

Een goede start voor een beter Nederland

*Hoe het College Perinatale Zorg kan bijdragen aan de integrale preventie van
minder gunstige zwangerschapsuitkomsten*

Mei 2018

Expertgroep Preventie



College Perinatale Zorg
Oudlaan 4
3515 GA UTRECHT
T 030 273 97 86
E cpz@collegepz.nl

Een goede start voor een beter Nederland

Hoe het College Perinatale Zorg kan bijdragen aan de integrale preventie van minder gunstige zwangerschapsuitkomsten.

Adviezen van de Expertgroep Preventie (mei 2018)

COLOFON

Een goede start voor een beter Nederland

Auteur: Expertgroep Preventie

Eindredactie: Schrijf-Schrijf (Jens Middel)



Dankwoord

Hoe kunnen wij als samenwerkende geboortezorgpartijen bijdragen aan de integrale preventie voor, tijdens en na de bevalling om een zo goed mogelijke start voor alle kinderen in Nederland te bevorderen? Om daar een zo scherp mogelijk antwoord op te krijgen, is een onafhankelijke Expertgroep geïnstalleerd door het College Perinatale Zorg (CPZ). We zijn zeer erkentelijk voor de enorme inzet en zorgvuldigheid waarmee deze Expertgroep haar advies aan het CPZ heeft uitgebracht.

Op basis van dit advies, in combinatie met de Agenda voor de Geboortezorg 2018-2022 'Samen bevalt beter!' en de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg hebben de samenwerkende geboortezorgpartijen de Preventieagenda voor de Geboortezorg 'Een goede start voor een beter Nederland' opgesteld. Dit advies levert een grote bijdrage aan het agenderen van het belang van preventie in en door de geboortezorg.

Dit document herbergt een rijkdom aan kennis, analyses en adviezen. De ene keer heel concreet, de andere keer abstracter, dikwijls wetenschappelijk onderbouwd, vaak ook gebaseerd op de praktijkervaring van de expertgroepleden. De achtergrond van deze leden is zeer divers. Deze diversiteit aan perspectieven maakt dit advies een waardevolle inspiratiebron voor zorgverleners en ouders.

Het CPZ dankt de Expertgroep voor hun inzet, passie en deskundigheid. Wij zijn ervan overtuigd dat dit advies zal bijdragen aan een zo goed mogelijke start voor alle kinderen en dus voor een gezondere samenleving.

Namens bestuur van het CPZ,
Geri Bonhof

Voorzitter College Perinatale Zorg

Inhoud

VOORWOORD.....	5
INLEIDING	7
HOOFDSTUK 1: PREVENTIE IN DE GEBOORTEZORG.....	16
1.1. Welke risicofactoren zijn er?	16
1.2. Wie moet welk soort preventie krijgen?	18
1.2.2. Selectieve preventie	19
1.2.3. Geïndiceerde preventie.....	24
1.2.4. Zorggerelateerde preventie	24
1.3. Wat zijn randvoorwaarden voor effectieve preventie?	27
1.4. Wat zijn concrete actiepunten om tot preventie te komen?.....	28
HOOFDSTUK 2: BEKOSTIGING VAN PREVENTIE.....	32
2.1. Wettelijke kaders.....	32
2.2. Bekostigingsmechanismen en -organisatievormen	33
2.3. Randvoorwaarde: integrale geboortezorgketen.....	34
HOOFDSTUK 3: MONITORING	40
3.1. Minimale dataset met indicatoren die belangrijk zijn voor preventie.....	40
3.2. Inbedding van indicatoren.....	41
3.3. Beschikbaarheid van gegevens.....	41
HOOFDSTUK 4: KENNISBANK	42
4.2. Vereisten voor duurzame effectiviteit en kwaliteit	43
SAMENVATTING EN CONCLUSIES.....	45
BRONNEN	53
BIJLAGE 1 - BELANGRIJKSTE TERMEN EN AFKORTINGEN	57
BIJLAGE 2 - VORMEN VAN BEKOSTIGING VAN PREVENTIE	62
BIJLAGE 3 - BELEMMERINGEN VOOR DE FINANCIERING VAN PREVENTIE.....	66
BIJLAGE 4 - LEDEN VAN DE EXPERTGROEP PREVENTIE	68

VOORWOORD

Een goede start is cruciaal voor elk mensenleven. Zo'n start vereist onder meer dat ouders gezond aan een zwangerschap beginnen en dat zij als gezonde ouder met een gezond kind het nieuwe leven ingaan. Als iemand óngezond ter wereld komt, levert hem¹ dat als kind en volwassene vaak problemen op. Denk aan een ontwikkelingsachterstand, lichamelijke problemen en/of een verstandelijke beperking. Maar ook aan moeite met leren, met het vinden van een baan en met participeren in de maatschappij. Een minder gunstige ('valse') start kan dus zijn ontplooiing beperken. Dit alles raakt niet alleen de persoon zelf, maar ook zijn familie en de samenleving.

We zijn het in Nederland met elkaar eens dat er voor een gezonde start van het leven, naast de bestaande zorg, veel meer en betere preventie moet komen rond zwangerschap en geboorte. Dáár moet op worden ingezet. Het probleem hierbij is niet zozeer *welk soort* preventie moet worden aangeboden, maar eerder *hoe* en *door wie*. Wie moet er bijvoorbeeld voor zorgen dat aanstaande ouders met hun kind een gezonde start hebben? Niet alleen die ouders zelf. Ook de overheid, de welzijnssector en de zorg hebben hier een taak in. Sterker nog: iedereen in de samenleving is er verantwoordelijk voor dat alle aanstaande ouders begrijpen wat het inhoudt om een baby een goede start te geven. Dat ze weten dat ze daarvoor ondersteuning kunnen krijgen. En dat ze deze ook krijgen.

Kwetsbare aanstaande ouders ontberen vaak de benodigde kennis. Soms zien zij überhaupt niet dat ze hulp nodig hebben of zijn zij buiten het zicht van adequate hulp. Om aanstaande ouders die ondersteuning nodig hebben te signaleren en daadwerkelijk passende hulp te bieden, is samenwerking nodig; in het bijzonder tussen professionals uit het sociale domein, de sector volksgezondheid en de geboortezorg.

Een belangrijke vraag is wie hierin het initiatief moet nemen. Gemeenten doen al veel aan preventie en zijn verantwoordelijk voor de afstemming van preventie en curatie. Maar ze nemen nog niet direct het voortouw bij preventie in de geboortezorg, laat staan bij het optuigen van de samenwerking tussen het sociale domein, de sector volksgezondheid en de zorg. De bestaande Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV's) zijn wél geschikt om het voortouw te nemen: zij kunnen Gemeenten benaderen, professionals bijeenbrengen, samen de regio analyseren, een

¹ Ten behoeve van de leesbaarheid wordt in het hele advies 'hij', 'hem' en 'zijn' gebruikt om in algemene, seksneutrale zin naar een persoon te verwijzen (zoals: 'Een baby weet nog niet welk leven hem te wachten staat'). Het gaat in die gevallen dus niet per se alleen om mannen of jongens; het kan ook om vrouwen en meisjes gaan. De Expertgroep Preventie volgt hiermee de lijn van het Groene Boekje en de meeste media in Nederland.

preventieplan maken, prioriteiten stellen, de voortgang monitoren en samenwerkingsverbanden koppelen.

Het College Perinatale Zorg (CPZ), dat de VSV's in Nederland ondersteunt, wil hen daarbij helpen. Maar hoe? Voor een antwoord op die vraag installeerde en consulteerde het CPZ de onafhankelijke Expertgroep Preventie. Deze Expertgroep heeft een advies opgesteld aan de hand van vier vragen van het CPZ: waarom preventie voor een gezonde start zo belangrijk is, welk soort preventie noodzakelijk is, hoe deze moet worden georganiseerd en gefinancierd, en wat deze preventie kan opleveren.

Met het advies in dit rapport verwacht de Expertgroep bij te dragen aan het structureel verbeteren van de preventie van minder gunstige zwangerschapsuitkomsten. En dus aan de doelen die iedereen aan het hart gaan: een goede start voor zoveel mogelijk baby's, ouderlijk geluk en een gezonde samenleving.

INLEIDING

Maatregelen voor een gezonde start hebben zich de afgelopen tien jaar vooral gericht op de periode tussen conceptie en geboorte. Ze moeten echter méér levensfasen van ouders en kinderen omvatten: namelijk van de aanloop naar de conceptie tot en met de kraamtijd. Dit betekent onder andere dat een groter aantal partijen nauw ('integraal') moet samenwerken. Zo luidt de kern van de visie van de Expertgroep Preventie. Aan het eind van deze inleiding staat deze visie uitgebreid verwoord, als basis voor de analyses en aanbevelingen in dit rapport. Eerst leest u echter over de context waarbinnen het rapport ontstaan is.

De context

Nederland probeert al sinds de jaren 90 op verschillende manieren de geboortezorg te verbeteren. Denk aan het starten van de perinatale audit, het uitbreiden van screeningsprogramma's en het verder professionaliseren van de kraamzorg. Deze maatregelen hadden nog niet direct het gewenste resultaat (Peristat 2008). Naar internationale maatstaven bleef Nederland achter.

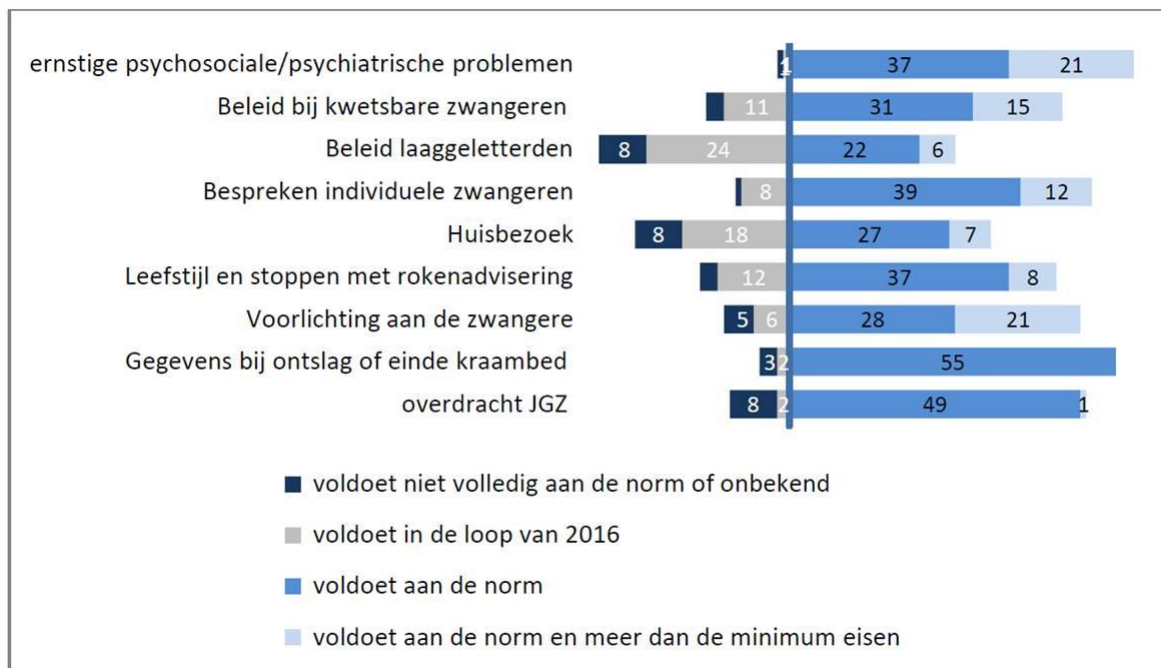
Om de uitkomsten te verbeteren, ontwikkelde de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte ('de Stuurgroep') op initiatief van de minister van Volksgezondheid een belangrijk advies: *Een goed begin* (SZG 2009). Daarin stond een visie op 'hoe we in Nederland met elkaar de komende jaren verder gaan bouwen aan een eigentijdse en betrouwbare zorg rond zwangerschap en geboorte'. Het ging om de toekomstige zorg voor (aankomende) ouders en (ongeboren) kinderen, die zich zou concentreren op het bevorderen van hun gezondheid en het verkleinen van gezondheidsverschillen. Het terugdringen van vermijdbare perinatale sterfte en morbiditeit was daartoe een eerste stap. De Stuurgroep adviseerde dat zorgverleners kwaliteitsafspraken met elkaar moesten maken. Dat er Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV's) dienden te komen waar nog geen VSV's waren. En dat de VSV's die er al wél waren versterking moesten krijgen. Bovendien raadde de Stuurgroep aan om specifiek en intensief aandacht te besteden aan de *preventie* van gezondheidsproblemen bij zwangeren en (ongeboren) baby's. Daarbij moest het vizier vooral gericht worden op vrouwen in achterstandssituaties.

De VSV's zouden een belangrijke rol moeten krijgen in de implementatie en uitvoering van deze adviezen, aldus de Stuurgroep. Een nog op te richten College Perinatale Zorg (CPZ) diende hen daarbij te ondersteunen. Dit CPZ startte in 2011. De toezichthoudende Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), tegenwoordig Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), constateerde vier jaar later dat veel aanbevelingen van de Stuurgroep voortvarend waren opgepakt. Maar, stelde de inspectie eind 2015, er moesten nog wel extra stappen worden gezet op het gebied van de preventie van gezondheidsproblemen bij moeder en kind (IGJ 2016) (zie kader 'Nog het nodige te doen'). De

inspectie riep alle betrokkenen in het veld op om hun verantwoordelijkheid te nemen en (samen) te werken aan deze preventie. Voor het CPZ was die oproep onder meer aanleiding om in mei 2016 de Expertgroep Preventie te installeren.

NOG HET NODIGE TE DOEN

Uit de meest recente IGJ-cijfers blijkt dat VSV's niet alle (kwetsbare) zwangeren voldoende bereiken. In de figuur hieronder staan de absolute aantallen VSV's die volgens de IGJ wel of niet voldoen aan de norm (IGJ 2016). Er is dus nog het nodige te doen. Hier ligt overigens niet alleen een verantwoordelijkheid voor VSV's; ook partijen buiten de geboortezorg – in het bijzonder de volksgezondheidssector en het sociale domein – hebben een belangrijke rol te vervullen in het bereiken van (kwetsbare) zwangeren. De IGJ roept die partijen nadrukkelijk op om die rol te vervullen.



Beleid voor (kwetsbare) zwangeren in het Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) op 1 november 2015 in zestig VSV's. (IGJ 2016)

De adviesvragen

Het CPZ vroeg de Expertgroep Preventie op papier te zetten waarom preventie voor een gezonde start zo belangrijk is, welk soort preventie noodzakelijk is, hoe deze moet worden georganiseerd en gefinancierd, en wat de preventie in kwestie kan opleveren.

Zo luidde althans de informele formulering. De formele, precieze verwoording van de vragen kende meer nuances. Het CPZ verzocht de Expertgroep een advies over:

1. de visie op en aard van preventie rond de geboorte – en de leidende en verbindende rol die VSV's in die preventie kunnen spelen;
2. de kansen en mogelijkheden van financiering van preventie buiten de reguliere paden van bekostiging in het zorgdomein;
3. de informatie die VSV's en beleidsmakers nodig hebben om te weten of interventies succesvol zijn – en de vraag hoe interventies het best gemonitord kunnen worden;
4. het creëren van een duurzaam en op VSV's toegesneden aanbod van kennis om preventie optimaal te implementeren.

De Expertgroep voegde hier zelf nog een vijfde, overstijgende vraag aan toe: hoe kan de versterking van preventie in de geboortezorg op langere termijn duurzaam worden verankerd? Deelvragen luiden: welke aanpak zou voor die verankering nodig zijn, welke rol zou het CPZ kunnen spelen en welke veldpartijen zouden betrokken moeten worden?

Het adviesrapport

Dit advies beantwoordt de vragen van het CPZ en de overstijgende vraag die de Expertgroep Preventie daaraan heeft toegevoegd. De inleiding beschrijft de aanleiding voor het advies en de visie van de Expertgroep op preventie in de geboortezorg. Deze visie richt zich zowel op de inhoud als op de fasering van de (mogelijke) taken binnen de geboortezorgketen; wanneer moet wat waar worden gedaan – door wie en voor wie?

In hoofdstuk 1 komt de aard van preventie aan de orde, aan de hand van een indeling van soorten preventie naar doelgroep. Deze beschrijving wordt gevolgd door een antwoord op de vraag hoe preventie voor een goede start organisatorisch het best vorm kan krijgen. In hoofdstuk 2 staat een verkenning van financieringsmogelijkheden en geeft de Expertgroep een indruk van wat preventie voor een goede start de samenleving kan opleveren. In hoofdstuk 3 en 4 komen twee voorwaarden voor gestructureerde preventie aan bod: respectievelijk effectieve monitoring en een goede kennisbank.

