

## 09 > Waardegedreven zorg als fundament van Sociale Verloskunde

Hiske E. Ernst-Smelt

Anke G. Posthumus

Arie Franx

### 9.1 Inleiding

In de afgelopen jaren is er in de geboortezorg brede erkenning gekomen voor het belang van het vroegtijdig signaleren van niet-medische risicofactoren, zoals armoede, laag opleidingsniveau, het wonen in een achterstandswijk en leefstijl. Deze factoren hebben een ongunstige invloed op het beloop en de afloop van de zwangerschap en daarmee op de start van het leven van de pasgeborene. Een slechte start kan weer leiden tot een levenslange beperking van gezondheid en sociale participatie. De zorgverleners in de geboortezorg (verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen en kraamverzorgenden) hebben slechts beperkte invloed op het verbeteren van niet-medische risicofactoren. Hun taak ligt in vroegtijdige signalering en doorgeleiding naar andere zorgverleners en naar hulpverleners in het sociaal domein. Andersom kunnen professionals in het sociaal domein – zoals een maatschappelijk werker of een schuldhulpverlener – signalen geven aan verloskundig zorgverleners over zwangere vrouwen of jonge ouders die zij ondersteunen.

Integrale samenwerking is een essentieel onderdeel van sociale verloskunde. Waar we de afgelopen jaren hebben gesproken over integrale geboortezorg, komt er steeds meer nadruk op integrale samenwerking in het gehele netwerk rondom de cliënt. Nauwe samenwerking tussen geboortezorg en sociaal domein draagt bij aan het tijdig onderkennen en verminderen van sociale risicofactoren, waardoor

de ongunstige invloed op de zwangerschapsgeschiedenis en de levenslange fysieke en sociale gezondheid zo veel mogelijk beperkt wordt.

In dit hoofdstuk gaan we in op waarom een integrale en waardegedreven benadering van zorg de best mogelijke kansen biedt om te zorgen voor de beste uitkomsten voor moeder en kind.

## 9.2 Zorg die aansluit bij wat vrouwen belangrijk vinden

Vrouwen afkomstig uit achterstandswijken of met psychosociale problematiek scoren slechter dan gemiddeld op gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. Zij hebben een minder goede bevallingservaring. Vrouwen met een migratieachtergrond uit niet-westerse landen zijn negatiever over gedeelde besluitvorming en responsiviteit van de door hen ontvangen zorg. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) definieert responsiviteit als de mate waarin een gezondheidssysteem de legitieme verwachtingen van een populatie waarmaakt, op andere aspecten dan gezondheidsbevordering. Responsiviteit bestaat uit zeven elementen:

- waardigheid;
- vertrouwelijkheid;
- autonomie;
- korte wachttijden;
- sociale ondersteuning;
- basisvoorzieningen;
- keuze van zorgverlener.

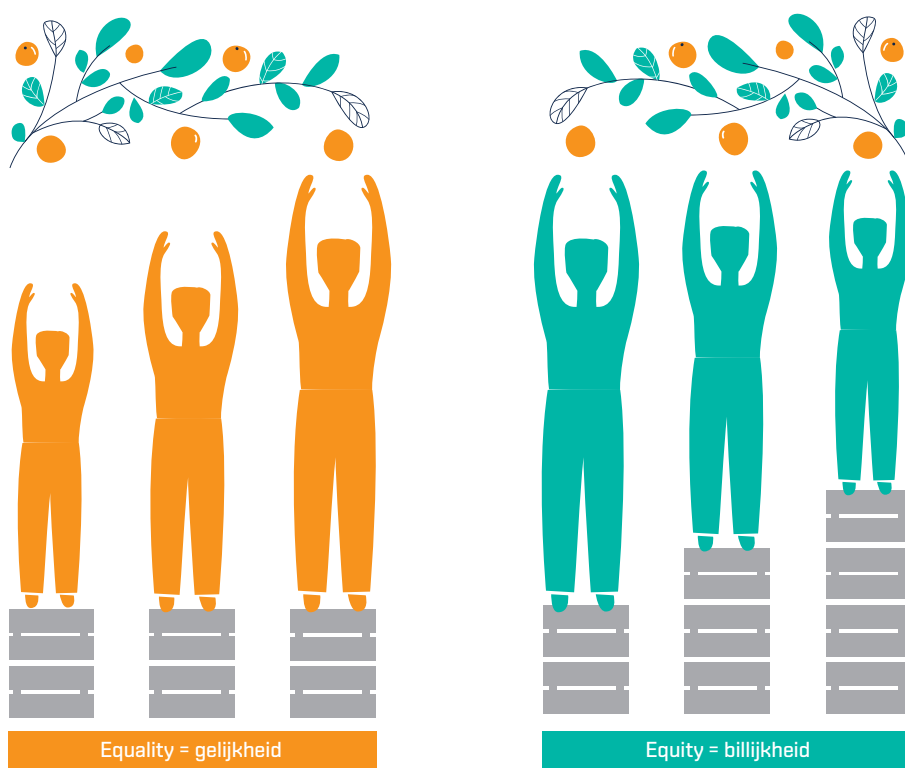
Een Nederlandse studie naar de ervaren responsiviteit van vrouwen met een niet-westerse achtergrond of een lage sociaaleconomische status, liet zien dat deze vrouwen relatief negatief oordeelden over alle fasen van de verloskundige zorg. Met name communicatie en de wachttijd werden negatief beoordeeld. In buitenlandse studies werden vergelijkbare resultaten gevonden.

