

## **Conferentie Aanvalsplan Perinatale Sterfte**

18-6-2008

Verloskundigen en gynaecologen. Huisartsen en kraamverzorgers. Beleidsmedewerkers en zelforganisatievertegenwoordigers. Politici en bestuurders. Onderzoekers en opleiders. Alle schakels en sleutelfiguren op landelijk en lokaal niveau waren ruim vertegenwoordigd. Aanleiding was de conferentie op 18 juni waarop Rotterdam het aanvalsplan voor de reductie van perinatale sterfte in de stad presenteerde.

### **Opening**

Dagvoorzitter Vincent Roozen, directeur van GGD Rotterdam-Rijnmond, opende deze voor Rotterdam zo belangrijke conferentie. Babysterfte komt hier vaker voor dan in andere grote steden. Er zijn weinig andere onderwerpen die zo beladen zijn, ook op maatschappelijk vlak. En toch is het goed om er met elkaar over te spreken, zo benadrukt hij, want er kan veel aan gedaan worden. Tijdens een ochtendvullend programma wordt een aanvalsplan gepresenteerd dat tot stand is gekomen met de medewerking van verschillende betrokken partijen. Tijdens de conferentie wordt dit plan voorgelegd en getoetst aan de praktijk van de professionals in het veld en er wordt aansluiting mee gezocht bij ontwikkelingen op landelijk niveau.

### **Hans de Goeij**

De eerste spreker van deze dag is Hans de Goeij, directeur-generaal van volksgezondheid van het ministerie van VWS. Hij bestempelt het probleem rondom perinatale sterfte als een probleem van niet enkel de gemeentelijke of landelijke overheid, maar als een gemeenschappelijk probleem van de overheden, zorgverzekeraars, organisaties in het maatschappelijk middenveld en de aanstaande gezinnen.

Ten eerste geeft de Goeij aan dat men veel verwacht van de preconceptiezorg, een belangrijk onderdeel van het aanvalsplan van Rotterdam. Er kan op deze manier met maar weinig middelen veel gered worden. Er wordt begonnen met een leefstijladvies: niet roken, geen alcoholgebruik, oppassen met medicijnen, en het bevorderen van het innemen van foliumzuur en vitamine D. Hans de Goeij benadrukt dat wij met elkaar met betrekking tot dit onderwerp best strenger naar elkaar toe mogen zijn. Uit onderzoek in Rotterdam is gebleken dat veel vrouwen, vaak uit de migrantenpopulaties, te laat in de zorg komen. Door voorlichting kun je voorkomen dat vrouwen te laat in de zorg komen. Migranten maken ook te weinig gebruik van kraamzorg. Op deze terreinen valt dus nog veel te winnen, aldus Hans de Goeij.

Ten tweede een opmerking over de situatie in de wijken. De perinatale sterfte ligt in de achterstandswijken veel hoger. Men moet zich daarom ook primair op deze wijken richten, de situatie is voor behoorlijke verbetering vatbaar. Ook is het hoog tijd de werkomstandigheden van de verloskundigen te verbeteren, die zijn nu soms problematisch. Er wordt aansluiting gezocht bij de maatregelen van kraamorganisaties, verder bestaan er verschillende plannen om verbeteringen door te voeren. Koepels van verloskundigen en zorgverzekeraars gaan deze plannen gezamenlijk bij de Nederlandse zorg autoriteit indienen, in samenhang met de aanvraag voor een speciaal tarief van verloskundigen in achterstandswijken.

Ten derde stelt De Goeij dat de randvoorwaarden rondom zwangerschap en geboorte moeten verbeteren. De inhoud van de gewone kwaliteit is doorslaggevend. Hans de Goeij: "Je kan wel op tijd komen, maar als de zorg niet voldoende afgestemd is op elkaar dan ontstaat er weer een zwakke schakel in de zorg. Dit moet natuurlijk voorkomen worden". Perinatale zorg omvat gynaecologische-, verloskundige-, en kraamzorg. In de toekomst moeten deze vormen van zorg meer op elkaar worden afgestemd, zodat er met een gesloten keten gewerkt kan worden.