Tot en met hoofdstuk 4 verweeft de Expertgroep Preventie aanbevelingen in haar advies. Deze aanbevelingen zijn telkens herkenbaar gemaakt door ze in blauwe letters weer te geven. In veel gevallen werkt de Expertgroep een aanbeveling onder die blauwe letters verder uit.

Het advies sluit af met een aantal kernboodschappen aan het CPZ, een samenvatting van het rapport en een algemenere formulering van de belangrijkste aanbevelingen uit eerdere hoofdstukken. Een viertal bijlagen (een lijst met de belangrijkste termen en afkortingen in dit rapport, de mogelijke vormen van bekostiging van preventie, de belemmeringen voor die bekostiging en een overzicht van de Expertgroepleden) completeren het rapport.

NIET IN DIT ADVIES

De prenatale en neonatale screening- en adviesprogramma's vallen buiten het bestek van dit advies. Die programma's zijn al georganiseerd en worden landelijk aangeboden door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

De visie van de Expertgroep

De Expertgroep Preventie beantwoordt CPZ's vragen vanuit een eigen visie op de ideale toekomst. In deze ideale toekomst hebben alle kinderen een goede, gezonde start: zij blijven gezond van conceptie tot en met de kraamperiode.

Deze goede start is positief op de korte termijn: er sterven minder baby's voor, tijdens en na de bevalling doordat de vier patiëntgebonden perinatale condities waarmee het grootste deel van die sterfte samenhangt (de 'Big 4') aanzienlijk minder voorkomen. Denk bij zulke patiëntgebonden condities aan aangeboren afwijkingen, vroeggeboorte, groeiachterstand en placenta-afwijkingen (Bonsel e.a. 2009). Ook de langetermijnpact is aanzienlijk. Kinderen die het leven gezond beginnen, hebben veel minder kans om later gezondheids-, groei- en ontwikkelingsproblemen te krijgen.

Om voor zoveel mogelijk kinderen een goede start te realiseren – en daarmee veel leed en financiële kosten te voorkomen voor henzelf, hun families en de samenleving – moet er een allesomvattende en gecoördineerde preventieve aanpak komen. Eén die gericht is op het voorkomen of beperken van medische, psychische en sociale problemen bij ongeboren kinderen, pasgeboren baby's en hun ouders. Daarbij gaat het vooral om mensen uit kwetsbare groepen, want binnen deze groepen hebben kinderen vaker een valse start door Big-4-problematiek.

De preventieaanpak moet zich richten op een groter aantal levensfasen van (aankomende) vaders, moeders en kinderen dan tot nog toe gebruikelijk is. Namelijk op de aanloop naar de conceptie, de conceptie en de zwangerschap, de geboorte en de kraamzorg, en de overdracht van kraamzorg naar de huisarts en Jeugdgezondheidszorg (JGZ). Die huisarts en JGZ moeten de zorg voor het kind adequaat voortzetten. Preventieve interventies worden verder zo dicht mogelijk bij kwetsbare mensen aangeboden, het liefst in hun eigen wijk: dat heeft het meeste effect.

Beide (aanstaande) ouders zijn verantwoordelijk voor de goede start van hun kind. Er zijn veel factoren die impact hebben op hun leven – en dus op de groei en ontwikkeling van het ongeboren kind. Uit onderzoek (o.a. Steegers 2016) blijkt bijvoorbeeld al lange tijd dat de lichamelijke gezondheid, psychische gezondheid, sociale en fysieke omgeving, leefstijl en gezondheidsvaardigheden van een vrouw grote invloed hebben op de groei en de ontwikkeling van het kind in haar buik. En dat die factoren zo de gezondheid, de verstandelijke vermogens en het maatschappelijk functioneren van dat kind mede bepalen. Niet alleen in zijn jeugd, maar vaak ook in de rest van zijn leven. Bovendien is het mogelijk dat iemand de schade die hij als ongeboren kind al opdeed, doorgeeft aan zijn nageslacht. Dat blijkt bijvoorbeeld uit onderzoek naar de families van mensen die verwekt zijn tijdens de hongervinter van 1944-1945 (Veenendaal e.a. 2013). Risicofactoren bevinden zich lang niet alleen op het verloskundige en medische vlak. Een deel is niet direct via gezondheidsbeleid te beïnvloeden. Er is eveneens inzet nodig uit andere beleidssectoren, zoals welzijn. Om een aanpak succesvol te maken die ook alle relevante sectoren omvat en coördineert, zijn diverse stappen nodig. Allereerst moeten betrokken professionals – zoals verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen, huisartsen, maatschappelijk werkers, GGZ-medewerkers, kraamverzorgenden, jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen en sociale wijkteams – op gestructureerde wijze met elkaar in verbinding staan. Zoveel mogelijk op wijkniveau, waar de wortels liggen van veel problemen én de mogelijkheden om die problemen op te lossen. Vervolgens moeten die professionals met elkaar de juiste medische, sociale, organisatorische en financiële interventies ontwikkelen, implementeren en monitoren. Bij deze ‘integrale aanpak’ (de nauwe samenwerking tussen relevante sectoren, zie ook bijlage 1) is bovendien speciale aandacht nodig voor kwetsbare vrouwen en gezinnen.

In sommige gemeenten zijn al goede voorbeelden van de integrale aanpak. Denk aan initiatieven in Rotterdam (zoals de programma’s Klaar voor een Kind en Moeders van Rotterdam), Den Haag (de Haagse Aanpak Perinatale Gezondheid) en Hoogeveen (het project Goede Start binnen het programma Kans voor de Veenkoloniën). Een aantal Gemeenten heeft ook deelgenomen aan het programma Healthy Pregnancy 4 All (HP4All).

Het gaat telkens om intensieve co-creatie tussen de VSV's, de sector volksgezondheid en het sociale domein. Deze co-creatie bereikt doelgroepen eerder en intensiever. Het leidt tot meer samenwerking tussen relevante partijen (inclusief een goede overdracht, bijvoorbeeld van kraamzorg naar huisarts of Jeugdgezondheidszorg). En het creëert bij professionals zowel extra aandacht voor preventie als nieuwe handelingsperspectieven. Hierdoor zijn er resultaten mogelijk die bijvoorbeeld een VSV nooit en te nimmer in zijn eentje kan bereiken.

Vaak zijn deze initiatieven voor integrale geboortezorg tijdelijk van karakter, niet structureel gefinancierd en niet op alle plekken gestart waar (aanstaande) ouders en kinderen er baat bij hebben. Dat moet anders. De uitdaging voor professionals ligt niet zozeer op inhoudelijk vlak: er is al een groot aanbod aan interventies en het is bij veel organisaties welbekend wat eraan wie door wie aangeboden kan worden. Het gaat eerder om de vraag hoe preventie beter georganiseerd kan worden. Op zó'n manier dat er een duurzame verbetering komt in de gezondheid van alle ouders en (ongeboren) kinderen, dat sociale gezondheidsachterstanden verminderen en dat pasgeborenen gelijke kansen krijgen. Echt integraal gezondheidsbeleid is voor dit alles een *must*: alle relevante sectoren en interventies moeten zoveel mogelijk op elkaar zijn afgestemd, het liefst vanuit een gemeenschappelijk beleid (zie ook bijlage 1).

GEEN EIGEN BIJDRAGE VOOR KRAAMZORG

De landelijke overheid doet er goed aan om drempels weg te nemen voor de effectiviteit van preventie. Eén zo'n drempel is de eigen bijdrage voor kraamzorg. Vanwege het eigen risico nemen kwetsbare zwangeren namelijk minder kraamzorg af, blijkt uit onderzoek van Hogeschool Rotterdam en Erasmus MC (Kennispoort Verloskunde 2018). Hierdoor kunnen het gezonde gedrag en de gezondheid van moeder en kind minder goed kunnen worden bevorderd. En dat kan weer leiden tot grotere gezondheidsverschillen tussen sociaaleconomisch sterke en minder sterke groepen in de samenleving.

NOODZAAK VAN PREVENTIE

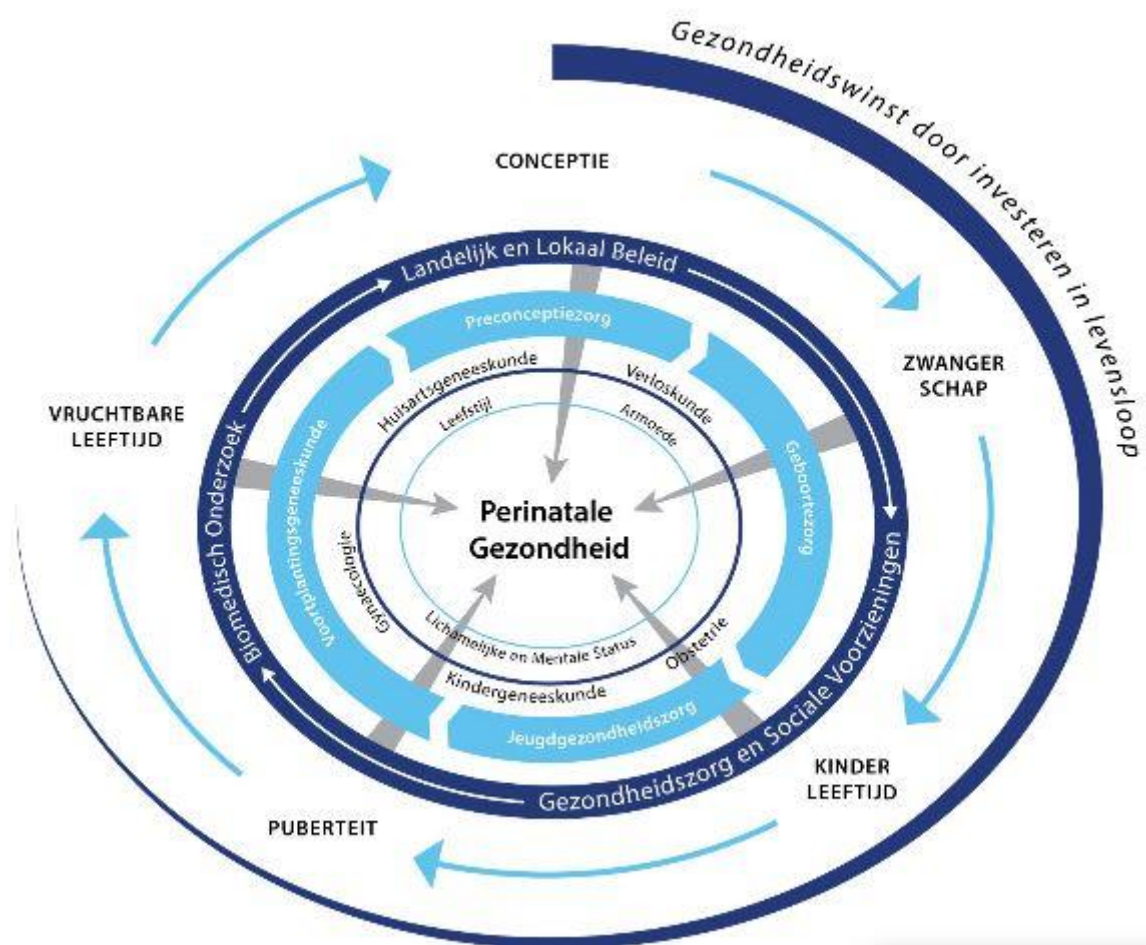
De geschiedenis leert dat preventie geen loze investering is. Gerichte preventieve maatregelen die werden genomen tot halverwege de twintigste eeuw, zoals het bestrijden van infectieziekten en het verbeteren van arbeidsomstandigheden, leidden tot een ware revolutie in de volksgezondheid. De levensverwachting nam spectaculair toe. En zou in de vijf à zes decennia daarna nog verder stijgen – door verbeteringen in de curatieve geneeskunde, maar zeker ook door preventie. Deze preventie richtte zich niet zozeer op de geboortezorg, laat staan op het voorkomen van een valse start, maar vooral op chronische ziekten en daarnaast onder andere op het voorkomen van verkeersongelukken.

Ondanks deze successen zijn er nog grote uitdagingen voor de gezondheid van de bevolking – en voor de gezondheid van baby's in het bijzonder. We leven in een wereld van toenemende sociaaleconomische ongelijkheid. Veel mensen bevinden zich in een achterstandssituatie. En hoe ernstiger hun achterstand, hoe meer risicofactoren er zijn die hun gezondheid in gevaar brengen. Juist de stapeling van deze factoren bedreigt de gezondheid van henzelf en hun (ongeboren) kind. En het vergroot het risico dat dit kind later minstens zo kwetsbaar zal zijn als zijn ouders (zie ook de illustratie 'Benadering van de geboortezorg vanuit levensloopperspectief').

Preventie omwille van een goede start kan de kloof tussen arm en rijk niet dichten, maar wel die (stapeling van) risicofactoren aanpakken. Om die stapeling aan te pakken is een integrale aanpak nodig: de nauwe samenwerking tussen verschillende sectoren. Dankzij die samenwerking kan de lichamelijke, psychische en sociale toestand van mensen verbeteren – of in elk geval niet laten verslechteren. Daarmee zorgt integrale preventie ervoor dat gezondheidsverschillen kleiner worden en dat meer baby's een gezonde start krijgen.

Preventie die speciaal gericht is op een veilige en gezonde zwangerschap en geboorte is verankerd in internationaal vastgestelde reproductieve rechten. Deze rechten vormen een integraal onderdeel van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens van de Verenigde Naties (VN 1948). De VN stelt dat paren, individuele vrouwen en individuele mannen in staat gesteld moeten worden om zelf te besluiten of, wanneer en hoeveel kinderen zij willen. Dat dienen ze in alle vrijheid op verantwoordelijke wijze te kunnen doen, met toegang tot de benodigde informatie en middelen. Ook moeten ze de best mogelijke zorg krijgen om wel of niet de kinderen te krijgen die ze willen. Nederland is eveneens gehouden aan het Verdrag inzake de Rechten van het Kind van de Verenigde Naties, hetgeen inhoudt dat het de rechten van het (ongeboren) kind moet borgen (VN 1989).

Benadering van de geboortezorg vanuit levensloopperspectief



(Stegers e.a. 2016-2)

NOODZAAK VAN CULTUUROMSLAG

Om preventie voor een goede start tot een succes te maken, is ieders medewerking nodig. Dat vereist een brede maatschappelijke acceptatie – onder professionals, overheden, zorgverzekeraars, werkgevers en burgers – van het idee dat zwangerschap en geboorte een *life event* zijn die voorbereiding vereist. Dat de goede start van een kind de hele samenleving ten goede komt. En dat een valse start voor iedereen schade met zich meebrengt.

De verantwoordelijkheid voor een goede start (en het verantwoorde gedrag dat daarbij hoort) ligt dus niet alleen bij ouders, maar bij de hele samenleving. En die verantwoordelijkheid start niet pas na de conceptie. Jongeren moeten al vroeg weten hoe ongezond gedrag invloed kan hebben op de latere uitkomst van hun zwangerschap en de gezondheid van hun kinderen. Bovendien moeten ze weten hoe ze zelf een ongezonde zwangerschap en valse start kunnen voorkomen.

Voor de noodzakelijke cultuuromslag zijn grootschalige campagnes nodig van de lokale en nationale overheid. Via de (sociale) media, maar zeker ook via het onderwijs – op elk niveau. Deze campagnes moeten de hele samenleving bereiken. Daarnaast zouden alle partijen die betrokken zijn bij de zwangerschap (van zwangeren en hun naasten tot professionals) elkaar moeten aanspreken op risicovol gedrag.

Het zou ook goed zijn als burgers actief participeren in de ontwikkeling en uitvoering van preventieprogramma's. En dat zij waar nodig tot deze 'co-creatie' aangespoord worden door de ontwikkelaars en uitvoerders van die programma's. Burgers moeten kortom de gelegenheid krijgen én nemen om hun eigen toekomst vorm te geven.

HOOFDSTUK 1: PREVENTIE IN DE GEBOORTEZORG

Wat is het en hoe moet het georganiseerd worden?

Er is een groot aantal risico's voor het lichamelijke, psychische en sociale welzijn van (ongeboren) kinderen. Preventie voor een goede start draait om het voorkomen, signaleren en op maat aanpakken van die risico's. Welke risicofactoren zijn er precies? Wie moet welk soort preventie krijgen? Wat zijn de randvoorwaarden voor effectieve preventie? En welke concrete actiepunten zijn er voor het CPZ?