Oplossingen worden vaak gezocht in een grotere diversiteit van het team van zorgverleners en het aanbieden van scholingen en cursussen om zorgverleners meer bewust te maken van de verschillen in noden van minderheden en kwetsbare groepen. Dit is een belangrijke stap. De groep van vrouwen in kwetsbare situaties is echter zeer heterogeen. Dit komt omdat kwetsbaarheid, zoals elders in dit boek beschreven, uit velerlei factoren kan bestaan.

De focus van de zorg moet daarom meer liggen op wat de individuele cliënt belangrijk vindt en dat dat het uitgangspunt vormt voor het gesprek met de zorgverlener. Juist vrouwen in kwetsbare situaties of met multiproblematiek moeten zich uitgenodigd voelen om met hun zorgverlener te bespreken hoe het met hen gaat, zowel fysiek als op het gebied van welzijn en welbevinden. Het feit dat de zorgverlener aandacht heeft voor wat er echt toe doet voor de vrouw, kan bijdragen aan het opbouwen van vertrouwen tussen cliënt en zorgverlener en draagt bij aan effectiviteit van de begeleiding. Door die vertrouwensband ontstaat er mogelijk ook ruimte om andere problemen (en oplossingen) bespreekbaar te maken en haar toe te leiden naar hulpverlening in het sociaal domein.

Cliënten en zorgverleners kunnen verschillend denken over welke problemen, zowel medisch als persoonlijk, de grootste prioriteit hebben. Zo kan de zorgverlener het belangrijk vinden dat een vrouw in een eerdere zwangerschap een groeivertraagd kind heeft gehad, wat de kans op weer een te klein kind vergroot. De vrouw kan echter vooral stress en depressieve gevoelens ervaren, omdat er op dat moment een uithuiszetting dreigt. De risico's om opnieuw een groeivertraagd kind te krijgen voelen voor haar dan wellicht minder urgent. Als de depressieve gevoelens en de oorzaak daarvan bespreekbaar worden gemaakt, kunnen de cliënt en de zorgverlener samen beslissen om op beide probleemgebieden zorg- en hulpverlening in te zetten. Soms is het mogelijk om een prioritering aan te brengen in de vastgestelde problemen. De cliënt en zorgverlener stemmen dan af in welke volgorde zij dit aan willen pakken. Deze aanpak sluit aan bij wat bekend is uit eerder onderzoek naar het gebruik van cliëntgerapporteerde uitkomsten. Dit liet zien dat een hoge mate van cliënttevredenheid bijdraagt aan therapietrouw. Dit maakt dat beoogde interventies een grotere kans van slagen hebben. Daarmee is zorg, waarin de focus ligt op wat de zwangere zowel medisch als persoonlijk belangrijk vindt, een startpunt om ongelijkheden in gezondheidsbehoeften en gezondheidsuitkomsten te overbruggen. We noemen dit waardegedreven zorg.

In dit kader zijn de begrippen *equality* (gelijkheid) en *equity* (vrij vertaald: billijkheid) van belang. Deze woorden lijken erg op elkaar, maar hebben een verschillende betekenis (figuur 9.1).



Figuur 9.1 > Gelijkheid en billijkheid (Equality and Equity)

Bij gelijkheid (equality) krijgen alle individuen of mensen in een groep dezelfde middelen en kansen. Dit klinkt wenselijk, maar houdt geen rekening met de individuele noden en omstandigheden. Het ene individu heeft immers een voordeligere uitgangssituatie dan de ander. Gelijkheid is daarmee meer een proces dan een uitkomst. Daar tegenover staat billijkheid (equity). Hierin krijgen verschillende individuen verschillende middelen en kansen om uiteindelijk allemaal tot een gelijke uitkomst te kunnen komen. Daarmee is billijkheid veel meer op de uitkomst gericht.

Ook voor de geboortezorg geldt dat alleen gelijkheid niet voldoende is. We weten immers dat er grote verschillen in zwangerschapsuitkomsten zijn onder invloed van armoede, het hebben van een migratieachtergrond en het wonen in achterstandswijken. Door in de geboortezorg billijkheid als uitgangspunt te nemen, krijgen vrouwen in een achterstandssituatie méér ondersteuning. Dit draagt bij aan gelijke zwangerschapsuitkomsten en is een van de doelstellingen van sociale verloskunde.

Ook de WHO onderschrijft nadrukkelijk de noodzaak van billijkheid in gezondheidszorg. De WHO gaat zelfs nog een stap verder: het beschouwt de afwezigheid van billijkheid als een inbreuk op het rechtvaardigheidsbeginsel en mensenrechten.

Door binnen de geboortezorg veel breder naar uitkomsten te kijken – zowel naar klinische (medische) als cliëntgerapporteerde uitkomsten – is er een vollediger zicht op de wensen en behoeften van de individuele cliënt. Daaraan kunnen vervolgens gericht interventies worden gekoppeld, al dan niet door de verloskundig zorgverlener zelf of vanuit het sociaal domein. Daarmee is een betere transitie mogelijk van gelijkheid in zorg naar billijkheid in gezondheid.

