoorlichting gestart door middel van verspreiding van posters en flyers in deelgemeente Noord, tram reclame, (tijdelijke) website online en media-aandacht (redactionele artikelen, advertenties en persberichten).

Posters en flyers

Doel en toepassing

Het doel is het bereiken van de doelgroepen via verspreiding van posters en flyers op strategische plaatsen in DG Noord. Er zijn flyers gemaakt en twee soorten posters: (a) een *awareness-poster* (algemene postertekst voor programma) met als doel de aandacht van mensen te trekken voor het feit dat er in deze stad iets bijzonders gebeurt met betrekking tot de gezondheid van baby's en (b) *kinderwensspreekuur-posters* met als doel mensen te informeren over kindwensspreekuren in hun deelgemeente (met vermelding van contactgegevens van de betrokken zorgverleners). Om een groter bereik binnen de doelgroep te verkrijgen is gekozen voor posters in meerdere talen (Turks, Arabisch en Papiamentu). In de flyers staat uitgebreide informatie over de kindwensspreekuren. De flyers zijn samen met de posters verspreid.

Wijze van verspreiding

Huisartsen en apothekers zijn voorafgaand aan de verspreiding telefonisch op de hoogte gesteld over de pilotstudie in de deelgemeente. Tevens is de vraag gesteld hoeveel flyers en posters zij wensten te ontvangen en of er behoefte was aan vertalingen van flyers en posters.

Vervolgens zijn de gewenste posters en flyers binnen een week na het telefonisch contact persoonlijk bij de huisartsen en apothekers afgegeven. Aan de hand van de reacties is gebleken dat deze methode van verspreiding (persoonlijk contact) erg op prijs werd gesteld.

Bij de flyers en posters is een begeleidende brief gevoegd waarin de pilot nogmaals toegelicht en de mogelijkheid van bijbestelling van posters en flyers werd aangegeven.

Verspreidingsgebied

Alle huisartsen, apothekers, gezondheidscentra, verloskundigen en andere relevante gezondheidszorginstanties en –organisaties in de deelgemeente Noord zijn benaderd. Maar ook instanties met betrekking tot cultuur, kunst en recreatie, advies, hulp en begeleiding bij opvoeding, levensbeschouwelijke instellingen, religieuze genootschappen, welzijn en maatschappelijke dienstverlening, koepelorganisaties en migrantenorganisaties en winkeliersverenigingen deelgemeente Noord. Een aantal van deze organisaties en instanties heeft een stadsbreed bereik. Hiermee zijn de kinderwensspreekuren en het programma breder bekend geraakt dan alleen in deelgemeente Noord.

Verspreidingsperiode

De verspreiding van de posters en flyers heeft plaatsgevonden in week 26 en zijn persoonlijk afgegeven bij de huisartsen en apothekers in deelgemeente Noord.

In week 30 zijn aan alle overige organisaties en instanties de flyers en posters verzonden.

In september zijn posters en flyers meegegeven aan twee dames van Dona Daria ter verspreiding bij winkeliers (Turkse en Marokkaanse winkels in DG Noord).

Tramreclame

Om extra aandacht op de kinderwensspreekuren te vestigen heeft in week 26 t/m week 29 een zogenoemde Klaar voor een Kind tram gereden met afwisselend tramlijnen 4,7 en 8.



Website www.klaarvooreenkind.nl

Vanaf 22 juni 2009 is de (tijdelijke) website www.klaarvooreenkind.nl on-line gegaan. Op de homepage van de website wordt ruime aandacht besteed aan de kinderwensspreekuren. Op 24 juli is de definitieve website online gegaan. De kinderwens en de verwijzing naar kinderwensspreekuren (maar ook ZwangerWijzer) worden op de website uitgebreid besproken.

Nieuwsbrief Klaar voor een kind

De nieuwsbrief is er om professionals en betrokkenen bij het programma te informeren over de voortgang van het programma. De nieuwsbrief verschijnt periodiek, de bedoeling is ongeveer 1x per kwartaal. Hierin wordt ook gerapporteerd over de pilot preconceptiezorg. Tot nu toe is drie keer een nieuwsbrief uitgebracht.