1.1. Welke risicofactoren zijn er?

Risicofactoren laten zich grotendeels indelen naar de categorieën Lichamelijke gezondheid, Psychische gezondheid, Sociale en fysieke omgeving, Leefstijl en Gezondheidsvaardigheden. Bij kwetsbare groepen van de bevolking komen deze factoren vaker voor dan bij andere. Mensen uit die groepen zijn vaak minder gezond, hebben een lager opleidingsniveau, verdienen minder en leven veelal in een ongezondere omgeving. Ook krijgen ze vaker kinderen met een minder gunstige start. De risicofactoren liggen kortom ten grondslag aan belangrijke maatschappelijke en gezondheidsverschillen tussen mensen. Hieronder staan per categorie enkele voorbeelden van risicofactoren (let op: het zijn geen uitputtende opsommingen).

1. Lichamelijke gezondheid

- Genetische belasting.
- Seksueel overdraagbare aandoeningen en andere infecties.
- Overgewicht en obesitas.
- Hoge bloeddruk.
- Chronische aandoeningen, zoals diabetes en hart- en vaat-, neurologische of schildklieraandoeningen.
- Medicatiegebruik.

2. Psychische gezondheid

- Psychiatrische problematiek (zoals depressie, angst en psychose).
- Een eerstegraads verwante met een bipolaire of psychotische aandoening.
- Verslavingsproblematiek.
- Een licht-verstandelijke beperking.

3. Sociale en fysieke omstandigheden

- Huisvestingsproblemen.
- Werkloosheid.
- Financiële problemen zoals schulden.
- Huiselijk geweld (waaronder seksuele, fysieke en mentale mishandeling).
- Relatieproblematiek.
- Sociaal isolement.

4. Leefstijl (gezond gedrag)

- Roken.
- Gebruik van alcoholische dranken.
- Gebruik van drugs.
- Ongezond voedingspatroon.
- Geen of te laat gebruik van foliumzuur.
- Onvoldoende beweging.

5. Gezondheidsvaardigheden

Mensen met lage gezondheidsvaardigheden:

- zijn slecht in lezen, schrijven en rekenen;
- hebben te weinig kennis en vaardigheden met betrekking tot ziekte, gezondheid en een gezonde leefstijl;
- kennen of vertrouwen de zorg onvoldoende;
- kunnen zich bij hulpverleners niet helder genoeg uitdrukken;
- kunnen of durven hun vaak geen vragen te stellen.

NIET IEDEREEN IS GEZONDHEIDSVAARDIG

Wie zich goed wil voorbereiden op zwanger worden, zwanger zijn en het opvoeden van een kind, heeft gezondheidsvaardigheden nodig. Uit Europees onderzoek blijkt dat bijna één op de drie Nederlanders van 15 jaar en ouder maar beperkt gezondheidsvaardig is. Het vinden, begrijpen, beoordelen en toepassen van informatie over gezondheid is bij hen 'problematisch' (27%) of 'onvoldoende' (2%) (Sørensen e.a. 2015). Het gaat vooral om mensen in sociaaleconomische achterstandssituaties. Bij hen is de gezondheidsachterstand gemiddeld ook het grootst.

1.2. Wie moet welk soort preventie krijgen?

De Expertgroep Preventie volgt de gangbare indeling van preventie naar vier doelgroepen. Voor elk van hen is er een apart soort preventieaanbod.

1. *Universele preventie* is gericht op iedereen in een populatie. Doel is dat mensen (inclusief zwangeren of toekomstige ouders) die niet met risicofactoren te maken hebben ook niet met die factoren te maken krijgen.
2. *Selectieve preventie* is er alleen voor groepen bij wie één of meer risicofactoren al een rol spelen. Doel is te voorkomen dat die risico's daadwerkelijk problemen geven.
3. *Geïndiceerde preventie* is er voor individuen bij wie de risico's al tot lichte (medische) problemen bij het ongeboren kind of de pasgeborene hebben geleid. Doel is om in elk geval te voorkomen dat de problemen ernstiger worden.
4. *Zorggerelateerde preventie* is er voor individuen bij wie die problemen zwaarder zijn. Denk aan ernstige complicaties, beperkingen, een lagere kwaliteit van leven of zelfs de dreigende sterfte van het (ongeboren) kind.

Hoewel het in de praktijk soms anders uitpakt, is de Gemeente formeel verantwoordelijk voor – het financieren van – universele en selectieve preventie. En is de zorgverzekeraar formeel verantwoordelijk voor geïndiceerde en zorggerelateerde preventie.

1.2.1. Universele preventie

Deze vorm van preventie is gericht op iedereen in een populatie die nog niet te maken heeft met risicofactoren: van het algemene publiek tot specifieke doelgroepen.

- **De Expertgroep adviseert het CPZ om de overheid aan te sporen een nieuw landelijk voorlichtingsprogramma te ontwikkelen. Dit programma moet:**
 - mensen voorbereiden op een gezonde en veilige zwangerschap;
 - als boodschap hebben dat zwangerschap niet iets vrijblijvends is, maar een belangrijk *life event* die een goede voorbereiding vereist;
 - zich richten op iedereen in Nederland, van kinderen tot grootouders;
 - doelgroepsgericht en laagdrempelig zijn:
 - voor kinderen op de basisschool (bijvoorbeeld in het Lentekriebels-programma het thema zwangerschap lanceren);
 - voor jongeren in het voortgezet onderwijs (bijvoorbeeld de impact van zwangerschap opnemen in seksuele voorlichting);

- voor volwassenen op plekken waar zij vaak zijn (bijvoorbeeld gezondheids- en buurtcentra, religieuze gebouwen, reguliere media, social media, bibliotheken en festivals. De voorlichting moet naar hén toe, voorlichters moeten ‘erop af’);
 - verbinding hebben met andere programma’s en (daardoor) meerdere instrumenten omvatten;
 - structureel gebruikmaken van de inzichten uit de sociale marketing: de toepassing van commerciële marketingconcepten en -technieken om positieve maatschappelijk of sociale verandering te bewerkstelligen.
- **De Expertgroep adviseert het CPZ om ervoor te zorgen dat de professionals in VSV’s ondersteuning krijgen bij het leren kennen van de populatie van hun wijken, bij het achterhalen van de problemen van die populatie en bij het ontdekken welke professionals welke taken uitvoeren in die wijken.**

De Expertgroep vindt dat het voor een adequate preventie (en zorg) noodzakelijk is dat met name de nulde - en eerstelijnsprofessionals goed bekend zijn met de infrastructuur, epidemiologie en sociale status van de wijken waar zij werken. Om hen te helpen die kennis te vergroten, kan het CPZ samenwerken met Gemeenten en GGD-en (en VSV’s aansporen om met deze partijen samen te werken). Gemeenten en GGD-en hebben ruime ervaring met wijkanalyses.

- **De Expertgroep adviseert het CPZ om eraan bij te dragen dat geboortezorg onderdeel wordt van integraal wijkgericht beleid. Dat dit beleid door alle sectoren op dezelfde wijze wordt uitgedragen. En dat lopende programma’s (zoals op het gebied van rookvrij zwanger zijn, depressiepreventie en het voorkomen van het foetaal alcoholyndroom) beter verbonden worden met de geboortezorg in de wijk.**

Integraal wijkgericht beleid is nodig voor effectieve universele preventie – bijvoorbeeld op het vlak van niet roken (campagnes die mensen ontmoedigen om te beginnen en campagnes die hen aanmoedigen om te stoppen), de verkrijgbaarheid en de kosten van tabak en alcoholische dranken, de beschikbaarheid en betaalbaarheid van goede anticonceptie, en interventies die meerdere preventieonderwerpen aanpakken.

1.2.2. Selectieve preventie

Deze vorm van preventie is gericht op groepen bij wie één of meer risicofactoren al een rol spelen. Zij hebben een verhoogd risico op een valse start. Vaak is er sprake van multiproblematiek.

Professionals dienen alert te zijn op risicofactoren, deze systematisch te signaleren met daarvoor gevalideerde instrumenten en bij het ontdekken ervan de juiste actie te ondernemen. Het ondernemen van actie betekent soms dat de professionals zelf een interventie moeten inzetten en soms dat zij collega-professionals om hun inzet moeten vragen.

Op dit moment bereiken veel interventies uit de programma's Voorzorg, Centering Pregnancy, Centering Parenting en Stevig Ouderschap nog niet alle kwetsbare inwoners. Ook hebben die interventies op veel plekken een tijdelijk, projectmatig karakter en is de aandacht niet blijvend. **De Expertgroep adviseert het CPZ om zich er sterk voor te maken dat preventieve interventies een structureel karakter krijgen.**

Hieronder licht de Expertgroep drie belangrijke kwetsbare groepen uit. In alle drie groepen hebben kinderen een verhoogd risico op een valse start. Na de beschrijving van elke groep volgt een advies aan het CPZ over de beste manier om (VSV's te helpen) de groep in kwestie te ondersteunen.

GROEP 1: Zwangere en pas bevallen vrouwen met één of meer van deze risicofactoren:

- Een (chronische) medische aandoening.
- Een psychiatrische aandoening.
- Infectierisico's.
- Een belaste obstetrische voorgeschiedenis.
- Een erfelijke aandoening.
- Ongunstige arbeidsomstandigheden, bijvoorbeeld stress of blootstelling aan chemische stoffen tijdens het werk.
- Een ongezonde leefstijl.
- Medicijngebruik.

Deze factoren zijn uitgebreid uitgewerkt in de binnenkort te verschijnen Preconceptie Indicatie Lijst (PIL). De PIL is op initiatief van het CPZ ontwikkeld door een multidisciplinaire werkgroep van alle betrokken beroepsverenigingen.

De Expertgroep adviseert het CPZ om de PIL te implementeren.

GROEP 2: Zwangere en pas bevallen vrouwen in een achterstandssituatie, zoals:

- vrouwen met sociale problematiek;
- asielzoekers en vluchtelingen;
- mensen met een (lichte) verstandelijke beperking.

Hieronder worden deze voorbeelden uitvoeriger beschreven.

Vrouwen met sociale problematiek

Sociale problematiek is een risicofactor voor het optreden van psychiatrische problematiek en omgekeerd. Het gaat bij deze problematiek niet alleen om slechte (of geen) huisvesting, financiële problemen, huiselijk geweld en ongewenste zwangerschap, maar onder meer ook om de problemen van de wijk waarin men woont, zoals geluidhinder en slechte verkeersveiligheid. Bij sociale problematiek is individuele inventarisatie van belang en moet er zorg op maat zijn. Er is signalering door zorgverleners nodig, waarna via sociale wijkteams de ketenzorg zo optimaal mogelijk moet worden benut. Het is essentieel dat alle professionals kennis hebben van de 'Sociale Kaart': een digitale wegwijzer met informatie over formele en informele organisaties en activiteiten op het gebied van wonen, zorg en welzijn, werk en inkomen, kinderen en jeugd.

Asielzoekers en vluchtelingen

In deze bijzondere groep komen veel lichamelijke en psychische problemen voor. Een aanzienlijk deel van deze vrouwen heeft te maken (gehad) met seksueel geweld. Daarnaast spelen taal- en culturele barrières geen bevorderlijke rol, evenmin als hun isolement en de belasting van frequente overplaatsingen van het ene asielzoekerscentrum naar het andere. Het ontbreekt veel van deze vrouwen bovendien aan voldoende gezondheidsvaardigheden.

Zwangerschapscomplicaties komen bij hen tot vier keer vaker voor dan bij autochtonen (Pharos 2017).

Er zijn in principe goede regelingen en interventies voor deze groep. Toch worden de vrouwen nog onvoldoende bereikt. In de Centrale Opvang Asielzoekers (COA) gaat het over het algemeen naar behoren, dankzij zorgverleners met kennis over en ervaring met de specifieke problematiek. Deze gespecialiseerde zorgverleners maken gebruik van tolken en gaan zelf naar asielzoekers of vluchtelingen toe, in plaats van te wachten tot de vrouwen naar hen komen.

Asielzoekers die een verblijfsstatus hebben gekregen en nareizigers die geplaatst worden in gemeenten, krijgen vaak te maken met professionals die minder goed weten hoe ze tegemoet kunnen komen aan de speciale behoeften van deze vrouwen.

Mensen met een (lichte) verstandelijke beperking

Deze groep heeft veelal anticonceptieproblemen en lage gezondheidsvaardigheden. Extra begeleiding is broodnodig. De Expertgroep acht het dan ook van belang dat het CPZ en aangesloten partijen apart aandacht besteden aan de kindervens, de

zwangerschap(smogelijkheden) en het ouderschap van mensen met een (lichte) verstandelijke beperking.

GROEP 3: Werkende zwangeren:

Het gaat hier om zwangere vrouwen voor wie bestaande beschermende maatregelen onvoldoende worden ingezet. Denk aan regelingen met betrekking tot veel en/of onregelmatige werkuren, langdurig staand werk, tillen en blootstelling aan chemische stoffen. Uit steeds meer onderzoek komt naar voren dat deze regelen nog niet genoeg worden nageleefd. Dat veel zwangeren bijvoorbeeld toch te lang doorwerken, de risico's van hun fysieke werkomstandigheden niet altijd goed inschatten, de impact van werkstress onvoldoende kennen en werkgevers hebben die deze risico's eveneens slecht inschatten en evenmin op de hoogte zijn van de impact van werkstress (Van Beukering e.a. 2014). Uit onderzoek blijkt ook dat bijna de helft (43%) van de vrouwen op de arbeidsmarkt te maken heeft met discriminatie vanwege zwangerschap (CRM 2016).

De Expertgroep adviseert het CPZ om een Actieplan Zwanger en Werk op te stellen en uit te (laten) voeren. Dit plan moet ervoor zorgen dat de bestaande Richtlijn Zwangerschap, postpartumperiode en werk (NVAB 2018) beter wordt nageleefd.

SCREENINGSINSTRUMENTEN: BIJ WIE SPELEN WELKE RISICO'S?

Het CPZ doet er goed aan professionals te wijzen op het bestaan van vier gevalideerde screeningsinstrumenten (waar altijd actie op moet volgen): de Rotterdam Reproduction Risk Reduction Checklist (R4U), Mind2Care, de ALPHA-NL en de Checklist Vroegsignalering in de kraamzorg. Al deze instrumenten zijn bedoeld voor selectieve preventie; professionals kunnen er kwetsbare groepen mee vinden. Het zou goed zijn als er uiteindelijk maar één instrument zou zijn. De Expertgroep adviseert het CPZ om zich daar sterk voor te maken.

- De R4U screent op zes domeinen: sociale (1), psychische (2), zorggerelateerde (3), leefstijlgerelateerde (4), medische (5) en verloskundige (6) risicofactoren onder zwangere vrouwen. Vrouwen kunnen dit instrument niet zelf toepassen; dat doen geboortezorgprofessionals.
- Mind2Care screent op psychiatrische en sociale factoren, middelengebruik, laaggeletterdheid en angst voor de baring. Mind2Care bestaat onder meer uit een vragenlijst die een zwangere vrouw thuis via internet invult. Gevalideerde indicatoren leiden tot gevalideerde adviezen, die vervolgens specifiek per regio worden ingeprogrammeerd. De vrouw ziet het advies op haar scherm. De zorgverlener krijgt een samenvatting met hetzelfde advies.
- ALPHA-NL screent op vroegtijdige risico's voor ongunstige zwangerschapsuitkomsten, kindermishandeling en psychosociale problemen bij kinderen. De ALPHA-NL een zelfrapportage-instrument. Het is een korte vragenlijst die wordt ingevuld door zwangere vrouwen.
- De Checklist Vroegsignalering in de kraamtijd is al bij veel kraamzorginstellingen in gebruik. Doel is vroegsignalering van risicogezinnen. Net als de R4U is het geen zelfrapportage-instrument; de kraamverzorger vult deze checklist in gedurende de kraamtijd.

Voorwaarde voor het inzetten van een screeninginstrument is dat de juiste vervolghulp beschikbaar is en dat er regionale ketenafspraken zijn. Het is nadrukkelijk de bedoeling dat professionals een passende actie laten volgen op het gebruik van een screeningsinstrument. Door gebruik te maken van screeningsinstrumenten kunnen professionals beter inzicht krijgen in de omvang van de problematiek in hun regio.

1.2.3. Geïndiceerde preventie

Deze vorm van preventie is gericht op individuen bij wie de risico's al tot lichte (medische) problemen bij de moeder, het ongeboren kind of de pasgeborene hebben geleid. Preventieve interventies voor interconceptie worden altijd onder geïndiceerde preventie geschaard. De Expertgroep heeft naast het advies over het Actieplan Pre- en Interconceptie (zie kader op pagina 26) geen andere adviezen rondom geïndiceerde preventie.

1.2.4. Zorggerelateerde preventie

Deze vorm van preventie is gericht op individuen bij wie de risico's al tot serieuzere problemen hebben geleid bij het ongeboren kind of de pasgeborene.

