



samen voor gezondheid

Positieve start voor aanstaande moeders en kinderen: onderzoeksrapport

Darie Daemers | Esther Feijen- de Jong | Marianne van den Hof- Boering
Linda Quadvlieg | Marianne Nieuwenhuijze | Marijke Hendrix



ACADEMIE VERLOSKUNDE
AMSTERDAM GRONINGEN

Academie Verloskunde **ZU**
Maastricht **YD**



 **samen voor
gezondheid**

COLOFON

- Titel** Samen voor Gezondheid
Positieve start voor aanstaande moeders en kinderen: onderzoeksrapport
- Auteurs** Dr. Darie Daemers – verloskundige, hoofddocent, senior-onderzoeker
Dr. Esther Feijen-de Jong – verloskundige, gezondheidswetenschapper, universitair docent verloskunde
Drs. Marianne van den Hof-Boering – verloskundige, docent
Drs. Linda Quadvlieg – verloskundige, medisch antropoloog, onderzoeker
Prof. dr. Marianne Nieuwenhuijze – hoogleraar Fysiologische Verloskunde en lector Midwifery, verloskundige
Dr. Marijke Hendrix – gezondheidswetenschapper, hoofddocent, senior- onderzoeker
- De auteurs MH, DD, MN werken bij het Lectoraat Midwifery Science van de Academie Verloskunde Maastricht, Zuyd Hogeschool. MN heeft een leerstoel Fysiologische Verloskunde bij de Universiteit Maastricht.
De auteurs EF en LQ werken als onderzoekers in het Universitair Medisch Centrum Groningen op de afdeling Eerstelijngeneeskunde en Langdurige Zorg, sectie Verloskundige Wetenschap. EF en MvdH zijn docent aan de Academie Verloskunde Amsterdam-Groningen, locatie Groningen.
- Correspondentie** Dr. Marijke Hendrix, projectleider
Academie Verloskunde Maastricht, Zuyd Hogeschool
Universiteitssingel 60
6229 ER Maastricht
marijke.hendrix@zuyd.nl
- Copyright** Gebruik en overname van de teksten, ideeën en resultaten uit deze publicatie is vrijelijk toegestaan, mits met bronvermelding.
- Dit onderzoek is gefinancierd door Regieorgaan SIA (RAAK.PUB06.007), Zuyd Hogeschool, Academie Verloskunde Maastricht en de Academie Verloskunde Amsterdam Groningen.

Mei 2023



SAMENVATTING

Achtergrond

Het creëren van gelijke kansen bij de start van het leven staat hoog op de Nederlandse agenda. Desondanks tonen perinatale uitkomsten in Nederland grote verschillen. Deze verschillen zijn meestal terug te voeren op een cumulatie van medische én niet-medische risico's zoals voeding, leefstijl en sociale omgeving. Armoede en achterstand hebben een substantieel effect op perinatale uitkomsten. Opvallend daarbij is dat dit effect zwaarder lijkt te wegen bij Nederlandse zwangere vrouwen zonder migratieachtergrond. Juist in het Noorden van Nederland en in Limburg is vaker sprake van de combinatie zwangere vrouwen zonder migratieachtergrond en leven in armoede. Deze kennis biedt kansen om de zorg te verbeteren, maar vraagt een nauwere samenwerking tussen verloskundig-medische zorgverleners en hulpverleners uit het sociaal domein. Het actieprogramma Kansrijke Start beoogt deze transitie naar 'sociale verloskunde' lokaal, dan wel regionaal vorm te geven. Dit is een uitdagende opdracht.

Onderzoeksvraag

Bovenstaande vormde de aanleiding voor het onderzoek 'Samen voor Gezondheid, een positieve start voor aanstaande moeders en kinderen' uitgevoerd in Groningen-stad en Zuid-Limburg, met als onderzoeksvraag: Wat zijn de opbrengsten van twee multidisciplinaire zorgaanpakken bij zwangere vrouwen in een kwetsbare situatie voor: 1) het identificeren van kwetsbare zwangere vrouwen; 2) de doorgeleiding naar het sociaal domein met JGZ als één/vast aanspreekpunt; 3) de toepasbaarheid en bruikbaarheid van deze aanpakken vanuit het perspectief van cliënten en professionals?

De aanpak in Groningen (Werkinstructie risicosignalering kwetsbare zwangeren) bestaat uit het gebruik van het vroegsignaleringsinstrument ALPHA-NL voor het identificeren van psychosociale problematiek bij zwangere vrouwen. Indien relevant wordt de vrouw doorgeleid naar het sociaal domein via de telefonische advisering (TA) van JGZ of verloskundigen maken gebruik van de zeventien 'Zorgpaden kwetsbare zwangere Groningen'. Daarnaast kan casuïstiek ingebracht worden in het MultiDisciplinair Overleg (MDO). Deze aanpak is in 2017 ontwikkeld en geïmplementeerd in twee VSV's in Groningen-stad, maar was nog niet geëvalueerd.

De aanpak in Zuid-Limburg bestaat uit een digitale, geactualiseerde psychosociale anamnese voor het identificeren van psychosociale kwetsbaarheden. Positieve Gezondheid (Spinnenweb en Het Andere Gesprek) wordt in het eerste en derde trimester van de zwangerschap ingezet om in gesprek te gaan met de zwangere vrouw. Indien relevant wordt de vrouw doorgeleid naar het sociaal domein via een coördinerend JGZ-verpleegkundige, vast verbonden aan de betreffende verloskundigenpraktijk. De aanpak is geïmplementeerd in 10 verloskundigenpraktijken in samenwerking met de JGZ.

Methode

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is een mix van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethodes gebruikt: dossieronderzoek om vraag 1 en 2 te beantwoorden en een survey onder professionals en semigestructureerde interviews met professionals en cliënten om vraag 3 te beantwoorden. Voor de operationalisering van het concept kwetsbaarheid is gebruik gemaakt van de definitie 'Kwetsbaarheid – zwangere vrouwen', ontwikkeld door het Erasmus MC en gemeente Rotterdam.

Resultaten

Het dossieronderzoek geeft inzicht in de mate waarin verloskundigen vrouwen in een (zeer) kwetsbare situatie signaleren en in de aard en de stapeling van de kwetsbaarheden. In beide regio's blijkt ongeveer 20% van de zwangere vrouwen zich in een dermate situatie van kwetsbaarheid te bevinden dat sociale ondersteuning nodig is. Beide aanpakken lijken kwetsbaarheden te identificeren, maar uit het dossieronderzoek blijkt dat verloskundigen ook zonder een aanpak in hoge mate kwetsbaarheden registreren. Door een aanpak lijkt de identificering te worden gestructureerd en geüniformeerd. De mate waarin vrouwen doorgeleid en ondersteund werden conform de afspraken in de regio's bleef ruimschoots achter bij de prevalentie van kwetsbaarheid.

De bruikbaarheid en toepasbaarheid van de aanpak in Groningen, gemeten onder professionals van beide VSV's in Groningen-stad, wordt als wisselend ervaren. De ALPHA-NL is nauwelijks geïmplementeerd en er lijkt geen draagvlak voor dit signaleringsinstrument. Uit de evaluatiestudie onder professionals lijkt de telefonische advisering een succesfactor, echter in het dossieronderzoek (2 verloskundigenpraktijken in stad Groningen) zien we een zeer beperkt gebruik van deze component. Hetzelfde beeld zien we in het gebruik van de zorgpaden. In de evaluatiestudie geeft het merendeel van de zorgverleners aan op de hoogte te zijn van de 17 zorgpaden en ze te gebruiken zoals bedoeld, maar dat wordt niet bevestigd door de resultaten van het dossieronderzoek. Met name op gebied van de organisatie van de samenwerking zijn verbeterpunten benoemd. De bruikbaarheid en toepasbaarheid van de aanpak Zuid-Limburg wordt als positief ervaren. Succesfactor van de aanpak Zuid-Limburg is de digitale psychosociale anamnese: deze werd goed geëvalueerd en is gebruikt. Het persoonlijke contact tussen verloskundigen en JGZ-verpleegkundige werd positief beoordeeld, maar doorgeleiding via JGZ werd nog beperkt ingezet. Toepassing van Positieve Gezondheid werd wisselend ervaren. Positieve Gezondheid is in het 3e trimester nauwelijks geïmplementeerd. Vooral op gebied van de organisatie van de samenwerking zijn verbeterpunten genoemd die regionaal, maar ook landelijk opgepakt dienen te worden.

Cliënten in beide regio's vinden psychosociale zorg een relevant onderdeel van geboortezorg en waren (in Zuid-Limburg) positief over ingezette instrumenten en ondersteuning. Tegelijkertijd ervaren cliënten beperkingen zoals te weinig tijd voor gesprekken over problemen, te weinig doorvragen bij signalen van problematiek, gebrek aan continuïteit van zorgverleners in de verloskundige praktijk en onvoldoende terugkoppeling tussen zorgpartners. Kansen voor zorgverleners om het gesprek aan te gaan over psychosociale problemen liggen in het feit dat iedere ouder het beste wil voor zijn/haar kind en dat elke vrouw haar zwangerschap optimaal wil beleven, maar daar niet aan toe komt door (een stapeling van) problemen.

Discussie en conclusie

Dit onderzoek, in samenwerking met alle relevante partners in het medische en sociaal domein in beide regio's, heeft ons naast bovenstaande resultaten ook vele, bredere inzichten over de transitie naar sociale verloskunde opgeleverd. Wat betreft signaleren van kwetsbaarheid lijken draagvlak, motivatie, focus, kennis en attitudeverandering belangrijker dan welk signaleringsinstrument precies gebruikt wordt. De definitie 'Kwetsbaarheid' is ondersteunend om een gezamenlijke attitude te creëren waarin hulpverleners open staan voor signalen van psychosociale kwetsbaarheid en daarover in gesprek gaan met de vrouw en steun op maat te realiseren. Het signaleren van kwetsbaarheid is daarmee een ander concept dan de medische risicoselectie zoals gebruikelijk in de geboortezorg. Kwetsbaarheid dient niet benaderd te worden vanuit een epidemiologisch risico-perspectief, maar als een meerlagig, gesitueerd en relationeel concept. Dit sluit ook aan bij de in dit onderzoek veel gehoorde wens van professionals en cliënten om psychosociale ondersteuning in de zwangerschap te normaliseren in plaats van kwetsbaarheden te problematiseren.

In beide regio's blijft doorgeleiding naar het sociaal domein achter bij de gevonden prevalentie van kwetsbaarheid. Mogelijke redenen zijn divers en bieden vele aanknopingspunten voor verbetering. De huidige landelijke focus op signalering dient daarom te verschuiven naar de doorgeleiding en de samenwerking tussen medisch en sociaal domein. We hebben gedurende het onderzoek aan den lijve ondervonden hoe complex het opzetten van een goed gestroomlijnde samenwerking tussen het medisch en sociaal domein is met verschillende kerntaken, competenties, taal, cultuur, wetgeving en financiering. Vele aspecten moeten op elkaar afgestemd worden en vragen veranderingen binnen organisaties. Een uitdagende en mogelijk onderschatte opgave voor regio's die ook landelijke kaders en acties vraagt.

We ronden het onderzoek af met een aantal aanbevelingen voor de doorontwikkeling van de aanpakken in Zuid-Limburg en Groningen en voor een bredere transitie in de samenwerking tussen medisch en sociaal domein, regionaal en nationaal.

INHOUD

COLOFON	3
SAMENVATTING	4
1. INLEIDING	7
2. ONDERZOEK SAMEN VOOR GEZONDHEID	9
2.1 Multidisciplinaire aanpakken in Zuid-Limburg en Groningen	9
2.2 Onderzoeksvragen	10
2.3 Onderzoeksopzet	10
2.4 Definitie Kwetsbaarheid	11
3. DOSSIERONDERZOEK	14
3.1 Methode	14
3.2 Resultaten	15
3.3 Implementatie van de aanpakken	20
3.4 Beschouwing	23
3.5 Conclusie	23
4. EVALUATIEONDERZOEK PROFESSIONALS EN CLIËNTEN	24
4.1 Evaluatieonderzoek onder professionals	24
4.2 Evaluatieonderzoek onder cliënten	32
4.3 Beschouwing evaluatieonderzoek professionals en cliënten	34
4.4 Conclusie evaluatieonderzoek professionals en cliënten	34
5. BESCHOUWING SAMEN VOOR GEZONDHEID	36
5.1 Resultaten	36
5.2 Inhoudelijke reflectie	36
5.3 Methodologische reflectie	39
6. AANBEVELINGEN	41
7. REFERENTIES	42



1. INLEIDING

Tijdens de eerste duizend dagen van het leven (van bevruchting tot twee jaar) wordt de basis gelegd voor gezond opgroeien en ouder worden. Het creëren van gelijke kansen bij de start van het leven staat hoog op de Nederlandse agenda. In het coalitieakkoord (2022-2025) spreekt het kabinet de ambitie uit voor een gezonde generatie in 2040 en om een Kansrijke Start-aanpak beschikbaar te hebben in elke gemeente in 2025 (1).

Al decennia geleden werden de eerste studies gepubliceerd waaruit een samenhang bleek tussen socio-economische leefomstandigheden van de moeder, morbiditeit en mortaliteit van de pasgeborene, en morbiditeit en mortaliteit op latere leeftijd (2, 3). Inmiddels is meer wetenschappelijke onderbouwing voorhanden over de samenhang tussen de maternale conditie en leefomstandigheden en de gezondheid van het kind in de baarmoeder en de pasgeborene, alsook effecten op latere leeftijd (4, 5).

Deze inzichten blijken actueler dan ooit: perinatale uitkomsten tonen grote verschillen in Nederland (6, 7). In een stad als Rotterdam zijn de prevalenties van perinatale mortaliteit en morbiditeit in sommige wijken twee- tot driemaal hoger dan het landelijke gemiddelde (8). Deze verschillen zijn niet enkel terug te voeren op medische risico's, maar op een cumulatie van medische én niet-medische risico's zoals voeding, leefstijl en sociale omgeving. Armoede en achterstand hebben een substantieel effect op perinatale uitkomsten (9). Opvallend daarbij is dat dit effect zwaarder lijkt te wegen bij Nederlandse zwangere vrouwen zonder migratieachtergrond (6). Juist in het noorden van Nederland en in Limburg is vaker sprake van de combinatie zwangere vrouw zonder migratieachtergrond en leven in armoede (10).

Deze kennis biedt kansen om de zorg te verbeteren, maar vraagt een wezenlijke omslag in de geboortezorg. Hiervoor werd de term 'sociale verloskunde' geïntroduceerd die verwijst naar integrale zorg voor zwangere vrouwen, waarbij maximaal gebruik wordt gemaakt van expertise in de gehele keten van preconceptie-, verloskundige-, kraam- en jeugdgezondheidszorg (JGZ) om negatieve effecten van armoede op gezondheid tegen te gaan (9).

In 2009 beoogde het stuurgroep rapport 'Een goed begin; veilige zorg rond zwangerschap en geboorte' de omslag naar sociale verloskunde te initiëren met aanbevelingen gericht op zwangere vrouwen in achterstandsituaties (11). In 2011 kreeg het College voor Perinatale Zorg (CPZ) opdracht de adviezen uit het stuurgroep rapport te realiseren. In 2018 beschreef het CPZ in zijn onderzoeksagenda 2018-2022 dat een optimale start voor elk kind vraagt om een preventieve aanpak en maximale samenwerking in het geboortezorgnetwerk en het uitbreiden van dat netwerk richting het sociaal domein en JGZ (12). In het actieprogramma Kansrijke Start van het ministerie VWS (2018) werd dit geconcretiseerd om vanuit lokale coalities van gemeente(n), zorg- en welzijnsorganisaties en professionals een integrale aanpak te organiseren (13). In het RIVM-rapport 'Beter weten: een beter begin' (2020) werd de oproep voor samenwerking tussen medisch en sociaal domein onderschreven om de stagnerende perinatale sterfte in Nederland het hoofd te bieden (14). Inmiddels heeft de regering besloten het actieprogramma Kansrijke Start te continueren in 2022-2025, om in elke gemeente een aanpak te implementeren en te verankeren (1).

Bij de start van het onderzoek Samen voor Gezondheid werden in diverse regio's inspanningen geleverd om de zorg aan zwangere vrouwen in kwetsbare situaties te organiseren, maar een brede omslag van medische naar sociale verloskunde leek uit te blijven. Het ontbrak aan een breed gedragen visie op sociale verloskunde en op de wijze waarop de zorg daadwerkelijk georganiseerd en gefinancierd kon worden. Een belangrijk knelpunt was de herijking van taken, verantwoordelijkheden en samenwerking tussen het medische en sociaal domein.

In deze rapportage presenteren we de resultaten van het onderzoek Samen voor Gezondheid. In hoofdstuk 2 beschrijven we het onderzoeksproject, waaronder de onderzoeksvragen, de onderzoeksopzet en het theoretisch kader van 'kwetsbaarheid'. In hoofdstuk 3 staat het dossieronderzoek centraal waarmee we inzicht geven in de prevalentie van kwetsbaarheid onder zwangere vrouwen. Hoofdstuk 4 beschrijft het evaluatieonderzoek onder professionals en cliënten naar de mate van implementatie van de aanpakken

door professionals en de ervaringen van cliënten en professionals met de aanpakken. In hoofdstuk 5 beschouwen we de resultaten van ons onderzoek in het licht van de relevante ontwikkelingen en literatuur. Hoofdstuk 6 biedt aanbevelingen voor verdere doorontwikkeling van de aanpakken in Groningen en Zuid-Limburg en gaat in op wat nodig is voor landelijke implementatie en borging van een duurzame samenwerking tussen geboortezorg en sociaal domein.





2. ONDERZOEK SAMEN VOOR GEZONDHEID

Om de zorg aan vrouwen in kwetsbare situaties in te vullen en de brede omslag naar sociale verloskunde te kunnen maken is het onderzoeksproject Samen voor Gezondheid in september 2020 gestart. Doel van dit project is om samen met professionals uit de geboortezorg en het sociaal domein in Zuid-Limburg en Groningen kennis te ontwikkelen en te delen over twee verschillende aanpakken gericht op zorg voor zwangere vrouwen in kwetsbare situaties.

2.1 Multidisciplinaire aanpakken in Zuid-Limburg en Groningen

In het onderzoek ontwikkelen, implementeren en evalueren we twee multidisciplinaire aanpakken voor zorg aan zwangere vrouwen in kwetsbare situaties. Deze aanpakken richten zich op twee – door het werkveld gesignaleerde – belangrijke vraagstukken: het identificeren van kwetsbare zwangere vrouwen enerzijds en het organiseren van een goede doorgeleiding naar en samenwerking met het sociaal domein, indien relevant, anderzijds.