### 9.3 Integrale geboortezorg en sociale verloskunde

Door billijkheid als startpunt te nemen en door aan te sluiten bij wat voor de zwangere vrouw en haar partner belangrijk is, volgt dat er verregaande integratie en samenwerking nodig is tussen de zorg- en hulpverlening door de professionals uit het sociaal en medisch domein. Het uitgangspunt van integrale geboortezorg is zorg-op-maat voor alle zwangeren en verbeterde samenwerking tussen de verschillende disciplines in en rond de geboortezorg. In het afgelopen decennium hebben de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, het College Perinatale Zorg (CPZ), het RIVM en het Erasmus MC diverse beleidsstukken en rapporten gepubliceerd, die deze integratie moeten bevorderen (zie kader op de volgende pagina).

In het rapport *Lijnen in de Perinatale Sterfte* van het Erasmus MC werden patronen en risicofactoren van ongunstige zwangerschapsuitkomsten beschreven, die mede bepalend zijn geweest voor de *Onderzoeksagenda Zwangerschap en Geboorte* van ZonMw. In het adviesrapport *Een Goed Begin* van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte werden moeder en kind in de hoofdrol gezet, waarbij de focus kwam te liggen op de zorgbehoeften van moeder en haar kind (met specifieke aandacht voor vrouwen in achterstandssituaties). De zorgverleners die betrokken zijn gedurende haar zwangerschap, bevalling en daarna zijn daarvoor gezamenlijk verantwoordelijk. Het CPZ werd opgericht door en voor de landelijke belangen- en beroepsorganisaties in de geboortezorg. Het CPZ ontwikkelde de *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg* (ZIG), die de inhoud van de geboortezorg beschrijft, evenals de rolverdeling van de verschillende professionals in de geboortezorg. Het CPZ ondersteunt de Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV's) bij de invoering van de ZIG.

## Beleidsstukken integrale geboortezorg

- |      |  |
|------|--|
| 2009 | Advies van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte <i>Een Goed Begin</i> , in opdracht van de minister van VWS.   |
| 2010 | <i>Lijnen in de Perinatale Sterfte, Signalementstudie Zwangerschap en Geboorte 2010</i> (Erasmus MC).  |
| 2010 | Oprichting College Perinatale Zorg (CPZ) door de belangrijkste patiënten- en beroepsorganisaties in de geboortezorg: Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, BO Geboortezorg, Patiëntenfederatie Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en Nederlandse vereniging van Ziekenhuizen. |
| 2016 | Publicatie van de <i>Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (CPZ)</i> .  |
| 2017 | Publicatie <i>Agenda voor de Geboortezorg (CPZ)</i> .  |
| 2018 | Publicatie <i>Preventieagenda voor de Geboortezorg (CPZ)</i> .   |
| 2020 | Publicatie <i>rapport Beter weten, een beter begin (RIVM)</i> .  |

In de eerste jaren van haar bestaan lag het focus van CPZ vrijwel volledig op het medische domein; op het verbeteren van de samenwerking tussen verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen en kraamverzorgenden en het realiseren van goede zorg vóór, tijdens en na de bevalling. In het afgelopen decennium werd de urgentie van preventie, voor een ‘goede start’ voor ieder kind, steeds duidelijker. De samenwerkende partijen binnen het CPZ stelden vast dat er extra inspanning nodig was om integrale preventie rond zwangerschap en geboorte gestalte te geven. In de *Preventieagenda voor de Geboortezorg* staat op hoofdlijnen beschreven hoe VSV’s bij kunnen dragen aan preventie in de geboortezorg, hoe CPZ de VSV’s daarbij kan ondersteunen en hoe zoveel als mogelijk kan worden aangesloten bij landelijke programma’s als het Nationaal Preventieakkoord en Kansrijke Start, die beide in 2018 werden geïnitieerd.

Integrale preventie en zorg rondom zwangerschap en geboorte worden in de *Preventieagenda voor de Geboortezorg* gezien als maatschappelijk belang en maatschappelijke verantwoordelijkheid. Deze agenda is een sterk pleidooi voor een brede maatschappelijke inspanning voor een goede start van het leven. Niet alleen door

de gehele geboortezorgketen, maar ook door andere professionals in zorg- en hulpverlening, zoals de jeugdgezondheidszorg, overheden, gemeenten, het bedrijfsleven en de burgers zelf. Ook hier wordt benadrukt dat extra aandacht en begeleiding nodig zijn voor kwetsbaren in de samenleving. Dat kan alleen als alle partijen gezamenlijk de randvoorwaarden realiseren, en daarbij vooral aansluiting zoeken bij bestaande initiatieven voor preventie, zoals het Nationaal Preventieakkoord en Kansrijke Start. Goede integrale preventie en zorg moeten leiden tot afname van vroeggeboorten en daarmee afname van groei-, ontwikkelings- en gezondheidsproblemen bij het kind. Tevens verkleint dit de behoefte aan extra sociale begeleiding, zoals speciaal onderwijs, en draagt bij aan de afname van transgenerationale transmissie van deze problemen. De geboortezorgsector kan, onder aanvoering van CPZ, bij de ontwikkeling van integrale zorg en preventie vooral een agenderende en verbindende rol spelen, kennis verspreiden en helpen om de randvoorwaarden tot stand te brengen. Met de ontwikkeling en implementatie van de *Preconceptie Indicatielijst (PIL)* creëert het CPZ bijvoorbeeld randvoorwaarden voor het eerder al in de Zorgstandaard bepleitte preconceptieconsult.