- **De Expertgroep adviseert het CPZ om een centrale rol te spelen in de ontwikkeling van een heldere, uniforme boodschap voor het geven van prenatale voorlichting en adviezen. Ook raadt zij het CPZ aan om alle geboortezorgprofessionals in heel Nederland aan te sporen deze boodschap te gebruiken en waar nodig zwangeren en hun partners aan te zetten tot gedragsverandering. Het CPZ is bij uitstek geschikt om partijen hiertoe met elkaar te verbinden en te enthousiasmeren.**

De uniforme prenatale voorlichting is onderdeel van de Zorgstandaard en wordt het liefst bij elk contactmoment met aanstaande moeder ingezet. Dankzij de voorlichting raken zwangeren in elk geval bekend met initiatieven als zwangerwijzer.nl en opvoeden.nl. Daarnaast krijgen ze informatie over (gespreks)fora voor zwangeren.

Maar bovenal biedt voorlichting vrouwen – en hun eventuele partners – zinvolle informatie voor de periode tussen preconceptie en kraambed. Bijvoorbeeld over de gevaren van roken en alcoholgebruik tijdens of voor de zwangerschap, het belang van gezond eten en een goed gewicht, en de combinatie zwangerschap en werk. Maar ook over de risico's van het niet of te weinig slikken van foliumzuur, van huis-tuin-en-keukenmiddeltjes en van voorgeschreven medicatie. De opties prenatale en neonatale screening en advies komen eveneens aan bod. Evenals de mogelijkheid van preconceptie- en interconceptieadvies bij een chronisch somatische of psychiatrische aandoening. Bovendien is er aandacht voor het belang van verloskundige zorg, kraamzorg, borstvoeding en een goede voorbereiding op zowel de bevalling als het aanstaande ouderschap.

- **De Expertgroep adviseert het CPZ om zich sterk te maken voor een gezonde en veilige kraamperiode, voor nacontrole en voor een goede overdracht aan de huisarts en JGZ.**

Goede kraamzorgprofessionals monitoren een gezonde start, signaleren risico's en problemen rond het lichamelijke, psychische en sociale welbevinden van moeder en kind, en

ondernemen op tijd actie. Ze bevorderen onder andere gezond en veilig gedrag, de integratie van het kind in het gezin, geven de moeder voorlichting over zowel de voeding van de pasgeborene als een gezonde leefstijl voor zichzelf, stimuleren borstvoeding en sporen de moeder aan tot het bezoeken van een consultatiebureau. Kraamzorgprofessionals hebben daarnaast extra aandacht voor moeder en kind na een problematische zwangerschap en/of bevalling. Ze geven ouders bovendien het goede voorbeeld op het vlak van gezondheidsbevordering en opvoeding.

PRE- EN INTERCONCEPTIEZORG

Pre- en interconceptiezorg is essentieel voor een goede start en kan binnen elk van de vier soorten preventie vallen. De Zorgstandaard geeft als definitie van zowel pre- als interconceptiezorg 'het geheel aan maatregelen en/of programma's dat als doel heeft om biomedische, gedrags- en psychosociale risicofactoren voor de gezondheid van aanstaande ouders en hun toekomstige kind te identificeren' (ZiN/CPZ 2016). Deze identificatie van risicofactoren maakt geïnformeerde keuzes mogelijk en de minimalisatie van risico's door middel van *counseling*, preventie en beleid. De nadruk ligt op risicofactoren waarbij acties – voorafgaand aan de conceptie, vlak daarna of vroeg in de zwangerschap – een maximaal effect kunnen hebben. Dit zijn acties die de risicofactoren het meest kunnen beperken en geïnformeerde besluitvorming het best mogelijk maken.

Er zijn twee vormen van pre- en interconceptiezorg: collectieve en individuele. Collectieve pre- of interconceptiezorg bestaat uit heldere en uniforme voorlichting aan het algemeen publiek of specifieke doelgroepen. Individuele pre- of interconceptiezorg bestaat uit het geheel van voorlichting, interventies en adviezen gericht op het individu: de aanstaande zwangere en haar partner. Voor individuele pre- of interconceptiezorg bestaat een algemeen pre- of interconceptiezorgconsult en een specifiek pre- of interconceptieconsult. Collectieve pre- en interconceptie vallen zowel onder universele als selectieve preventie. Individuele pre- en interconceptie vallen onder zowel geïndiceerde als zorggerelateerde preventie.

De Expertgroep adviseert het CPZ om al dan niet samen met andere partijen het Actieplan Pre- en Interconceptie (verder) uit te werken, conform het kader zoals geformuleerd in de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg. Daarbij moet in elk geval gebruikgemaakt worden van de volgende handvatten en informatie:

- Het stappenplan dat de Stuurgroep gemaakt heeft voor het ontwikkelen en helpen uitvoeren van individuele preconceptiezorg (SZG 2009). Dit stappenplan moet worden geactualiseerd en geoperationaliseerd.
- De Preconceptie Indicatie Lijst (PIL).
- *Best practices* in de pre- en interconceptiezorg.

De Standaard Preconceptiezorg van het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG 2011). Conform deze standaard dient het plan er onder andere toe te leiden dat alle professionals bijgeschoold worden op het terrein van pre- en interconceptiezorg – of dat zij in elk geval weten wanneer zij naar welke bijgeschoolde collega moeten doorverwijzen.

Is er buiten het CPZ geen andere kartrekker voor het Actieplan Pre- en Interconceptie? De Expertgroep adviseert het CPZ om dan zélf het voortouw te nemen en een eigen plan te maken. Het geactualiseerde stappenplan van de Stuurgroep, de PIL, de *best practices* en de Standaard Preconceptiezorg van de NHG moeten namelijk hoe dan ook navolging krijgen. De Expertgroep adviseert het CPZ daarnaast om een handreiking te maken die aangeeft hoe je preconceptiezorg kunt agenderen, hoe je er continu campagne voor kunt voeren (een noodzaak) en hoe je zo de kwetsbare vrouw bereikt die al dan niet gewenst zwanger gaat worden.

1.3. Wat zijn randvoorwaarden voor effectieve preventie?

Effectieve preventie in de geboortezorg vereist op z'n minst het volgende:

- De beschikbaarheid van voorlichting en interventies moet op peil zijn. Anders gezegd: om methodes en instrumenten te kunnen gebruiken, moeten die er wel eerst zijn of makkelijk te vinden.
- Professionals moeten deze voorlichting en interventies daadwerkelijk inzetten – op de juiste manier. Ze moeten bijvoorbeeld weten op welk moment ze een specifieke interventie het best kunnen inzetten; vóór de conceptie, tijdens die zwangerschap of in de kraamperiode? Ook moeten ze hun zorg op elkaar laten aansluiten, waar nodig naar elkaar verwijzen en patiënten/cliënten goed overdragen binnen de keten. Een soepele samenwerking is noodzaak.
- Preventie moet goed georganiseerd worden en bijpassende financiering krijgen. Die organisatie en financiering kunnen vrij complex zijn. Het gaat immers om samenwerking tussen professionals binnen én buiten de gezondheidszorg; verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen, huisartsen, maatschappelijk werkers, GGZ-medewerkers, kraamverzorgenden, jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen en sociale wijkteams. Binnen gemeenten past de (nieuwe) samenwerking tussen al deze partijen in het concept van wijkgericht werken en bestaande preventieve maatregelen. Er zijn nog wel aanpassingen nodig: deze lokale aanpak is vaak nog niet zo toegesneden op de problematiek van koppels met een kinderwens, zwangere vrouwen en jonge ouders.

1.4. Wat zijn concrete actiepunten om tot preventie te komen?

De Expertgroep adviseert het CPZ om VSV's te ondersteunen in hun transformatie naar een integrale geboortezorgketen en in de uitvoering van hun actiepunten in de vereiste integrale, wijkgerichte samenwerking. Ook verdient het aanbeveling dat het CPZ waar mogelijk Gemeenten stimuleert om hun rol in de krachtenbundeling op zich te nemen. Dat het ervoor zorgt dat landelijke preventie-initiatieven bekender, transparanter en beter overdraagbaar worden. En dat het CPZ 'good governance' stimuleert.

Deze aanbeveling komt erop neer dat het CPZ zich op de volgende aandachtsgebieden zou moeten richten:

- *Aandacht voor de rol van VSV's*

In de ogen van de Expertgroep kan de noodzakelijke verbinding tussen de geboortezorg en het sociale domein regionaal of lokaal zijn, maar dient zij altijd zo gestructureerd mogelijk te verlopen en patiënten/cliënten op wijkniveau te ondersteunen. Voor de huidige VSV's vereist dit een transformatie. Zij moeten verbreden van hun huidige transmurale, op genezing en zorg ('*cure and care*') gerichte samenwerking naar een echt integrale geboortezorgketen ('*cure, care, prevention and welfare*'). Oftewel: naar een samenwerking met meer partijen, ook uit het sociale domein.

Deze transformatie moet centraal komen te staan. De VSV's dienen naast de reguliere zorgafspraken ook afspraken en plannen te maken over integrale preventie. Zij moeten heldere en bindende afspraken garanderen tussen alle relevante professionals over samenwerking van de nulde tot en met de derde lijn. Ook kunnen VSV's Gemeenten en zorgverzekeraars aansporen tot actieve betrokkenheid. Hiervoor kunnen ze het college van burgemeester en wethouders er bijvoorbeeld op wijzen dat het bij wet (art 2.1 van de Wet publieke gezondheid) verantwoordelijk is voor een betere afstemming van preventie en curatie – en van het sociale domein met geboortezorg.

Het CPZ ondersteunt VSV's waar nodig bij onderstaande actiepunten. Dit zijn hun verantwoordelijkheden in de integrale, wijkgerichte samenwerking.

- Het maken van wijkanalyses, samen met Gemeenten en GGD-en (zie ook: www.waarstaatjegemeente.nl).

- Het opstarten van preventieactiviteiten als voorlichting, preconceptiezorg, sociale veiligheid (in de buurt of thuis), doelgroepsgerichte preventie en zorg (zie ook: www.loketgezondleven.nl).
 - Het inbouwen van preventieve activiteiten in het perinatale webdossier.
 - Het deelnemen aan Perined, waarbij preventieactiviteiten zowel in de registratie worden ingebouwd als in de perinatale audit worden meegenomen (www.perined.nl). Deze deelname is verplicht.
 - Het ontwikkelen van multidisciplinaire zorgpaden/protocollen waarin zowel preventie als genezing en zorg zijn verankerd.
 - Het initiëren van onderzoek en bijscholing op het vlak van preventie.
 - Het monitoren en evalueren van preventieactiviteiten.
 - Het in kaart brengen van bevorderende en belemmerende factoren voor integrale geboortezorg en voor de preventie van minder gunstige zwangerschapsuitkomsten.
 - Het (lokaal en/of nationaal) aanpakken van de belemmeringen.
- *Aandacht voor de rol van de Gemeente*
- Dé uitdaging van preventie ligt in het creëren van goede verbindingen tussen het sociale domein, de publieke gezondheidszorg, de wijkteams, de eerste, de tweede en de derde lijn. Ook een goede samenwerking met zorgverzekeraars is een voorwaarde voor succes. Idealiter voegen zich bij deze krachtenbundeling bovendien partijen als de wijkverpleging, Jeugdgezondheidszorg (JGZ) en de huisarts, die moeder en kind na het kraambed blijven begeleiden.
- Bij het creëren van al deze verbindingen is de inzet van de Gemeente cruciaal. Want zij is verantwoordelijk voor het sociale domein, zij regisseert een groot deel van de preventieve maatregelen in de wijk (bijvoorbeeld met betrekking tot de jeugd, infectieziekten en milieu) en zij wordt geacht haar beleid af te stemmen met de curatieve sector. Zie ook www.gezondin.nu.
- *Aandacht voor landelijke initiatieven*
- Landelijke initiatieven op het gebied van preventie (zoals de PIL, Stichting Kinderleven, 1001 kritieke dagen en Voorzorg) moeten bekender worden, transparanter en beter op elkaar afgestemd. Ook moeten er landelijk coalities komen op het gebied van het voorkomen van een valse start. Denk aan coalities met VNG, GGZ, GGD/GHOR en VNO/NCW. Hierbij moet aangesloten worden bij het preventieakkoord, dat nog in ontwikkeling is.
- *Aandacht voor 'good governance'*

Het succes van een samenwerkingsverband tussen de geboortezorg, de sector volksgezondheid en het sociale domein is voor een groot deel afhankelijk van *good governance*, inclusief een sterke projectleider. De projectleider wordt door het samenwerkingsverband aangesteld en blijft zich vast in het streven om een succesvol, multidisciplinair samenwerkingsverband te zijn.

Het CPZ doet er ook goed aan om de volgende twee acties te ondernemen:

- **De Expertgroep adviseert het CPZ om een basiskader preventie te maken voor de samenwerking tussen verschillende sectoren, inclusief het delen van *best practices*.**

Voor goede preventie is alleen het ordenen, toegankelijk maken en creëren van hulpmiddelen niet genoeg. Het is ook belangrijk dat betrokkenen in VSV's de motivatie voelen om die middelen slim te gebruiken – bijvoorbeeld om duurzame samenwerking met een Gemeente op touw te zetten. Naast motivatie is er bovendien kennis en ervaring nodig om samenwerkingsverbanden tussen verschillende sectoren op te zetten en in stand te houden.

Op advies en initiatief van de Expertgroep Preventie publiceert en verspreidt het CPZ daarom binnenkort een publicatie waarin partijen die al samenwerken hun kennis en ervaringen delen – inclusief de geleerde lessen. Hoe kwam de samenwerking tot stand? Wie zette welke middelen in? Wat werkte, wat niet en hoe kwam dat? Daarmee wordt het basiskader preventie deels een praktisch '*how to*'-boekje, waarin een VSV-lid onder meer handvatten vindt om tot een effectieve samenwerking te komen. Men hoeft hierdoor niet meer zelf het wiel uit te vinden.

De (digitale) publicatie functioneert kortom als handreiking voor de samenwerking tussen VSV's en het sociale domein. Tegelijkertijd is het de doorontwikkeling en verdieping van de recente handreiking *Kwetsbare Zwangeren* van de Koninklijke Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen (KNOV). Daarin worden lezers opgeroepen om in overleg te treden met Gemeenten en samen preventieve interventies te starten.

- **De Expertgroep adviseert het CPZ om preventie voor een goede start integraal op te nemen in zowel de eerstvolgende Zorgstandaard Integrale Geboortezorg als de Perinatale Audit.**

In de huidige Zorgstandaard, vastgesteld in 2016 (ZiN/CPZ 2016), komt preventie voor een goede start slechts gedeeltelijk aan bod. Er moet meer aandacht komen voor onder andere (de implementatie van) pre- en interconceptiezorg, de screening van specifieke risicofactoren (via Mind2Care, R4U, ALPHA-NL en/of de Checklist Vroegsignalering in de kraamtijd), informatieve groepsconsulten en de samenwerking met Gemeenten.

GEMEENTEN EN ZORGVERZEKERAARS

Op 28 maart 2017 stuurde de minister van VWS een brief aan de Tweede Kamer (MinVWS 2017).

Daarin stelde zij dat Gemeenten en zorgverzekeraars de preventie voor risicogroepen gezamenlijk (als 'preventiecoalities') en voortvarend ter hand moeten nemen.

[De Expertgroep adviseert het CPZ om bij te dragen aan de totstandkoming van preventiecoalities.](#)

De minister zelf geeft twee vormen van ondersteuning:

- 1 Het aanbieden van 'eerste hulp bij preventie': een digitaal loket en een preventieteam die inmiddels concrete hulp bieden aan Gemeenten en zorgverzekeraars.
- 2 Het mede mogelijk maken van de preventiecoalities. Gemeenten en zorgverzekeraars kunnen, zodra ze een gezamenlijk plan hebben, bij het ministerie financiële ondersteuning aanvragen voor hun samenwerking. Die ondersteuning heeft de vorm van cofinanciering. Er zijn recentelijk al enkele preventiecoalities gecreëerd.

HOOFDSTUK 2: BEKOSTIGING VAN PREVENTIE

Wie moet het financieren en wat levert het op?

Hoe valt structurele integrale preventie te organiseren en financieren? Dit hoofdstuk geeft een beknopt overzicht van de belemmeringen, kansen, uitdagingen en randvoorwaarden. Ook wordt duidelijk wat een investering in structurele integrale preventie de samenleving uiteindelijk kan opleveren.

Het CPZ vroeg de Expertgroep naar 'de kansen en mogelijkheden van financiering van preventie *buiten de reguliere paden van bekostiging in het zorgdomein*'. Daar beperkt de Expertgroep zich dan ook toe in dit advies. Dat betekent echter niet dat er óp die reguliere paden geen verbeteringen wenselijk zijn. Zo zou er in het basispakket meer ruimte geschapen kunnen worden voor preventie. Ook zou preventie in de ogen van de Expertgroep beter opgenomen moeten worden in de integrale bekostiging van de geboortezorg. En het eigen risico zou afgeschaft moeten worden.

