

Moeders van Rotterdam: een nieuw medisch en sociaal programma voor hulp aan zeer kwetsbare zwangere vrouwen

Johanna P. de Graaf
Projectleider

Marijke W. de Groot
Promovendus

Marije van der Hulst
Promovendus

Loes C.M. Bertens
Epidemioloog

Eric A.P. Steegers
*afdelingshoofd
Verloskunde en
gynaecologie, Erasmus
MC Universitair Medische
Centrum Rotterdam*

De wereldwijde economische recessie, die in 2008 begon, heeft niet alleen zijn tol geëist van Europese samenlevingen, maar heeft ook de overheidsfinanciën onder druk gezet. Dit heeft geleid tot een uitholling van het sociale zekerheidsstelsel (Reinhart & Rogoff, 2009; Stuckler *et al.*, 2009; Keeley & Love, 2010). In Nederland werden bezuinigingen in de openbare gezondheidszorg door de politiek gepresenteerd als onderdeel van de overgang naar een ‘participatiesamenleving’, maar in de praktijk vergrootten ze het isolement van zeer kwetsbare groepen. Verloskundigen en gynaecologen in Rotterdam, de op één na grootste stad van Nederland met een zeer multiculturele bevolkingssamenstelling, constateerden een toename van het aantal zwangere vrouwen met complexe psychosociale en medische problemen, zoals dakloosheid, armoede, huiselijk geweld, drugsgebruik, seksueel misbruik en geestelijke gezondheidsproblemen.

Deze problemen gaan vaak gepaard met zeer beperkte mogelijkheden om voor zichzelf te zorgen, verminderde zelfredzaamheid en een groot wantrouwen in het zorgstelsel. Op basis van een groot aantal internationale studies kan bovendien worden geconcludeerd dat bij deze zeer kwetsbare zwangere vrouwen sprake is van een verhoogd – meestal armoede gerelateerd – risico op vroeggeboorte, groeivertraging van het ongeboren kind, een suboptimale start voor het kind bij de geboorte en onvoldoende invulling van de ouderrol door de moeder (Barker, 2007; Heijmans *et al.*, 2008; van den Berg *et al.*, 2009; Henrichs *et al.*, 2010; Poeran *et al.*, 2011; Seng *et al.*, 2011; Timmermans *et al.*, 2011; de Graaf *et al.*, 2013; Quispel *et al.*, 2012).

Deze situatie vraagt om een perinatale ketenzorg die de medische- en sociale domeinen én de generaties overstijgt. Ketenzorg dat zich niet alleen richt op het verbeteren van de levenskansen van de kinderen, maar ook de complexe problematiek van hun moeders aanpakt. In 2014 ontwikkelde het innovatieve Bureau Frontlijn van de gemeente Rotterdam daartoe, samen met het Erasmus Medisch Centrum en met steun van de stichting Verre Bergen, een interventie genaamd Moeders van Rotterdam. Het programma Moeders van Rotterdam (MvR) biedt zorg aan zeer kwetsbare zwangere vrouwen tot het kind twee jaar is, en vergroot zo de kans op een gezonde en veilige zwangerschap en postnatale periode, wat het kind een goede start in het leven kan geven.

Voorbeelden van moeders die samen met hun MvR-coaches hebben gewerkt aan het creëren van een betere leefsituatie, zijn Saana, die nadat zij met haar man

en twee kinderen uit Syrië was gevlucht, moeite had haar weg te vinden in de taal en in het rechtstelsel in Nederland; Jennifer uit Ghana, die met hulp van haar MvR-coach huisvesting en een school voor haar zesjarige zoon vond en haar schulden herstructureerde; en Loes, die samen met haar partner en met hulp van haar coaches hard heeft gewerkt om drugsproblemen op te lossen en een gezonder eet- en slaappatroon te ontwikkelen.

Het MvR-programma slaat een brug tussen het sociale en medische domein en valt uiteen in drie hoofdfasen:

- 1 het oplossen van de acute crisissituatie door de regie van de moeder tijdelijk over te nemen;
- 2 het creëren van de omstandigheden voor een veilige hechting tussen moeder en kind;
- 3 het stimuleren van de ouderschapsvaardigheden van de moeder, passend bij de ontwikkelingsfase van het kind, en het verbeteren van de vaardigheid van de moeder om actief en zelfstandig aan de samenleving deel te nemen.

MvR besteedt niet alleen aandacht aan problemen in het sociale domein maar ook aan medische risico's: de coaches bevorderen een gezonde levensstijl en stimuleren vrouwen om tijdens hun zwangerschap regelmatig langs te gaan bij de verloskundige professional, bij medische klachten een huisarts te raadplegen en regelmatig een bezoek te brengen aan het Centrum voor Jeugd en Gezin.



△ Foto: Erik Godijn/Moeders van Rotterdam

MvR is aanvankelijk een intensief traject met twee huisbezoeken per week, die na verloop van tijd worden afgebouwd tot één huisbezoek per twee weken. Zorg wordt verleend door een team van maatschappelijk en sociale werkers en derde/vierdejaars hbo-studenten pedagogiek en welzijn. Door stagiairs in te zetten die adequaat worden begeleid door professionals, kunnen de kosten van het programma laag gehouden worden. Dit kan ook bijdragen aan het scheppen van vertrouwen tussen moeder en zorgverlener, omdat de moeders stagiairs wellicht als minder bedreigend ervaren als meer ervaren medische professionals.