De *Preventieagenda voor de Geboortezorg* geeft een beschrijving van (voorbeelden van) acties waarmee de verschillende beroepsgroepen in de geboortezorg, Patiëntenfederatie Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en Nederlandse Vereniging Ziekenhuizen kunnen bijdragen aan preventie. Voorlichting en inzet van de juiste professional op het juiste moment spelen daarbij een grote rol. Diagnostiek en behandeling van zwangerschapscomplicaties worden overigens ook gezien als preventie van ongezondheid.

In het eind 2020 verschenen rapport *Beter weten, een beter begin* van het RIVM wordt opnieuw geconstateerd dat de samenwerking tussen de onderdelen van de geboortezorg beter kan en moet. Maar ook wordt expliciet de samenwerking met gemeenten, hulpverleners uit het sociaal domein en jeugdgezondheidszorg genoemd; kortom, lokale organisatie en samenwerking. In navolging van *Een Goed Begin* van de Stuurgroep Zwangerschap & Geboorte, wordt ook hier de cliënt centraal gesteld, nu vanuit het principe van waardegedreven zorg.

## 9.4 Waardegedreven zorg als uitgangspunt van sociale verloskunde

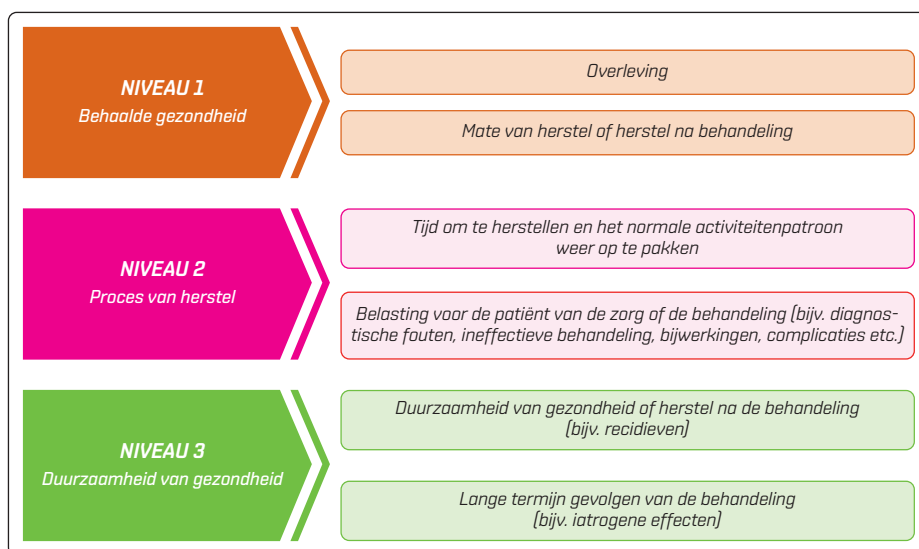
Hoewel er tegenwoordig veel wordt gesproken over de ‘zwangere centraal’, ‘zorg op maat’ of ‘gepersonaliseerde zorg’, blijft het een uitdaging om dit in de praktijk vorm te geven en te organiseren. Value Based Health Care (VBHC), ofwel waardegedreven zorg, is een zorginnovatiestrategie die hiervoor kansen biedt. Met waardegedreven zorg kunnen we de zorg organiseren en de uitkomsten verbeteren, door uit te gaan van wat de cliënt het belangrijkste vindt in haar zorgtraject. Alleen die zorgactiviteiten die waarde voor de cliënt toevoegen, zouden moeten worden geleverd. Voor iedere cliënt kan dat anders zijn. Een ander aspect van waardegedreven zorg is dat we de cliënt als partner in de zorg zien, met wie de zorgverlener op gelijkwaardige wijze bespreekt wat zij belangrijk vindt, wat haar mogelijkheden zijn, haar goed informeert over de voor- en nadelen van haar mogelijkheden en waarbij zorgverlener en cliënt gezamenlijk beslissen welke zorg in haar situatie het beste is.

Waardegedreven zorg is ontstaan als een reactie op de niet te beheersen groei van de zorguitgaven en de toenemende roep van burger en cliënt om gelijkwaardige participatie en focus op wat hij/zij belangrijk vindt. Porter en Teisberg introduceerden het concept van VBHC vijftien jaar geleden. ‘Waarde van zorg’ werd door hen gedefinieerd als de zorguitkomsten die ertoe doen voor de cliënt, afgezet tegen alle kosten en inspanningen die nodig zijn om die uitkomsten te realiseren (waarde = uitkomsten/kosten). Porter onderscheidt drie niveaus van zorguitkomsten:

1. gezondheid of herstel door het zorgproces;
2. de belasting van het zorgproces van de zorg en
3. de duurzaamheid van de gezondheid na het zorgproces (figuur 9.2).