Beide regio's hebben een vergelijkbare populatie van overwegend Nederlandse vrouwen zonder migratieachtergrond met een verhoogde kans op achterstand en armoede. De aanpak hoe deze vrouwen te identificeren en door te geleiden naar het sociaal domein, verschilt tussen de regio's. De aanpak in Groningen was in 2017 al ontwikkeld en geïmplementeerd, evaluatie ontbrak echter. De aanpak voor Zuid-Limburg moest nog ontwikkeld worden en was onderdeel van het project Samen voor Gezondheid.

Werkinstructie Groningen 'Risicosignalering kwetsbare zwangeren'¹

De aanpak in Groningen, zoals beschreven in 2017, (Werkinstructie risicosignalering kwetsbare zwangeren) bestaat uit het gebruik van het vroegsignaleringsinstrument ALPHA-NL voor het identificeren van psychosociale kwetsbaarheden bij zwangere vrouwen. Worden er kwetsbaarheden gesignaleerd, dan wordt in overleg met de zwangere vrouw – en indien er toestemming is gegeven – telefonisch contact opgenomen met de JGZ (telefonische advisering (TA)). Daarnaast ondernemen verloskundigen zelf actie met behulp van de zeventien 'Zorgpaden kwetsbare zwangere Groningen'. Zorgverleners kunnen deze zorgpaden gebruiken om snel en gericht ondersteuning te bieden. Daarnaast werd er een multidisciplinair overleg (MDO) opgericht waarin casuïstiek kon worden ingebracht. In beide ziekenhuizen vond een MDO plaats. Uit de vraagarticulatie in aanloop naar het project bleek dat (de implementatie van) deze werkinstructie niet optimaal werd ervaren.

Werkwijze Zuid-Limburg 'Aanpak Samen voor Gezondheid:

Signaleren en doorgeleiden van zwangere vrouwen in kwetsbare situaties in de eerste lijn'

De aanpak in Zuid-Limburg bestaat uit een geactualiseerde psychosociale anamnese voor het identificeren van psychosociale kwetsbaarheden door verloskundigen tijdens de eerste prenatale controle. Deze anamnese is ook gedigitaliseerd tot een vragenlijst die zwangere vrouwen, na aanmelding bij de verloskundige, online invullen en al voor de eerste prenatale controle inleveren bij de verloskundige. Hierdoor heeft de verloskundige al voor het eerste prenatale consult een beeld van de medische en psychosociale situatie van de vrouw en haar gezin. In het eerste en derde trimester van de zwangerschap gebruikt de verloskundige Positieve Gezondheid (Spinnenweb en Het Andere Gesprek) om in gesprek te gaan met de zwangere vrouw over haar gezondheid en de transitie naar het ouderschap. Op basis van de anamnese en de gesprekken Positieve Gezondheid kan psychosociale zorg nodig zijn en kan de verloskundige de vrouw doorgeleiden naar de coördinerend JGZ-verpleegkundige, die vast gelinkt is aan de betreffende verloskundigenpraktijk. Samen bekijken ze welke vervolgstappen nodig en wenselijk zijn.

Onderzoek ingebed in beide regio's

Samen voor Gezondheid is in beide regio's ontwikkeld en uitgevoerd samen met relevante professionals van praktijken en organisaties in medisch en sociaal domein. Daarnaast assisteerden regionale en landelijke onderzoekers en (beleids)adviseurs die betrokken waren bij het actieprogramma Kansrijke Start. Dit vergde een extra investering van alle betrokkenen, maar droeg bij aan de gerealiseerde resultaten voor samenwerking en samenhang op het gebied van Kansrijke Start.

¹ Sinds 1 maart 2021 wordt gesproken van 'Zorgpad Vroegsignalering zwangeren Groningen'

2.2 Onderzoeksvragen

In dit onderzoeksproject hebben we de volgende onderzoeksvraag beantwoord:

Wat zijn de opbrengsten van twee multidisciplinaire zorgaanpakken bij zwangere vrouwen voor:

- 1) het identificeren van zwangere vrouwen in kwetsbare situaties;
- 2) de doorgeleiding naar het sociaal domein met JGZ als vast aanspreekpunt;
- 3) de toepasbaarheid en bruikbaarheid van deze aanpakken vanuit het perspectief van cliënten en professionals?

2.3 Onderzoeksopzet

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is een actie-onderzoek opgezet. In co-creatie met professionals in geboortezorg en sociaal domein zijn de aanpakken ontwikkeld, geïmplementeerd en geëvalueerd. Hiervoor is een mix van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethodes gebruikt. De METC Zuyderland-Zuyd beoordeelde de studie als niet WMO-plichtig (METCZ20200180).

Omdat in Zuid-Limburg nog geen aanpak bestond, zijn we gestart met de ontwikkeling van de aanpak Zuid-Limburg. Vervolgens is deze aanpak geïmplementeerd in verloskundigenpraktijken. De evaluatie vond in beide regio's plaats via dossieronderzoek in verloskundigenpraktijken (onderzoeksvraag 1 en 2), surveyonderzoek en interviews onder professionals en interviews onder cliënten (onderzoeksvraag 3).

1. Ontwikkeling aanpak Zuid-Limburg

In Zuid-Limburg bestond – behalve het MDO in ziekenhuizen – nog geen formele aanpak voor het signaleren en doorgeleiden van zwangere vrouwen in kwetsbare situaties. Uit de vraagarticulatie onder professionals in geboortezorg en sociaal domein bleek behoefte aan een geschikte aanpak om kwetsbaarheden te identificeren en zwangere vrouwen door te geleiden naar één aanspreekpunt binnen het sociaal domein.

De aanpak werd ontwikkeld in een werkgroep, bestaande uit vijf eerstelijnsverloskundigen, drie JGZ-verpleegkundigen en twee stafmedewerkers JGZ. In zes bijeenkomsten leerden zij elkaar en elkaars taken en vakgebied beter kennen om uiteindelijk tot gezamenlijke werkafspraken te komen voor signalering en doorgeleiding van vrouwen in kwetsbare situaties. Dit resulteerde uiteindelijk in de concepthandleiding Aanpak Samen voor Gezondheid. Dit concept is ter feedback voorgelegd aan experts en heeft geleid tot een definitieve handleiding (bijlage 1).

De aanpak Samen voor Gezondheid is in april 2021 geïmplementeerd in tien eerstelijns verloskundigen praktijken in Zuid-Limburg en de JGZ Zuid-Limburg. Alle verloskundigen en de coördinerende JGZ-verpleegkundigen zijn geschoold in Positieve gezondheid.

2. Dossieronderzoek

Het dossieronderzoek was om inzicht te krijgen hoe vaak verloskundigen psychosociale kwetsbaarheden signaleerden bij zwangere vrouwen en in hoeverre verloskundigen de relevante vrouwen doorgeleidden naar de JGZ en het sociaal domein voor verdere zorg en ondersteuning. In Groningen hebben we dit onderzocht ná implementatie van de werkinstructie in 2017; we spreken van een nameting. In Zuid-Limburg was de ontwikkeling en de implementatie van de aanpak onderdeel van het onderzoek. Dit stelde ons in staat om zowel een meting vóór de ontwikkeling en implementatie van de aanpak als een meting ná de implementatie van de aanpak uit te voeren.

Voor het dossieronderzoek hebben we de volgende deelvragen geformuleerd:

Meting voor implementatie Zuid-Limburg (voormeting): Hoeveel vrouwen in Zuid-Limburg (ZL), bevallen in de tweede helft 2019 (dus voor doorwerking nationaal Actieprogramma Kansrijke Start en voor start Samen voor Gezondheid) werden door de eerstelijns verloskundige gesignaleerd als kwetsbaar, conform definitie 'Kwetsbaarheid'?

Meting na implementatie Groningen (nameting): Hoeveel vrouwen in Groningen, bevallen in de tweede helft 2019 (dus na implementatie werkinstructie), werden door de eerstelijns verloskundige

gesignaleerd als kwetsbaar conform definitie 'Kwetsbaarheid', doorgeleid naar de JGZ, via de Telefonisch Advisering en/of doorgeleid naar één of meerdere van de 17 zorgpaden?

Meting na implementatie Zuid-Limburg (nameting): Hoeveel vrouwen in Zuid-Limburg (ZL) waarbij zorg conform de aanpak startte in de periode mei-juli 2021 (dus na ontwikkeling en implementatie van de aanpak), werden door de eerstelijns verloskundige gesignaleerd als kwetsbaar, conform definitie 'Kwetsbaarheid', en doorgeleid naar JGZ via één persoonlijk aanspreekpunt?

3. Evaluatieonderzoek professionals en cliënten

Het doel van het evaluatieonderzoek onder professionals en cliënten was om inzicht te krijgen in de mate van implementatie van de aanpakken in beide regio's en ervaringen van professionals en cliënten met de aanpakken in kaart te brengen. In Groningen en Zuid-Limburg hebben we na implementatie van de aanpakken surveyonderzoek uitgevoerd onder professionals en interviews gehouden met professionals en cliënten.

Voor het evaluatieonderzoek in Groningen en Zuid-Limburg zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

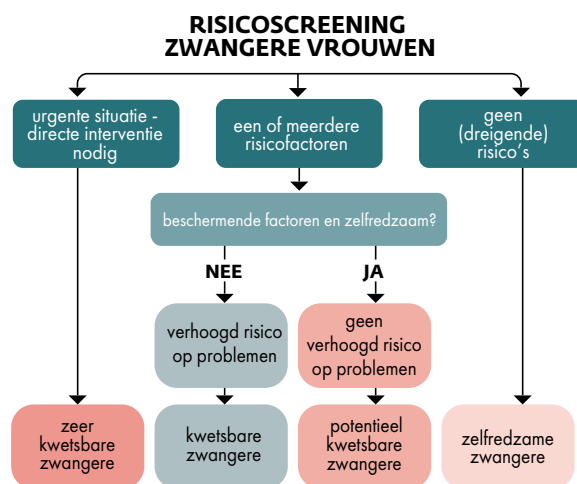
1. Wordt de aanpak uitgevoerd volgens plan?
2. Wat zijn de ervaringen en waarderingen van professionals met de aanpak?
3. Welke bevorderende en belemmerende factoren ervaren professionals in de implementatie van de aanpak?
4. Welke behoeften, ervaringen en succesfactoren benoemen cliënten ten aanzien van de zorgverlening?

2.4 Definitie Kwetsbaarheid

Voor de operationalisering van het concept kwetsbaarheid is gebruik gemaakt van de definitie 'Kwetsbaarheid – zwangere vrouwen' van het Erasmus MC en gemeente Rotterdam (15). Deze definitie is ontwikkeld om zwangere vrouwen in kwetsbare situaties te identificeren. Het is tevens bruikbaar voor onderzoek, beleid en praktijk. De definitie bestaat uit verschillende gradaties van kwetsbaarheid, zie box 1.

De definitie maakt onderscheid in (urgente) risicofactoren en beschermende factoren (zie figuur 1) en er worden voorbeelden van (urgente) risicofactoren en beschermende factoren gegeven. Op basis van onderzoek en in overleg met stakeholders is op basis van deze definitie een overzicht van urgente en niet-urgente kwetsbaarheden voor dit onderzoek gemaakt, zie tabel 1.

In dit onderzoek is de definitie gebruikt als theoretische basis voor de data-analyse. In Zuid-Limburg is de definitie ook onderdeel van de aanpak en bedoeld als gemeenschappelijke taal voor het inzetten en evalueren van beleid. In de aanpak is opgenomen dat zelfredzame en potentieel kwetsbare vrouwen onder zorg blijven van de verloskundig zorgverlener (eerste- of tweedelijns). Kwetsbare vrouwen worden verwezen naar JGZ en krijgen in principe een prenataal huisbezoek. Zeer kwetsbare vrouwen worden door de verloskundige in samenspraak met JGZ verwezen naar het MDO voor vrouwen in kwetsbare situaties (in Maastricht Universitair Medisch Centrum of Zuyderland Medisch Centrum).



Figuur 1
Definitie 'Kwetsbaarheid – zwangere vrouwen'

Box 1: Gradaties van kwetsbaarheid

Zelfredzame zwangere vrouw:

Een zwangere vrouw bij wie risicofactoren momenteel geen rol spelen en bij wie de beschermende factoren in relatie tot haar zelfredzaamheid toereikend zijn om eventuele toekomstige risicofactoren op te vangen. Er is op dit moment geen extra ondersteuning nodig.

Potentieel kwetsbare zwangere vrouw:

Een zwangere vrouw bij wie de professional uit het sociaal of medisch domein één of meer (psycho)sociale of medische risicofactoren gesignaleerd heeft, die de zwangerschap negatief kan beïnvloeden. Vastgesteld is dat de beschermende factoren in relatie tot haar zelfredzaamheid in principe toereikend zijn. Om haar zelfredzaamheid te versterken en het ontstaan van problemen te voorkomen, bespreken en beslissen de vrouw en de professional of extra ondersteuning nodig of gewenst is.

Kwetsbare zwangere vrouw:

Een zwangere vrouw bij wie de professional uit het sociaal of medisch domein één of meer (psycho)sociale of medische risicofactoren gesignaleerd heeft, die de zwangerschap negatief kan beïnvloeden. Vastgesteld is dat de beschermende factoren in relatie tot de zelfredzaamheid van de vrouw ontoereikend zijn. De professional en de vrouw bespreken en beslissen welke zorg en ondersteuning op maat vanuit één of meer disciplines nodig of gewenst is.

Zeer kwetsbare zwangere vrouw:

Een kwetsbare zwangere vrouw (zie c) bij wie de professional uit het sociaal of medisch domein één of meer urgente (psycho)sociale of medische risicofactoren gesignaleerd heeft, die de zwangerschap direct negatief kan beïnvloeden. De professional zorgt samen met de vrouw voor directe toeleiding naar juiste zorg- of hulpverlening.

Tabel 1 Overzicht urgente en niet-urgente kwetsbaarheden Samen voor Gezondheid

Urgente kwetsbaarheden	(Niet-urgente) kwetsbaarheden
Psychologische/psychiatrische problematiek in huidige zwangerschap	Overige psychosociale problematiek moeder
Huiselijk geweld	Problematiek partner
Veilig Thuis melding in anamnese	Ongezonde leefstijl moeder
Gezagbeperkende maatregel in anamnese	Financiële problematiek
Verstandelijke beperking	Taalbarrière
Verlavingsproblematiek	Relatieproblemen
Dakloos	Tienerzwangerschap
	Alleenstaande moeder
	Woonomgeving
	Ongepland en ongewenst zwanger
	Laag opleidingsniveau
	Suboptimaal zorggebruik
	Problemen n.a.v. samengesteld gezin



3. DOSSIERONDERZOEK

Doel van het dossieronderzoek was inzicht krijgen in welke mate verloskundigen kwetsbaarheden bij vrouwen vaststelden, gebaseerd op de Rotterdamse definitie 'Kwetsbaarheid' (zie 2.4) en in welke mate de onderdelen van beide aanpakken geïmplementeerd zijn. Daarbij waren we met name geïnteresseerd in twee zaken. De mate van implementatie van de instrumenten gericht op het signaleren. En in hoeverre vrouwen in (zeer) kwetsbare situaties werden doorgeleid naar het sociaal domein via JGZ als één vast aanspreekpunt.

3.1 Methode

Zoals in paragraaf 2.3 vermeld, is in Zuid-Limburg voor en na de implementatie van de aanpak een meting uitgevoerd en in Groningen enkel een meting na de implementatie van de werkinstructie. Gedurende elke meting voerden we een dwarsdoorsnede-onderzoek uit. Daarbij werden kwetsbaarheden uit verloskundige dossiers geëxtraheerd.

De onderzoekspopulatie van de nameting in Groningen bestond uit zwangere vrouwen onder zorg bij twee eerstelijnsverloskundigenpraktijken in Groningen-stad. Die vrouwen zijn bevallen tussen juli 2019 en februari 2020; een periode ruim na de implementatie van de werkinstructie in 2017. We kozen voor deze periode om de data zo actueel mogelijk te hebben, maar voor het uitbreken van de COVID-19 pandemie. De pandemie zou namelijk een vertekend beeld kunnen geven van signalering door aangepaste procedures en signaleringsmethoden.

De onderzoekspopulatie van de voormeting in Zuid-Limburg bestond uit zwangere vrouwen onder zorg bij vijf eerstelijns verloskundigenpraktijken. Zij zijn bevallen tussen juli en december 2019. We kozen voor deze periode om een indruk te krijgen van de mate waarin verloskundigen al kwetsbaarheid signaleerden voor de implementatie van de aanpak in Zuid-Limburg, en voor de nationale aandacht voor Kansrijke Start. In Zuid-Limburg wilden tien verloskundigenpraktijken meedoen aan de implementatie van de aanpak en aan het onderzoek. Uiteindelijk besloot één praktijk niet mee te doen aan het dossieronderzoek voor de nameting. De onderzoekspopulatie van de nameting in Zuid-Limburg bestond uit zwangere vrouwen – tussen mei en juli 2021 – waarvan de zorg is gestart bij een van de negen eerstelijnsverloskundigenpraktijken.

Vrouwen die kort na het eerste consult uit de eerstelijnszorg gingen (bijvoorbeeld door een miskraam/ abortus, verwijzing naar de tweedelijns of een verhuizing) werden geëxcludeerd. Dit omdat mogelijk onvoldoende gegevens over deze vrouwen voorhanden waren om hun mate van kwetsbaarheid te beoordelen. Data van de nameting in Groningen en de voormeting in Zuid-Limburg werden verzameld van november 2020 tot en met juni 2021. De data van de nameting in Zuid-Limburg werden verzameld van mei tot en met augustus 2022. Voor de data-extractie zijn case report formulieren (CRF) ontwikkeld. In Limburg is het CRF voor de voormeting ontwikkeld door de onderzoekers. Dit gebeurde op basis van de definitie 'Kwetsbaarheid' in samenwerking met verloskundigen en sociaal pediaters van het MUMC. Het CRF voor de nameting in Groningen is ontwikkeld op basis van het Limburgse CRF en verder uitgebreid met vragen over de werkinstructie risicosignalering. Het CRF voor de nameting in Zuid-Limburg is gebaseerd op het CRF van de voormeting, aangepast op basis van inzichten uit de voormeting en de geïmplementeerde aanpak.