HOE IS DE BEKOSTIGING NÚ GEREGELD?

De Expertgroep constateert dat er op dit moment nog nauwelijks structurele en systematische (vormen van) bekostiging van preventie in de geboortezorg zijn. Op enkele plaatsen zijn wel goede voorbeelden van een lokale, soms wijkgerichte integrale aanpak. Maar die initiatieven – die navolging verdienen – zijn vaak tijdelijk en projectmatig gefinancierd. Ook voor preventieprogramma's als Voorzorg en Centering Pregnancy geldt dat er doorgaans alleen projectmatige, incidentele financiering voor is. Zij zijn in hun bestaan en voortgang dikwijls afhankelijk van de keuze van financiers of lokale bestuurders om middelen toe te kennen. De duurzaamheid en landelijke spreiding van interventies zijn daardoor nog allerminst verzekerd.

2.1. Wettelijke kaders

Er zijn op dit moment meerdere wettelijke kaders die bekostiging van preventie mogelijk maken: de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Jeugdwet, de Wet publieke gezondheid (Wpg), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz). Wethouders en zorgverzekeraars hebben binnen deze kaders verantwoordelijkheden en kunnen daarop aangesproken worden; zij kunnen zo in principe, zij het onder bepaalde voorwaarden, verplicht worden tot bekostiging. Het probleem is dat de kaders op dit moment synergie, samenhang en mede daardoor duidelijkheid missen. Het ontbreken van een duidelijke samenhang in de wetgeving helpt het organiseren en

financieren van preventie in de geboortezorg niet. Ook zijn de wettelijke kaders onvoldoende bekend bij de zorgverleners in de geboortezorg. Evenals de kansen die er zijn om preventie te financieren: er zijn bekostigingsmechanismen waarvan de geboortezorg gebruik kan maken).

De Expertgroep adviseert het CPZ om de politiek aan te sporen meer samenhang aan te brengen in de wetgeving rond preventie. Bij voorkeur komt er één gezondheidswet die heldere verplichtingen en randvoorwaarden schept voor onder andere de bekostiging van preventie.

2.2. Bekostigingsmechanismen en -organisatievormen

Er zijn in theorie veel manieren om preventie structureel en systematisch te bekostigen. Ter inspiratie staan hieronder mechanismen en organisatievormen die het ZorgmarktAdvies (Soeters e.a. 2013) noemt en die in bijlage 2 uitgebreider toegelicht worden:

- Regionaal preventiefonds.
- Health Impact Bond.
- Shared savings.
- Collectieve zorgverzekering voor minima.
- Preventieve kostengroepen (PKG's) in de risicoverevening.
- Populatiebekostiging.
- Financiering via de Gemeente en Jeugdzorgregio's. De Jeugdzorgregio's zijn op dit moment in dialoog met zorgaanbieders om de inhoud te bepalen van zowel de jeugdzorg als de ondersteuning voor kwetsbare jeugdigen. Hieronder vallen meerdere mogelijkheden:
 - o Via de begroting / budgettair kader.
 - o Investeringsprikkel voor Gemeenten.
 - o Social Return On Investment.
 - o Toekennen subsidie met afspraken.
 - o Integrale vroeghulp

De Expertgroep adviseert het CPZ om een nadere analyse te (laten) maken van de wettelijke mogelijkheden, organisatievormen en bekostigingsmechanismen op het gebied van integrale preventie. Waar liggen de belemmeringen? En waar de beste kansen? Wat zijn de meest effectieve en duurzame manieren om integrale preventie te bekostigen? Doel van de analyse is dat de vele mechanismen en organisatievormen die mogelijk zijn voor de financiering van preventie beter en vaker ingezet worden.

Bij deze analyse moet gebruikgemaakt worden van de volgende elementen:

- Internationaal vergelijkend onderzoek.
- Goede voorbeelden van (deels) succesvolle lokale of regionale projecten op het gebied van integrale preventie in de Nederlandse geboortezorg.

De Expertgroep adviseert het CPZ om deze *best practices* beter te leren kennen en verspreiden. Hiervoor kan het goed samenwerken met ZonMw, universitaire onderzoeksgroepen en kennisinstituten.

- Verkenningen en experimenten op het vlak van structurele integrale preventie.
De Expertgroep adviseert het CPZ om deze verkenningen en experimenten samen met andere partijen (zoals het ministerie van VWS, het RIVM, de VNG, ZN en NZa) op te zetten en uit te voeren.

2.3. Randvoorwaarde: integrale geboortezorgketen

Om complexe integrale preventieactiviteiten gefinancierd te krijgen volgens één van de eerdergenoemde mechanismen, moet worden voldaan aan randvoorwaarden. Voorop staat de noodzaak van een goed samenwerkende en transparant georganiseerde ‘integrale geboortezorgketen’. In deze geboortezorgketen zijn de traditionele geboortezorg (verloskunde, gynaecologie en kraamzorg) en het sociale domein stevig met elkaar verbonden.

Als deze samenwerking, transparantie en verbinding in orde zijn, neemt de kans toe dat de geboortezorgketen voldoende volume, slagkracht en potentieel heeft om een aantrekkelijke contractpartner te zijn voor Gemeenten en zorgverzekeraars. De grote uitdaging is dus om die samenwerking, transparantie en verbinding tot stand te brengen.

2.4. Vaststelling van de verantwoordelijkheid voor financiering

Zoals eerder in dit rapport gesteld (paragraaf 1.2), is de Gemeente formeel verantwoordelijk voor – het financieren van – universele en selectieve preventie. En is de zorgverzekeraar formeel verantwoordelijk voor geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. Doorgaans maken Gemeenten en zorgverzekeraars deze verdeling wel. Maar soms is de grens tussen ‘individueel gericht’ en ‘groepsgericht’ niet scherp te trekken en is er twijfel over wie verantwoordelijk is. Zonder onderlinge afspraken kan het dan voorkomen dat geen van beide partijen investeert in de preventieactiviteiten.

Is er géén twijfel over de wettelijke verantwoordelijkheid van een Gemeente of zorgverzekeraar voor een bepaalde vorm van preventie? Dan nog is er geen garantie voor het succes van die preventie. Het is bijvoorbeeld ook nodig dat de verantwoordelijke instantie zich verantwoordelijk vóélft. De ene

Gemeente of zorgverzekeraar heeft dat gevoel sterker dan de andere. Sommige Gemeenten investeren bijvoorbeeld veel in preventieprogramma's, andere weinig. De Wet publieke gezondheid (Wpg) geeft Gemeenten veel ruimte om hun investering zelf vast te stellen.

Belemmeringen voor financiering

Mogelijke financiers van structurele integrale preventie kunnen diverse belemmeringen ervaren om tot die financiering over te gaan. Deze belemmeringen hebben onder meer te maken met hun specifieke kostenbatenanalyses. In bijlage 3 staat een aantal voorbeelden van dergelijke belemmeringen. De Expertgroep identificeert als obstakel onder meer dat de mogelijke opbrengsten van preventie onvoldoende duidelijk zijn. Daarnaast komen bijvoorbeeld de baten van effectieve preventie meestal niet terecht bij degene die preventie financiert.

De Expertgroep adviseert het CPZ om de landelijke overheid aan te sporen zoveel mogelijk belemmeringen weg te nemen voor de financiering van preventie. Prikkel die maken dat Gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren en zorgaanbieders níet aan preventie doen, moeten plaatsmaken voor prikkels om daar wél in te investeren.

2.5. De kosten en baten van preventie in de geboortezorg: een korte schets

De geboortezorg moet eraan bijdragen dat zoveel mogelijk baby's een goede start hebben. En moet daarom onder meer voorkomen dat baby's te vroeg (prematuur) en/of met een te laag gewicht (dysmatuur) ter wereld komen. Met prematuriteit en dysmatuuriteit gaan namelijk veel gezondheidsproblemen gepaard (zie kader).

PROBLEMEN BIJ PREMATURITEIT EN/OF DYSMATURITEIT

Baby's die prematuur geboren worden komen volgens de gangbare medische definitie al na 22 à 36 weken zwangerschap ter wereld. Een deel van hen heeft ook een te laag geboortegewicht. Daarbij geldt: hoe korter de zwangerschapsduur, hoe groter het risico op perinatale sterfte, op herhaalde medische problemen, op meer frequente ziekenhuisopnamen, op fysieke beperkingen (horen, zien), op cognitieve beperkingen, op een motorische achterstand en op latere gedragsproblemen.

Ruim driekwart van de perinatale sterfte vindt plaats bij te vroeggeboren kinderen. Het rapport *Een goed begin* (SZG 2009) meldt dat 40% van de kinderen die geboren worden vóór de 32^e week zwangerschap al op tweejarige leeftijd een mentale en/of motorische achterstand heeft.

De baby's die te vroeg of met te laag geboortegewicht ter wereld komen, lopen een groot risico op problemen die tot laat in het leven kunnen doorspelen en gepaard gaan met uitval uit het reguliere onderwijs en problemen op de arbeidsmarkt. Ze zullen veelal minder goed kunnen participeren in de samenleving, vaker zonder werk zitten en in dat geval een uitkering nodig hebben. Dit leidt tot extra zorgkosten en ongewenste persoonlijke, sociale en maatschappelijke gevolgen – inclusief hoge maatschappelijke en economische kosten.

Als we de cijfers over perinatale sterfte in Nederland voor het jaar 2015 (Perined 2016) van toepassing laten zijn op een periode van twintig jaar in de toekomst (zeg: van 2015 tot en met 2035), dan worden er in die periode ruim 210.000 kinderen te vroeg geboren (na 22 à 36 weken). Dat is 6% van alle ongeveer 3,5 miljoen geboortes die we in dezelfde twintig jaar kunnen verwachten. Van deze 210.000 prematuur geboren kinderen worden er:

- 22.000 extreem prematuur geboren (al na 22 à 28 weken zwangerschap). Van hen overlijden er 14.000 tijdens de geboorte of in de eerste levensmaand. De 8.000 overlevenden hebben nog jaren later een sterk verhoogde sterftkans en verblijven in hun eerste levensjaren relatief lang en vaak in een ziekenhuis (of NICU);
- 24.300 kinderen ernstig prematuur geboren (na 28 à 32 weken zwangerschap). Van hen overlijden er 2.300 in de eerste levensmaand. Ook de 22.000 overlevenden kennen veel meer medische, sociale en maatschappelijke problemen dan de op tijd (na 37 à 41 weken) geboren kinderen;
- 193.800 kinderen tussen de 32 en 37 weken geboren. Van hen overlijden er 3.800 rond de geboorte. Ook die groep heeft verhoogde kansen op ongewenste gevolgen.

Er zijn in meerdere landen (Verenigde Staten, Canada, Australië, Verenigd Koninkrijk en Finland) verkennende onderzoeken gedaan naar de maatschappelijke – inclusief financiële – kosten van premature geboortes. In al die landen blijken de financiële kosten van prematuur geboren kinderen enorm te zijn.

Er is in Nederland helaas nog te weinig (breed) onderzoek gedaan naar de structurele kosten en baten van de preventie van minder gunstige zwangerschapsuitkomsten. Wel zijn hier de ziekenhuiskosten van rond de 13.000 prematuur geboren kinderen onderzocht. Een prematuur geboren kind van 24 weken brengt 88.000 euro aan ziekenhuiskosten met zich mee. Een kind van 28 weken kost bijna 61.000 euro, een kind van 32 weken 21.000 euro en een kind van 36 weken bijna 3.000 euro (Van Baaren e.a. 2015). Bij tweelingprematuren zijn de financiële kosten ongeveer het dubbele, waarbij de kosten rond 28 weken het hoogst zijn. De kosten gaan aanzienlijk omlaag bij elke week die baby's later geboren worden.

Zoals gezegd ontwikkelen zich bij veel kinderen die minder gezond ter wereld komen later in hun leven kostbare chronische ziektebeelden en/of beperkingen. De beperkingen en achterstanden van minder gezond geboren kinderen zijn vaak niet alleen een enorme inperking van hun potentiële kwaliteit van leven. Ze leiden – naast de noodzaak tot behandeling – vaak ook tot psychische belasting voor ouders. Daarnaast zijn er bijkomende financiële kosten: de reiskosten voor bezoeken aan zorgverleners, de kosten van speciale begeleiding, de kosten van de aanpassingen die de kinderen nodig hebben (bijvoorbeeld in huis), enzovoorts. Dit alles kan flink oplopen. In de Verenigde Staten, bijvoorbeeld, kwamen onderzoekers uit op minimaal 51.000 dollar aan bijkomende kosten per prematuur geboren kind per jaar (Hodek e.a. 2011)

Kwetsbare moeders

Kwetsbare bevolkingsgroepen lopen meer risico op ongezonde, al dan niet premature en dysmature baby's. Onderzoeksbureau Andersson Elffers Felix (AEF) heeft recent een 'indicatieve analyse' gemaakt van de maatschappelijke kosten en baten met betrekking tot kwetsbare moeders en de eerste levensfase van hun kind. Daarbij hebben de onderzoekers de resultaten en (de omvang van de) effecten van preventieve interventies in kaart gebracht. Zij noemden als resultaten en effecten: betere geboorte-uitkomsten, grotere kans voor het kind op een goede start (en daardoor minder risico op bijvoorbeeld vroegtijdige schooluitval of op een beroep op een uitkering), meer kansen op de arbeidsmarkt voor de moeder, minder huiselijk geweld, minder schuldhulptrajecten, minder vaak een beroep op jeugdhulp, minder ondertoezichtstellingen en uithuisplaatsingen, minder ontheffingen/ontzeggingen uit het ouderlijk gezag en minder huisuitzettingen (AEF 2017). Gezien deze resultaten en effecten hoeft het geen lang betoog dat preventie ongelooflijk veel kosten kan besparen.

2.6. Wat zijn concrete actiepunten voor de financiering van integrale preventie?

Het CPZ kan de financiering van integrale preventie stimuleren en te verbeteren. De volgende actiepunten zijn hiervoor zinvol:

Op de korte termijn:

- **Doe (via de VNG en Zorgverzekeraars Nederland) een beroep op de besturen van Gemeenten en zorgverzekeraars om op regionaal niveau effectieve afspraken te maken over hoe zij meer kunnen bijdragen aan integrale preventie – ook financieel.**
- **Faciliteer diepgaand en inzichtelijk kwantitatief onderzoek naar de financiële, sociale en maatschappelijke kosten en baten van de integrale preventie van vroeggeboorte, te laag geboortegewicht en andere ongunstige zwangerschapsuitkomsten in Nederland.** Laat dit onderzoek zich bijvoorbeeld richten op de kosten en baten van het uitbannen van roken, het geven van borstvoeding en het eten van gezonde voeding. De resultaten van dergelijk onderzoek zouden verzekeraars, beleidsmakers en bestuurders een sterkere basis kunnen verschaffen voor de keuze om meer aandacht en geld te besteden aan preventie in de geboortezorg.
- **Faciliteer de geboortezorg om op regionaal niveau de juiste verbindingen te leggen met Gemeenten, verzekeraars en andere partijen;** verbindingen die nodig zijn om integrale preventie te implementeren, daarbij de juiste organisatievorm te vinden en de juiste financiële randvoorwaarden te creëren.
- **Faciliteer het verzamelen en overdragen van kennis over de manieren waarop potentiële samenwerkingspartners de krachten kunnen bundelen voor integrale preventie – bijvoorbeeld via specifieke financieringscontracten.**

Voor de langere termijn:

- **Motiveer het ministerie van VWS om meer samenhang aan te brengen in de verschillende wetten die de bekostiging van preventie faciliteren. En om preventie meer expliciet in wet- en regelgeving op te nemen, met aandacht voor de noodzaak van samenwerking tussen disciplines en sectoren.** Wijs het ministerie daarbij op het positieve gevolg: dat de kosten van zorg beter betaalbaar blijven.
- **Ga ook met het ministerie van Sociale Zaken in gesprek over de kansen en mogelijkheden van ‘meer inzetten op integrale preventie’.**
- **Vraag de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het ministerie van VWS om negatieve prikkels voor preventie te repareren, in het bijzonder met betrekking tot de**

risicoverevening. De bedoeling is dat deze reparatie preventie voor alle stakeholders interessant maakt.

HOOFDSTUK 3: MONITORING

Voor effectieve preventie in wijken, steden en regio's is goede informatie nodig. Het gaat dan om informatie die uit screening naar voren komt (welke toekomstige ouders en zwangere vrouwen hebben welke problemen; welke kwetsbare groepen wonen in welke fysieke en sociale omstandigheden?). Monitoring achterhaalt deze data en helpt zo om die interventies te prioriteren, implementeren, evalueren en aan te scherpen.