Media-aandacht

Persberichten waarbij aandacht is besteed aan de kinderwensspreekuren

9 maart 2009 Persbericht Proef Preconceptiezorg van start; kinderwensspreekuren in deelgemeente Noord

20 mei 2009 Persbericht: Bouw Geboortecentrum Sophia bereikt hoogste punt

13 juli 2009 Persbericht ivm artikel Volkskrant 14 juli 2009

28 september 2009 Persbericht: Opening Geboortecentrum Sophia en ondertekening Convenant.

Redactionele artikelen en advertenties

Redactionele artikelen en advertenties kinderwensspreekuren en programma:

- 11 maart 2009 'Rotterdam start proef met preconceptiezorg' (aandacht voor kinderwensspreekuren) Artikel Reformatorisch Dagblad
- 1 juli 2009 'Rotterdam pakt hoge babysterfte aan' (aandacht voor kinderwensspreekuren) Redactioneel artikel Doğus (Turkstalige krant)
- 14 juli 2009 'Gynaecoloog moet ook vragen hoe aanstaande ouders wonen' Ingezonden artikel Volkskrant
- 14 juli 2009 Interview Jantine Kriens en Eric Steegers nav ingezonden brief Volkskrant RTV Rijnmond (interview Rijnmond Nieuws)
- 15 juli 2009 'Babysterfte groot in achterstandswijken' Interview Telegraaf
- 15 juli 2009 'Spreekuur voor stellen met kinderwens' Redactioneel artikel Stadskrant
- 15 juli 2009 'Strijd tegen hoge kindersterfte' Interview AD/RD

- 1 november 2009 'Geboortecentrum bevalt goed' (aandacht voor kinderwensspreekuren) Redactioneel artikel Doğus (Turkstalige krant)
- 1 december 2009 'Ouderschap begint eerder dan je denkt' Redactioneel artikel Doğus (Turkstalige krant), interview groepsvoorlichting kinderwensspreekuren Dona Daria

II. Doelgroepspecifieke preconceptie-voorlichting

De basis van de nieuw ontwikkelde cursus wordt gevormd door het lespakket 'Gezonde Zwangerschap' van het NIGZ en het Erfocentrum. Medewerkers van enkele zelforganisaties, vrouwenorganisatie Dona Daria, jeugdverpleegkundigen van de GGD en VETC'ers, zijn getraind door het NIGZ voor de cursus 'Gezonde Zwangerschap'. Deze vormt de basis voor een nieuwe cursus 'Bewuste en Gezonde Zwangerschap' die in samenwerking met Dona Daria is ontwikkeld. De cursus bestaat uit vier bijeenkomsten en de werkwijze is interactief met opdrachten. Speciaal hiervoor is een (geboorte)spel ontwikkeld. Naast overdracht van basiskennis over een gezonde zwangerschap wordt in deze cursus ingegaan op het eigen denkkader bij deze onderwerpen, zodat vrouwen zich bewust worden van hun manier van denken, regie leren nemen en leren omgaan met lekenkennis en taboes binnen de eigen culturele context. De cursus wordt afgesloten met een evaluatie en een bezoek aan de verloskundige (praktijk) - vaak is de verloskundige namelijk een onbekende professional. De vrouwen worden gestimuleerd om hulp in te schakelen bij vragen of twijfel. Voor de mannenvoorlichting (uniek in Nederland) als basis in principe hetzelfde programma, maar is echter op onderdelen ingekort tot één voorlichtingsbijeenkomst.

Resultaat

In september is de eerste vrouwengroep gestart en in december is de voorlichting voor de mannengroep begonnen.

Startdatum	Groep	Locatie
24 september	Marokkaanse vrouwen, alle leeftijdsgroepen	Buurthuis het Klooster
24 september	Marokkaanse vrouwen, alle leeftijdsgroepen	Smanecc
28 september	Marokkaanse vrouwen, alle leeftijdsgroepen	IBS De Dialoog

8 oktober	Gemengde groep vrouwen, alle leeftijdsgroepen	Basisschool het Plein
9 oktober	Turkse vrouwen, alle leeftijdsgroepen	Stichting Bera Berlik
10 november	Gemengde groep vrouwen, alle leeftijdsgroepen	Basisschool Juliana van
19 november	Gemengde groep vrouwen, alle leeftijdsgroepen	Basisschool Hildegardis
5 december	Turkse jongeren, wensvaders	Jongeren Vereniging Furkan
11 december	Turkse (schoon)vaders	HDV Gultepe Moskee
18 december	Turkse jongeren, wensvaders	Jongeren Vereniging Gultepe
19 december	Turkse (schoon)vaders.	Iskenderpasa Moskee
26 december	Turkse jongeren, wensvaders	Vereiniging Versam

Inmiddels is de vrouwenvoorlichting afgerond en zijn de eerste resultaten met de coördinator bij de Dona Daria besproken. Hiervan doen we hier kort verslag, de gedetailleerde evaluatie volgt in het eerste kwartaal van volgend jaar.