Om anonimiteit van de vrouwen te garanderen werden in Zuid-Limburg relevante data door de verloskundige uit het dossier gehaald en door de onderzoekers genoteerd in het CRF. In Groningen werd de dataverzameling door de verloskundigen zelf gedaan. Een invulinstructie bood ondersteuning bij het invullen van het CRF. Er zijn meerdere kallibratiemomenten geweest tussen de onderzoekers en de verloskundigen, zodat het CRF uniform werd ingevuld. De verkregen data werden vervolgens ingevoerd in SPSS en geanalyseerd door het berekenen van prevalenties en percentages (beschrijvende statistiek).

3.2 Resultaten

In deze paragraaf presenteren we de resultaten van de nameting in Groningen en de voor- en nameting in Zuid-Limburg tegelijkertijd.

3.2.1 Maternale kenmerken

In Groningen onderzochten we dossiers van 500 vrouwen, in Zuid-Limburg dossiers van 538 vrouwen tijdens de voormeting en dossiers van 375 vrouwen tijdens de nameting. Zie tabel 2 voor de kenmerken van de onderzoekspopulatie.

Tabel 2 Kenmerken van de onderzoekspopulatie nameting Groningen, voor-en nameting Zuid-Limburg

Kenmerk	Nameting Groningen N=500 N (%)	Voormeting Zuid-Limburg N=538 N (%)	Nameting Zuid-Limburg N=375 N (%)
Leeftijd:			
<20	12 (2,4)	8 (1,5)	4 (1,1)
20-23	21 (4,2)	25 (4,6)	30 (8,0)
>23	467 (93,4)	505 (93,8)	341 (90,9)
Burgerlijke staat:			
Gehuwd/samenwonend	422 (84,4)	453 (84,2)	336 (89,6)
Gescheiden	1 (0,2)	12 (2,2)	0 (0,0)
LAT-relatie	29 (5,8)	49 (9,2)	18 (4,8)
Alleenstaand	29 (5,8)	17 (3,2)	15 (4,0)
Anders	29 (5,8)	17 (3,2)	0 (0,0)
Anders	17 (3,4)	0 (0,0)	6 (1,6)
Missende waarden	2 (0,4)	7 (1,2)	6 (1,6)
Pariteit:			
Nullipara	259 (51,8)	256 (47,6)	186 (49,6)
Multipara	241 (48,2)	282 (52,4)	189 (50,4)
Verloskundige zorg:			
Volledig eerste lijn	138 (27,6)	194 (36,0)	104 (27,7)
Verwezen naar tweede lijn	362 (72,4)	343 (63,8)	265 (70,7)
Missende waarden	0	1 (0,2)	6 (1,6)
Beheersing van de Nederlandse taal:			
Ja	434 (86,8)	438 (81,4)	335 (89,3)
Niet/moeilijk	66 (13,2)	85 (15,8)	36 (9,6)
Missende waarden	0	15 (2,8)	4 (1,1)
Heeft betaalde baan:			
Nee	93 (18,6)	103 (19,1)	64 (17,1)
Ja	381 (76,2)	392 (72,9)	279 (74,4)
Werkloosheidsuitkering	4 (0,8)	0	5 (1,3)
Bijstandsuitkering	3 (0,6)	5 (0,9)	8 (2,1)
Anders	7 (1,4)	12 (2,2)	13 (3,5)
Missende waarden	12 (2,4)	26 (4,9)	6 (1,6)
Nederlandse zorgverzekering:			
Nee	0 (0,0)	12 (2,2)	13 (3,5)
Ja	499 (99,8)	518 (96,3)	357 (95,2)
Anders	1 (0,2)	6 (1,1)	0 (0,0)
Missende waarden	0 (0,0)	2 (0,4)	5 (1,3)

3.2.2 Prevalentie van kwetsbaarheid

In tabel 3 presenteren we de prevalentie van kwetsbaarheid, conform de definitie 'Kwetsbaarheid'. Een vrouw bevindt zich in een zeer kwetsbare situatie als één of meer urgente kwetsbaarheden werden vastgesteld. Een vrouw bevindt zich in een kwetsbare situatie op grond van een of meer niet-urgente kwetsbaarheden. Indien bij een vrouw niet-urgente kwetsbaarheden vastgesteld worden, moet – conform de definitie – de balans gemaakt worden tussen de kwetsbaarheden en de beschermende factoren in haar leefsituatie. Omdat beschermende factoren niet in de verloskundige dossiers genoteerd worden, kunnen we in dit onderzoek geen onderscheid maken tussen vrouwen in een potentieel kwetsbare situatie en vrouwen in een kwetsbare situatie.

We zien dat de gevonden percentages in de nameting Groningen en voormeting Zuid-Limburg ongeveer dezelfde zijn. Het werken volgens de aanpak in Zuid-Limburg leverde een hoger percentage – voornamelijk niet-urgente – kwetsbaarheden op (zie nameting). Gezien het ontbreken van informatie over beschermende factoren tijdens de drie meetmomenten bevatten de resultaten een overschatting van de prevalentie van vrouwen in een kwetsbare situatie.

Tabel 3 Prevalentie van kwetsbaarheid

Categorie	Nameting Groningen N=500 N (%)	Voormeting Zuid-Limburg N=538 N (%)	Nameting Zuid-Limburg N=375 N (%)
Zelfredzame zwangere	197 (39,4)	215 (40,0)	103 (27,5)
Kwetsbare zwangere*	255 (51,0)	265 (49,2)	227 (60,5)
Zeer kwetsbare zwangere	48 (9,6)	58 (10,8)	45 (12,0)
Totaal	500 (100,0)	538 (100,0)	375 (100,0)

*Geen rapportage beschermende factoren dus geen afweging potentieel kwetsbaar - kwetsbaar

3.2.3 Prevalentie van urgente en niet-urgente kwetsbaarheden

Kijkend naar de vrouwen in een zeer kwetsbare situatie, zien we in tabel 4 dat de meest voorkomende urgente kwetsbaarheid 'psychologische en psychiatrische problemen in deze zwangerschap' is. Opvallend is het hoge aantal vrouwen (n=15) met een (vermoeden op een) verstandelijke beperking in de nameting in Groningen. In tabel 5 tonen we een overzicht van niet-urgente kwetsbaarheden bij vrouwen in een kwetsbare situatie. Ook hier is 'Overige psychosociale problematiek moeder' (bijlage 2) de meest voorkomende kwetsbaarheid in de onderzoekspopulatie. In de nameting Zuid-Limburg zijn – op grond van de geactualiseerde psychosociale anamnese – twee kwetsbaarheden extra opgenomen: 'suboptimaal zorggebruik' en 'problemen samengesteld gezin'. In bijlage 2 presenteren we hoe de gegevens uit de dossiers zijn verdeeld over de diverse (urgente) kwetsbaarheden.

3.2.4 Stapeling van kwetsbaarheden

Onderzoek laat zien dat stapeling van kwetsbaarheden bijdraagt aan chronische stress. Chronische stress van de zwangere vrouw is geassocieerd met ongunstige zwangerschapsuitkomsten zoals bijvoorbeeld vroegtijdige bevalling en een laag geboortegewicht (16).

Zwangere vrouwen in een zeer kwetsbare situatie

Uit de metingen blijkt dat bij een grote meerderheid van de zwangere vrouwen in een zeer kwetsbare situatie een stapeling van kwetsbaarheden voorkomt. In tabel 6 presenteren we het aantal urgente kwetsbaarheden per vrouw in een zeer kwetsbare situatie en in tabel 7 het aantal kwetsbaarheden – zowel urgente als niet-urgente – per vrouw in een zeer kwetsbare situatie.

Tabel 4 Urgente kwetsbaarheden

Urgente kwetsbaarheden	Nameting Groningen N=48 N*	Voormeting Zuid-Limburg N=58 N*	Nameting Zuid-Limburg N=45 N*
Psychologische en psychiatrische problemen in deze zwangerschap	30	38	32
Huiselijk geweld	6	14	7
Betrokkenheid Veilig Thuis in anamnese	2	7	1
Betrokkenheid Raad van Kinderbescherming in anamnese	5	7	4
Verstandelijke beperking	15	5	6
Verslavingsproblematiek (alcohol, drugs)	1	2	5
Dakloos	0	2	0

*Telt op tot >dan de N omdat sommige zwangere vrouwen > 1 urgente kwetsbaarheid hebben

Tabel 5 Niet-urgente kwetsbaarheden

Kwetsbaarheden	Nameting Groningen N=255 N*	Voormeting Zuid-Limburg N=265 N*	Nameting Zuid-Limburg N=227 N*
Overige psychosociale problematiek vrouw	207	196	182
Problematiek partner	114	120	86
Ongezonde leefstijl moeder	45	65	47
Financiële problematiek	46	56	48
Taalbarrière	19	47	18
Relatieproblemen	26	35	19
Tienerzwangerschap	33	33	34
Alleenstaande moeder	30	29	15
Woonomgeving	33	19	25
Ongepland en ongewenst zwanger	4	11	0
Laag opleidingsniveau	33	5	39
Suboptimaal zorggebruik	-	-	10
Problemen n.a.v. samengesteld gezin	-	-	17

*Telt op tot >N omdat meerdere vrouwen in een kwetsbare situatie > 1 kwetsbaarheid hebben

Tabel 6 Stapeling urgente kwetsbaarheden bij zeer kwetsbare vrouwen

Aantal urgente kwetsbaarheden per vrouw in zeer kwetsbare situatie	Nameting Groningen N=48 N (%)	Voormeting Zuid-Limburg N=58 N (%)	Nameting Zuid-Limburg N=45 N (%)
1	39 (81,3)	44 (75,9)	38 (84,4)
2	7 (14,7)	11 (19,0)	5 (11,2)
3	2 (4,2)	2 (3,4)	1 (2,2)
4	-	1 (1,7)	1 (2,2)
Totaal	48 (100,0)	58 (100,0)	45 (100,0)

Tabel 7 Stapeling kwetsbaarheden (urgent en niet-urgent) bij zeer kwetsbare vrouwen

Aantal kwetsbaarheden per vrouw in zeer kwetsbare situatie	Nameting Groningen N=48 N (%)	Voormeting Zuid-Limburg N=58 N (%)	Nameting Zuid-Limburg N=45 N (%)
1	2 (4,2)	4 (6,9)	1 (2,2)
2	14 (29,1)	9 (15,5)	10 (22,2)
3	2 (4,2)	9 (15,5)	8 (17,8)
4	4 (8,3)	12 (20,7)	9 (20,0)
5	9 (18,7)	11 (19,0)	5 (11,1)
6	7 (14,6)	7 (12,1)	5 (11,1)
7	3 (6,3)	3 (5,2)	5 (11,1)
8	4 (8,3)	1 (1,7)	1 (2,2)
9	2 (4,2)	1 (1,7)	0 (0,0)
10	1 (2,1)	1 (1,7)	0 (0,0)
11	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,2)
Totaal	48 (100,0)	58 (100,0)	45 (100,0)

Zwangere vrouwen in een kwetsbare situatie

Ook binnen de groep zwangere vrouwen in kwetsbare situaties zien we een – weliswaar minder uitgesproken - stapeling van niet-urgente kwetsbaarheden (tabel 8).

Tabel 8 Stapeling niet-urgente kwetsbaarheden bij kwetsbare vrouwen

Aantal kwetsbaarheden per vrouw in kwetsbare situatie	Nameting Groningen N=255 N (%)	Voormeting Zuid-Limburg N=265 N (%)	Nameting Zuid-Limburg N=227 N (%)
1	159 (62,3)	153 (57,7)	127 (55,9)
2	50 (19,6)	65 (24,5)	58 (25,6)
3	32 (12,5)	31 (11,7)	24 (10,6)
4	9 (3,6)	8 (3,0)	8 (3,5)
5	3 (1,2)	6 (2,3)	3 (1,3)
6	1 (0,4)	2 (0,8)	6 (2,6)
7	1 (0,4)	-	1 (0,5)
Totaal	255 (100,0)	265 (100,0)	227 (100,0)

3.2.5 Samenvattend: 'complexe' kwetsbaarheid

Op basis van de analyses kunnen we samenvatten dat ongeveer 20% van de zwangere vrouwen in beide regio's 'complex' kwetsbaar is. Daarmee bedoelen we dat ze een of meer urgente kwetsbaarheden en/of drie of meer niet-urgente kwetsbaarheden hebben (tabel 9). Hiermee is dit waarschijnlijk de groep die in aanmerking komt voor ondersteuning in het sociaal domein. Nogmaals, het ontbreken van informatie over beschermende factoren is niet meegenomen in onze analyse.

Tabel 9 Voorkomen van 'complexe' kwetsbaarheid

Categorie	Nameting Groningen N=500 N (%)		Voormeting Zuid-Limburg N=538 N (%)		Nameting Zuid-Limburg N=375 N (%)	
Zelfredzame zwangere	197 (39,4)		215 (40,0)		103 (27,5)	
Kwetsbare zwangere 1 of 2 kwetsbaarheden*	209 (41,8)		218 (40,5)		185 (49,3)	
Kwetsbare zwangere 3 of meer kwetsbaarheden*	46 (9,2)	} 18,8%	47 (8,7)	} 19,5%	42 (11,2)	} 23,2%
Zeer kwetsbare zwangere	48 (9,6)		58 (10,8)		45 (12,0)	
Totaal	500 (100)		538 (100)		375 (100)	

*Geen rapportage beschermende factoren dus geen afweging potentieel kwetsbaar- kwetsbaar

3.2.6 Indruk van de verloskundige over kwetsbaarheid versus complexe kwetsbaarheid

We vroegen de verloskundige – voordat zij het CRF invulde – tijdens de voormeting Zuid-Limburg en de nameting Groningen, of zij zich op grond van persoonsgegevens de betreffende vrouw kon herinneren.

In de voormeting Zuid-Limburg antwoordde de verloskundige bevestigend bij 496 (92,2%) vrouwen. Als de verloskundige zich de vrouw kon herinneren, vroegen we haar of ze de indruk had dat deze vrouw kwetsbaar was. Bij 91 vrouwen (18,3%) vond de verloskundige dat de vrouw kwetsbaar was. Vervolgens hebben we gekeken in hoeverre er een overeenkomst was tussen de indruk van de verloskundige en 'complexe kwetsbaarheid' conform onze resultaten uit het dossieronderzoek. We vonden bij 54 (59,3%) vrouwen een overeenkomst.

In Groningen antwoordde de verloskundige bevestigend bij 349 (69,8%) vrouwen. Bij 75 vrouwen (21,5%) had de verloskundige de indruk dat de vrouw kwetsbaar was. Bij 48 (64%) vrouwen vonden we een overeenkomst tussen de indruk van de verloskundige en 'complexe kwetsbaarheid' conform onze resultaten uit het dossieronderzoek.

Verloskundigen konden zich het merendeel van de vrouwen nog herinneren. In beide regio's schatten de verloskundigen het aandeel vrouwen in een kwetsbare situatie ongeveer net zo hoog in als het percentage complexe kwetsbaarheid in onze studie (ongeveer 20%). Dit geschatte aandeel komt overeen met de inschatting van verloskundigen in het onderzoek van Van Hoek et al. (17) Opvallend was echter dat deze inschatting inhoudelijk niet overeenkwam met wat verwacht zou worden op grond van de definitie 'Kwetsbaarheid'. Enerzijds hadden verloskundigen geen herinnering aan kwetsbaarheid bij een deel van de vrouwen die op grond van de definitie urgent kwetsbaar waren of drie of meer factoren kwetsbaarheid hadden conform hun dossier. Anderzijds herinnerden verloskundigen zich vrouwen als kwetsbaar die op grond van de definitie niet zo genoemd worden. We kunnen dit verschil niet verder duiden. Mogelijk spelen bij verloskundigen andere overwegingen om vrouwen kwetsbaar te noemen. De resultaten tonen wel aan dat een – met alle betrokken professionals afgesproken – kader bijdraagt aan eenduidigheid van de problematiek en het vereiste beleid.

3.3 Implementatie van de aanpakken

3.3.1 Signaleren

Groningen

Onderdeel van de werkinstructie in Groningen was de inzet van ALPHA-NL als signaleringsinstrument. In 158 van de 500 (31,6%) dossiers werd genoteerd dat ALPHA-NL besproken is. In 194 (38,8%) dossiers werd genoteerd dat de ALPHA-NL niet is besproken. In 148 (29,6%) dossiers werd niets over de inzet van ALPHA-NL teruggevonden (tabel 10).

Bij de vrouwen waarbij kwetsbaarheid is gesignaleerd (n=303), zien we dat dit bij 40% is vastgesteld zonder de inzet van de ALPHA-NL. Bij 28% van die vrouwen (n=84) is ALPHA-NL besproken en bij 32% (n=96) is onduidelijk of ALPHA-NL is besproken.

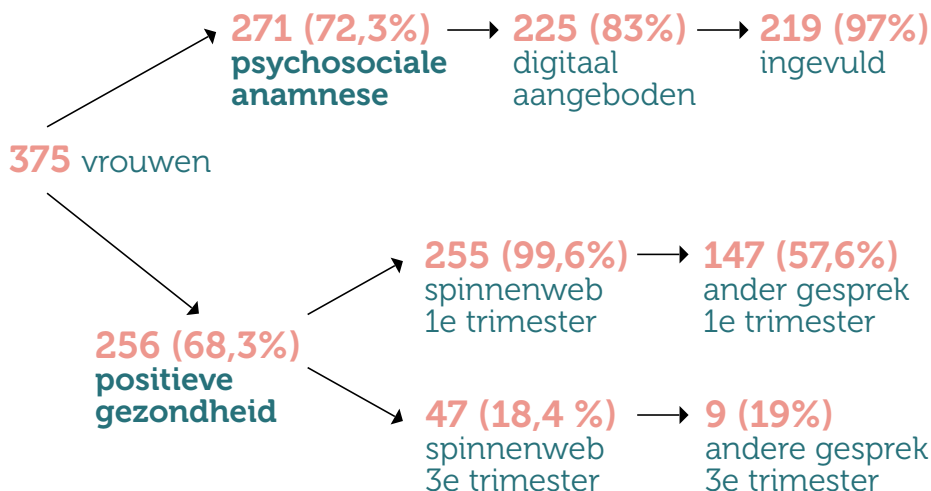
Tabel 10 Signaleren van kwetsbaarheden met en zonder ALPHA-NL in Groningen

ALPHA-NL wel/niet besproken	N (%)		N (%)
ALPHA-NL wel besproken	158 (31,6)	kwetsbaarheden +	84 (16,8)
ALPHA-NL wel besproken		kwetsbaarheden -	74 (14,8)
ALPHA-NL niet besproken	194 (38,8)	kwetsbaarheden +	123 (24,6)
ALPHA-NL niet besproken		kwetsbaarheden -	71(14,2)
ALPHA-NL niet vermeld	148 (29,6)	kwetsbaarheden +	96 (19,2)
ALPHA-NL niet vermeld		kwetsbaarheden -	52(10,4)
Totaal	500 (100,0)		500 (100,0)

Zuid-Limburg

In Zuid-Limburg werd afgesproken om de geactualiseerde, digitale psychosociale anamnese in te zetten als signaleringsinstrument. Sommige praktijken gaven aan deze anamnese niet of pas later digitaal in te kunnen zetten, maar deze wel mondeling te willen afnemen. Zoals uitgelegd in paragraaf 2.1 was de afspraak om in het eerste en derde trimester van de zwangerschap aan de hand van Positieve Gezondheid (Spinnenweb en Het Andere Gesprek) in gesprek te gaan met de zwangere vrouw.