Hans de Goeij is samenvattend zeer enthousiast over het aanvalsplan. In de startfase hand in hand samenwerken tussen gemeente en Rijk lijkt hem verstandig, zodat wat er bedacht gaat worden niet verloren gaat. Rotterdam kan als rolmodel die slag maken. Tot slot geeft hij Rotterdam nog een extra duw waar het gaat om de ambitie: het streven is om het perinataal sterftecijfer van de achterstandswijken binnen tien jaar te laten afnemen tot het landelijk gemiddelde. De Goeij meent dat die ambitie kan worden bijgesteld.

## **Eric Steegers**

Eric Steegers, hoogleraar verloskunde aan het Erasmus MC en een van de initiatiefnemers tot het aanvalsplan, laat weten dat perinatale sterfte gezien moet worden als het topje van de ijsberg. Daaronder ligt een groter probleem met betrekking tot perinatale ziekten. Steegers zet zijn betoog kracht bij met cijfers. In Rotterdam ligt de perinatale sterfte op 100 kinderen per jaar en de perinatale ziekte op 1500 kinderen per jaar. Er is een beduidend verschil in perinatale sterfte te zien tussen de prachtwijken en de andere gebieden binnen de stad. De perinatale sterfte ligt in de prachtwijken 36% hoger en het aantal kinderen dat een ongezonde start maakt ligt 17% hoger. Rotterdam vergeleken met Nederland kent een slechte uitkomst. In Rotterdam is er sprake van een extra aantal kinderen met een ongezonde start van 21%.

Het begin van de zwangerschap is essentieel voor de rest van de zwangerschap en de ontwikkeling van het kind. De combinatie van de genetische factoren en de omgevingsfactoren gedurende de eerste fase van de zwangerschap bepalen belangrijke processen in het begin. De goede ontwikkeling van het kind tijdens de zwangerschap bepaalt uiteindelijk niet alleen de kans op perinatale sterfte maar ook ziekten op latere leeftijd. We moeten echt anders gaan denken over zwangerschap en geboorten, zo houdt Steegers de aanwezigen voor. De goede ontwikkeling van het kind tijdens de zwangerschap bepaalt veel meer dan de alleen de kans op perinatale sterfte. Dat is echt het topje van de ijsberg.

De zorg vindt op dit moment voor het eerst in de periode van zwangerschap plaats. Dat is voor de vroege processen en de vaststelling van risicofactoren te laat. Om invloed te hebben op risicofactoren (kans op diabetes) en die processen (bijvoorbeeld gezond eten, geen medicijnen slikken) moet je vóór de zwangerschap al beginnen. We kunnen dat nu doen met de preconceptiezorg. Een goed instrument van de preconceptiezorg zijn de webapplicaties [zwangerwijzer.nl](http://zwangerwijzer.nl) en [preconceptiewijzer.nl](http://preconceptiewijzer.nl).

Uit onderzoek van Erasmus MC (Generation R) is een goed beeld ontstaan van de huidige problematiek. Er moet namelijk, naast het benoemen van risicofactoren, ook aan de ketenzorg gewerkt worden. Je ziet bijvoorbeeld dat anderstaligen veel later hun eerste verloskundig consult hebben. Er zijn weinig thuisbevallingen, een groot verschil bestaat er op dit vlak tussen Rotterdam en Nederland. Het merendeel van de bevallingen vindt in het ziekenhuis plaats. De reden hiervoor kan gevonden worden in huisvestingsproblemen, slechte hygiëne enzovoort. Ziekenhuizen hebben hierdoor een capaciteitsprobleem. Een oplossing voor dit probleem is nu gedeeltelijk gevonden in het bouwen van geboortecentra aan ziekenhuizen. Zwangere vrouwen kunnen hier veilig bevallen.

Voor de reorganisatie van de verloskundigenzorg hebben de samenwerkende partijen geconcludeerd dat er gezorgd moet worden voor onder andere meer doelmatig, doeltreffend en toetsbaar werken. De capaciteit van het personeel moet ook meer toereikend zijn. Dit zijn enkele van de punten die moeten leiden tot een afname van onder andere de perinatale sterfte.