- 88 vrouwen hebben deelgenomen aan de cursus
- 80 vrouwen hebben daadwerkelijk de evaluatie formulier ingevuld:
 - 51 Marokkaans
 - 25 Turkse
 - 4 vrouwen uit 3 andere etnische groepen: Kaapverdiaans, Spaans, Surinaams
- 65 vrouwen hebben een bezoek gebracht aan verloskundige praktijk Bergweg
- 11 meiden (14-24jaar) hebben deelgenomen aan themazondag “gezond zwanger worden”
- Voor deze cursus is vraag vanuit:
 - basisschool Dialoog voor de Turkse groep
 - basisschool Combinatie voor andere etnische groepen
 - van SAJ
 - Somalische vrouwen
 - Poolse vrouwen

Er zijn echter geen middelen meer.

Waarom deden vrouwen mee:

- Omdat ze zwanger zijn
- Zwanger willen worden
- Een aantal miskramen hebben gehad
- Informatie willen
- Nieuwsgierigheid
- Kennis op doen en doorgeven

Kennislacunes, thema's aan de orde gesteld

- Zwangerschap is een zaak van de vrouw
- Vruchtbaarheid is zeer belangrijk (status)
- Oorzaken van vele miskramen proberen te begrijpen
- Medicatie tijdens de zwangerschap
- Traditionele genezer
- Weinig kennis van het lichaam, zeker bij chronische ziektes
- Niet vertrouwd met "erfelijkheid"
- Geloven in kwade geesten, het boze oog en zwarte magie
- Stress: psychosomatische klachten wordt vaker als risicofactor voor slechte uitkomsten genoemd
- Er zijn veel misverstanden in de communicatie tussen zorgverlener/zorgvrager
- Vrouwen zijn onzeker bij het stellen van vragen aan de zorgverlener
- Ze zien de arts/verloskundige als autoriteit en verwachten een snelle diagnose en medicatie
- Niet een vraag zoals: "hebt u zelf een idee waar uw klachten vandaan komen"
- Ervan uitgaan dat JA niet altijd JA betekent (uit beleefdheid, zorgverlener niet tegen spreken)
- Vrouwen zijn niet gewend aan regelmatige controles
- Vrouwen hebben behoefte aan informatie over anticonceptie
- De weg naar de verloskundige is vaak onbekend

III. Individuele preconceptiezorg

Individuele preconceptiezorg vindt plaats op eigen verzoek door verloskundigen en huisarts voor wensouders, gebruikmakend van evidence-based en gestandaardiseerde instrumenten. Door het Erfocentrum en het ErasmusMC is, een evidence-based web-applicatie ontworpen voor ieder stel met zwangerschapswens dat een individuele risicoschatting wenst

(www.zwangerwijzer.nl). Parallel is een web-applicatie www.preconceptiewijzer.nl voor zorgverleners gerealiseerd, gevoed door informatie uit Zwangerwijzer. In Rotterdam zijn deze protocollen doorgesproken en zijn zorgverleners getraind voor het gebruik van de webapplicaties. Daarnaast leren zij hoe zij sociale en maatschappelijke risico's kunnen detecteren. Samenwerking tussen verloskundigen en consultants van het deelgemeentelijke Vraagwijzerloket is gerealiseerd. De consultants kunnen helpen bij sociaal-maatschappelijke problemen en huisvestingsproblematiek.