In figuur 2 zien we dat bij ongeveer driekwart van de vrouwen de geactualiseerde psychosociale anamnese is ingezet. 83% van deze vrouwen kreeg de psychosociale anamnese digitaal aangeboden. Bijna elke vrouw (97%) vulde deze ook in. Positieve Gezondheid blijkt goed geïmplementeerd in het eerste trimester, maar nauwelijks in het derde trimester.



Figuur 2
Implementatie van psychosociale anamnese en positieve gezondheid in Zuid-Limburg

3.3.2 Doorgeleiden

In beide regio's is het de bedoeling dat vrouwen in een kwetsbare situatie doorgeleid worden naar zorg en/of ondersteuning in het medisch en/of sociaal domein.

Groningen

In Groningen wordt de zwangere vrouw, afhankelijk van de aard van de kwetsbaarheid, verwezen naar het sociaal domein via de telefonische advisering (TA) van JGZ of verloskundigen ondernemen zelf actie conform de zeventien 'Zorgpaden kwetsbare zwangere Groningen'.

Van de 303 vrouwen met urgente of niet-urgente kwetsbaarheden zijn 29 vrouwen (9,8%) door de verloskundige doorgeleid via TA naar JGZ. Acht vrouwen (2,6%) zijn rechtstreeks naar hulpverleners in het sociaal domein doorgeleid.

Wat de zorgpaden betreft hebben 86 vrouwen (28,4%) één of meer zorgpaden gevolgd. Bij 23 vrouwen (26,4%) was sprake van zorg via meerdere zorgpaden. Zeven van de 86 vrouwen (8,1%) werden door de verloskundige via zorgpaden doorgeleid naar de zorg. Bij 25 vrouwen (29,1%) werd dit gedaan door de JGZ. Bij 54 vrouwen (62,8%) is de zorg opgestart door een andere hulpverlener, of zij ontvingen al zorg voor de start van de zwangerschap. In tabel 11 presenteren we via welke zorgpaden er extra zorg is ingezet.

Tabel 11 Ingezette zorgpaden in Groningen

Ingezet zorgpad	Aantal keer (n)
Psychische hulpvraag	33
Huisvestingsproblematiek	17
Tienerzwangerschap	15
Medicatiegebruik	12
Fysiek zwaar werk, stressvol werk, werk met gevaarlijke stoffen	11
Roken	9
Financiële problematiek	7
Complexe psychische problematiek	7
Laat in zorg	3
Huiselijk geweld/kindermishandeling	3
Drugs, alcohol en psychofarmaca-gebruik	2
(Licht) verstandelijke beperking	1
Laaggeletterdheid	1
Onverzekerd	1
Asielzoekers	1
Recent (<2jaar) of huidig contact met jeugdhulpverlening	0
Seksueel Overdraagbare Aandoeningen	0

Zuid-Limburg

In Zuid-Limburg is afgesproken om vrouwen in urgent kwetsbare situaties – in overleg met JGZ en de zwangere vrouw zelf – door te geleiden naar een medisch MDO (MDO: HoogRisicoOverleg in Maastricht Universitair Medisch Centrum en Kwetsbare Zwangeren Overleg in Zuyderland MC, thans Overleg Zwangeren in een kwetsbare situatie). Vrouwen met niet-urgente kwetsbaarheden worden – met toestemming van de vrouw, doorgeleid naar JGZ voor een prenataal huisbezoek en vervolgstappen.

Tabel 12 toont dat slechts 13 van de 45 vrouwen (29%) in zeer kwetsbare situaties zijn doorgeleid naar JGZ of MDO. 25 vrouwen (55%) kregen wel een vorm van zorg of ondersteuning. Zeven vrouwen (16%) werden niet doorgeleid en kregen geen zorg of ondersteuning. Wat betreft vrouwen met ≥ 3 niet-

urgente kwetsbaarheden zien we dat 14 van de 42 vrouwen (33%) doorgeleid zijn naar JGZ of MDO, maar het merendeel van de vrouwen (62%) is niet doorgeleid en heeft geen zorg of ondersteuning ontvangen (tabel 13).

In de groep van de 186 vrouwen met één of twee kwetsbaarheden zijn 23 vrouwen (12,4%) doorgeleid naar JGZ of MDO, of hebben extra zorg of ondersteuning ontvangen.

Tabel 12 Doorgeleiding bij vrouwen in zeer kwetsbare situaties in Zuid-Limburg

Aantal kwetsbaarheden (nt)urgent	Aantal zwangere vrouwen	Aantal doorgeleid JGZ/MDO	Niet doorgeleid alleen psychol. of psychiatr. zorg	Niet doorgeleid alleen andere sociale ondersteuning	Niet doorgeleid maar combinatie van zorg	Niet doorgeleid, geen zorg
	N	N %	N %	N %	N %	N %
1	1	0	1 (100)	0	0	0
2	10	3 (30)	6 (60)	0	0	1 (10)
3	8	0	4 (50)	0	0	4 (50)
4	9	0	5 (56)	0	3 (33)	1 (11)
5	5	3 (60)	1 (20)	0	1 (20)	0
6	5	1 (20)	2 (40)	1 (20)	1 (20)	0
7	5	5 (100)	0	0	0	0
8	1	0	0	0	0	1 (100)
11	1	1 (100)	0	0	0	0
Totaal	45	13 (29)	19 (42)	1 (2)	5 (11)	7 (16)
				25 (55)		

Tabel 13 Doorgeleiding bij vrouwen met ≥ 3 kwetsbaarheden in Zuid-Limburg

Aantal kwetsbaarheden	Aantal zwangere vrouwen	Aantal doorgeleid JGZ/MDO	Niet doorgeleid met andere sociale ondersteuning	Niet doorgeleid, geen andere zorg
	N	N %	N %	N %
3	24	4 (17)	2 (8)	18 (75)
4	8	3 (38)	0	5 (62)
5	3	2 (67)	0	1 (33)
6	6	5 (83)	0	1 (17)
7	1			1 (100)
Totaal	42	14 (33)	2 (5)	26 (62)

Tabel 14 Doorgeleiding bij vrouwen met 2-1 kwetsbaarheden (n=186) in Zuid-Limburg

Aantal kwetsbaarheden	Aantal zwangere vrouwen	Aantal doorgeleid JGZ/MDO	Niet doorgeleid andere (psycho)sociale ondersteuning
	N	N %	N %
1	8	4	4
2	15	12	3
Totaal	23 (12,4)	16 (69,6)	7 (30,4)

3.4 Beschouwing

Voordat we conclusies trekken naar aanleiding van de onderzoeksresultaten van het dossieronderzoek willen we kritisch naar het onderzoek kijken en een aantal punten onder de aandacht brengen.

1. Het ontbreken van de registratie van beschermende factoren in het verloskundig dossier bemoeilijkt het geven van het juiste inzicht over de prevalentie van kwetsbaarheid. Het was niet mogelijk om de balans tussen kwetsbaarheden en beschermende factoren te maken. Daardoor hebben we dus geen zicht op de prevalentie van vrouwen in een potentieel kwetsbare situatie. Dat zorgt voor een overschatting van de prevalentie van vrouwen in kwetsbare situaties. Tegelijkertijd merkten we bij onze regionale partners een sterke behoefte om goed zicht te krijgen op de omvang van de problematiek. Dit om de bedrijfsvoering adequaat te houden en te kunnen anticiperen op een mogelijk toenemende zorgvraag. Door naast de definitie 'Kwetsbaarheid' ook de stapeling van kwetsbaarheden mee te nemen, denken we met de prevalentie van 'complexe kwetsbaarheid' de omvang van de groep vrouwen die sociale hulp nodig hebben, redelijk te hebben benaderd.
2. In lijn met punt 1 blijkt dat de software gebruikt door de huidige verloskundigenpraktijken niet meer voldoende om deze nieuwe zorg adequaat te registreren. Vastleggen van gegevens in open velden kan altijd, maar bevordert niet de eenduidigheid en kwaliteit. Het goed in kaart brengen van kwetsbaarheden en de doorgeleiding naar het sociaal domein werd hierdoor bemoeilijkt. Het eenvoudig doorgeven van cliëntgegevens naar zorgpartners en het registreren van zorgvormen in de landelijke registratie Perined zijn onderwerpen die urgent aandacht vragen.
3. In de nameting in Zuid-Limburg wilden we minimaal 500 dossiers includeren. Om een inschatting te maken van de inclusieduur, vroegen we de deelnemende (tien) verloskundigenpraktijken een inschatting te maken van hun zorgomvang op basis van het aantal aanmeldingen per maand. Achteraf bleken de aantallen in alle praktijken ongeveer met dezelfde omvang achter te blijven. Twee mogelijke redenen hiervoor zijn genoemd. Enerzijds een (regionale en landelijke) daling van het aantal nieuwe zwangerschappen in de periode mei-juli 2021 (18). Anderzijds een mogelijke onderschatting van de uitval van vrouwen tussen hun aanmelding zeer vroeg in de zwangerschap en hun eerste consult een paar weken later.
4. De aanpak zoals ontwikkeld in Samen voor Gezondheid (Zuid-Limburg) is enkel geïmplementeerd in tien eerstelijnsverloskundigenpraktijken en bij een aantal JGZ-verpleegkundigen. Mogelijk is de doorgeleiding naar het sociaal domein belemmerd. Dit komt doordat vrouwen in een kwetsbare situatie – die in eerste instantie onder zorg in de deelnemende praktijken waren – zijn doorverwezen naar de tweede lijn. Hier was de aanpak niet geïmplementeerd. Momenteel wordt in een vervolgstudie gewerkt aan brede implementatie van de aanpak in de totale geboortezorg in Zuid-Limburg.
5. In Groningen includeerden wij gegevens van twee verloskundigenpraktijken. Verloskundigen uit deze praktijken zijn ook actief in de coalitie Kansrijke Start Groningen. Hierdoor was de aanpak mogelijk beter geïmplementeerd dan in andere praktijken in Groningen. Dit heeft mogelijk implicaties voor de generaliseerbaarheid van de signalerings- en doorgeleidingscijfers.

3.5 Conclusie

Ongeveer 20% van de zwangere vrouwen in beide regio's lijkt zich in een dermate situatie van kwetsbaarheid te bevinden, dat sociale ondersteuning nodig is. Verloskundigen hadden al voor de implementatie van de aanpak zicht op zwangere vrouwen in kwetsbare situaties, maar een afgesproken aanpak kan de signalering van kwetsbaarheid optimaliseren. De mate waarin vrouwen werden doorgeleid en ondersteund conform de afspraken in beide regio's bleef ruim achter op de prevalentie van kwetsbaarheid. Herziening – of meer focus op implementatie – van gemaakte afspraken hebben daarom in beide regio's prioriteit. Een gemeenschappelijk kader voor kwetsbaarheid – zoals de definitie 'Kwetsbaarheid' – lijkt een goede basis om eenduidig te signaleren. Verder helpt het om een gemeenschappelijke taal te hanteren rondom samenwerking en beleid.



4. EVALUATIEONDERZOEK PROFESSIONALS EN CLIËNTEN

Het doel van het evaluatieonderzoek onder professionals en cliënten was tweeledig. Enerzijds wilden we inzicht krijgen in de implementatiegraad van de aanpakken in de dagelijkse zorg. Anderzijds wilden we de ervaringen van professionals en cliënten met de nieuwe aanpak evalueren.

4.1 Evaluatieonderzoek onder professionals

4.1.1 Methode

We verrichtten een beschrijvend onderzoek: kwantitatieve data werden verrijkt met diepte-interviews om brede kennis te verkrijgen. De studie bestond uit twee onderdelen:

1. Een kwantitatief surveyonderzoek in beide regio's onder professionals die betrokken waren bij de uitvoering van de aanpakken om de implementatiegraad en belemmerende en bevorderende factoren te identificeren.
2. Een kwalitatieve studie bestaande uit semigestructureerde diepte-interviews met professionals die betrokken waren bij de uitvoering van de aanpakken om de resultaten uit het surveyonderzoek verder te verdiepen.
3. We gebruikten de resultaten van onderdeel 1 als input voor onderdeel 2.

Voor het surveyonderzoek bestond de onderzoekspopulatie in Zuid-Limburg uit de eerstelijnsverloskundigen (n= 31) van de tien deelnemende verloskundigenpraktijken en de coördinerend JGZ-verpleegkundigen (n=3) van JGZ Zuid-Limburg.

In de gemeente Groningen bestond de onderzoekspopulatie uit alle eerstelijnsverloskundigen (n=27) van de tien praktijken in de gemeente en de tweedelijnsverloskundigen en gynaecologen (in opleiding) van het UMCG (n= 30) en het Martini ziekenhuis (n=30). Ook werden JGZ-verpleegkundigen (n=40) in de wijk en JGZ-verpleegkundigen bij de telefonische advisering benaderd (n=8).

Zorgverleners ontvingen in november 2021 per e-mail een digitale vragenlijst. Deze vragenlijst bestond uit vragen over de implementatiegraad van de aanpakken in respectievelijk Zuid-Limburg (Samen voor Gezondheid, zie bijlage 1) en Groningen ([Werkinstructie Risicosignalering](#)). Verder bestond de vragenlijst uit vragen over het Meetinstrument voor Determinanten van Innovaties (MIDI) (19, 20). De MIDI-vragenlijst is gebaseerd op het implementatiemodel van Fleuren en bevat determinanten onderverdeeld in vier domeinen: de innovatie, de toekomstige gebruiker, de organisatie en de sociaal-politieke omgeving. Inzicht in deze determinanten – die het daadwerkelijk gebruik van een innovatie beïnvloeden – is belangrijk om een gerichte vervolgstراتيجية voor implementatie te ontwikkelen.

In beide regio's waren de vragenlijsten hetzelfde, behalve waar de vragen zich richtten op specifieke onderdelen van de aanpak. In beide regio's ontvingen potentiële respondenten driemaal een herinnering; tweemaal digitaal en eenmaal telefonisch. Analyse vond plaats met behulp van beschrijvende statistiek. De resultaten zijn gepresenteerd in frequentietabellen (absolute aantallen en percentages).

Aanvullend op het surveyonderzoek voerden we in beide regio's semigestructureerde interviews uit bij professionals die betrokken waren bij de uitvoering van de aanpakken. In de gemeente Groningen bestond de onderzoekspopulatie uit alle verloskundige zorgverleners (eerste- en tweedelijnsverloskundigen en gynaecologen) van de Verloskundig Samenwerkingsverbanden (VSV's) Martini Geboortegroep en Stad en Ommeland, JGZ-verpleegkundigen en sociaal werkers. Rekrutering vond plaats van maart tot en met mei 2022. In Groningen werd één verloskundig zorgverlener per organisatie gevraagd deel te nemen. In beide ziekenhuizen werd – via werkgroepleden Kansrijke Start – een ingang gezocht voor het werven van één arts in opleiding tot specialist en één klinisch verloskundige. Op basis van de resultaten uit het surveyonderzoek is een topiclijst opgesteld. De interviews vonden plaats op een locatie naar keuze: thuis,

op het werk, online met behulp van Microsoft Teams of fysiek bij de Academie Verloskunde. De offline interviews werden opgenomen met een audiorecorder. Na afloop vond een member check plaats en werden notities gemaakt door de onderzoekers. De audio-opnames met Teams waren al getranscribeerd en werden met behulp van de audio-opname gecontroleerd en aangepast. Alle overige interviews werden getranscribeerd. Thematische analyse vond plaats met behulp van MaxQDA

De onderzoekspopulatie voor de interviews in Zuid-Limburg bestond uit de eerstelijnsverloskundigen van de tien praktijken en de (coördinerend) jeugdverpleegkundigen van de JGZ Zuid-Limburg. Rekrutering vond plaats van februari tot en met maart 2022. Professionals werden schriftelijk en telefonisch benaderd voor deelname aan een interview. Doel was om van elke verloskundigenpraktijk één verloskundige te betrekken. Van de JGZ wilden we de coördinerende jeugdverpleegkundigen en jeugdverpleegkundigen uit de wijk betrekken die één of meer prenatale huisbezoeken hebben uitgevoerd volgens de aanpak. Op basis van de resultaten uit het surveyonderzoek werd een topiclijst ontwikkeld voor de semigestructureerde interviews. De interviews vonden online plaats via Microsoft Teams. Na afloop van de interviews vond een member check plaats en werden er notities gemaakt door de onderzoekers. De audio-opnames van Teams waren al getranscribeerd en werden met behulp van de audio-opname gecontroleerd en aangepast. Thematische analyse vond plaats met behulp van NVivo.

4.1.2 Groningen

In deze paragraaf presenteren we de resultaten van het surveyonderzoek en de semigestructureerde interviews in Groningen.

Resultaten surveyonderzoek professionals Groningen

Respondenten

In Groningen hebben 43 zorgverleners de digitale vragenlijst compleet ingevuld: 28 verloskundig zorgverleners (responspercentage 32,2%) en 15 JGZ-verpleegkundigen (responspercentage 31,3%). Van de 27 eerstelijnsverloskundigen hebben 18 verloskundigen de vragenlijst ingevuld (responspercentage 66,7%). Van de tweedelijnsverloskundig zorgverleners hebben 10 zorgverleners de vragenlijst ingevuld (responspercentage 20,8%). Zowel de deelnemende eerste- als tweedelijnsverloskundig zorgverleners waren evenredig verdeeld over beide VSV's.

Implementatiegraad Groningen

Tabel 15 laat de implementatiegraad zien van de Werkinstructie risicosignalering kwetsbare zwangeren in Groningen. Het merendeel van de respondenten geeft aan de werkinstructie te kennen, maar slechts een derde geeft aan de werkinstructie te gebruiken zoals bedoeld. Wat betreft onderdelen van de werkinstructie zien we dat verloskundigen de TA, het MDO en de zorgpaden inzetten, maar er is nog winst te behalen in de manier waarop ze worden ingezet. De ALPHA-NL wordt nauwelijks gebruikt. JGZ-verpleegkundigen gebruiken het MDO en de zorgpaden nauwelijks.