In het ideale geval zijn er goede data beschikbaar voor de zorg, de volksgezondheid en het hele sociale domein. Dat is nu nog niet het geval. De Expertgroep Preventie adviseert het CPZ om de beschikbaarheid van goede data mogelijk te maken. Dat advies valt in drie delen uiteen:

- **De Expertgroep adviseert het CPZ om een minimale dataset te ontwikkelen met indicatoren die belangrijk zijn voor preventie. De indicatoren moeten uit bestaande registraties gehaald kunnen worden om extra administratieve lasten te voorkomen.**
- **De Expertgroep adviseert het CPZ om deze indicatoren zoveel mogelijk in te bedden in de huidige dataset van Perined.**
- **De Expertgroep adviseert het CPZ om een dashboard te ontwikkelen. Daarmee kan de informatie over de indicatoren breed beschikbaar gemaakt worden, ook op landelijk en regionaal niveau.**

Hieronder staat kort omschreven hoe deze drie stappen kunnen worden genomen:

3.1. Minimale dataset met indicatoren die belangrijk zijn voor preventie

Het CPZ moet een breed samengestelde groep specialisten de opdracht geven om een minimale dataset samen te stellen, speciaal gericht op het voorkomen van minder gunstige zwangerschapsuitkomsten. De groep bepaalt welke definities van toepassing zijn. Ook stelt ze vast welke indicatoren relevant zijn (zie kader), of anders gezegd: op welke gebieden preventieve maatregelen gemonitord moeten worden.

De groep specialisten moet rekening houden met wat al bestaat. Een deel van de gewenste indicatoren is namelijk al beschikbaar, zowel nationaal als internationaal. De indicatoren die de groep vaststelt mogen niet op vergelijkbare onderwerpen afwijken van reeds bestaande indicatorensets. Daarnaast moeten de indicatoren aansluiten bij relevante ontwikkelingen, zoals de trend naar een sterkere integrale zorg (zie kader). Ook dienen ze in harmonie te zijn met onderwerpen uit de Zorgstandaard, met de Preconceptie Indicatie Lijst (PIL) en met eventuele andere richtlijnen voor standaardisatie.

Relevante indicatoren voor preventie in de geboortezorg

... moeten meetbaar zijn en uit bestaande registraties te halen zijn. Het is vooralsnog niet de bedoeling dat zorgverleners extra dingen gaan registreren – al zal dat in de toekomst wellicht wel gebeuren met het toenemende gebruik van screeningsinstrumenten. Het CPZ kan daarover nadenken. Voorbeelden van dit soort indicatoren zijn:

- het percentage zwangere vrouwen dat rookt;
- het percentage zwangere vrouwen dat alcohol drinkt;
- het percentage zwangere vrouwen dat drugs gebruikt;
- het percentage zwangere vrouwen met psychiatrische problemen;
- het percentage zwangere vrouwen in ongunstige sociale en fysieke omstandigheden;
- het percentage zwangere vrouwen met een BMI hoger dan 30.

3.2. Inbedding van indicatoren

Het CPZ moet ervoor zorgen dat de huidige set van indicatoren uitgebreid wordt met een minimale set van indicatoren die relevant zijn voor de preventie van minder gunstige zwangerschapsuitkomsten. Deze gegevens ontbreken op dit moment nog – onder meer doordat ze niet per se aangeleverd hoeven te worden. Ze zijn echter wel essentieel om preventieactiviteiten te monitoren en bij te sturen. Daarom moeten ze van hoge kwaliteit zijn. Goede data kunnen dan follow-uponderzoek mogelijk maken. Het wordt steeds belangrijker om informatie juist en compleet te registreren en in bestaande systemen te integreren. Ook tijdige overdracht van informatie is van steeds groter belang. Niet alleen wordt zo een vergelijking tussen VSV's mogelijk. Door de data in de bestaande systemen te integreren, wordt ook een te hoge administratielast vermeden.

3.3. Beschikbaarheid van gegevens

Het CPZ moet ervoor zorgen dat er een goed instrument komt om de – met nieuwe indicatoren aangevulde – dataset transparant beschikbaar te stellen. De dataset dient toegankelijk te zijn voor een breed publiek: van (aanstaande) ouders en hun omgeving tot de sector volksgezondheid, en van Gemeenten tot de geboortezorgsector. Het moet dankzij een uniforme en gestandaardiseerde aanpak mogelijk worden om de data te berekenen en presenteren op landelijk, regionaal, VSV-, gemeentelijk én wijkniveau.

HOOFDSTUK 4: KENNISBANK

Er moet binnen de kennisbank geboortezorg een aparte kennisbank preventie komen, die relevante, praktische en *up-to-date* informatie bevat voor professionals. Deze informatie betreft preventieve interventies en preventiebeleid in de geboortezorg, het sociale domein en de sector volksgezondheid. De gedeelde kennis dient door experts als effectief beoordeeld te zijn. In de kennisbank moet ook technische achtergrondinformatie te vinden zijn die nodig is voor de uitvoering van preventieve interventies.

4.1. Inhoud en functies

Het CPZ moet oprichter en facilitator van deze kennisbank preventie zijn; het is zijn taak hem te (laten) ontwikkelen. **De Expertgroep adviseert het CPZ om met kennisbank een overzicht te geven van bruikbare, effectieve en regelmatig in Nederland toegepaste preventieve interventies. Inclusief praktische details, zoals de beschikbaarheid, kosten, aanpak, uitvoering, benodigde materialen en vereiste kennis of (bij)scholing.**

De kennisbank preventie kan ook:

- antwoord geven op de vraag: hoe kan ik aansluiten bij (of starten met) preventieve interventies die zich buiten mijn praktijk afspelen en die gericht zijn op groepen waartoe mijn cliënten behoren? Denk aan programmatische samenwerking van professionals met bijvoorbeeld Gemeenten, sociale diensten, de GGD en de JGZ.
- *'best practices'* bevatten met betrekking tot lokale preventieprojecten en de verspreiding/uitwisseling van deze *best practices* stimuleren;
- voorzien in relevante nieuwe informatie over effectieve interventies die elders (buiten de sector of landsgrenzen) zijn ontwikkeld;
- gegevens bevatten over in Nederland uitgevoerd ontwikkelings- en implementatieonderzoek;
- toegang geven tot een (online) community of consultatiemogelijkheid. Bezoekers moeten hun vragen over preventie kwijt kunnen, van 'hoe voer ik deze interventie in?' tot 'hoe beviel die interventie andere professionals?' en 'waar volg ik relevante cursussen?'. Ze moeten ook snel antwoord kunnen krijgen op dit soort vragen;
- oproepen bevatten om bijvoorbeeld mee te doen aan het testen van nieuwe interventies.

KENNISINSTITUTEN EN -PROGRAMMA'S

Er is ongelooflijk veel kennis en ervaring bij kennisinstituten en onderzoeksprogramma's, zoals het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), TNO, het Landelijk Kenniscentrum Psychiatrie en Zwangerschap (LKPZ), de relevante Academische Werkplaatsen (bijvoorbeeld Kraamzorg en Jeugd), universiteiten (die al belangrijke opdrachten vervullen op het gebied van preventie van slechte zwangerschapsuitkomsten) en zéker het onderzoeksprogramma Zwangerschap en Geboorte van ZonMw.

De Expertgroep adviseert het CPZ om de resultaten, vondsten en *best practices* van deze kennisinstituten en onderzoeksprogramma's een plek te geven in de kennisbank preventie. De kennis dient beter verankerd te worden in de nationale kennisinfrastructuur geboortezorg.

Dit programma richt zich van 2017 tot en met 2021 sterk op het ontwikkelen en delen van kennis over (bewezen effectieve) preventie van minder gunstige zwangerschapsuitkomsten. Deze kennis moet vertaald worden naar afspraken, standaarden, richtlijnen en *good practices*, allemaal gericht op en opgesteld met professionals uit verschillende disciplines en sectoren. Ook die afspraken, standaarden, richtlijnen en *good practices* dienen toegankelijk te zijn via de kennisbank.

4.2. Vereisten voor duurzame effectiviteit en kwaliteit

De Expertgroep adviseert het CPZ om te zorgen voor een heldere conceptuele aanpak, nauwe verbinding met de doelgroep, doordacht plan voor monitoring en evaluatie en intensieve, procesmatige ondersteuning.

- Een heldere conceptuele aanpak: het moet precies duidelijk zijn welke gebruiksdoelen en doelgroepen de kennisbank wil bereiken. En welk ontwerp en functionaliteiten daarvoor worden ingezet.
- Een nauwe verbinding met de doelgroep: de doelgroep moet geconsulteerd worden. Er moet onder meer een onderzoek komen naar haar behoefte en wensen. Dit onderzoek dient eerst te worden uitgevoerd voordat de kennisbank tot stand komt en daarna terug te keren. Het maakt deel uit van de periodieke evaluatie voor een verfijning van de kennisbank;
- Een plan voor regelmatige monitoring en evaluatie: wat werkt wel en wat niet, welke delen van de kennisbank worden goed bezocht en welke niet, wat ontbreekt er nog en wat kan weg?
- Een intensieve, procesmatige ondersteuning door experts: een kennisbank onderhouden is een vak apart. Professionals zijn nodig, bijvoorbeeld in de vorm van een redactie en moderators.

Het CPZ zou voor de ontwikkeling en implementatie van de kennisbank preventie kunnen profiteren van de ervaringen van andere organisaties met databanken. Het RIVM in het bijzonder onderhoudt vergelijkbare databanken op het gebied van interventies gericht op gezond gedrag en het tegengaan van gezondheidsverschillen. Maar ook het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) zou goede suggesties kunnen doen. En de Kennispoort Verloskunde van de Samenwerkende Opleidingen tot Verloskundige (SOV) kan eveneens inspiratie overleveren.

De Expertgroep adviseert het CPZ om voor de ontwikkeling en implementatie van de kennisbank preventie samen te werken met organisaties die al ervaring hebben met databanken, zoals de RIVM, het NJi en de SOV.

MEER NODIG DAN EEN KENNISBANK

Het CPZ moet zich ook sterk maken voor andere manieren om kennis te verspreiden over integrale preventie voor een goede start. Deze kennis dient bijvoorbeeld verweven te zijn in alle relevante opleidingen op het vlak van zorg en welzijn. Ook in bij- en nascholing is meer aandacht voor preventie noodzakelijk.

De Expertgroep adviseert het CPZ om te (laten) inventariseren in hoeverre en op welke manier preventie voor een goede start is geïntegreerd in opleidingen.

SAMENVATTING EN CONCLUSIES

Elk kind moet een goede, gezonde start krijgen. Dat doel komt dichterbij met het voorkomen of beperken van medische, psychische en sociale problemen bij aanstaande ouders en hun (on)geboren kinderen. Deze preventie is echter voor verbetering vatbaar. En het CPZ kan daar een belangrijke rol in spelen. In dit laatste hoofdstuk vat de Expertgroep nog eens samen hóé.

DE VIER HOOFDBOODSCHAPPEN VAN DIT RAPPORT

- 1. Effectieve preventie in de geboortezorg levert op korte en lange termijn aanzienlijke gezondheidswinst en maatschappelijke baten voor Nederland op.** Het leidt tot een toename van baby's met een gezonde start, van stevig ouderschap en van stabiele gezinsvorming. Tegelijkertijd zijn er minder gezondheidsachterstanden, minder maatschappelijke problemen en minder kosten voor individuen en de samenleving.
- 2. Effectieve preventie in de geboortezorg vereist een cultuuromslag:** het maatschappijbrede besef – onder professionals, overheden, zorgverzekeraars, werkgevers en burgers – dat zwangerschap en geboorte een *life event* zijn die voorbereiding vergen. Dat de goede start van een kind de hele samenleving ten goede komt. En dat een valse start voor iedereen schade met zich meebrengt.
Bij deze cultuuromslag hoort ook het inzicht dat verantwoordelijkheid voor een goede start niet alleen bij ouders ligt, maar bij de hele samenleving. En dat effectieve preventie vraagt om gestructureerde, passend gefinancierde, multidisciplinaire samenwerking tussen de geboortezorg, de sector volksgezondheid en het sociale domein – met ondersteuning van overheden, zorgverzekeraars, onderzoeks- en onderwijsinstellingen. Het goed delen van relevante kennis maakt deel uit van deze samenwerking.
- 3. Effectieve preventie wordt pas succesvol als de vele (vaak tijdelijke) lokale initiatieven aaneengesmeed worden via een landelijke, overkoepelende strategie.** Alle beroepsgroepen uit de zorg en het sociale domein dienen hierin hun verantwoordelijkheid te nemen. Zij moeten per regio of gemeente verbonden worden door een sterk VSV, waarbinnen de principes van *good governance* gelden en een *dedicated person* als projectleider optreedt.
- 4. Effectieve preventie in de geboortezorg komt alleen tot stand als het CPZ, voldoende gesteund door de beroepsgroepen, een sterker initiërende, beter faciliterende en breder verbindende rol op zich neemt.** In dit rapport doet de Expertgroep hiervoor een groot aantal specifieke aanbevelingen.

DE SAMENVATTING

Het CPZ installeerde – naar aanleiding van vragen uit de Tweede Kamer en in overleg met het ministerie van VWS – de Expertgroep Preventie. Deze Expertgroep heeft nu een advies opgesteld aan de hand van vier vragen van het CPZ: waarom preventie voor een goede start zo belangrijk is, welke preventie noodzakelijk is, hoe deze moet worden georganiseerd en gefinancierd, en wat deze preventie kan opleveren. Het gaat daarbij vooral om preventie onder kwetsbare groepen.

De Expertgroep schijnt in dit rapport haar licht op de aard, noodzaak, prioritering, sturing, monitoring en evaluatie van preventie. Op de inhoudelijke ondersteuning en expertise die ervoor nodig zijn. Op de beste manier om kennis te delen. En op de mogelijkheden en beperkingen voor een goede en duurzame financiering van preventie.

Er zijn veel factoren die een goede start bedreigen

Veel kinderen in Nederland kennen een valse start en krijgen daardoor op jonge en oudere leeftijd lichamelijke, psychische en/of sociale problemen. Hun nageslacht erft die problemen vaak. Preventie is nodig om risicofactoren voor een goede start te beperken of weg te nemen. Deze factoren bevinden zich in een lange periode: de tijd vóór de conceptie tot en met het moment dat de kraamzorg de zorg overdraagt aan de huisarts en Jeugdgezondheidszorg. De Expertgroep is bekend met een groot aantal risico's en verdeelt die in de volgende categorieën: Lichamelijke gezondheid, Psychische gezondheid, Sociale en fysieke omstandigheden, Leefstijl en Gezondheidsvaardigheden. Vooral bij kwetsbare groepen en vrouwen in achterstandssituaties en -wijken komen problemen uit diverse categorieën vaak voor. En dikwijls ook tegelijk.

Er zijn meerdere vormen van preventie mogelijk

De Expertgroep benoemt verschillende vormen van preventie die kunnen bijdragen aan een betere gezondheid van moeder en kind, maar die nog niet altijd optimaal gebruikt worden en in de toekomst meer aandacht moeten krijgen. De toepassing van deze vormen van preventie is contextafhankelijk en vereist verschillende bekostigingsvormen. De preventievormen variëren. Denk aan algemene voorlichting voor alle burgers (ook de mensen die nog niet direct te maken hebben met risicofactoren) en aan educatie voor risicogroepen. Maar denk ook aan interventies voor groepen waarin ouders en/of kinderen al lichte problemen hebben en hulp aan individuen bij wie de problemen ernstig zijn.

Er is samenwerking nodig voor goede preventie

De gezondheid van ouders en kinderen, het voorkomen van gezondheidsproblemen bij (ongeboren) baby's en dus preventie: het is maar deels de verantwoordelijkheid van individuele ouders. Het goed regelen van preventie (bijvoorbeeld in de vorm van goede voorlichting en specifieke interventies) is ook een *collectieve* verantwoordelijkheid, één van de hele samenleving. Meerdere partijen dienen erbij betrokken te zijn, afkomstig uit diverse domeinen. Denk aan bestuurders, beleidsmakers, de geboortezorg, de sector volksgezondheid, het sociale domein, zorgverzekeraars, onderzoeks- en onderwijsinstellingen. Hoewel effectieve integrale preventie uiteindelijk altijd wijkgericht mensen moet ondersteunen, moet er wel een landelijke, overkoepelende strategie zijn.