Porter pleit voor het meten van uitkomsten en kosten bij iedere individuele cliënt en benadrukt dat het niet uitsluitend gaat om de waardetoevoeging van een deel van het behandeltraject, maar juist van de gehele zorgcyclus, inclusief de preventie. Dat betekent dat er uitkomsten moeten worden verzameld over deze gehele zorgcyclus, door alle zorgverleners die eraan bijdragen. Deze zorguitkomsten worden gebruikt om in de spreekkamer te bespreken met de zwangere, om haar in staat te stellen zelf keuzes te maken in haar zorgtraject (samen beslissen). Daarnaast kunnen de uitkomsten worden gebruikt om de zorg binnen de keten te verbeteren en om de kwaliteit van de ketenzorg te vergelijken met andere VSV's.





**Figuur 9.2** > Ordening van uitkomsten die ertoe doen voor de patiënt, volgens Porter  
 (naar: Porter ME. What is value in health care? *NEJM* 2010; 363(26): 2477-81.)

Bij waardegedreven (geboorte)zorg is het uitgangspunt dat voor de zwangere of pas bevallen vrouw zorg van meer betekenis is wanneer deze is afgestemd op haar unieke situatie. De behoeften, voorkeuren en waarden van de vrouw erkennen en de zorg daar structureel op aanpassen – dat is waardegedreven zorg, waarmee je zorg op maat ofwel gepersonaliseerde zorg kan bereiken. Omdat de zorguitkomsten die ertoe doen voor elke zwangere anders zijn en in verschillende zorgdomeinen vallen, zullen ze niet alleen moeten worden verzameld in de eerste-, tweede- en derdelijns verloskunde, maar ook in de kraamzorg, de jeugdgezondheidszorg en het sociaal domein. Alleen dan komt er een bredere blik op het hele zorgtraject rondom zwangerschap en geboorte. Zeker bij vrouwen waar sprake is van multiproblematiek ontstaat door die brede aanpak meer inzicht in hoe de situatie van de vrouw in bepaalde domeinen (bijvoorbeeld financieel of huisvesting) invloed heeft op hoe zij de ontvangen zorg op waarde beoordeelt. Met waardegedreven zorg willen we, vanuit het perspectief van de vrouw, waarde toevoegen in het gehele netwerk van zorg en ondersteuning rondom de vrouw en haar gezin.

In Nederland zijn we in 2018 gestart met de implementatie van waardegedreven geboortezorg (zie kader).

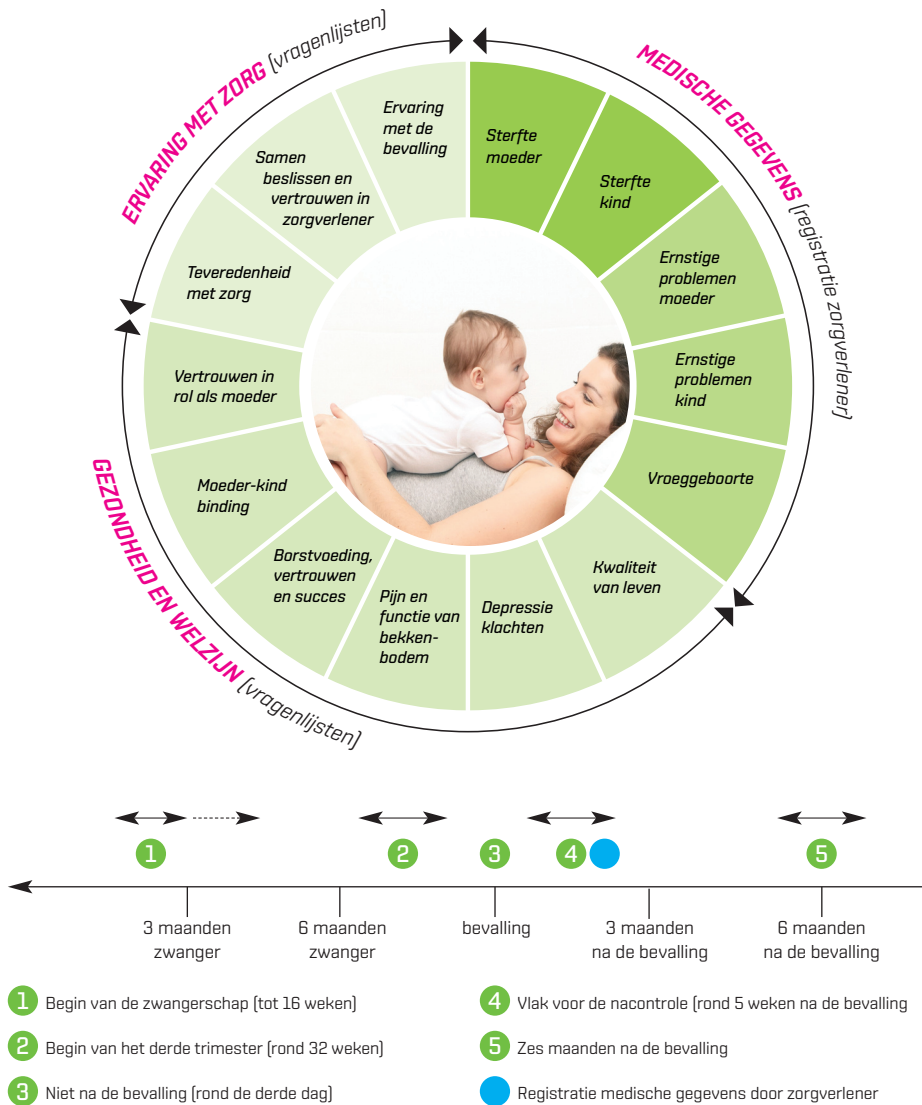
### *BUZZ: Bespreken Uitkomsten Zwangerschap met de Zwangere [2018-2021]*