Tabel 15 Implementatiegraad (van de onderdelen) van de Werkinstructie risicosignalering door professionals in Groningen (n=43)

	Ik ken de werkinstructie niet en gebruik hem niet	Ik ken de werkinstructie wel, maar gebruik hem niet	Ik ken de werkinstructie wel en gebruik hem gedeeltelijk	Ik ken de werkinstructie en gebruik hem zoals bedoeld
VLK + JGZ (n=43)				
werkinstructie Risicosignalering	7 (16,3%)	4 (9,3%)	17 (39,5%)	15 (34,9%)
ALPHA-NL	1 (5,5%)	11 (61,1%)	3 (16,7%)	3 (16,7%)
TA	3 (16,7%)	2 (11,1%)	2 (11,1%)	11 (61,1%)
MDO	0	3 (16,7%)	4 (22,2%)	11 (61,1%)
17 zorgpaden	1 (5,5%)	1 (5,5%)	9 (50,0%)	7 (39,0%)
VLK 2e lijn (n=10)				
werkinstructie Risicosignalering	2 (20,0%)	1 (10,0%)	5 (50,0%)	2 (20,0%)
ALPHA-NL	1 (10,0%)	4 (40,0%)	4 (40,0%)	1 (10,0%)
TA	5 (50,0%)	0	1 (10,0%)	4 (40,0%)
MDO	0	3 (30,0%)	2 (20,0%)	5 (50,0%)
17 zorgpaden	2 (20,0%)	0	6 (60,0%)	2 (20,0%)
JGZ (n=15)				
werkinstructie Risicosignalering	3 (20,0%)	0	4 (26,7%)	8 (53,3%)
TA	0	0	1 (6,7%)	14 (93,3%)
MDO	7 (46,7%)	3 (20,0%)	3 (20,0%)	2 (13,3%)
17 zorgpaden	10 (66,7%)	0	2 (13,3%)	3 (20,0%)

MDO: Multidisciplinair overleg; TA: Telefonische Advisering

Ervaringen professionals

Kijken we naar de innovatie dan geeft >70% van de verloskundigen aan de werkinstructie helder te vinden en >60% vindt de aanpak volledig en relevant. Slechts 15% is het oneens met de stelling dat door de aanpak zwangere vrouwen in een kwetsbare situatie beter gesignaleerd en doorgeleid worden. Tegelijkertijd zien we dat op elke stelling ruim een kwart van de verloskundigen 'neutraal' reageert.

Wat betreft het domein van de **gebruiker** zien we dat >70% van de respondenten het belangrijk vindt om bij te dragen aan het signaleren en doorgeleiden van vrouwen in kwetsbare situaties. Ze verwachten dat doel ook te behalen met de werkinstructie (draagvlak voor doel en doelgerichtheid). >70% van de respondenten ervaart steun voor de werkinstructie binnen hun praktijk/organisatie (ervaren steun) en zeer lage percentages verloskundigen ervaren ontevreden en niet-coöperatieve cliënten (cliëntperspectief). Respondenten reageren zeer divers of ze over voldoende kennis en vaardigheden beschikken om de werkinstructie in praktijk te brengen (kennis). Meer dan 80% van de verloskundigen vindt het inzetten van alle componenten van de werkinstructie tot de taak behoren, maar dat geldt niet voor de ALPHA-NL. 70% staat hierin neutraal of vindt het niet tot de taak van de verloskundige behoren (taakopvatting).

De resultaten ten aanzien van het domein **organisatie** zijn minder positief. Aspecten als tijd, personele bezetting, samenwerking, middelen en coördinatie scoren meer neutraal. Bijna de helft van alle

respondenten bevestigt dat er andere veranderingen binnen de organisatie spelen, die belemmerend kunnen werken op de implementatie van de werkinstructie.

In het domein sociaal-politieke context geven alle respondenten aan dat de werkinstructie aansluit bij actuele wet- en regelgeving, of ze hebben hier geen mening over. In bijlage 3 zijn alle resultaten van het surveyonderzoek te vinden.

Resultaten interviews professionals Groningen

We interviewden: negen eerstelijns verloskundigen, afkomstig uit acht van de tien verloskundigenpraktijken in Groningen-stad, vier verloskundig zorgverleners uit het UMCG of het Martiniziekenhuis, drie maatschappelijk werkers, waarvan twee uit de ziekenhuizen en één jeugdverpleegkundige.

In lijn met de MIDI-vragenlijst zijn de interviews geanalyseerd op belemmerende en bevorderende factoren voor de domeinen innovatie, gebruiker, organisatie en sociaal-politieke omgeving (zie bijlage 4).

Als **bevorderend** gaven respondenten aan dat de telefonische advisering (TA), het multidisciplinair overleg (MDO) en de zorgpaden ontzorgen. Er leeft een breed gedragen idee dat – door deze componenten van de werkinstructie – een verbeterde samenwerking en signalering is ingericht. De TA wordt gezien als laagdrempelig en het aanmelden van cliënten kost weinig moeite en tijd. Zowel verloskundig zorgverleners als sociaal werkers geven aan dat de TA bijdraagt aan inzicht in werkzaamheden en taken van JGZ en daarmee de samenwerking bevordert. Het MDO draagt bij aan een beter en interdisciplinair beleid rondom een gezin. Sociaal werk is positief over het MDO. Kennisuitwisseling wordt positief ervaren om samen beter scherp te krijgen wat de doelen en de opties zijn. Met betrekking tot de zorgpaden geven respondenten aan dat het uitzoekwerk scheelt. Daarnaast vinden nieuwe collega's het fijn om te weten wat er van hen verwacht wordt bij vrouwen in een kwetsbare situatie. Verloskundig zorgverleners geven aan dat het gebruik van een signaleringslijst drempelverlagend wordt gezien om kwetsbaarheid te bespreken (**innovatie**). Op gebied van de **gebruiker** geven respondenten aan graag betrokken te worden bij de inhoud van de werkinstructie. Ook willen ze meer en herhaald op de hoogte worden gehouden over de ontwikkelingen door bijvoorbeeld de werkgroep Kansrijke Start Groningen. Door aandacht te geven aan signalering voelen cliënten zich uitgenodigd om bepaalde problematiek te bespreken.

Als **belemmerend** ervaren verloskundig zorgverleners het gebruik van de ALPHA-NL. Deze wordt als indringend beschouwd en kan de vertrouwensband met de cliënt verstoren. ALPHA-NL wordt niet gezien als meerwaarde ten opzichte van de standaardwijze. Ook sluit de ALPHA-NL niet aan op vrouwen met een taalbarrière of laaggeletterdheid. Verschillende zorgverleners hebben een eigen signaleringsinstrument geïmplementeerd, maar vertrouwen ook op eigen intuïtie. Er is terughoudendheid in het gebruik van de TA. Dit omdat verloskundig zorgverleners cliënten zelf de regie willen geven. TA wordt vooral ingezet bij complexe en meervoudige problematiek. Terugkoppeling en overdracht tussen professionals is vastgelegd in de werkinstructie, maar wordt niet altijd opgevolgd door tijdgebrek en discontinuïteit van zorgverleners (**innovatie**).

Respondenten geven aan geen urgentie te voelen voor het gebruik van de werkinstructie. Ze voelen zich weinig betrokken bij de werkgroep Kansrijke Start Groningen. Ze denken ook dat de werkinstructie en de zeventien zorgpaden bij weinig collega's bekend zijn en door weinig collega's worden geraadpleegd. Respondenten geven zelf ook aan niet allemaal bekend te zijn met de werkinstructie. Er worden – naast de werkinstructie – ook andere aanpakken en werkwijzen gebruikt. Hierdoor herinneren professionals elkaar ook niet aan de werkinstructie.

Draagvlak en motivatie voor het gebruik van de ALPHA-NL ontbreekt. Niet alle professionals zijn adequaat getraind in de ALPHA-NL en ze geven aan dat de training onvoldoende voorziet in het leren van goede gesprekstechnieken. Verloskundig zorgverleners ervaren handelingsverlegenheid om doorgeleiding naar TA in te zetten en hebben het idee dat vrouwen niet open staan voor ondersteuning. De verantwoordelijkheid en het initiatief voor het vragen van steun wordt liever bij de cliënt gelaten. Kennis over verantwoordelijkheid en inzet van noodzakelijke organisaties ontbreekt bij professionals in het medisch domein (met name bij onveiligheid van het pasgeboren kind) (**gebruiker**).

Op gebied van de organisatie pakt JGZ de ondersteunende rol na doorgeleiding via TA niet altijd op. De samenwerking tussen JGZ en verloskundig zorgverleners loopt niet altijd even goed en kost moeite. Redenen hiervoor zijn dat contact krijgen niet altijd lukt. Dit komt mede door wisselende roosters en parttime werken. Ook de bereidheid om tijd in de samenwerking te steken wordt genoemd. Het ontbreekt daarnaast aan veilige digitale gegevensuitwisseling tussen samenwerkende zorgverleners. Al met al is er behoefte aan een stevigere rol van JGZ in de ketensamenwerking. Tenslotte geven zorgverleners aan dat – door organisatieveranderingen, personele wisselingen en de grote hoeveelheid andere taken – minder prioriteit wordt gegeven aan het werken volgens de werkinstructie.

4.1.3 Zuid-Limburg

In deze paragraaf presenteren we de resultaten van het surveyonderzoek en de semigestructureerde interviews in Zuid-Limburg.

Resultaten surveyonderzoek professionals Zuid-Limburg

Respondenten

In Zuid-Limburg hebben zeventien zorgverleners de digitale vragenlijst ingevuld (responspercentage 50%). Alle drie de JGZ-verpleegkundigen hebben de vragenlijst ingevuld (100%) en veertien verloskundigen (45%). Zes respondenten werkten in de regio Maastricht-Heuvelland, vier in de regio Oostelijke Mijnstreek (omgeving Heerlen-Kerkrade) en zeven werkten in de regio Westelijke Mijnstreek (omgeving Sittard-Geleen). Verloskundigen hadden tussen de vier en dertig jaar werkervaring en werkten in een groepspraktijk (n=11) of in een duopraktijk (n=3). JGZ-verpleegkundigen werkten twee tot drie jaar in deze functie.

Implementatiegraad Zuid-Limburg

Tabel 16 laat zien dat bijna alle professionals de aanpak Samen voor Gezondheid kennen en gebruiken. Verloskundigen kennen en gebruiken vooral de psychosociale anamnese en de afspraken met JGZ. Ook het Spinnenweb en Het Andere Gesprek van Positieve Gezondheid wordt in het eerste trimester van de zwangerschap (T1) door bijna alle verloskundigen geheel of gedeeltelijk gebruikt. Positieve Gezondheid wordt in het derde trimester van de zwangerschap (T3) minder gebruikt, terwijl de verloskundigen wel aangeven deze afspraak te kennen.

De drie JGZ-verpleegkundigen kennen de aanpak Samen voor Gezondheid allemaal en werken conform de afspraken die gemaakt zijn tussen de verloskundigen en JGZ. Positieve Gezondheid (Spinnenweb en Het Andere Gesprek) wordt niet gebruikt door de JGZ-verpleegkundigen.

Tabel 16 Implementatiegraad (van de onderdelen) van de aanpak SVG door professionals in Zuid-Limburg (n=17)

	Ik ken de aanpak SVG niet en gebruik hem niet	Ik ken de aanpak SVG wel, maar gebruik hem niet	Ik ken de aanpak SVG wel en gebruik hem gedeeltelijk	Ik ken de aanpak SVG en gebruik hem zoals bedoeld
VLK + JGZ (n=17)				
SVG	1 (5,9%)	0	10 (58,8%)	6 (35,3%)
VLK (n=14)				
SVG	1 (7,1%)	0	8 (57,1%)	5 (35,7%)
Anamnese	1 (7,1%)	0	2 (14,3%)	11 (78,6%)
Spinnenweb T1	0	1 (7,1%)	6 (42,9%)	7 (50%)
Spinnenweb T3	0	9 (64,3%)	5 (35,7%)	0
Andere Gesprek T1	0	2 (14,3%)	4 (28,6%)	8 (57,1%)
Andere Gesprek T3	0	7 (50%)	6 (42,9%)	1 (7,1%)
Afspraken JGZ	0	0	5 (35,7%)	9 (64,3%)
JGZ (n=3)				
SVG	0	0	2 (66,7%)	1 (33,3%)
Spinnenweb	0	3 (100%)	0	0
Andere Gesprek	0	3 (100%)	0	0
Afspraken JGZ	0	0	0	3 (100%)

T1: trimester 1 van de zwangerschap; T3: trimester 3 van de zwangerschap.

Ervaringen professionals

Kijkend naar de innovatie zien we dat die goed aansluit bij de praktijk. Meer dan 70% van de deelnemers vindt de aanpak helder, niet ingewikkeld, relevant en volledig. Slechts één respondent vindt dat met de aanpak vrouwen in kwetsbare situaties niet beter gesignaleerd en doorgeleid worden (bijlage 3).

Wat betreft het domein van de **gebruiker** zien we dat bijna alle deelnemers het belangrijk vinden om bij te dragen aan het signaleren en doorgeleiden van vrouwen in kwetsbare situaties. Het merendeel verwacht dat doel te behalen met de aanpak (draagvlak over doel en doelgerichtheid). Het overgrote deel van de verloskundigen vindt de psychosociale anamnese en de doorgeleiding naar JGZ tot de taak behoren. Wat betreft Positieve Gezondheid is men wat genuanceerder. JGZ-verpleegkundigen geven unaniem aan dat de verschillende componenten van de aanpak tot hun taak behoren. Wel is er verdeeldheid over de rol van de coördinerend zorgverlener in het sociaal domein (taakopvatting). De meeste deelnemers ervaren steun voor de aanpak binnen hun praktijk/organisatie (ervaren steun). Lage percentages verloskundigen ervaren ontevreden en niet-coöperatieve cliënten (cliëntperspectief). Deelnemers geven aan over voldoende kennis, vaardigheden en eigen effectiviteit te beschikken om de aanpak in praktijk te brengen. Dat geldt ook voor de verschillende componenten van de aanpak. Wat betreft Positieve Gezondheid wordt echter terughoudender geantwoord.

Belemmerende factoren ten aanzien van de aanpak hebben vooral betrekking op de organisatie. Slechts twee respondenten vinden dat er voldoende tijd is om te werken volgens de aanpak. Daarnaast ervaren de meeste professionals (82%) dat er andere veranderingen binnen de organisatie spelen die belemmerend werken voor de implementatie en uitvoering van de aanpak.

In het domein **sociaal-politieke context** geven respondenten aan dat de aanpak aansluit bij actuele wet- en regelgeving of hebben hier geen mening over. Zie bijlage 3 voor alle resultaten van het surveyonderzoek.

Resultaten interviews professionals Zuid-Limburg

We includeerden negen verloskundigen. Eén verloskundige kon niet participeren vanwege tijdgebrek. We includeerden ook vier JGZ-verpleegkundigen: twee coördinerend JGZ-verpleegkundigen en twee JGZ-verpleegkundigen uit de wijk.

Conform de interviews uit Groningen hebben we de interviews geanalyseerd op belemmerende en bevorderende factoren voor de domeinen innovatie, gebruiker, organisatie en sociaal-politieke omgeving (zie bijlage 5). In grote lijnen sluiten de resultaten aan bij die van de vragenlijst maar bieden verdiepende informatie.

JGZ-verpleegkundigen

Als **bevorderend** gaven JGZ-verpleegkundigen aan dat de aanpak helder en volledig is. De definitie 'Kwetsbaarheid' als kader werkt goed en het is een goede keuze geweest om de JGZ-coördinatoren met hun overstijgende blik op zorgmogelijkheden en netwerk een centrale rol in de doorgeleiding te geven. Door ervaring met het Balansmodel van Bakker (21) hebben JGZ-verpleegkundigen ervaring met het afwegen van kwetsbaarheden en beschermende factoren (**innovatie**). Respondenten gaven aan te geloven in de aanpak. Daarnaast ervaren ze goede effecten en worden ze intern gemotiveerd om met de aanpak te werken. Implementatie van de aanpak kan bevorderd worden door persoonlijke scholing over de aanpak. Ook het ontwikkelen van brede competenties om te werken met vrouwen in een kwetsbare situatie helpt om de aanpak verder te implementeren. Dat kan ook door coaching van verpleegkundigen in de implementatiefase (**gebruiker**). Op het gebied van de **organisatie** noemden JGZ-verpleegkundigen de gezamenlijke scholing Positieve Gezondheid met verloskundigen als positief punt. Verder noemden ze ook het goed werken van de trias VK- JGZ-coördinator-JGZ-verpleegkundige in de wijk als positief punt. Tot slot werden de korte lijnen binnen de wijkteams, met de jeugdartsen en met gemeenten als positief punt genoemd.

Belemmerend op het gebied van de **innovatie** was dat de integratie met de tweedelijns geboortezorg (inclusief MDO zwangere in kwetsbare situatie) en kraamzorg nog ontbreekt in de aanpak. Verder zijn diverse initiatieven en projecten uit Kansrijke Start niet op elkaar afgestemd. JGZ-verpleegkundigen zien uitdagingen als Positieve Gezondheid onderdeel blijft uitmaken van de aanpak. Ze vragen aandacht voor informatie- en deskundigheidsbevordering over de aanpak voor alle jeugdverpleegkundigen in de wijk (**gebruiker**). Wat betreft de **organisatie** geven de respondenten aan dat er onduidelijkheid is over de precieze rol die ze moeten oppakken in de aanpak, met name als het gaat over verantwoordelijkheden (casusregie) in afstemming met het sociaal domein en gemeenten. Ervaringen uit het verleden – zoals bezuinigingen – en de actuele hoge werkdruk baren JGZ-verpleegkundigen zorgen voor de toekomst. De samenwerking met verloskundigen is nog onvoldoende geprofileerd als 'normale' zorg en als teamwerk waarin aandacht is voor ieders expertise. Profileren hiervan zou acceptatie van zorg bij cliënten bevorderen. Dossievorming is nog niet afgestemd op de nieuwe zorg. Doorgeleiding van JGZ naar sociaal domein – zowel bij geïndiceerde als niet-geïndiceerde zorg – kent vele uitdagingen. Denk daarbij aan wachtlijsten, gebrek aan eigenaarschap en niet-gestructureerde samenwerking.