Preventie voor een goede start kent veel baten

De Expertgroep wijst er nadrukkelijk op dat preventie (van bijvoorbeeld vroeggeboorte of een laag geboortegewicht) niet alleen lichamelijke, psychische en sociale problemen van ouders en kinderen voorkomt of beperkt. Het leidt ook tot minder zorgkosten, op de korte én de langere termijn, zowel voor individuen als de samenleving. Bovendien kent het ook veel andere maatschappelijke baten. Denk aan minder schooluitval en betere schoolprestaties, een hoger opleidingsniveau, minder sociale opvang en begeleiding, minder uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid en toegenomen kansen op (arbeids)participatie.

Preventie voor een goede start kent ook belemmeringen

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) heeft aangegeven dat er nogal wat verschillen bestaan tussen de huidige VSV's, zowel in de vorm als in de intensiteit waarmee preventie rond een gezonde leefstijl en activiteiten richting kwetsbare groepen wordt vormgegeven.

Daarnaast zijn er belemmeringen op het gebied van financiering. Structurele en systematische opsporing van kwetsbare zwangeren en preventie kosten nu eenmaal geld. Een Gemeente of zorgverzekeraar is er doorgaans vooral toe geneigd om geld in iets te investeren als zij de baten van die investering vervolgens zelf voelt. Nu de baten van investeringen in preventie nog vaak bij een andere partij terechtkomen (of zelfs in een totaal ander domein), is de prikkel om te investeren kleiner.

Verder komen de bekostiging en uitvoering van pre- en interconceptiezorg niet goed van de grond. Pre- en interconceptiezorg zit – net als prenatale preventieve zorg – nog niet in de integrale bekostiging van de geboortezorg. Ook de eigen bijdrage voor kraamzorg vormt een drempel voor de effectiviteit van preventie. Vanwege dat eigen risico nemen kwetsbare zwangeren minder kraamzorg af, waardoor het gezonde gedrag en de gezondheid van moeder en kind minder goed kunnen worden bevorderd. Dit kan leiden tot grotere gezondheidsverschillen tussen sociaaleconomisch

sterke en minder sterke burgers.

Preventie vereist meer uniformiteit, kennisdeling en betrokkenheid

Uniformiteit via (gezamenlijk, binnen de beroepsgroepen geformuleerde) richtlijnen en standaarden voor preventie is belangrijk. Evenals inhoudelijke ondersteuning door toegang tot de noodzakelijke kennis en ervaring van effectieve interventies. Met die uniformiteit en inhoudelijke ondersteuning kunnen de gewenste verbeteringen richting en vaart krijgen. Het CPZ kan hieraan bijdragen met de oprichting en doorontwikkeling van een kennisbank voor preventie.

Op verschillende plekken in Nederland wordt en is incidenteel integrale preventie geïmplementeerd die zich richt op (zwangere) vrouwen in wijken. De preventieve activiteiten hebben dikwijls succes, maar zijn door de gekozen projectvorm en tijdelijke financiering meestal van korte duur. Het ontbreken van structurele, duurzame steun en plannen vraagt telkens weer om lokale initiatieven en voorvechters, naast speciale financieringsconstructies.

De Expertgroep ziet de noodzaak van een verhoogde ambitie bij zowel VSV's als Gemeenten om het voortouw te nemen in integrale preventie: zij zijn beide verbonden met achterstandswijken. Ook is er een sterkere betrokkenheid nodig van verzekeraars bij dit soort initiatieven, met een duidelijke regierol voor Gemeenten en een centrale, stimulerende rol voor het CPZ.

De ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) hebben bovendien een duidelijk belang bij effectieve preventie. Het voorkomen van een valse start levert op termijn immers grote maatschappelijke en financiële baten op. De ministeries doen er dus ook goed aan om relevante partijen aan te sporen werk te maken van de preventie voor een goede start. Bovendien moeten ze hiertoe de (wettelijke) mogelijkheden creëren.

DE BELANGRIJKSTE AANBEVELINGEN

Dit adviesrapport is doorspekt met aanbevelingen, de één concreter dan de ander. Hieronder herformuleert de Expertgroep haar zeven belangrijkste adviezen in algemene zin.

1. Een nieuwe denkwijze stimuleren

Op dit moment ligt de voornaamste focus van preventie nog vaak (ten onrechte) op de bevalling en de laatste maanden van de zwangerschap. Daarbij lijkt preventie ook voornamelijk een taak van geboortezorgprofessionals. De Expertgroep Preventie adviseert het CPZ om de focus van denken en handelen te verbreden, zodat die zich ook richt op pre- en interconceptie en op de kraamzorgperiode.

Het CPZ moet contact leggen met alle relevante partijen, hen aansporen tot een nieuwe denkwijze en ervoor zorgen dat zij dat op hun beurt bij anderen doen. Een landelijke

strategie voor preventie (zie de volgende aanbeveling) kan hierbij van veel nut zijn.

DE NIEUWE DENKWIJZE

Centraal in de nieuwe manier van denken staat:

- dat een goede start niet alleen de verantwoordelijkheid is van ouders, maar van de hele samenleving. De preventie die bijdraagt aan een goede start is dus óók een verantwoordelijkheid van iedereen: professionals, overheden, zorgverzekeraars, werkgevers en burgers;
 - dat burgers actief horen te participeren in preventieprogramma's. Zowel in de ontwikkeling ervan als in de uitvoering. Zo krijgen en nemen zij de gelegenheid om hun eigen toekomst vorm te geven;
 - dat goede preventie zich richt op een langere periode: van vóór de conceptie tot en met het kraambed, met bijzondere aandacht voor de eerste drie maanden van de zwangerschap en met een zorgvuldige overdracht aan de huisarts en de Jeugdgezondheidszorg;
 - dat de in deze periode ontstane groei- en ontwikkelproblemen van een kind overgedragen kunnen worden op zijn nageslacht. En dat preventie dus niet alleen deze generatie raakt, maar ook toekomstige;
 - dat er veel risico's zijn voor een goede start van een kind. Qua fysieke gezondheid, psychische toestand en psychosociale omstandigheden. Dikwijls zijn er meerdere risico's per (aanstaande) ouder, verspreid over al die vlakken;
 - dat preventie daarom een zaak is van professionals op al deze vlakken; mensen uit de geboortezorg, maar ook uit de zorg, volksgezondheid en het sociale domein. Zij zorgen samen met de ouders voor een betere situatie ván die ouders;
 - dat deze professionals iedereen moeten proberen te bereiken, maar extra aandacht dienen te hebben voor kwetsbare groepen. Ze moeten hiervoor systematische opsporing en vaste zorgpaden inzetten. Bij die kwetsbare groepen concentreren zich de meeste risicofactoren en hebben baby's het vaakst een valse start;
 - dat de professionals de juiste preventieve interventies moeten kennen, daar ook de beschikking over dienen te hebben en ze uiteindelijk in nauwe onderlinge samenwerking moeten inzetten ('integrale aanpak').
- dat hun gezamenlijke werk zich idealiter binnen een regio afspeelt, op wijkniveau uitgevoerd wordt en een strakke coördinatie kent. Per samenwerkingsverband ligt die coördinatie in handen van een goede, daarvoor toegeruste, dedicated projectleider;

- dat goede regie essentieel is voor de duurzame implementatie van preventieve interventies. Monitoring en evaluatie helpt om die regie richting te geven en maakt duidelijk of er aanpassingen nodig zijn – en welke;
- dat samenwerkingsverbanden van elkaar kunnen leren en samen, als dat nodig is, een sterkere gesprekspartner kunnen zijn voor zorgverzekeraars en overheden. Ze doen er goed aan op nationaal niveau de krachten te bundelen.

2. Een overkoepelende strategie formuleren

De Expertgroep adviseert het CPZ om een landelijke, overkoepelende strategie voor integrale preventie te formuleren en vervolgens systematisch uit te werken. De strategie omvat meerdere vormen van preventie en houdt rekening met de noodzaak van samenwerking tussen diverse domeinen. Ze is gericht op een complete, kwalitatief hoogstaande en duurzame implementatie van de gewenste brede benadering van preventie in de Nederlandse geboortezorg. Doel is dat alle zwangeren gelijke kansen krijgen op effectieve preventie – naar behoefte en in goede aansluiting op de geboortezorg.

De implementatie van deze landelijke strategie moet onder meer leiden tot bovenstaande nieuwe manier van denken. Bij burgers, bij zwangere vrouwen en hun omgeving, bij zorgverleners en zeker ook bij bestuurlijke partijen uit de zorg (zoals zorgverleners, verzekeraars en – in het sociale domein – Gemeenten, GGD-en, de Jeugdhulp en de Jeugdgezondheidszorg). Er moet kortom een cultuuromslag door ontstaan.

Mogelijk eist de nieuwe strategie nieuwe preventieactiviteiten en -initiatieven. Die kunnen dan mede worden gebaseerd op de uitkomsten van door ZonMw gefinancierd onderzoek in de geboortezorg. Ook de ervaringen van de regionale geboortezorgconsortia kunnen een belangrijke rol spelen.

3. Kennis verzamelen en delen

Het CPZ doet er goed aan zich bezig te houden met de ontwikkeling van een centrale informatievoorziening/kennisbank, met indicatoren die bijdragen aan de identificatie, prioritering, implementatie en evaluatie van de juiste vormen van preventie op de juiste plaats. Hierbij adviseert de Expertgroep het CPZ om gebruik te maken van de kennis van instituten als het RIVM en NJi, bijvoorbeeld over de randvoorwaarden voor integrale preventie en Nederlandse *best practices*. Het CPZ is verantwoordelijk voor het verzamelen en verspreiden van relevante informatie, zoals *best practices*, up-to-date kennis over preventie

en concrete interventies.

4. Verkennen, verbinden en initiëren

Het CPZ moet een verbindende rol op zich nemen richting relevante veldpartijen en organisaties. Dit doet het onder meer door de mogelijkheden tot financiering van preventie rond de geboortezorg verder te verkennen, waar nodig strategische allianties en andere vormen van samenwerking te initiëren, en eventueel aandacht te vragen voor de noodzaak van wetswijzigingen. Deze wijzigingen moeten ervoor zorgen dat preventie verbetert, makkelijker wordt om uit te voeren en een directere link krijgt met zorg. Het CPZ moet er ook voor zorgen dat integrale preventie duidelijk opgenomen wordt in de Zorgstandaard en andere relevante richtlijnen.

5. VSV's stimuleren en faciliteren

Gemeenten zijn primair verantwoordelijk voor de samenwerkingsverbanden. VSV's niet. Maar zij zijn wel bij uitstek geschikt om de noodzakelijke samenwerking te initiëren en Gemeenten over te halen daar een centrale rol in te vervullen. Binnen een VSV werkt een deel van de benodigde professionals immers al samen; het is handiger om een samenwerkingsverband uit te breiden dan om het uit het niets op te bouwen. Met het traditionele VSV als basis kan er sneller een hecht netwerk ontstaan, met alle schakels die nodig zijn om (aanstaande) zwangeren te ondersteunen – binnen en buiten de geboortezorg. De Expertgroep adviseert het CPZ om de VSV's te ondersteunen bij alles wat zij doen om preventie structureel mogelijk te maken. Van het uitbreiden van hun samenwerkingsverband tot het aanstellen van een projectleider. Van het faciliteren van trainingen tot het gebruik van gevalideerde screeningsinstrumenten. En van Monitoring & Evaluatie (M&E) tot het overhalen van Gemeenten om te investeren in preventie. Ook doet het CPZ er goed aan om voor diverse kwetsbare groepen preventieprogramma's mede mogelijk te maken. VSV's kunnen dan bij die programma's aanhaken. Zulke programma's zijn landelijk van karakter, opgezet met de nationale overheid.

6. Monitoring en evaluatie verbeteren

Er moet meer en beter onderzoek komen naar de beste manier om preventie te monitoren en evalueren. Het CPZ heeft als taak dat onderzoek mede mogelijk te maken. En om samen met landelijke partijen eenduidige afspraken maken over de gewenste, haalbare en noodzakelijke dataverzameling en indicatoren. Bovendien moet het CPZ het verzamelen van die data ondersteunen, idealiter samen met Perined, ZiN, het RIVM en de relevante

beroepsgroepen.

7. Grote landelijke en regionale spelers enthousiasmeren

Het CPZ kan grote spelers in het veld van geboortezorg en preventie wijzen op kansen, win-situaties en hun verantwoordelijkheid om vaker en structureler in te zetten op de preventie van minder gunstige zwangerschapsuitkomsten. Denk bij die grote spelers aan het ministerie van VWS, Gemeenten, verschillende organisaties in het sociale domein, GGD-en en zorgverzekeraars.

Het CPZ doet er goed aan om voor het enthousiasmeren van deze partijen onderzoek te verzamelen en aan te jagen; in het bijzonder onderzoek naar de op termijn grote maatschappelijke (inclusief financiële) baten van succesvolle preventie in de geboortezorg. Er zijn al in diverse landen studies verschenen die hier meer inzicht in geven. Bij het onderzoek naar de baten van preventie, dient er ook aandacht te zijn voor kansen en belemmeringen op het gebied van wetgeving, organisatie en financiën. De Expertgroep verwelkomt bijvoorbeeld creatieve oplossingen om de huidige impasse en onduidelijkheden in wet- en regelgeving voor de lange termijn te doorbreken. Het is aan het CPZ om met professionals, zorgverzekeraars en overheid te verkennen wat hiervoor nodig is.

BRONNEN

Publicaties

(AEF 2017)	Andersson Elffers Felix, <i>Een stevige start voor ieder kind. Het opschalen van de aanpak van Moeders van Rotterdam.</i> Utrecht, AEF, 2017.
(Van Baaren e.a. 2015)	Van Baaren G. J., Peelen M. J. C. S., Schuit E., Van der Post J. A. M., Mol B. W. J., Kok M., Hajenius P. J., <i>Preterm birth in singleton and multiple pregnancies: evaluation of costs and perinatal outcomes.</i> Eur J Obst Gynaecol and Reprod Biol 2015; 186: 34-41.
(Van Beukering e.a. 2014)	Van Beukering M., Van Melick M. J., Mol B. W., Frings-Dresen M. H., Hulshof C. T., <i>Physically demanding work and preterm delivery: a systematic review and meta – analysis.</i> Int Arch Occup Environm Health 2014, 87(8): 809-34.
(Bonsel e.a. 2009)	Bonsel G. J., Birnie E., Denktas S., Steegers E. A. P., <i>Signalementstudie zwangerschap en geboorte – lijnen in de perinatale sterfte.</i> Rotterdam, Erasmus MC, 2009.
(CPZ 2017)	College Perinatale Zorg, <i>Kennisbank integrale geboortezorg.</i> Utrecht, CPZ, 2017.
(CRM 2016)	College voor de Rechten van de Mens, <i>Is het nu beter bevallen? Vervolgonderzoek naar discriminatie op het werk van zwangere vrouwen en moeders van jonge kinderen.</i> Utrecht, College voor de Rechten van de Mens, 2016.
(GR 2007)	Gezondheidsraad, <i>Preconceptiezorg: voor een goed begin.</i> Den Haag, Gezondheidsraad, 2007.
(IGJ 2016)	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (ten tijde van de publicatie: Inspectie voor de Gezondheidszorg), <i>Thematisch toezicht geboortezorg: afsluitend onderzoek naar de invoering van de normen van Een Goed Begin.</i> Utrecht, IGJ, 2016.
(Hodek 2011)	Hodek J. M., von der Schulenburg J. M., Mittendorf T., <i>Measuring economic consequences of preterm birth. Methodological recommendations for the evaluation of</i>

	<i>personal burden on children and their caregivers</i> . Health Economic Review 2011 1:6.
(Huber e.a. 2011)	Huber M, Knottnerus J. A., Green L. e.a., <i>How should we define health?</i> BMJ 2011; 343 : d4163.
(Kennispoort Verloskunde 2018)	Kennispoort Verloskunde, <i>Onderzoek naar kraamzorg aan kwetsbare zwangeren en kraamvrouwen van start</i> , 14 maart 2018.
(KNOV 2016)	KNOV, <i>Handreiking kwetsbare zwangeren</i> . Utrecht, KNOV 2016.
(MinVWS 2017)	Ministerie van VWS, <i>Kamerbrief over samenwerking preventie en de gemeentepolis</i> . Tweede Kamer, dd 28 maart 2017.
(NHG 2011)	Nederlands Huisartsen Genootschap, <i>Standaard Preconceptiezorg</i> . Utrecht, NHG, 2011.
(Perined 2016)	Perined, <i>Jaarboek Zorg 2015</i> . Utrecht, Perined 2016.
(Peristat 2008)	Peristat II: Europeristat project in collaboration with SCPE EUROCAT and EURONEONET, <i>European perinatal health report. Better statistics for better health for pregnant women and their babies in 2004</i> . Paris, INSERM 2008.
(Soeters 2013)	Soeters M., Verhoeks G., <i>Financiering van preventie Analyse van knelpunten en inventarisatie van nieuwe oplossingen</i> . Den Haag, Zorgmarktadvies 2013.
(Pharos 2017)	Pharos, <i>Factsheet Asielzoekers en gezondheidszorg</i> . Utrecht, Pharos, 2017 (www.gcasielzoekers.nl).
(Sørensen e.a. 2015)	Sørensen K., Pelikan J. M., Röthlin F., Ganahl K., Slonska Z., Doyle G., Fullam J., Kondilis B., Agrafiotis D., Uiters E., Falcon M., Mensing M., Tchamov K., Van den Broucke S., Brand H. on behalf of HLS-EU Consortium, <i>Health Literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU)</i> . Eur J Public Health 2015 Dec; 25(6): 1053-8. doi: 10.1093/eurpub/ckv043.
(Stegers 2016)	Stegers E. A. P., Been J. V., <i>Sociale ongelijkheid: aangeboren of te voorkomen?</i> Ned Tijdsch Geneesk 2016; 160: D83.
(Stegers 2016-2)	Stegers EAP, Barker ME, Steegers-Theunissen RPM, Williams