Een ongezonde start bij de geboorte is dus niet een geïsoleerd gezondheidsprobleem, maar een veel breder maatschappelijk probleem, benadrukt Eric Steegers.

### **Renate Hazel**

Renate Hazel is verloskundige van Maatschap West. Zij vertelt aan de hand van filmbeelden tegen welke moeilijkheden ze aanloopt als verloskundige in de wijken waar haar praktijk actief is. Zij geeft aan dat ze door de hoge werkdruk eigenlijk te weinig tijd heeft voor haar patiënten. Met iets meer tijd zou ze ook onderliggende problemen kunnen herkennen en eventueel zelfs kunnen voorkomen. De werkomstandigheden in de buurt zijn slecht. Wat zij als verloskundigen graag zouden zien is dat de vrouwen eerder in de zorg gaan, en preconceptioneel goede adviezen meekrijgen. De verloskundigen zouden zelf meer tijd willen hebben om zo de benodigde zorg beter in te kunnen schatten, een goed sociaal netwerk in stelling te brengen en te zorgen voor een veilige plek om te bevallen.

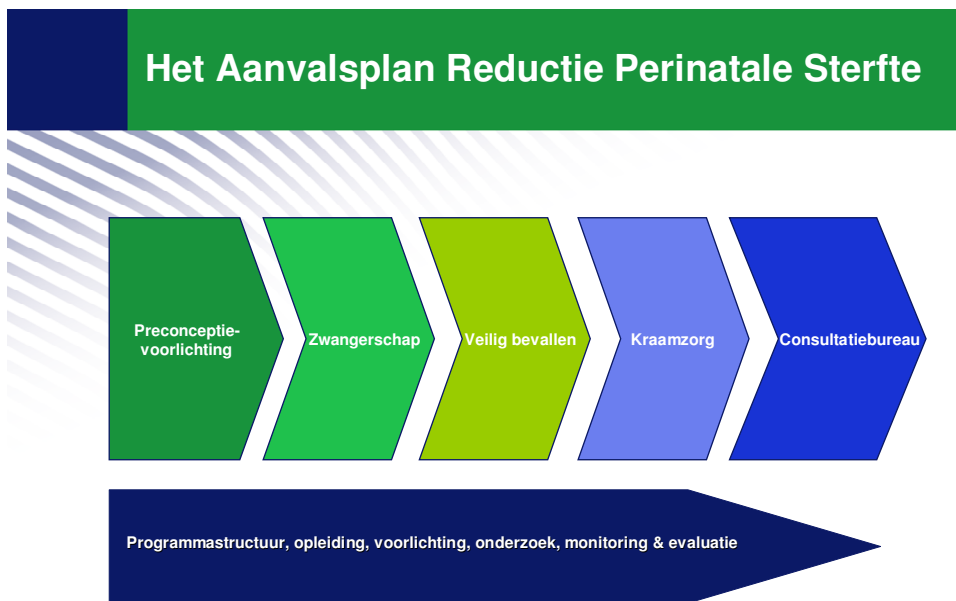
### **Jantine Kriens**

Na de pauze is de beurt aan Jantine Kriens, samen met Leonard Geluk verantwoordelijk wethouder voor dit dossier. Zij maakt zich boos over het onderwerp. Zij vindt het heel erg dat de cijfers in Rotterdam beduidend hoger liggen dan in de rest van het land. Het feit dat er nu een aanvalsplan is ontwikkeld, beschouwt zij daarom ook als een goede zaak. Waar men daarnaast wel voor moet uitkijken is het risico van medicalisering. Soms is er met wat meer tijdsbesteding aan een cliënt in de eerstelijns al een groot deel gewonnen.

Men moet zich realiseren dat het aanvalsplan om perinatale sterfte tegen te gaan niet los staat van breedte-investeringen. Met het aanvalsplan alleen kun je niet de onderliggende problemen aanpakken. Zorgen dat mensen mee kunnen doen, aan het werk kunnen gaan. Een massieve aanval op de armoede in de stad, dat moet samengaan.