De veranderingstheorie van het MvR-programma:

- als we de medische en sociale risico's vroegtijdig tijdens zwangerschap signaleren, kunnen we de kwetsbaarste vrouwen en kinderen identificeren;
- als we een nauwe samenwerking tot stand brengen tussen de medische en sociale zorg, kunnen we integrale en meer doeltreffende zorg leveren;
- als we intensieve zorg op maat te bieden, kunnen we stress verminderen, de kwaliteit van leven verbeteren en de zelfredzaamheid van deze gezinnen vergroten;
- als we stress terugdringen en als vrouwen zelfredzaam worden, is de kans op een gezonde baby, een veilige hechting en een optimale ontwikkeling van het kind groter;
- als kinderen gezond ter wereld komen en zich optimaal ontwikkelen, is de kans dat ze een gelukkig en gezond leven zullen leiden, groter;
- als vrouwen zelfredzaam worden en we de kans op een gezonde ontwikkeling van kinderen vergroten, besparen we op overheidsuitgaven en verhogen we de belastingopbrengsten.

'Het programma Moeders van Rotterdam (MvR) biedt zorg aan zeer kwetsbare zwangere vrouwen tot het kind twee jaar is.'

In 2016 is een vierjarige prospectieve cohortstudie gestart waarin de effecten van het MvR-programma zullen worden vergeleken met de normale sociale zorgprogramma's van de gemeente Rotterdam, zoals beoordeeld door: de zorgverlener, de geestelijke gezondheid van de moeder, die wordt gemeten door middel van vragenlijsten over depressie, angst en stress die de moeder zelf invult, en de ontwikkeling van het kind wanneer dat 1 jaar is, gemeten met een vragenlijst die is afgestemd op de leeftijd en de groeifase.

Het programma Moeders van Rotterdam krijgt momenteel veel belangstelling uit heel Nederland, omdat andere gemeenten en professionals de meerwaarde van de methode onderkennen. De Bernard van Leer Foundation stapte in als opschalingspartner. Het einddoel is om aan de hand van het initiatief in Rotterdam een evidence-based interventie te ontwikkelen die geïntegreerd kan worden in de bestaande werkwijzen van gemeentelijke dienstverleners. Op die manier kan het model worden opgeschaald naar andere steden in Nederland.

Referenties

- Barker, D.J. (2007). The origins of the developmental origins theory. *Journal of Internal Medicine*, May (261): 412–7.
- de Graaf, J.P., Ravelli, A.C.J., Wildschut, H.I.J., Denktas, S., Voorham, A.J.J., Bonsel, G.J. and Steegers, E.A.P. (2013). Living in deprived urban districts increases perinatal health inequalities. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 26: 473–81.
- Heijmans, B.T., Tobi, E.W., Stein, A.D., Putter, J., Blauw, G.J., Susser, E.S. *et al.* (2008). Persistent epigenetic differences associated with prenatal exposure to famine in humans. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA* 105: 17046–9.
- Henrichs, J., Schenk, J.J., Roza, S.J., van den Berg, M.P., Schmidt, H.G., Steegers, E.A. *et al.* (2010). Maternal psychological distress and fetal growth trajectories: the Generation R Study. *Psychological Medicine* 40: 633–43.
- Keeley, B. and Love, P. (2010). *From Crisis to Recovery: The causes, course and consequences of the Great Recession*. Paris: OECD.
- Poeran, J., Denktas, S., Birnie, E., Bonsel, G.J. and Steegers, E.A.P. (2011). Urban perinatal health inequalities. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 24: 643–46.
- Quispel, C., Schneider, A.J., Bonsel, G.J. and Lambregtse-van den Berg, M.P. (2012). An innovative screen-and-advice model for psychopathology and psychosocial problems among urban pregnant women: an exploratory study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 33: 7–14.
- Reinhart, C.M. and Rogoff, K.S. (2009). The aftermath of financial crises. *American Economic Review* 99: 466–72.
- Seng, J.S., Low, L.K., Sperlich, M., Ronis, D.L. and Liberzon, I. (2011) Post-traumatic stress disorder, child abuse history, birthweight and gestational age: a prospective cohort study. *BJOG* 118: 1329–39.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A. and McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet* 374: 315–23.
- Timmermans, S., Bonsel, G.J., Steegers-Theunissen, R.P., Mackenbach, J.P., Steyerberg, E.W., Raat, H. *et al.* (2011). Individual accumulation of heterogeneous risks explains perinatal inequalities within deprived neighbourhoods. *European Journal of Epidemiology* 26: 165–80.
- van den Berg, M.P., van der Ende, J., Crijnen, A.A., Jaddoe, V.W., Moll, H.A., Mackenbach, J.P. *et al.* (2009). Paternal depressive symptoms during pregnancy are related to excessive infant crying. *Pediatrics* 124: e96–103.