Verloskundigen Praktijk Oost, Verloskundig Centrum Bergweg en huisarts M. Bikker participeren in de pilot studie PCZ. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft aangegeven dat preconceptiezorg vooralsnog niet onder de basiszorg valt. Samen met Achmea Zorgverzekeraar is voor de individuele preconceptiezorg in de pilotstudie in deelgemeente Noord een aanvraag ingediend voor een innovatieregeling. Deze aanvraag is gehonoreerd door de NZa. De zorgprestatie bestaat uit drie deelsegmenten: a) voorbereiding, b) consult en c) afsluiting en er kan maximaal 90 minuten in rekening worden gebracht. Het gehanteerde normtarief bedraagt €105,- per zorgprestatie. Waarbij €97,- wordt gerekend voor de zorgprestatie geleverd door de verloskundigen en huisartsen en €8,- voor de onderhoudskosten van de webapplicatie PreconceptieWijzer. Het aantal individuele PCZ consulten is nog zeer beperkt.

Afsluiting

In 2008 en 2009 is een begin gemaakt met de pilotstudie preconceptiezorg in de deelgemeente Noord. Een gedetailleerde nulmeting van de stand van deze zaken in deelgemeente moet het mogelijk maken de effecten daarvan te monitoren. Aan de pilot maar ook aan de enquêtes werkten vele zorgprofessionals en andere stakeholders mee. Deze inspanningen zijn niet onopgemerkt gebleven: de *Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte* besteedt in januari 2010 in haar rapport 'Een goed begin...' veel aandacht aan de introductie van programmatische preconceptiezorg in Nederland, en stelt daarbij het Rotterdamse voorbeeld van drie geïntegreerde benaderingsmethodieken ten voorbeeld. We zijn er nog niet. Gesignaleerd kan worden dat b.v. de verwachtingen wat betreft de (individuele) zorg (nog) niet geheel passen op het aanbod. Ook moet nog extra aandacht worden besteed aan vrouwen die bevielen van een kind met een probleem, en waarbij de volgende keer echt beter moet (zgn. interconceptiezorg). Het komende jaar zal in ieder geval ingezet worden op de uitbreiding van de groepsvoorlichtingen waarbij ook andere doelgroepen en met name bewoners in achterstandswijken benaderd gaan worden. Ook zal via allerlei communicatiemiddelen preconceptiezorg regelmatig onder de aandacht gebracht worden. We eindigen met een welgemeend dank aan zovelen die zich belangeloos en met zoveel energie en vertrouwen voor deze zaak hebben ingezet.

Projectteam

Mw. drs. Semiha Denктаş, projectleider Pilotstudie Preconceptiezorg in Deelgemeente Noord en projectleider programma Klaar voor een Kind (Erasmus MC)

Drs. Henk Sonneveld, onderzoeker Pilotstudie Preconceptiezorg in Deelgemeente Noord (iBMG, Erasmus Universiteit)

Mw. drs. Ernie van der Weg, projectleider programma Klaar voor een Kind (GGD Rotterdam-Rijnmond)

Prof. dr. Gouke J. Bonnel, projectleider Monitoring en Evaluatie programma Klaar voor een Kind (Erasmus MC)

Dr. Erwin Birnie, onderzoeker Monitoring en Evaluatie programma Klaar voor een Kind (Erasmus MC)

Mw. drs. Ingrid Peters, adviseur programma Klaar voor een Kind (Erasmus MC)

Dr. Toon Voorham, adviseur programma Klaar voor een Kind (GGD Rotterdam-Rijnmond)

Prof. dr. Eric A.P. Steegers, directoraat programma Klaar voor een Kind (Erasmus MC)

Mw. Daniëlle van Veen, communicatieadviseur programma Klaar voor een Kind (Erasmus MC)

Mw. drs. Esther Philipsen, communicatieadviseur programma Klaar voor een Kind (GGD Rotterdam-Rijnmond)

Samenwerkingspartners

Bestuur Deelgemeente Noord

Mw. Saadia Daouri, Dona Daria

Dhr. Ibrahim Emili, Emili Consult

Mw. Dr. Jacqueline Laudy, Star-MDC

Mw. Ciska Zomerhuis, verloskundige

Mw. Ligia Teixeira, verloskundige

Mw. Femke Karels, verloskundige

Mw. Drs. Ria Bikker, huisarts

Mw. Drs. Krista Prinsen, gynaecoloog

Mw. Drs. Inger Aalhuizen, beleidsmedewerker KNOV

Mw. Drs. Millicent Willems, Zorgsegment manager Achmea Zorg

Mw. Hanneke Torij, Verloskunde Academie Rotterdam

Mw. Matine van Schie, Stichting Zorgimpuls