Met een subsidie van Zorginstituut Nederland hebben verloskundig zorgverleners van zes Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV) en één Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO) als eersten in Nederland het meten en bespreken van patiëntgerapporteerde uitkomstinformatie ingevoerd in hun dagelijkse werkwijze. Zij gebruiken hiervoor de Nederlandse versie van de ICHOM Uitkomstenset Zwangerschap en Geboorte (figuur 9.3). De set bestaat, naast klinische (medische) uitkomsten, uit patiëntgerapporteerde uitkomsten (PROM's) en ervaringen (PREM's) die worden gemeten met vragen over het welzijn, welbevinden en de ervaringen van de zwangere of pas bevallen vrouw. De zwangere bespreekt tijdens het volgende consult met de verloskundig zorgverlener de uitkomsten en ervaringen die voor haar van meeste waarde zijn. Dit geeft een beter inzicht in hoe het gaat in of na de zwangerschap. Het bespreken van deze uitkomsten en ervaringen helpt bij de gezamenlijke besluitvorming over het wel of niet inzetten van andere zorg- en hulpverlening. Om dit mogelijk te maken hebben zorgverleners duidelijke zorgpaden en afspraken nodig met hulpverleners uit onder andere het sociaal domein. Dit vereist goede multidisciplinaire samenwerking en een goede overdracht, bijvoorbeeld naar de huisarts en de jeugdgezondheidszorg.

Gemeten en besproken uitkomsten en ervaringen worden door zorgverleners verder gebruikt voor kwaliteitsverbetering van de zorg. De leden van de VSV's/IGO zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de verleende zorg en bespreken met elkaar wat verbetermogelijkheden zijn en hoe dit met elkaar gerealiseerd kan worden.

In deze VSV's/IGO's worden cliëntgerapporteerde uitkomsten en ervaringen gemeten op vijf verschillende momenten tijdens en na de zwangerschap (zie figuur 9.3). De cliënt en de verloskundig zorgverlener bespreken deze uitkomsten en ervaringen in de spreekkamer en stemmen hierop de zorg af. In Nederland hebben we dit

‘Samen Beslissen’ met de cliënt als belangrijk aspect toegevoegd aan waardegedreven zorg. Dit houdt voor de geboortezorg in dat de zwangere goed moet worden geïnformeerd over de beschikbare mogelijkheden in haar situatie en de keuzes die zij heeft. Alleen dan kan de zwangere een keuze maken die het beste past bij haar eigen wensen en behoeften.



**Figuur 9.3** > De domeinen van de uitkomsten, en de tijdstippen waarop ze worden gemeten, van de standaard Uitkomstenset Zwangerschap en Geboorte van het International Consortium for Health Outcome Measurement (ICHOM)

De uitkomsten die behoren tot niveau 3 volgens Porter, 'duurzaamheid van de gezondheid na het zorgproces' (figuur 9.2), verbinden waardegedreven zorg direct met het sociaal domein. De 'niveau 3-' uitkomsten en opbrengsten van geboortezorg vallen dikwijls (veel) later in het leven, lang na de zwangerschap en de geboorte. Het gaat hier niet alleen om 'medische uitkomsten', maar ook over kwaliteit van leven, de (on)mogelijkheid tot sociale participatie en maatschappelijke kosten en baten. Dat betekent dat deze uitkomsten deels in het sociaal domein vallen. Het meten van dergelijke uitkomsten is een grote uitdaging. In de benadering van waardegedreven zorg gaat het om samenwerken in een zorgnetwerk. Er wordt niet alleen gekeken naar inzet, investeringen en waarde/opbrengst in het eigen onderdeel van het zorgnetwerk, maar ook naar de waarde en uitkomsten die de zorg in ander deel van netwerk of op een ander moment oplevert. De zorg in het medisch domein kan waarde en/of betere uitkomsten opleveren in het sociaal domein en vice versa.

De noodzaak om de verbinding tussen het medisch en het sociaal domein te gaan maken, en echt integrale zorg te gaan organiseren en leveren, wordt goed geïllustreerd door een onlangs door gezondheidswetenschappers, jeugdartsen en sociaalgeneeskundigen gepubliceerde studie naar de impact van postpartumdepressie (PPD) op zorggebruik en arbeidsparticipatie (zie kader). PPD bleek voor te komen bij 9,4% van de zwangeren. Twee derde van de gevallen bleef echter ongediagnosticeerd en onbehandeld, leidend tot een hoog algemeen zorggebruik, arbeidsverzuim en maatschappelijke kosten. Deze bevindingen laten zien dat een meer innige samenwerking nodig is tussen disciplines, professionals en instanties uit het medisch en het sociaal domein, met een passend bekostigingsmodel.

Uit het voorgaande volgt dat het niet voldoende is om alleen uitkomsten en kosten te meten van de eigen zorg(organisatie), maar ook van eerdere of latere gezondheid of onderdelen van het zorgtraject van de zwangere. Het verband tussen het sociaal domein en waardegedreven geboortezorg is echter nog niet voor alle partijen evident: public health en geboortezorg zijn veelal nog twee gescheiden werelden, ook voor wat betreft de bekostiging.