Verloskundigen

Kijkend naar **bevorderende factoren**, noemen verloskundigen de gedigitaliseerde psychosociale anamnese en de samenwerking met de JGZ-verpleegkundige als succesfactoren van de aanpak. De definitie 'Kwetsbaarheid' biedt een goed kader voor de zorg. Ook de verloskundigen geven aan het 'normaliseren' van de nieuwe zorg als bevorderende factor te zien voor de acceptatie van vrouwen (**innovatie**). Respondenten gaven aan te geloven in de aanpak, goede effecten te ervaren en intern gemotiveerd te zijn om met de aanpak te werken. Werken conform de aanpak sluit aan bij de taakopvatting van verloskundigen. De structuur, kaders en ketenzorg ervaren ze als ondersteunend. Positieve reacties van vrouwen ondersteunen het geloof in de aanpak. De georganiseerde interprofessionele intervisiebijeenkomsten werden als motiverend en stimulerend ervaren (**gebruiker**). Stabiliteit in de praktijk met gelijkgestemde collega's en de ondersteuning en facilitering door het onderzoeksproject werden genoemd als bevorderende factoren op gebied van **organisatie**.

Als **belemmerend** ervaren de verloskundigen op het niveau van de **innovatie** het twee keer structureel inzetten van Positieve Gezondheid (het Spinnenweb) in de zwangerschap. Om diverse redenen wordt de meerwaarde hiervan – naast de herziene psychosociale anamnese – niet ervaren. De meerwaarde van Positieve Gezondheid als gesprekstoel (het Andere Gesprek) en manier om zelfregie van de vrouw te bevorderen wordt wel gezien. De aanbeveling is dan ook om Positieve Gezondheid op indicatie in te zetten. Er is nog geen gerichte aandacht voor beschermende factoren. Hierdoor vindt geen bewuste balans tussen kwetsbaarheden en beschermende factoren plaats. Verder dient de handleiding geactualiseerd te worden op basis van ervaringen met de aanpak. Tegelijkertijd moeten afspraken over zorgprocessen ook in lijn gebracht worden met de afgesproken aanpak. Vanuit het perspectief **gebruiker** geven verloskundigen aan zich verantwoordelijk te voelen voor moeder en ongeboren kind, maar worstelen ze met de inhoud en de afbakening van hun professionele verantwoordelijkheid. Ze willen niet zozeer zelf sociale zorg regelen, maar willen wel de inhoud en organisatie van de sociale zorg kennen voor hun cliënten.

Als het onderwerp transitie naar ouderschap (later dan geboorte en kraambed) tot de taak van de verloskundige behoort, willen verloskundigen ondersteuning krijgen om dit vorm te geven (taakopvatting). Wat betreft kennis, kunde en vaardigheden zijn theoretische kennis over inhoud en impact van kwetsbaarheid voor moeder en kind en gespreksvaardigheden over 'lastige onderwerpen' gewenst. Verder geven verloskundigen aan dat ze het lastig vinden om om te gaan met diverse zorgbarrières van hun cliënten. Bijvoorbeeld dat cliënten niet openstaan voor hulp, het probleem niet inzien of bang zijn voor betrokkenheid van Veilig Thuis.

Tot slot hebben ze niet meteen vertrouwen dat deze aanpak zal leiden tot gestructureerd samenwerken als meerdere hulpverleners met een gezin bezig zijn (uitkomstverwachting). Op gebied van organisatie werden veel aandachtspunten opgehaald. Routing in de tweede lijn moet toegevoegd worden aan de huidige aanpak (psychosociale zorg bij zorg in of verwijzing naar de tweede lijn) met aandacht voor het nieuwe concept van coördinerend zorgverlener door eerstelijnsverloskundigen in VSV SamenZuyd. Het overleg Zwangere in een Kwetsbare Situatie lijkt nu alleen ingezet te worden voor zwangere vrouwen in zeer kwetsbare situaties. Er is ook behoefte om zwangere vrouwen met stapeling van (niet-urgente) kwetsbaarheden in te brengen. Samenwerking op verschillende momenten in de aanpak moet specifiekier uitgewerkt worden, zoals terugkoppeling door JGZ na prenataal huisbezoek, warme overdracht in kraambed met kraamverzorgende – verloskundige – JGZ-verpleegkundige.

Kaderafspraken over casusregie in sociaal domein zijn van belang. Zeker bij reeds aanwezige ondersteuning in een gezin. De huidige afspraak 'afhankelijk van de casus' wordt als te vrijblijvend ervaren. Essentiële randvoorwaarden voor deze nieuwe vorm van zorg ontbreken. Denk aan tijd, het actualiseren van de software van de verloskundigedossiers en een scholingsplan voor nieuwe zorgverleners. Vanuit het perspectief van de sociaal-politieke omgeving signaleren verloskundig zorgverleners dat er landelijk geld geïnvesteerd wordt in de ketenpartners (gemeenten, JGZ) om samenwerking tussen medisch en sociaal domein te realiseren. Geboortezorg wordt niet financieel gefaciliteerd terwijl er wel inzet gevraagd wordt.

Er worden tal van externe ontwikkelingen genoemd die implementatie van de aanpak bemoeilijken:

- COVID-19 en de bijbehorende telefonische/online consulten hebben de implementatie van Positieve Gezondheid wellicht negatief beïnvloed. Het oppikken van kwetsbaarheden verloopt mogelijk minder goed en telefonisch is het voeren van Het Andere Gesprek lastig als je het nog niet goed beheerst.
- Drukke in de praktijk en personeelstekort belemmert implementatie.
- Regionaal en landelijk zijn er diverse projecten die tegelijkertijd aangepakt moeten worden.
- Op gebied van Kansrijke Start zijn er regionaal diverse projecten die niet goed met elkaar in verbinding gebracht zijn. Hierdoor zien professionals door de bomen het bos niet meer.

4.2 Evaluatieonderzoek onder cliënten

Doel van het evaluatieonderzoek onder cliënten is om inzicht te krijgen in de ervaringen van cliënten met de zorg en de nieuwe werkinstructie of aanpak.

4.2.1 Methode

In beide regio's namen we semigestructureerde interviews af bij cliënten die zorg ontvingen na implementatie van de aanpakken. In Groningen zijn vrouwen geïnterviewd die niet langer dan één jaar geleden bevallen zijn en in de eerste lijn zwangerschapszorg hebben ontvangen bij de deelnemende praktijken. Rekrutering van cliënten vond plaats via de verloskundige, via de kraamzorgorganisatie, via flyers, monitoren in de wachtkamer van de ziekenhuizen en via het eigen netwerk van de onderzoekers.

In Zuid-Limburg voldeden alle vrouwen voor deelname aan de interviews die zich in de periode 1 mei 2021 tot 1 oktober 2021 hadden aangemeld voor verloskundige zorg bij één van de tien verloskundigenpraktijken uit de pilot. De cliënten in Zuid-Limburg werden geïncludeerd door de verloskundige. Cliënten ontvingen schriftelijke en mondelinge informatie over het onderzoek. Als de cliënt mee wilde doen, werden de contactgegevens – met toestemming van de cliënt – doorgestuurd naar de onderzoekers. De onderzoekers namen contact op met de cliënt om een interviewafspraak te maken.

Voor de interviews werd in beide regio's een topiclijst ontwikkeld op grond van de bevindingen van het surveyonderzoek. De interviews met de cliënten vonden plaats op een locatie naar keuze van de cliënt. Ze werden opgenomen met een audiorecorder. Na afloop van de interviews vond een member check plaats en werden er notities gemaakt door de onderzoekers. Alle audio-opnames werden getranscribeerd. Thematische analyse vond plaats met behulp van NVivo (Zuid-Limburg) en MaxQDA (Groningen).

Groningen

Respondenten

Er werden zeven vrouwen geïncludeerd. Cliënten hadden allen zorg gekregen van praktijken of ziekenhuizen die bekend waren met de Werkinstructie risicosignalering. Het merendeel van de cliënten had één of meer kwetsbaarheden, maar de groep zeer kwetsbare vrouwen bleek lastig te includeren.

Ervaringen van cliënten

De verloskundigenzorg wordt door bijna alle vrouwen als positief ervaren. Termen als laagdrempelig, empathisch, informatief, ondersteunend en het gevoel altijd terecht te kunnen worden genoemd. Een aantal cliënten ervaart dat de verloskundige werkt vanuit de kracht van de vrouw zelf en haar behoeftes.

Signalering van kwetsbaarheden vond voornamelijk plaats door het afnemen van een mondelinge anamnese tijdens het eerste consult. Er werden medische en psychosociale onderwerpen besproken. Bij multipara werd niet standaard opnieuw naar psychosociale kwetsbaarheden gevraagd, maar werd deze informatie overgenomen uit een eerder dossier.

"We hebben natuurlijk ook al een gedeelte ingevuld bij [verloskundigenpraktijk] in eerste instantie. En toen ik binnen een jaar alweer terugkwam na de bevalling, want ik was zeven maanden na de eerste alweer zwanger. Toen heeft ze niet nog een keer een intake met mij afgenomen" (I3)

De ALPHA-NL werd niet herkend door de respondenten en ze gaven aan deze niet te hebben ingevuld of besproken met de verloskundig zorgverlener.

Respondenten ervaarden het als normaal en vanzelfsprekend dat tijdens de consulten werd gesproken over psychosociale aspecten en zorg. Het bespreken van psychosociale kwetsbaarheden droeg bij aan een bewustere beleving van de zwangerschap. Sommige respondenten ervaarden dat de aandacht voor psychosociale problemen tijdens de zwangerschap afnam, terwijl de vraag voor extra ondersteuning in sommige gevallen juist groter werd. Anderen gaven aan het gevoel te hebben geen gehoor te krijgen bij de verloskundige en alles zelf te moeten regelen. Daarmee sloot de zorg soms niet aan op de behoeften van de respondenten.

“Goh, op het moment dat het mentaal wat minder ging had ik meer steun willen hebben. Dat denk ik wel, ik had het in ieder geval op prijs gesteld.” (I6)

“Ik had het idee dat ik het allemaal zelf heb moeten regelen” (I7)

Redenen om niet met de verloskundige te spreken over psychosociale problemen zijn de korte consulten en de verschillende verloskundigen tijdens de consulten. Volgens de respondenten hebben verloskundigen te weinig tijd tijdens het consult om alles te bespreken en voldoende door te vragen. Cliënten voelden zich hierdoor opgejaagd. Cliënten die ervaring hadden met een caseload praktijk benoemden de uitgebreide tijd tijdens de controle als een bevorderende factor om zaken te bespreken. Het zien van verschillende verloskundigen tijdens de consulten voelde niet veilig om alles bespreekbaar te maken. Wanneer meerdere zorgverleners zijn betrokken is samenwerking en overdracht essentieel. Dan voelen cliënten zich serieus genomen. Deze behoefte van cliënten betreft niet alleen professionals in de keten onderling, maar wordt ook gevoeld door zorgverleners binnen één organisatie.

De respondenten hadden geen ervaring met doorgeleiding naar de TA, MDO en/of zorgpaden.

Zuid-Limburg

Respondenten

De inclusie van cliënten vond plaats van februari tot maart 2022. We includeerden drie cliënten, waarvan één cliënt alsnog besloot niet mee te doen. De twee geïnccludeerde cliënten waren bevallen van het eerste kind en er was sprake van stapeling van (urgente) kwetsbaarheden tijdens de zwangerschap. Beide cliënten hadden geen eerdere ervaring met verloskundigenzorg.

Ervaringen van cliënten

Beide cliënten hebben de verloskundigenzorg en de ketenzorg als positief ervaren. Laagdrempelig, informatief, ondersteunend en niet-veroordelend. Beide cliënten hadden voorafgaand geen specifieke verwachtingen over de verloskundigenzorg.

Signalering

Cliënten gaven aan de digitale vragenlijst voorafgaand aan de eerste afspraak niet te hebben ontvangen of ingevuld. De anamnese vond mondeling plaats tijdens het eerste consult. Hieron werden zowel medische als psychosociale onderwerpen besproken. Beide cliënten vonden het niet vervelend om deze zaken met de verloskundige te bespreken. De cliënten gaven echter wel aan dat verloskundigen niet altijd doorvroegen, ook niet bij signalen dat er iets aan de hand was.

Het Spinnenweb van Positieve Gezondheid is door beide cliënten ingevuld en de resultaten werden besproken tijdens de volgende afspraak. Dit leidde tot verdiepende gesprekken, bewustwording en concrete veranderwensen. De korte vragenlijst Positieve Gezondheid werd eenvoudig gevonden en kostte niet veel tijd.

Eén cliënt gaf aan dat het delen van psychosociale problemen en zorgen met de verloskundige heeft bijgedragen aan de beleving van de zwangerschap. Vrouwen met (ernstige) psychosociale problemen willen het beste voor hun ongeboren kind. Dat is voor zorgverleners een kans om het gesprek aan te gaan en cliënten te ondersteunen in zelfregie.

Doorgeleiding

Beide cliënten zijn doorgeleid naar JGZ waarna een prenataal huisbezoek plaatsvond. Op basis hiervan is vervolgsbeleid ingezet. Beide cliënten zijn tevreden over de aangeboden zorg en voelden zich ondersteund en gehoord. Cliënten voelden zich serieus genomen en alternatieven werden besproken.

“Ja, wel fijn eigenlijk. Ik heb dat wel als prettig ervaren, omdat ik het idee had dat ik het dan niet helemaal alleen hoefde te doen en ik mijn zorgen kon delen.” (I2)

Respondenten ervaren dat terugkoppeling tussen zorgprofessionals ontbreekt en cliënten vaak zelf de informatie en afspraken moeten doorgeven.

"Nee, ik heb zelf aan de verloskundige verteld hoe dat gesprek is gegaan. Ze hebben, niet dat ik weet, contact met elkaar gehad." (I2)

Daarnaast benoemen respondenten dat er vooroordelen zijn over het inzetten van sociale zorg – zoals Veilig Thuis – terwijl de daadwerkelijke zorg als zeer ondersteunend is ervaren. Als aandachtspunt bij het inzetten van zorg wordt genoemd, dat het belangrijk is om zorg op maat te leveren en gehoor te geven aan de wensen en het ritme van de cliënt.

"Ik heb dat [flexibele kraamzorg] een klein maandje gedaan. Dit omdat we nu een heel ander ritme hebben met slapen. Die mevrouw kwam om half negen 's ochtends, maar ik ben geen persoon die om half negen 's ochtends gaat poetsen. Ik doe dat als ik gewoon goed wakker ben geworden en dan begin ik daaraan rond een uur of elf. En dat heb ik ook tegen hen gezegd." (I1)

4.3 Beschouwing evaluatieonderzoek professionals en cliënten

Voordat we conclusies trekken naar aanleiding van de onderzoeksresultaten van het evaluatieonderzoek onder professionals en cliënten willen we kritisch naar het onderzoek kijken en een aantal punten onder de aandacht brengen.

1. Het surveyonderzoek in Groningen is – een aantal jaar na implementatie van de aanpak – breed uitgezet onder professionals in de geboortezorg (eerste, tweede en derde lijn), JGZ en sociaal domein. Daardoor was het niet mogelijk een responspercentage te berekenen. Het surveyonderzoek in Zuid-Limburg heeft, binnen een jaar na de implementatie van de aanpak, plaatsgevonden onder deelnemende eerstelijnsverloskundigenpraktijken en JGZ-verpleegkundigen. Voor de interviews zijn – naast de bij de ontwikkeling betrokken JGZ-coördinatoren – twee JGZ-verpleegkundigen uit de wijkteams geïnccludeerd. Hierdoor geven de resultaten een breder inzicht. De participerende verloskundigen in Zuid-Limburg kunnen beschouwd worden als voorlopers in de implementatie van de aanpak en mogelijk extra gemotiveerd om zorg aan kwetsbare zwangere vrouwen te optimaliseren. De genoemde verschillen tussen Groningen en Zuid-Limburg kunnen een effect hebben op de implementatiegraad en de ervaringen van professionals in beide regio's en moeten dus meegenomen worden in de interpretatie van de resultaten.
2. In Groningen hebben negen cliënten deelgenomen aan de interviews. Het waren vrouwen in potentieel kwetsbare situaties die geen ervaring hadden met psychosociale ondersteuning conform de werkinstructie. In Zuid-Limburg hebben we slechts twee cliënten in een (zeer) kwetsbare situatie gesproken. Het bleek lastig om zwangere vrouwen in een kwetsbare situatie te bereiken. Verloskundigen vinden het lastig deze vrouwen te benaderen en gaven aan dat vrouwen niet willen deelnemen of dat ze hen niet willen belasten. Meer onderzoek naar het perspectief van cliënten op de aanpakken is noodzakelijk.
3. Met de combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve methodes om de implementatie van de aanpakken te evalueren, beoogden we meer diepgang. Dat is volgens ons goed gelukt. Het vragenlijstonderzoek geeft een algemeen beeld en zelf gerapporteerde cijfers. De interviews bieden verdiepende en nuancerende inzichten over wat wel en niet werkt en hoe we de aanpakken kunnen verbeteren. Meerwaarde van de interviews is dat er reflectief naar het eigen functioneren is gekeken. Daarnaast is er over de grenzen van het eigen vakgebied heen naar de samenwerking gekeken.

4.4 Conclusie evaluatieonderzoek professionals en cliënten

Concluderend kunnen we stellen dat in beide regio's de aanpakken zijn geïmplementeerd en dat beide aanpakken positieve componenten hebben en verbeterpunten.

In Groningen vindt de meerderheid van de professionals de aanpak in zijn geheel helder, volledig, relevant en doelgericht. Professionals vinden het tot hun taak horen om vrouwen in een kwetsbare situatie te signaleren en door te geleiden. Wat betreft de onderdelen van de aanpak worden TA, MDO en zorgpaden positief geëvalueerd. De ALPHA-NL wordt niet goed geëvalueerd en wordt ook door een grote groep professionals niet ingezet. Tegelijkertijd tonen de interviews aan dat de werkinstructie niet bij alle professionals hetzelfde draagvlak heeft. De professionals geven aan dat alternatieve werkwijzen zijn ontwikkeld en worden gevolgd. Ze voelen zich niet altijd betrokken bij de ontwikkeling van de werkinstructie door de Werkgroep Kansrijke Start. Uitdagingen liggen op het gebied van kennis en vaardigheden van professionals om gesprekken over kwetsbaarheid te voeren, het versterken van professionals om een actieve rol te nemen in het signaleren en doorgeleiden en het scheppen van duidelijkheid over ieders rol en (afbakening van) verantwoordelijkheid in de zorgketen met een stevigere rol voor de JGZ. Ook aspecten als tijd, personele bezetting, samenwerking, middelen en coördinatie verdienen aandacht.