Iedereen wil het probleem van de perinatale sterfte stevig aanpakken. We moeten echter uitkijken dat we niet een te grote broek aantrekken. De verschillende inspanningen moeten beter op elkaar worden afgestemd, en ook moet er gebruik worden gemaakt van de contacten die er al zijn met vrouwen die zwanger willen worden, zoals bijvoorbeeld via de vrouwenhuizen en migrantenorganisaties. Er moet met alle kracht die er is op afgegaan worden, zodat men er snel bij is. Rotterdamse kinderen hebben recht op een gezonde start, zij zijn de toekomst van Rotterdam.

De vorming van convenanten tussen verschillende betrokken partijen zal na deze dag starten. Deze convenanten zorgen ervoor dat het niet bij vrijblijvende afspraken blijft, maar dat er naar gehandeld wordt. Jantine Kriens laat vervolgens zien uit welke stappen het aanvalsplan bestaat.



Kriens laat weten dat er een pilot preconceptievoorlichting gestart wordt in de deelgemeente Noord, die zal bijdragen aan de verbetering van de preconceptiezorg. Kriens benadrukt dat het essentieel is dat vrouwen in de toekomst eerder met verloskundigen in aanraking komen op het moment van zwangerschap. Er worden twee geboortecentra gebouwd die voor veiligheid moeten zorgen tijdens de bevallingen. Voor mensen met een moeilijke sociale situatie is dit een oplossing. Na de bevalling moet er in toenemende mate gebruik gemaakt gaan worden van kraamzorg, dat wordt nu nog te weinig gedaan. Te weinig mensen weten dat het er is. Spin in dit web van alles wat er in die eerste periode ingezet zou moeten worden, zijn de consultatiebureaus. Die zorgen voor een goede gezonde start van het kind.

Kriens vraagt aandacht voor een aantal mensen dat straks in samenwerking met het plan aan de slag gaat. Van de Kraamzorg, de Verloskunde Academie en de deelgemeente tot enkele allochtone zelforganisaties, waaronder Donadaria en Platform Buitenlanders Rotterdam. Deze organisaties laten weten dat zij heel gericht – tot in de haarvaten van de wijken – willen gaan kijken, om contact te leggen met de aanstaande jonge moeders en vaders om hen goed voor te lichten.

Jantine Kriens sluit haar verhaal af met de woorden: “Het was boosheid, maar het is nu een groot enthousiasme en vertrouwen dat het verschil gemaakt gaat worden. Zoals Obama zei: “Yes, we can!”

### **Pieter Winsemius**

De voorzitter van Sociaal Platform Rotterdam (SPR), Pieter Winsemius, geeft aan waarom het SPR anderhalf jaar geleden de problematiek rond perinatale sterfte op de agenda wilde hebben. Het oplossen van achterstandssituaties en ongezonde leefsituaties in de wijken begint bij de basis: de nieuwe generatie kinderen die er geboren wordt. Ouders zijn nu al moe en uitgeblust bij geboorte en geven dit door aan hun kinderen. Deze kinderen maken daardoor een ongezonde start. Hij legt bij wijze van illustratie uit dat mensen voor een goede ontwikkeling van het kind meer moeten ‘taaldansen’ met hun kinderen. Taalontwikkeling is de sleutel tot verdere ontwikkeling van het kind, om van hen nieuwsgierige en leergierige kinderen maken. De ouders

beseffen dit belang vaak niet. Zij moeten worden geholpen uit de stress en de passiviteit te komen. Met preconceptievoorlichting zal hierop kunnen worden gewezen.

Ook een geboortekliniek moet dicht bij de andere zorginstellingen zijn, zoals bij het Sophia kinderziekenhuis. Winsemius vertelt dat Giovanni van Bronckhorst een stichting heeft opgericht met als één van de doelen het financieel ondersteunen van de bouw van een geboortecentrum in samenwerking met het Sophia kinderziekenhuis.

“Perinatale sterfte is iets wat wij ons in Nederland niet kunnen permitteren”, zo besluit hij, waarna de aanwezigen op zijn aangeven als ware voetbal supporters een krachtig ‘Aanvallen’ scanderen.