## *Impact van postpartumdepressie op arbeidsparticipatie*

Een groep Nederlandse gezondheidswetenschappers, jeugdartsen en andere sociaalgeneeskundigen publiceerde onlangs een studie naar de impact van postpartumdepressie (PPD) op zorggebruik en arbeidsparticipatie. In een groep van 1049 ongeselecteerde vrouwen maakte 9,4% in de eerste 12 maanden na de bevalling een depressie door; 71% van de vrouwen die positief screenden op PPD kreeg ten minste enige zorg gericht op de PPD-klachten. Bij slechts een derde werd depressie gediagnosticeerd en behandeld. Daaruit blijkt onvoldoende aandacht voor depressie door verloskundig zorgverleners. Ook werd vastgesteld dat de vrouwen met PPD-klachten en hun kinderen in de eerste 12 maanden na de zwangerschap aanzienlijk meer ‘algemene’ zorg consumeerden. Vrouwen met een PPD hadden een aanzienlijk hoger arbeidsverzuim, waarmee naar schatting jaarlijks 16 miljoen euro aan maatschappelijke kosten gemoeid zijn.

De onderzoekers pleiten voor screening op depressieve klachten van alle vrouwen tijdens de zwangerschap door verloskundigen en gynaecologen, en in het eerste jaar na de zwangerschap door de jeugdgezondheidszorg (JGZ), meer aandacht voor de rol van (aanstaande) vaders, een multidisciplinaire richtlijn en zorgpaden, waarin de geboortezorgprofessionals, POP-poli's, JGZ en praktijkondersteuners van de huisarts voor de geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ) een rol moeten krijgen.

Landelijke programma's, zoals Kansrijke Start, zouden ook uit moeten gaan van de principes van waardegedreven zorg, en zo aansluiten aan zowel de voor- als de achterkant van de geboortezorg. Van belang hierbij is om alle partijen te betrekken, zoals gemeenten, organisaties voor maatschappelijke gezondheid en preventie waaronder de jeugdgezondheidszorg, het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV), maar ook medische zorg voor volwassenen met chronische aandoeningen. Alleen zo zal een netwerk sociaal domein - geboortezorg - medisch domein ontstaan. Dit netwerk zou gezamenlijk moeten werken aan waardegedreven zorg voor de individuele cliënt, met een gezamenlijk focus op wat de individuele cliënt belangrijk vindt en op de totale kosten van de inspanningen om deze individuele cliëntwaarde te creëren. Innovatie van het bekostigingsmodel van de zorg is daarvoor ook nodig.

Nu is bekostiging van zorg gebaseerd op het uitvoeren van behandelingen in de onderdelen van de keten, en niet op de uitkomsten van de hele ketenzorg.

Incentives van uitkomstbekostiging kunnen wellicht binnen het bestaande stelsel worden ingevoerd, en bijdragen aan de cultuurverandering (van 'ik' naar 'wij', van 'alleen' naar 'samen') die nodig is voor echte integrale geboortezorg. Het zal een grote uitdaging zijn om hierbij ook het sociaal domein te betrekken, aangezien die in Nederland op een geheel andere manier wordt bekostigd.

### 9.5 Uitdagingen voor integrale en waardegedreven zorg voor vrouwen in kwetsbare situaties

Een integrale en waardegedreven aanpak kent veel voordelen voor kwetsbare groepen, maar er zijn ook aandachtspunten. Allereerst zijn kwetsbare groepen vaak lastig te bereiken voor interventies. Dit wordt ook wel de *ongelijkheidsparadox* genoemd: degenen die de meeste risico's hebben, maken minder gebruik van interventies die bedoeld zijn om die risico's te verminderen. Dit geldt mogelijk ook voor vrouwen die zich tijdens of na hun zwangerschap in een kwetsbare situatie bevinden en voorafgaand aan hun consult er niet aan toekomen een vragenlijst over hun welzijn, welbevinden en de ervaringen op te sturen naar hun zorgverlener om vervolgens tijdens het volgende consult te bespreken wat voor haar van meeste waarde is. Oorzaken zijn lagere gezondheidsvaardigheden, beperkte digitale vaardigheden, beperkte taalvaardigheid of een verstandelijke beperking. Ook moet rekening worden gehouden met *adaptive preferences*, dat wil zeggen het naar beneden bijstellen van verwachtingen door vrouwen die beperkte vooruitzichten hebben op maatschappelijke, mentale en fysieke gezondheid.

Deze uitdagingen vragen om passende oplossingen. Allereerst ligt er een taak op het gebied van counseling door de zorgverlener. Daarbij hoort heldere uitleg waarom het voor de cliënt zelf en voor haar ongeboren kind belangrijk is dat zij de uitkomsten en ervaringen die voor haar van belang zijn, deelt met haar zorgverlener. Dit draagt er niet alleen aan bij dat zij meer inzicht krijgt in haar eigen situatie, maar levert ook meer zorg op maat op. *Adaptive preferences* kunnen mogelijk benoemd en bijgesteld worden, juist door vrouwen te vragen naar hoe zij hun gezondheid en zorg ervaren. Door het beantwoorden van vragen over de ervaring met de verleende zorg en deze met de zorgverlener te bespreken, vindt ook meer kritische reflectie plaats.