Cliënten vinden aandacht voor psychosociale aspecten in de zwangerschap vanzelfsprekend en voelen zich serieus genomen als er bij betrokkenheid van meerdere hulpverleners goed wordt samengewerkt. Vrouwen geven aan dat de zorg niet altijd aansluit bij hun behoefte. De beperkte tijd die de verloskundige heeft per consult en de diversiteit aan verloskundigen tijdens de zwangerschap belemmeren cliënten om zaken te bespreken.

Ook in **Zuid-Limburg** is men positief over de inhoud en doelgerichtheid van de aanpak en is er draagvlak voor de aanpak. De definitie 'Kwetsbaarheid' werkt goed als onderliggend kader voor de zorg. Wat betreft de onderdelen van de aanpak zijn de gedigitaliseerde vragenlijst psychosociale problematiek en de persoonlijke samenwerking per praktijk met één vaste JGZ-verpleegkundige de succesfactoren. De structurele inzet van Positieve Gezondheid wordt niet goed geëvalueerd. Wel wordt Positieve Gezondheid gezien als meerwaarde bij indicatie. Een uitbreiding van de aanpak naar de gehele geboortezorg in Zuid-Limburg wordt bepleit. Datzelfde geldt voor het meer profileren van geboortezorg en JGZ als 'team'. Hierdoor wordt de zorg 'genormaliseerd' en daarmee laagdrempeliger voor cliënten. Op het gebied van kennis en vaardigheden is er behoefte aan: achtergrondkennis over impact van kwetsbaarheid op moeder en kind, gespreksvaardigheden en hoe om te gaan met barrières tot zorg die cliënten ervaren. Ook in Zuid-Limburg zijn er veel verbeterpunten rondom de organisatie. Denk aan specifiekere afspraken rondom overdracht en terugkoppeling tussen zorgpartners, duidelijkheid over (en afbakening van) ieders verantwoordelijkheden, afspraken over coördinerend zorgverlenerschap in het sociaal domein, structurele financiering voor verloskundig zorgverleners, rekening houden met tijdgebrek en personeelstekorten, aanpassing van de software voor verloskundigendossiers, prioritering in de vele projecten in de geboortezorg en afstemming van de vele projecten Kansrijke Start in de regio.

In Zuid-Limburg gaven de twee cliënten aan de zorg laagdrempelig, informatief, ondersteunend en niet-veroordelend te vinden. De ingezette instrumenten werden goed beoordeeld. Cliënten vinden psychosociale zorg normaal en stellen dit ook op prijs. Vrouwen willen genieten van hun zwangerschap en komen daar niet aan toe als er veel problemen spelen. Vrouwen willen het beste voor hun kind. Dat biedt kansen voor zorgverleners om het gesprek aan te gaan. Een aandachtspunt is wel dat cliënten het ervaren dat de terugkoppeling tussen zorgverleners ontbreekt. Ook wordt zorg niet altijd op maat gegeven, waardoor vrouwen sneller de neiging hebben om af te haken. Zorg door Veilig Thuis werd door cliënten als ondersteunend ervaren. Tegelijkertijd wordt Veilig Thuis geassocieerd met het weghalen van een kind bij de ouders, waardoor cliënten terughoudend zijn ten aanzien van deze zorg.



5. BESCHOUWING SAMEN VOOR GEZONDHEID

Het doel van het onderzoeksproject 'Samen voor Gezondheid: Positieve start voor aanstaande moeders en kinderen' was het in kaart brengen van de opbrengsten van twee multidisciplinaire zorgaanpakken ten aanzien van het identificeren en doorgeleiden van zwangere vrouwen in kwetsbare situaties in Groningen en Zuid-Limburg.

5.1 Resultaten

In beide regio's lijkt ongeveer 20% van de zwangere vrouwen zich in een dusdanig kwetsbare situatie te bevinden dat sociale ondersteuning nodig is. Beide aanpakken lijken kwetsbaarheden te identificeren. Uit dossieronderzoek blijkt echter dat ook zonder een aanpak verloskundigen in hoge mate kwetsbaarheden registreren. Door een aanpak lijkt de identificering te worden gestructureerd en geüniformeerd. De mate waarin vrouwen doorgeleid en ondersteund werden conform de afspraken in beide regio's bleef ruimschoots achter bij de prevalentie van kwetsbaarheid.

De bruikbaarheid en toepasbaarheid van de aanpak Groningen – gemeten onder professionals van beide VSV's in stad Groningen – wordt als wisselend ervaren. De ALPHA-NL is nauwelijks geïmplementeerd en er lijkt geen draagvlak voor dit signaleringsinstrument. Uit de evaluatiestudie onder professionals lijkt de telefonische advisering (TA) een succesfactor. Uit het dossieronderzoek (2 verloskundigenpraktijken in stad Groningen) zien we echter een zeer beperkt gebruik van deze component. Hetzelfde beeld zien we in het gebruik van de zorgpaden. In de evaluatiestudie geeft het merendeel van de zorgverleners aan op de hoogte te zijn van de zeventien zorgpaden en ze te gebruiken zoals bedoeld, maar dat wordt niet bevestigd door de resultaten van het dossieronderzoek. Met name rondom de organisatie van de samenwerking en communicatie zijn verbeterpunten benoemd.

Vanuit het perspectief van professionals wordt de toepasbaarheid en bruikbaarheid van de aanpak Zuid-Limburg als positief ervaren. Succesfactor van de aanpak Zuid-Limburg is de digitale psychosociale anamnese: deze werd goed geëvalueerd en gebruikt. Het persoonlijke contact tussen verloskundigen en JGZ-verpleegkundigen werd positief beoordeeld maar doorgeleiding via JGZ werd nog beperkt ingezet. Toepassing van Positieve Gezondheid werd wisselend ervaren. Positieve Gezondheid is in het derde trimester nauwelijks geïmplementeerd. Vooral op gebied van de organisatie van de samenwerking zijn verbeterpunten benoemd die regionaal maar ook landelijk opgepakt moeten worden.

Cliënten in beide regio's gaven aan dat psychosociale zorg een relevant onderdeel is van geboortezorg. Ze waren (in Zuid-Limburg) positief over de ingezette instrumenten en ondersteuning. Tegelijkertijd ervaren cliënten beperkingen zoals te weinig tijd voor gesprekken over problemen, te weinig doorvragen bij signalen van problematiek, gebrek aan continuïteit van zorgverleners in de verloskundigenpraktijk en onvoldoende terugkoppeling tussen zorgpartners. Kansen voor zorgverleners om het gesprek aan te gaan over psychosociale problemen liggen in het feit dat iedere ouder het beste wil voor het kind en dat elke vrouw haar zwangerschap optimaal wil beleven. Daar komt ze niet aan toe door (een stapeling van) problemen.

5.2 Inhoudelijke reflectie

Signaleren van kwetsbaarheid

In beide regio's zijn verschillende instrumenten voor het signaleren van kwetsbaarheid gebruikt. In Groningen is gekozen voor de ALPHA-NL. In het dossieronderzoek zien we dat de ALPHA-NL nauwelijks is ingezet en het evaluatieonderzoek toont aan dat het draagvlak voor de ALPHA-NL beperkt is. Er zijn hiervoor verschillende redenen genoemd. De intimiderende vragen zouden de prille vertrouwensband tussen verloskundige en vrouw kunnen schaden; zorgverleners ervaren het instrument niet als meerwaarde, ze hebben meer vertrouwen in eigen inzicht en intuïtie. Ook vindt men dat de inzet van dit instrument niet bij de taak van de verloskundige hoort. Het beperkte gebruik en de genoemde redenen zijn in lijn met eerder Nederlands onderzoek naar bruikbaarheid en toepasbaarheid van een aantal signaleringsinstrumenten (17). In Zuid-Limburg is de optimalisatie van de psychosociale anamnese in samenspraak met professionals uitgevoerd. Belangrijke reden hiervoor was dat dit de minste aanpassing in de praktijk zou vergen en

toch de gewenste informatie zou opleveren. Deze inschatting wordt bevestigd in dit onderzoek: de implementatiegraad is hoog en ervaringen met het instrument zijn goed. Door de anamnese te digitaliseren kan de cliënt de vragenlijst zelf invullen voor het eerste consult bij de verloskundige. Tijdens onderzoek is aangetoond dat dit minder sociaal wenselijke antwoorden oplevert dan een face-to-face gesprek (22). Dit wordt ondersteund door bevindingen in ons onderzoek: de vragenlijst werd door de meerderheid van de vrouwen goed ingevuld en deze werkinstructie levert de verloskundige tijd op die voor een verdiepend gesprek gebruikt kan worden. De structurele inzet van Positieve Gezondheid (Spinnenweb en Andere Gesprek) bij alle zwangere vrouwen in het eerste en derde trimester van de zwangerschap werd niet goed beoordeeld. Het kost tijd en levert bij veel vrouwen niets op. Positieve Gezondheid wordt wel als meerwaarde gezien om op een andere manier het gesprek aan te gaan met vrouwen.

Interessant is dat er weinig verschil is in het identificeren van kwetsbaarheden in beide regio's (zie tabel 9 de vrouwen met een 'complexe' kwetsbaarheid), terwijl de aanpakken inhoudelijk en qua implementatiegraad van elkaar verschillen. Dit is enerzijds te verklaren doordat verloskundigen – gezien de aard van de werkzaamheden – ook voor de implementatie de kwetsbaarheden van vrouwen al in kaart hadden (zie ook de resultaten van de voormeting Zuid-Limburg). Anderzijds kan dit mogelijk verklaard worden doordat bij implementatie van een nieuwe aanpak draagvlak, motivatie, focus, kennis en attitudeverandering meer bijdragen dan het soort instrument dat gebruikt wordt (vergelijkbaar met het Hawthorne-effect). Fontein en Mestdagh (2022) concluderen in hun onderzoek onder migrantenvrouwen ook dat verloskundigen kunnen vertrouwen op de mate waarin vrouwen zelf hun kwetsbaarheid inschatten. Dit vraagt wel een goede relatie tussen de vrouw en de verloskundige (23).

Tegelijkertijd is duidelijk dat een eenduidig kader voor signalering en doorgeleiding van meerwaarde is. Dit blijkt onder andere uit het verschil tussen de voor- en nameting in Zuid-Limburg (tabel 3 en 9) en de discrepantie tussen de indruk van de verloskundige over de mate kwetsbaarheid van een vrouw en haar kwetsbaarheid conform de definitie 'Kwetsbaarheid' (paragraaf 3.2.6). Dit sluit aan bij de aanbevelingen van Van Hoek et al. (17).

De prevalentie van kwetsbaarheid, zoals gerapporteerd in dit onderzoek, kunnen we niet staven omdat dit het eerste onderzoek is dat, met behulp van de definitie 'Kwetsbaarheid' (15), de omvang van het probleem in kaart heeft gebracht. Landelijk wordt rekening gehouden met een prevalentie van kwetsbaarheid van ongeveer 16%. Dit is vaak gebaseerd op het aantal kinderen geboren met een minder goede start (vroeggeboorte en/of laag geboortegewicht) die blootstaan aan medische of psychosociale risicofactoren (1). In het dossieronderzoek hebben we de prevalentie van kwetsbaarheid gebaseerd op het hebben van een of meer urgente of niet-urgente kwetsbaarheden. Die kwetsbaarheden zijn als zodanig niet terug te vinden in de verloskundigendossiers. We hebben daarom de informatie die verloskundigen via de anamnese en hun consulten verzamelen, gelinkt aan de diverse kwetsbaarheden in de definitie 'Kwetsbaarheid'. Deze operationalisering is in zorgvuldig overleg met betrokken experts gebeurd, maar voor de validiteit en betrouwbaarheid van ons onderzoek is het aan te bevelen om dit proces en het onderzoek in diverse omgevingen en regio's te herhalen. De wijze van operationalisering heeft direct effect op de prevalentie van kwetsbaarheid en aantallen kwetsbaarheden. Daarnaast is het goed om de klinische relevantie van deze werkinstructie te toetsen en te analyseren of de juiste dingen worden gedaan om de doelen binnen Kansrijke Start te bereiken.

De prevalentie van kwetsbaarheid en de stapeling van kwetsbaarheden die we hebben gevonden, zijn mogelijk niet te generaliseren naar andere regio's in Nederland. Dit komt omdat zowel Groningen als Zuid-Limburg regio's zijn met uitdagingen rondom gezondheid, leefstijl en sociaal-economische situatie (24-26). Omdat beschermende factoren niet systematisch geregistreerd werden in de verloskundigendossiers, was het niet mogelijk te differentiëren tussen potentieel kwetsbaar en kwetsbaar. Dit kan geleid hebben tot een overschatting van het aantal vrouwen in een kwetsbare situatie. Anderzijds is samen met participerende verloskundigen vastgesteld dat een aantal relevante gegevens in de dossiers ontbreken (denk aan laaggeletterdheid, gezondheidsvaardigheden) of niet systematisch geregistreerd worden (suboptimaal zorggebruik). Dit kan weer leiden tot een onderschatting.

De definitie 'Kwetsbaarheid' (15) is later gepubliceerd dan de aanpak in Groningen is ontwikkeld en geïmplementeerd (2017). Voor de Groningse data is de definitie enkel gebruikt als theoretische basis voor

de analyse. In Zuid-Limburg daarentegen, is de definitie geïntegreerd in de aanpak en vormt daarmee de basis voor het afgesproken beleid. In Zuid-Limburg ervaren professionals de definitie als een geschikt gedachtegoed voor het creëren van een gemeenschappelijke taal en werkinstructie onder professionals. Aanscherping en bewustwording is daarvoor wel noodzakelijk. Briscoe et al (2016) beschrijft in haar conceptanalyse dat kwetsbaarheid – naast risicofactoren en beschermende factoren – ook wordt bepaald door barrières tot zorg bij zowel cliënten als professionals (27). Toevoeging van dit aspect aan de definitie verdient aandacht (28).

Van belang is de bewustwording dat signaleren conform de definitie 'Kwetsbaarheid' een heel ander concept is dan de medische risicoselectie zoals gebruikelijk in de geboortezorg. De definitie 'Kwetsbaarheid' is ondersteunend om een gezamenlijke attitude te creëren waarin hulpverleners open staan voor signalen van psychosociale kwetsbaarheid en beschermende factoren en daarover gericht in gesprek gaan met de vrouw om – in afstemming met de vrouw – steun op maat te realiseren. Blarikom (2022) waarschuwt dat kijken naar kwetsbaarheid primair vanuit risicoperspectief leidt tot een onevenwichtige focus op individuele moeders in plaats van op de maatschappelijke context van de problemen (29). Zij pleit voor een benadering van kwetsbaarheid als een meerlagig, gesitueerd en relationeel concept in plaats van uit een epidemiologisch perspectief. Dit sluit ook aan bij de in dit onderzoek veel gehoorde wens van professionals en cliënten om psychosociale ondersteuning in de zwangerschap te normaliseren in plaats van kwetsbaarheden te problematiseren. In ons onderzoek hebben wij de nadruk gelegd op een individueel perspectief, maar het onderliggende probleem is in Groningen en Zuid-Limburg veelal een intergenerationeel armoedeprobleem. Omdat dit de voornaamste reden is waardoor vrouwen in een kwetsbare positie terechtkomen, zal ondersteuning op een systemische wijze moeten worden ingezet.

Doorgeleiding

Uit het dossieronderzoek blijkt dat de doorgeleiding achter blijft bij de gevonden prevalentie van kwetsbaarheid en/of niet altijd gebeurt conform de gemaakte afspraken in beide regio's. Een aantal redenen kunnen hieraan ten grondslag liggen. Zo toont de analyse van de doorgeleiding van vrouwen met kwetsbaarheden in Zuid-Limburg (tabel 12 en 13) dat doorgeleiding hoger is wanneer de vrouwen een hoger aantal kwetsbaarheden hebben. Hetzelfde signaal krijgen we uit de interviews met professionals in Groningen. De telefonische advisering wordt ingezet bij complexe en multifactoriële problematiek. Dit doet ons vermoeden dat verloskundigen zich bewust worden van kwetsbaarheden als de problematiek zich overduidelijk aan hen manifesteert. Een meer fijnmazige bewustwording bij verloskundig zorgverleners van aanwezigheid van kwetsbaarheden bij cliënten om doorgeleiding voor meer (preventieve) psychosociale ondersteuning te realiseren, lijkt een aandachtspunt. Verder zijn gegevens over signaleren en doorgeleiden in Zuid-Limburg verzameld bij vrouwen die de eerste drie maanden na de implementatie van de aanpak hun zorg startten in de deelnemende praktijken. Deze meting is mogelijk te vroeg gedaan om het daadwerkelijke effect op doorgeleiding te meten. Bij het schrijven van dit rapport tonen aanvraagcijfers voor prenatale huisbezoeken bij JGZ en aanmeldingen bij de multidisciplinaire overleggen voor vrouwen in een kwetsbare situatie in beide ziekenhuizen aan dat de doorgeleiding beter verloopt en het aantal aanmeldingen toeneemt.

Het evaluatieonderzoek beschouwend, zien we dat in Zuid-Limburg de doorgeleiding mogelijk achterblijft door discontinuïteit van zorg bij verwijzing naar de tweede lijn. Implementatie van de aanpak in de tweede lijn, behoorde echter niet tot het doel van dit onderzoek. Verder zien we dat kennis en vaardigheden over de achtergrond en impact van kwetsbaarheid op moeder en kind belangrijk zijn om goed te begrijpen waarom signaleren en doorgeleiden gewenst is. Er is vraag naar scholing voor gespreksvaardigheden over 'lastige onderwerpen' en hoe om te gaan met cliënten die barrières tot zorg ervaren. Gebrek aan deze vaardigheden kan leiden tot handelingsverlegenheid waardoor doorgeleiding in het gedrang komt. Qua taakopvatting vinden verloskundigen dat signaleren en doorgeleiden tot hun taak behoren. Ze verwachten dat doel te behalen met de aanpak. Tegelijkertijd hoorden we in de interviews een verschil tussen verloskundigen in het comfort waarmee ze deze rol actief oppakken. De onderzoeksresultaten leveren aanknopingspunten op voor verbetering van de aanpakken. Het is lastig om het effect van de benoemde knelpunten specifiek terug te voeren naar de doorgeleiding. Maar aspecten zoals te weinig tijd om nieuwe zorg goed uit te voeren, behoefte aan specifiekere afspraken wat betreft overdracht en terugkoppeling tussen zorgpartners, behoefte aan meer duidelijkheid over (afbakening van) ieders verantwoordelijkheden en een gebrek aan afspraken over coördinerend zorgverlenerschap in het

sociaal domein hebben mogelijk een negatieve invloed gehad. Van Hoek et al (2020) toonde aan dat verloskundigen meer signalerend gedrag vertoonden als ze zich vaardiger voelen in het bespreken van gevoelige onderwerpen en meer tijd hebben voor een consult (17). Of dit ook geldt voor de mate van doorgeleiding werd niet onderzocht.