### **Koos van der Velden**

Koos van der Velden, voorzitter van de Stuurgroep Modernisering Verloskunde is de laatste gastspreker. Hij spreekt ten eerste de hoop uit dat deze conferentie straks het moment zal zijn geweest waar naar gekeken wordt als het omslagpunt waarop de verloskundigenzorg in Nederland vernieuwd is. Zwangerschap en geboorten zijn in principe de kroonjuwelen van ons leven. Na lange tijd staat het onderwerp weer centraal, zelfs vaders krijgen meer aandacht.

Belangrijk vindt hij dat de lokale en nationale politiek laten zien dat zij geïnteresseerd zijn aan het onderwerp. Vanuit zijn vakgebied krijgt hij signalen dat daar ook sprake van is. Van der Velden wil graag kijken hoe het aanvalsplan op landelijk niveau kan worden geïmplementeerd. Kindersterfte is een maatschappelijk probleem, het is een kristallisatie van een aantal andere problemen.

De stuurgroep is gevraagd na te gaan welke problemen er zijn op landelijk gebied omtrent dit onderwerp. De stuurgroep heeft doelen gesteld om deze problemen op te lossen, bijvoorbeeld het terugdringen van sterfte bij moeder en kind.

Volgens Koos van der Velden moet de zorg actiever en alerter worden. Mensen in de zorg hebben vaak het idee, en de houding, dat de patiënten wel naar hun toekomen. Dat moet veranderen, de zorg moet de patiënten meer gaan opzoeken. De sociale ongelijkheid moet ook aangepakt worden, maar dat is niet primair een taak van de zorg. Van de zorgverleners mag gevraagd worden dat ze naast hun technische vaardigheden ook maatschappelijke vaardigheden bijleren. Een zorgverlener moet niet alleen richtlijnen implementeren. Het moet een zintuigenvak zijn, waarin je ziet wat er gebeurt. De zorgverlener moet een meer maatschappelijke rol gaan vervullen.

De gynaecologen zouden zich moeten richten op meer continuïteit van de zorg. Een toekomstige moeder moet niet tijdens een zwangerschap met tien verschillende gynaecologen in aanraking komen, dat moet anders georganiseerd worden. Het gebruik van kraamzorg moet ook echt weer toenemen. Om dit alles te realiseren moet alle partijen echt samenwerken, benadrukt Koos van der Velden.

De stuurgroep zal doorgaan met aandacht vragen voor dit onderwerp. Een ander punt waarmee zij aan de slag gaan is het verbeteren van de indicatielijsten. Dit moet de risicoselectie verbeteren. De kwaliteitsindicatoren wil de stuurgroep verbeterd zien, zo ook de zorg in de achterstandswijken. De organisatie en bewerkelijkheid van de verloskundigenzorg is het laatste hoofdpunt wat de stuurgroep zal behandelen.

Koos van der Velden ziet Rotterdam als het voorbeeld voor de rest van Nederland. Het is een prestatie om alle partijen op een dergelijke manier op een lijn te krijgen.

Na deze voordrachten neemt Tweede Kamerlid Khadidja Arib het woord. Arib geeft aan dat ze de ontwikkelingen in Rotterdam met grote belangstelling zal volgen, dat ze enthousiast is om te zien hoeveel partijen hun schouders eronder willen zetten en dat ze in Den Haag aandacht zal blijven vragen voor het probleem van de perinatale sterfte.

## **Afsluiting**

Dagvoorzitter Vincent Roozen sluit af met de constatering dat het plan hierbij in aanwezigheid van allen succesvol is 'geboren' en dat het er nu om gaat 'het kindje' goed en gezond groot te brengen. Hij herhaalt hoe enthousiast hij is, met de andere sprekers, over het feit dat er zoveel partijen zijn opgestaan om straks gezamenlijk aan de slag te gaan, ieder vanuit zijn eigen rol en mogelijkheden. Hij is ervan overtuigd dat het verschil gemaakt gaat worden in Rotterdam. Hij doet ten slotte nog een oproep: of er een meer geschikte naam voor het plan bedacht kan worden, want met de huidige titel 'Aanvalsplan Perinatale Sterfte' wil hij het kind liever niet tooien.