Vrouwen worden mogelijk meer uitgedaagd om kritischer te zijn op de verleende zorg en hoe deze voldoet aan hun wensen en verwachtingen.

Daarnaast kan ook gekeken worden hoe kwetsbare groepen geholpen kunnen worden bij het invullen van vragenlijsten voorafgaand aan hun consult, bijvoorbeeld door vrijwilligers in het ziekenhuis. In het kader van taalbarrières zou op termijn gebruikgemaakt kunnen worden van de beschikbare vertalingen van de standaard Uitkomstenset van het International Consortium of Health Outcome Measurement (ICHOM); deze wordt immers in verschillende landen geïmplementeerd. Voor cliënten met lage gezondheidsvaardigheden zou ook onderzocht kunnen worden of een vragenlijst met pictogrammen (bijvoorbeeld smileys) behulpzaam kan zijn.

Integrale en waardegedreven geboortezorg heeft veel potentie, juist voor vrouwen in kwetsbare situaties, omdat de zorg aansluit bij wat zij als belangrijk ervaart. En ook voor zorgverleners in de geboortezorg en voor hulpverleners in het sociaal domein: zij zijn immers gezamenlijk verantwoordelijk voor het realiseren van optimale zwangerschapsuitkomsten. Hierbij worden zij gesteund door het CPZ, door hun beroepsorganisaties en door initiatieven zoals Kansrijke Start.

Belangrijk is dat alle betrokkenen zich bewust zijn van ieders verantwoordelijkheid en de uitdaging aangaan om gezamenlijk integrale waardegedreven zorg binnen en over de domeinen heen te organiseren. Op deze wijze kunnen professionals samen met cliënten de medische en sociale risicofactoren in kaart brengen en deze met elkaar bespreken. Daardoor kan zo vroeg mogelijk in de zwangerschap die zorg en hulp ingezet worden, die het best aansluit op de situatie van de vrouw en haar de beste kansen biedt voor de beste uitkomsten voor moeder en kind.

## Referenties

- Achterberg PW, Harbers MM, Post NAM, Visscher K. Beter weten: een beter begin. Samen sneller naar een betere zorg rond de zwangerschap. RIVM-briefrapport 2020-0140. Bilthoven: RIVM, 2020.
- Bonsel GJ, Birnie E, Denktas S, Poeran J, Steegers EAP. Lijnen in de perinatale sterfte, Signalementstudie zwangerschap en geboorte 2010. Rotterdam: Erasmus MC, 2010.
- College Perinatale Zorg. Zorgstandaard integrale geboortezorg. Utrecht: CPZ, 2016.
- College Perinatale Zorg. Agenda voor de geboortezorg 2018-2022: Samen bevalt beter! Utrecht: CPZ, 2017.
- College Perinatale Zorg. Preventieagenda voor de Geboortezorg 2018-2022. Samen aan de start voor een beter Nederland. Utrecht: CPZ, 2018.
- College Perinatale Zorg. Preconceptie Indicatie Lijst (PIL). Multidisciplinaire samenwerkingsafspraken. Utrecht: CPZ, 2018.
- Depla AL, Laureij LT, Ernst-Smelt HE. Werken met uitkomsten in de geboortezorg. In: Van Weert N, Hazelzet J. Gepersonaliseerde medische zorg. Innovatieve zorg afgestemd op persoonlijke behoeften, voorkeuren en waarden. Nederlandse Federatie van UMC's. Utrecht: NFU-consortium Kwaliteit van Zorg, 2020.
- Greenhalgh J, Gooding K, Gibbons E, Dalkin S, Wright J, Valderas J, Black N. How do patient reported outcome measures (PROMs) support clinician-patient communication and patient care? A realist synthesis. *J Patient Rep Outcomes*. 2018 Sep; 15: 2:42.
- M'hamdi HI, Steegers EAP, de Beaufort I. Pray for the best: on perinatal health inequalities and health agency. In: M'hamdi HI. Before you were born: a moral exploration of parental and societal responsibilities for the health of children-to-be. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2018.
- Ministerie van VWS. Nationaal Preventieakkoord. Een gezonder Nederland. TK, 2018-2019; 32: 793, nr. 339. [www.nationaalpreventieakkoord.nl](http://www.nationaalpreventieakkoord.nl).
- Ministerie van VWS. Actieprogramma Kansrijke Start, Kamerstuk 32279, nr. 124, vergaderjaar 2017-2018. Via [www.kansrijkestart.nl](http://www.kansrijkestart.nl).
- Patiëntenfederatie Nederland. De 3 goede vragen aan de dokter. <https://3goedevragen.nl/zwanger/>.
- Peters IA Posthumus AG, Steegers EAP, Denktas S. Satisfaction with obstetric care in a population of low-educated native Dutch and non-western minority women. *Focus group research*. *PLoS One*. 2019 Jan 31; 14(1): e0210506.
- Porter ME, Teisberg EO. Redefining healthcare. Creating value-based competition on results. Boston: Harvard Business School Press, 2006.
- Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte. Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Den Haag: Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, 2009.
- Van der Zee-van den Berg AI, Reijneveldt SA, Boere-Boonekamp MM. Impact van postpartumdepressie op zorggebruik en arbeidsparticipatie. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2021; 165: D5359.