Hoewel we in ons onderzoek het cliëntenperspectief beperkt hebben onderzocht, zien we hier ook een reden waarom doorgeleiding mogelijk achterbleef bij het signaleren van kwetsbaarheid. Cliënten ervaren barrières tot zorg en geven verloskundigen niet altijd toestemming om hen door te geleiden. Negatieve ervaringen in het verleden, vooroordelen ten aanzien van zorgverlenende instanties en het niet inzien van problemen zijn genoemde voorbeelden. De veelgehoorde wens bij professionals en cliënten om psychosociale ondersteuning in de zwangerschap te normaliseren in plaats van kwetsbaarheden te problematiseren kan hierop een passend antwoord zijn.

Complexiteit

Als onderzoekers zijn we door het onderzoek Samen voor Gezondheid actief betrokken bij de transitie naar sociale verloskunde in onze regio's. De bestudeerde aanpakken voor signaleren door verloskundig zorgverleners en doorgeleiden naar JGZ zijn onderdeel van een groter geheel dat nodig is om zorg voor kwetsbare zwangere vrouwen te realiseren. In beide regio's zijn multidisciplinaire werkgroepen ingericht om deze transitie in de regio's te realiseren. In Groningen is de Werkgroep Kansrijke Start ingesteld om professionals in medisch en sociaal domein samen te brengen. In Zuid-Limburg is de netwerkorganisatie Trendbreuk ingesteld om de trend van gezondheidsachterstanden in Zuid-Limburg te doorbreken en de verschillen met de rest van Nederland te verkleinen. We hebben gedurende het onderzoek nauw samengewerkt met de werkgroep en de netwerkorganisatie en daardoor aan den lijve ondervonden hoe complex het opzetten van een goed gestroomlijnde samenwerking tussen het medisch en sociaal domein is met verschillende kerntaken, competenties, taal, cultuur, wetgeving en financiering. Veel aspecten moeten op elkaar afgestemd worden en vragen om veranderingen binnen organisaties. Een uitdagende en mogelijk ook onderschatte opgave voor regio's. Door het toegepaste karakter van ons onderzoek hebben we een zinvolle bijdrage kunnen leveren. De inzichten en aanbevelingen die het onderzoek in beide regio's heeft opgeleverd zijn belangrijk voor vervolgonderzoek (Samen voor Gezondheid II) dat duurzame implementatie van zorg voor zwangere vrouwen in kwetsbare situaties zal faciliteren.

De complexiteit werd ook duidelijk door het inzetten van de MIDI-vragenlijst in het surveyonderzoek, een vragenlijst naar de vele determinanten die implementatie beïnvloeden. Op alle domeinen van de MIDI (innovatie, gebruiker, organisatie en sociaal-politieke omgeving) worden bevorderende en belemmerende factoren genoemd (30). Willen we de aanpakken optimaliseren dan is het – gezien de nauwe verbondenheid – van belang om acties in te zetten op alle genoemde domeinen. Als de gesignaleerde organisatorische problemen op gebied van doorgeleiding naar JGZ worden opgelost dan zal de interne motivatie van de gebruiker positief beïnvloed worden.

Niet alle obstakels die zich regionaal voordoen kunnen ook regionaal opgelost worden. Eenduidige aanpassing van software van dossiers in de geboortezorg, juridische en praktische vraagstukken over gegevensoverdracht in de keten, benodigde tijd voor verloskundigen en opleidingsprogramma's vragen landelijke kaders en sturing (14).

5.3 Methodologische reflectie

Het onderzoek Samen voor Gezondheid is, zover bij ons bekend, de eerste studie waarin de definitie 'Kwetsbaarheid' is geoperationaliseerd en toegepast in de analyse van de mate van kwetsbaarheid in eerstelijnsverloskundigenpraktijken. Op een structurele manier, met een Case Report Form (CRF), zijn verloskundigendossiers geanalyseerd op kwetsbaarheden en beschermende factoren. Door retrospectieve dataverzameling zijn de dossiers van alle cliënten in de gestelde periodes geïncludeerd en is loss-to-follow up voorkomen. Dit geeft een representatieve afspiegeling van de populatie in deze regio's.

Door samenwerking in dit project tussen regio's en verloskunde academies zijn ervaringen, oplossingen, problemen en kennis gedeeld. Doordat beide regio's in een verschillende fase van de implementatie zaten, konden onderzoekers en professionals van elkaar leren en deze kennis vertalen naar de eigen regio. In Zuid-Limburg is gedurende het project gezamenlijk met eerstelijnsverloskundigen en JGZ-verpleegkundigen

en –stafmedewerkers een aanpak ontwikkeld. Hierdoor leerden professionals elkaar en elkaars expertise en taken in de zorg voor vrouwen in kwetsbare situaties beter kennen. Dat heeft het draagvlak en de implementatie van de aanpak positief beïnvloed. Ook de gezamenlijke scholing Positieve Gezondheid en intervisiebijeenkomsten, als onderdeel van de implementatie, hadden een positieve invloed.

Voor de evaluatie van de aanpakken is een mixed-methods aanpak gehanteerd, waarbij diverse onderzoeksmethodes zijn gebruikt onder professionals en cliënten om de opbrengsten van de aanpakken in beide regio's in kaart te brengen. Dit heeft geleid tot diepgaande analyses en kennis over werkzame componenten in de zorg voor vrouwen in kwetsbare situaties en de samenwerking tussen medisch en sociaal domein.

De interviews onder cliënten boden ons inzicht in de behoeftes in en ervaringen met de zorg conform de aanpakken in beide regio's. Inclusie van respondenten verliep in Zuid-Limburg niet zoals verwacht. Uiteindelijk konden we maar twee cliënten includeren. Bij cliënten was weinig interesse voor deelname aan het onderzoek. Daarbij ervaren verloskundigen terughoudendheid om cliënten (met name in kwetsbare situaties) te vragen deel te nemen aan een interview. De cliënten die in Zuid-Limburg geïnccludeerd werden, hadden allebei psychosociale kwetsbaarheden en konden vanuit dat perspectief inzicht geven in hun ervaringen met de zorg. In Groningen zijn negen cliënten geïnterviewd. Zij zijn via flyers, posters en verloskundigen geworven. Aandachtspunt hierbij is dat het vrouwen waren in potentieel kwetsbare situaties, zonder ervaring met psychosociale ondersteuning volgend de werkinstructie.

Een andere beperking aan dit onderzoeksproject was het feit dat de resultaten van de psychosociale anamnese niet goed kunnen worden verwerkt in het elektronisch patiëntendossier van de verloskundigenpraktijken. Het dossier kent geen velden waar deze informatie in gerapporteerd kan worden. Verloskundigen moeten daardoor zelf keuzes maken waar en hoe ze deze informatie rapporteren. Deze diversiteit in gebruik gaat ten koste van de consistentie van het dossier. Dit kan ook gevolgen hebben voor beleid.

Verloskundigen rapporteren de beschermende factoren niet op een uniforme wijze in hun dossier. Hierdoor is het op basis van de dossiers niet mogelijk om onderscheid te maken in vrouwen in een kwetsbare of potentieel kwetsbare situatie. Uit de zelfrapportage van de verloskundigen blijkt dat verloskundigen wel degelijk een afweging maken tussen beschermende factoren en kwetsbaarheden en dit ook overwegen in hun beleid. Alleen sluit deze afweging niet aan op de definitie 'Kwetsbaarheid' en het onderscheid in en mogelijke gevolgen van de mate van kwetsbaarheid. Een – met elkaar afgesproken – kader inclusief registratiemogelijkheden draagt wellicht bij aan eenduidigheid tussen alle betrokken professionals. Zowel over de problematiek als over het vereiste beleid.

In Groningen heeft de nameting maar in twee van de tien verloskundigenpraktijken plaatsgevonden. Dit kan gevolgen hebben voor de generaliseerbaarheid van de resultaten voor de hele gemeente.





6. AANBEVELINGEN

Op basis van de resultaten en de beschouwing van dit onderzoekproject kunnen we verschillende aanbevelingen doen voor de doorontwikkeling van de aanpakken in Zuid-Limburg en Groningen en voor de bredere transitie van samenwerking tussen medisch en sociaal domein.

Aanbevelingen voor doorontwikkeling aanpakken Zuid-Limburg en Groningen:

Voor Zuid-Limburg is de aanbeveling om de toepassing van Positieve Gezondheid in de prenatale zorg als component van de aanpak te herzien. Daarnaast moeten de samenwerkingsafspraken tussen verloskundig zorgverleners en JGZ worden geoptimaliseerd. Aandachtsgebieden hierbij zijn terugkoppeling, warme overdracht, bereikbaarheid en casusregie/coördinator. Vervolgens moet de algehele aanpak worden geoptimaliseerd naar – en breed geïmplementeerd in – de gehele geboortezorg (alle eerste- en tweedelijnszorgverleners en de kraamzorg) en het sociaal domein (JGZ en gemeentes).

Voor Groningen is de aanbeveling om het signaleringsinstrument als component van de aanpak te herzien en om de samenwerkingsafspraken te optimaliseren, zoals eveneens de terugkoppeling, warme overdracht, bereikbaarheid, casusregie/coördinator.

In beide regio's moet aandacht zijn voor monitoring van de impact van de aanpakken op:

1. De gezondheidsuitkomsten van moeder en kind (uitkomsten).
2. De implementatie en toepassing van de aanpakken en de samenwerking in de keten (processen).

Aanbevelingen voor bredere transitie van samenwerking tussen medisch en sociaal domein

Om de transitie van samenwerking tussen medisch en sociaal domein (sociale verloskunde) te kunnen maken en te bestendigen, moeten een aantal landelijke aandachtspunten worden opgelost. Zo moet er een duidelijke, overstijgende en breed gedragen visie komen op sociale verloskunde. Met daarin aandacht voor taakstelling en verantwoordelijkheden van de betrokken professionals. Structurele financiering moet geregeld worden voor adequate signalering van kwetsbaarheden door verloskundig zorgverleners. Dat geldt ook voor samenwerking in de keten door alle zorg- en welzijnsprofessionals. Goede dossiervoering en dataverzameling – over de grenzen van organisaties en domeinen heen – zijn nodig voor kwaliteit van zorg en monitoring van effecten van deze nieuwe vormen van zorg op perinatale uitkomsten. Psychosociale zorg en ondersteuning moet genormaliseerd worden en even normaal zijn als het krijgen van medische zorg. Dat vraagt een preventieve en laagdrempelige inrichting van het zorgsysteem, waardoor cliënten geen barrières ervaren in de toegankelijkheid van deze zorg.

Aanbevelingen voor de zorgverlening aan vrouwen in kwetsbare situaties

Binnen de verloskundige zorg moet voldoende aandacht zijn voor psychosociale kwetsbaarheden bij zwangere vrouwen en aanstaande ouders. Een open gesprek – waarin wordt doorgevraagd – en de juiste ondersteuning biedt vrouwen de mogelijkheid om zaken bespreekbaar te maken. Dat draagt ook bij aan de beleving van de zwangerschap. De definitie 'Kwetsbaarheid' moet niet worden ingezet als screeningsinstrument en risicoselectie. De definitie 'Kwetsbaarheid' lijkt wel een goed kader om een gezamenlijke attitude en taal te ontwikkelen in het signaleren en doorgeleiden van zwangere vrouwen in kwetsbare situaties.

Aanbevelingen voor onderwijs en onderzoek

Binnen de curricula van de gerelateerde opleidingen, zoals bachelor- en masteropleidingen Verloskunde, Verpleegkunde en Social Work en de opleidingen tot gynaecoloog en kraamverzorgende, moet aandacht komen voor sociale verloskunde en zwangere vrouwen en aanstaande ouders in kwetsbare situaties. Interprofessioneel opleiden kan resulteren in elkaar beter leren kennen en effectievere samenwerking. Zo kunnen de uitkomsten van de zorg verbeterd worden. Resultaten uit dit onderzoek kunnen worden geïmplementeerd in de genoemde curricula.

Om meer kennis te verkrijgen met betrekking tot de prevalentie kwetsbaarheid en de operationalisering en validering van de definitie 'Kwetsbaarheid', is het relevant om het dossieronderzoek uit dit onderzoek ook in andere regio's te reproduceren.



7. REFERENTIES

1. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Vervolgaanpak Kansrijke Start 2022-2025. Sterke ouders, gezonde kinderen! Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2022.
2. Woolf B. Studies on infant mortality--Part II. Social aetiology of stillbirths and infant deaths in county boroughs of England and Wales. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1996; 50(6):613.
3. Barker DJ, Osmond C. Infant mortality, childhood nutrition, and ischaemic heart disease in England and Wales. *Lancet*. 1986;1(8489):1077-81.
4. Jaddoe VW, de Jonge LL, Hofman A, Franco OH, Steegers EA, Gaillard R. First trimester fetal growth restriction and cardiovascular risk factors in school age children: population based cohort study. *BMJ*. 2014;348:g14.
5. Steegers-Theunissen RgPM, Steegers EAP. Embryonic health: new insights, mHealth and personalised patient care. *Reproduction, Fertility and Development*. 2015;27(4):712-5.
6. de Graaf JP, Ravelli AC, Wildschut HI, Denktaş S, Voorham AJ, Bonsel GJ, et al. Perinatale uitkomsten in de vier grote steden en de prachtwijken in Nederland. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2008;152(2734):40.
7. Bertens LCM, Ochoa LB, Van Ourti T, Steegers EAP, Been JV. Persisting inequalities in birth outcomes related to neighbourhood deprivation. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2020;74(3):232-9.
8. Poeran VJJ, Birnie E, Denktaş S, Steegers EAP, Bonsel GJ. Perinatale gezondheid in Rotterdam; nulmeting periode 2000-2007 2011.
9. Steegers EAP. Sociale verloskunde: gelijke kansen op een gezonde start. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*. 2017;161(51/562):77-80.
10. Hoff SJM, Wildeboer Schut JM, Goderis BVG, Vrooman JC. Armoede in kaart 2016. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2016.
11. Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte. Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte.; 2009.
12. College Perinatale Zorg. Integrale Geboortezorg en Preventie. Samen aan de start voor een beter Nederland. Preventieagenda voor de Geboortezorg 2018-2022. 2017.
13. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Actieprogramma Kansrijke Start. Rijksoverheid Nederland: 2018.
14. Achterberg PW, Harbers MM, Post NAM, Visscher K. Beter weten: een beter begin. Samen sneller naar een betere zorg rond de zwangerschap. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM); 2020.
15. van der Meer L, Ernst H, Blanchette L, Steegers E. Een kwetsbare zwangere, wat is dat eigenlijk? *Medisch Contact*. 2020;22:34-6.
16. Zambrana RE, Dunkel-Schetter C, Collins NL, S.C. S. Mediators of ethnic-associated differences in infant birth weight. *J Urban Health*. 1999;76(1):102-16.
17. van Hoek T, Spijkerman L, van de Ven O. Drijfveren, obstakels en kansrijke aanknopingspunten bij het signaleren van kwetsbare gezinnen. Onderzoek onder eerstelijns verloskundigen, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen. Nijmegen: Dijksterhuis & Van Baaren; 2020.
18. Bo geboortezorg. Het aantal geboortes in Nederland. *Nataal*. 2022;54:25.
19. Fleuren MA, Paulussen TG, Van Dommelen P, Van Buuren S. Towards a measurement instrument for determinants of innovations. *Int J Qual Health Care*. 2014;26(5):501-10.
20. Warmelink C, van der Stouwe R, Dalmaijer M, Jansen D, Feijen-de Jong EI. Onderzoeksverslag. Overzicht van de implementatiegraad van interventies voor zwangeren in een kwetsbare situatie in Noord-Nederland. Groningen: UMCG Huisartsgeneeskunde – Midwifery Science Noord-Nederland; 2021.
21. Bakker I, Bakker K, van Dijke A, Terpstra L. O&O in perspectief. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn; 1998.
22. Krumpal I. Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: a literature review. *Quality & Quantity*. 2013;47(4):2025-47.
23. Fontein YJ, Mestdagh E. The experiential knowledge of migrant women about vulnerability during

- pregnancy: A woman-centred mixed-methods study. *Women Birth*. 2022;35:70-79.
24. Centraal Bureau voor de Statistiek. Kaarten Gezondheidsmonitor 2020 [Available from: <https://www.vzinfo.nl/atlas-vzinfo/kaarten-gezondheidsmonitor-volwassenen-en-ouderen>]
 25. Jansen M, Kuppens E. Op zoek naar de Limburg-factor. De gezondheidssituatie in Limburg onderzocht en verklaard. Provincie Limburg en GGD Zuid-Limburg; 2015.
 26. Kansenskaart. [Available from: www.kansenskaart.nl].
 27. Briscoe L, Lavender T, McGowan L. A concept analysis of women's vulnerability during pregnancy, birth and the postnatal period. *Journal of Advanced Nursing*. 2016;72(10):2330-45.
 28. Feijen-de Jong EI, Warmelink JC, Dalmaijer M, van der Stouwe RA. Kwetsbaarheid tijdens de zwangerschap is meer dan een disbalans tussen risicofactoren en beschermende factoren. *TSG - Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*. 2021;99(3):132-6.
 29. van Blarikom E, de Kok B, Bijma HH. "Who am I to say?" Dutch care providers' evaluation of psychosocial vulnerability in pregnant women. *Soc Sci Med*. 2022;307:115181.
 30. Feijen-de Jong EI, Warmelink JC, van der Stouwe RA, Dalmaijer M, Jansen D. Interventions for vulnerable pregnant women: Factors influencing culturally appropriate implementation according to health professionals: A qualitative study. *PLoS One*. 2022;17(8):e0272249.

Bijlagen

Bijlage 1: Handleiding Samen voor Gezondheid

Bijlage 2: Operationalisering van kwetsbaarheden

Bijlage 3: Resultaten survey-onderzoek Groningen en Zuid-Limburg

Bijlage 4: Bevorderende en belemmerende factoren Groningen

Bijlage 5: Bevorderende en belemmerende factoren Zuid-Limburg

Deze bijlagen zijn te vinden op onze website:

<https://www.av-m.nl/lectoraat/onderzoeken/samen-voor-gezondheid>

samen **voor** gezondheid

samen **voor** gezondheid