	MA. <i>Societal Valorisation of New Knowledge to Improve Perinatal Health: Time to Act</i> . Paediatric and Perinatal Epidemiology. 2016;30(2):201-204. doi:10.1111/ppe.12275.
(SZG 2009)	Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, <i>Een Goed Begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte</i> . Utrecht, Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte 2009.
(Van der Pal 2015)	Van der Pal-De Bruin K., Van der Pal S. M., Verloove-Van Horick S. P., Walther F. J., <i>Profiling the preterm or VLBW born adolescent: implications of the Dutch POPS cohort follow-up studies</i> . Early Human Dev 2015 91: 2 97-102.
(Veenendaal e.a. 2013)	Veenendaal M. V. E., Painter R. C., De Rooij S. R., Bossuyt P. M. M., Van der Post J. A. M., Gluckman P. D., Hanson M. A., Roseboom T. J., <i>Transgenerational effects of prenatal exposure to the 1944-45 Dutch famine</i> . BJOG 2013; 120(5): 548-554.
(VN 1948)	Verenigde Naties, <i>Universele Verklaring van de Rechten van de Mens</i> . New York / Parijs, VN 1948.
(VN, 1989)	Verenigde Naties, <i>Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind</i> . New York VN 1989.
(ZN/CPZ 2016)	Zorginstituut Nederland / College Perinatale Zorg, <i>Zorgstandaard integrale geboortezorg 2016</i> . Diemen / Utrecht, 2016

Links

Checklist vroegsignalering in de kraamtijd: www.tno.nl > zoek: Checklist vroegsignalering
Haagse Aanpak Perinatale Gezondheid: www.ggdhaaglanden.nl > zoek: Perinatale Gezondheid
Kans voor de Veenkoloniën: www.kvdvk.nl
Loket Gezond Leven (Bilthoven RIVM): www.loketgezondleven.nl
Moeders van Rotterdam: www.moedersvanrotterdam.nl
Preconceptie Indicatie Lijst (PIL): www.kennisnetgeboortezorg.nl
Programma Voorzorg: www.ncj.nl/voorzorg
Signalerings- en adviesinstrument ALPHA-NL: www.ncj.nl > zoek: ALPHA-NL
Signalerings- en adviesinstrument Mind2care: www.mind2care.nl
Signalerings- en adviesinstrument R4U: www.erasmusmc.nl > zoek: R4U
Stichting Kinderleven: www.stichtingkinderleven.nl
VNG: www.gezondin.nu
Waarstaatjegemeente.nl: www.waarstaatjegemeente.nl

BIJLAGE 1 - BELANGRIJKSTE TERMEN EN AFKORTINGEN

Belangrijkste termen

Het College Perinatale Zorg (CPZ)

... is een landelijke netwerkorganisatie waarin alle veldpartijen samenwerken die te maken hebben met de perinatale zorg in Nederland. Het CPZ heeft als opdracht de kwaliteit van de geboortezorg te verbeteren en de babysterfte en -ziekte in Nederland te verminderen. Het CPZ draagt bij aan een betere geboortezorg door openbare kennisuitwisseling op alle niveaus te stimuleren en waar nodig te faciliteren en organiseren. De organisatie ondersteunt Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV's) en regionaal samenwerken, spoort *best practices* op en verspreidt informatie hierover. Via Kennisnet Geboortezorg verbindt het CPZ iedereen die zich wil ontwikkelen en wil bijdragen aan zijn doelstellingen.

De Expertgroep Preventie

... is de auteur van dit rapport. Zij adviseert het CPZ hoe het de preventie van minder gunstige zwangerschapsuitkomsten het best kan stimuleren. De groep focust daarbij niet alleen op de urgentie van goede interventies, maar vooral ook op de noodzaak van krachtige samenwerkingsverbanden tussen alle relevante sectoren en disciplines. Alleen dan bereiken de interventies voldoende mensen, in het bijzonder de kwetsbare groepen in de samenleving. De Expertgroep bestaat uit professionals op het gebied van de publieke gezondheid, cliëntvertegenwoordiging of preventie in de gezondheidszorg. Alle leden zijn door het CPZ op persoonlijke titel gevraagd en in 2016 tot de groep toegetreden.

Gezondheid

... wordt steeds minder gezien in termen van (het ontbreken van) ziekte, letsel of gebreken in somatische of psychische zin. Een positiever perspectief is in opmars (Huber e.a. 2011). Daarin is gezondheid eerder het vermogen om zelfstandig te functioneren, te participeren en een goede kwaliteit van leven te behalen en behouden. Met dit perspectief komt *het bevorderen en handhaven van de gezondheid* centraal te staan; zowel in de zorgsector als de politiek. Politici richten zich meer en meer op het in stand houden van een vitale en gezonde bevolking en op het terugdringen van gezondheidsverschillen tussen de inwoners van Nederland. En daar is preventie onmisbaar voor.

Preventie voor een goede gezondheid

... is het totaal aan interventies, zowel binnen als buiten de gezondheidszorg, die als doel hebben de gezondheid te beschermen en te bevorderen. Dit advies gaat uit van vier vormen en bijbehorende doelgroepen van preventie voor de gezondheid:

1. *Universele preventie* richt zich op iedereen in een populatie. Doel is dat mensen die nog niet met risicofactoren te maken hebben ook niet met die factoren te maken krijgen.
2. *Selectieve preventie* is er alleen voor groepen die al te maken hebben met één of meer risicofactoren. Doel is te voorkomen dat die risico's daadwerkelijk problemen geven.
3. *Geïndiceerde preventie* is er voor individuen bij wie de risico's al tot lichte (medische) problemen hebben geleid. Doel is om in elk geval te voorkomen dat de problemen ernstiger worden.
4. *Zorggerelateerde preventie* is er voor individuen bij wie die problemen zwaarder zijn.

Doel is te voorkomen dat deze ergere klachten verder verslechteren; dat ze leiden tot complicaties, beperkingen, een lagere kwaliteit van leven of sterfte.

Preventie voor een goede start

... is een focusgebied binnen de algemene preventie voor een goede gezondheid en het centrale onderwerp van dit rapport. Het gaat om het totaal aan interventies die gericht zijn op deze twee doelen:

1. Een optimale uitkomst van conceptie, zwangerschap, geboorte en kraamperiode.
2. Een zo goed mogelijke latere gezondheid van moeder en kind.

In dit rapport gaat het vooral om preventieve interventies in de periode van de tijd vóór de conceptie tot en met de overdracht van kraamzorg naar de huisarts en Jeugdgezondheidszorg (JGZ).

De maatregelen starten in het ideale geval met voorlichting aan alle jonge mensen. Het gaat verder met onder andere het tijdig starten van preconceptiezorg, regelmatige controle van de zwangere en het tijdig en juist herkennen van mogelijke complicaties. Daarna komen een goede baringsbegeleiding en kraamzorg. Vanuit die disciplines is er een correcte overdracht aan de huisarts en JGZ. JGZ-professionals volgen de moeder en het kind vervolgens in de verdere kindertijd. Zij kunnen ouders dan bijvoorbeeld wijzen op de noodzaak om niet te roken.

Het sociale domein

... omvat alle sectoren die te maken hebben met de sociale kant van (en aangestuurd worden door) Gemeentelijk beleid: zorg, welzijn, onderwijs, gezondheidszorg, opvoeding, inburgering en sociale activering.

Gemeenten zijn niet verantwoordelijk voor gynaecologie, verloskunde en kraamzorg. Deze vakgebieden behoren dan ook niet tot het sociale domein.

Veel wetten gelden specifiek voor het sociale domein. Van de AWBZ, de Wmo en de Jeugdwet tot de participatiewet en de Wet passend onderwijs.

Verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's)

... zijn samenwerkingsverbanden tussen verloskundigen, verloskundig actieve huisartsen, gynaecologen, kraamverzorgenden, kinderartsen en jeugdartsen. VSV's spelen een sleutelrol in de totstandkoming van samenwerking tussen sectoren en disciplines. En in het samensmeden van deze krachtenbundelingen tot een nationale beweging voor preventie van minder gunstige zwangerschapsuitkomsten.

Kwetsbare groepen

... zijn het deel van de bevolking dat minder mogelijkheden en vaardigheden heeft dan de rest om de regie over het eigen leven te voeren. Het gaat om lichamelijk, psychisch en/of sociaal kwetsbare mensen, zoals alleenstaande ouderen, allochtonen, langdurig werklozen, chronisch zieken met een beperking, mensen met (langdurige) psychische problemen, verslaafden, dak- en thuislozen, bewoners van achterstandswijken en mensen met een laag inkomen of opleidingsniveau. Er is een enorme overlap tussen deze risicogroepen. Veel problemen stapelen zich op. Deze mensen zijn daardoor meestal op meerdere vlakken kwetsbaar. Ze hebben bijvoorbeeld weinig geld en geen sociaal netwerk.

De Zorgstandaard Integrale Geboortezorg

... is bedoeld om de geboortezorg cliëntgericht in te richten. De Zorgstandaard geeft – vanuit het perspectief van de zwangere vrouw – voor elke fase in de zwangerschap aan wat de noodzakelijk geachte zorg en begeleiding is. In de standaard staan:

- de basiszorg die iedere zwangere aangeboden hoort te krijgen;
- de aanvullende zorg volgens de geldende richtlijnen, aangevuld met regionale en lokale afspraken.

De verantwoordelijkheid voor de invoering van de Zorgstandaard ligt bij de regionale VSV's. Het Zorginstituut zal de invoering van de standaard volgen en evalueren. Uiterlijk januari 2020 zal overal in Nederland de verleende geboortezorg cliëntgericht zijn zoals in de Zorgstandaard is beschreven. De Zorgstandaard is in 2016 opgeleverd onder regie van het Zorginstituut en het CPZ.

Een integrale aanpak en Integraal Gezondheidsbeleid (IGB)

... is een mix van interventies en activiteiten in verschillende settings (wijk, werk, school en zorg). De mix is gericht op verschillende doelgroepen en gemaakt in samenwerking of 'co-creatie' met meerdere partners binnen en buiten het Gemeenteapparaat. In dit rapport gaat het vooral om de samenwerking tussen zorg, geboortezorg, de sector volksgezondheid en het sociale domein dat onder verantwoordelijkheid staat van de Gemeente. Idealiter doen ook zorgverzekeraars en onderwijsinstellingen mee.

Het gaat in het bijzonder om de samenwerking die is gericht op het positief beïnvloeden van het welzijn en de omstandigheden van (aankomende) ouders en hun (ongeboren) baby – op zo'n manier dat die baby een goede, gezonde start krijgt. Er zijn veel factoren die invloed kunnen uitoefenen; van de sociale en fysieke omgeving tot de beschikbaarheid en de kwaliteit van nabije gezondheidszorg. Ook leefstijl kan veel impact hebben.

Veel van deze en andere risicofactoren zijn niet direct vanuit de geboortezorg en sector volksgezondheid te beïnvloeden, maar wel vanuit andere sectoren. Of beter gezegd: vanuit een samenhangende krachtenbundeling van geboortezorg, de sector volksgezondheid en die andere sectoren.

Bij een integrale aanpak moeten alle relevante sectoren en interventies zoveel mogelijk op elkaar zijn afgestemd, het liefst vanuit een gemeenschappelijk beleid. Dit wordt vaak Integraal Gezondheidsbeleid (IGB) genoemd. Werken vanuit IGB is efficiënter dan losstaande en mogelijk overlappende interventies uitvoeren. Op loketgezondleven.nl staan de pijlers die gebruikt kunnen worden om de ideale mix van interventies samen te stellen.

Belangrijkste afkortingen

AEF	Andersson Elffers Felix
COA	Centrale Opvang Asielzoekers
CPZ	College Perinatale Zorg
GGD	Geestelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
IGJ	Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (in oprichting), voorheen:
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NJi	Nederlands Jeugdinstituut
PIL	Preventie Indicatie Lijst
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SOV	Samenwerkende Opleidingen Verloskunde
De Stuurgroep	De Stuurgroep Zwangerschap en Gezondheid
SZW	Sociale Zaken en Werkgelegenheid (ministerie/minister)
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VSV	Verloskundig Samenwerkingsverband
VWS	Volksgesondheid, Welzijn en Sport (ministerie/minister)
ZiN	Zorginstituut Nederland
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

BIJLAGE 2 - VORMEN VAN BEKOSTIGING VAN PREVENTIE

Er zijn veel manieren om preventie structureel en systematisch te bekostigen. Ter inspiratie staan hieronder enkele voorbeelden die ZorgmarktAdvies (Soeters e.a. 2013) noemt.

Regionaal preventiefonds

Een regionaal preventiefonds is een samenwerkingsverband van de zorgverzekeraars en de Gemeenten in een regio. Deze partijen verstrekken de benodigde financiële middelen aan het fonds, sturen het fonds aan en beslissen gezamenlijk over de toekenning van financiering aan preventieactiviteiten. Het regionaal preventiefonds is een optie voor de toekomst, als zorgverzekeraars en gemeenten in het sociale domein de samenwerking aan willen gaan voor brede preventie van minder gunstige zwangerschapsuitkomsten.

Voorbeeld: Polis van Vitaal Vechtdal.

Health Impact Bond

Een Health Impact Bond (HIB) is een prestatiecontract tussen een overheidsorganisatie (in de praktijk vaak een zorgverzekeraar) en een intermediaire organisatie, gericht op het uitvoeren van preventieprogramma's. De intermediair schakelt voor deze programma's uitvoerders in en de hiervoor benodigde financiering wordt vooraf beschikbaar gesteld door externe investeerders. De overheidsorganisatie betaalt alleen uit aan de intermediair als een vooraf afgesproken maatschappelijk resultaat is behaald of op grond van wetenschappelijke onderbouwing kan worden behaald (bijvoorbeeld toekomstige besparingen). De intermediair betaalt de investeerders hun investering met enig rendement terug.

Voorbeeld: Sociaal Hospitaal in Den Haag.

Shared savings

Bij Shared savings maken organisaties die zich op preventie richten een speciale afspraak met een zorgverzekeraar of Gemeente. Die afspraak luidt dat zij een deel van de door hen gerealiseerde kostenbesparing ontvangen. De besparing die zij realiseren kan hun eigen kosten betreffen of de kosten die andere aanbieders maken – zelfs in andere domeinen. VSV's kunnen bijvoorbeeld met huisartsen, Gemeenten en verzekeraars afspraken maken over het gezond houden van de zwangere populatie. Indien de doelstellingen worden gerealiseerd kunnen de kostenbesparingen verdeeld worden. Gemeenten werken nog niet op deze manier samen met organisaties.

Voorbeeld: Gezond Hoogeveen.

Collectieve zorgverzekering voor minima

Bijna alle Gemeenten bieden hun sociale minima tegenwoordig een collectieve zorgverzekering aan. Een collectieve zorgverzekering biedt de gemeente mogelijkheden om aanvullende afspraken te maken met de zorgverzekeraar. Bijvoorbeeld over gezamenlijke investeringen in preventie. Zo zouden zij samen integrale leefstijlinterventies voor zwangeren kunnen opzetten en die interventies vervolgens kunnen opnemen in het aanvullende pakket, zodat sociale minima er baat bij hebben.
Voorbeeld: Project CZ in de gemeente Den Haag.

Preventieve kostengroepen (PKG's) in risicoverevening

De risicoverevening compenseert zorgverzekeraars voor verschillen in de samenstelling van hun verzekerdenpopulatie. Alle zorgverzekeraars ontvangen jaarlijks uit het Zorgverzekeringsfonds een vereveningsbijdrage, waarvan de hoogte afhangt van de verzekerdenpopulatie. Het Zorginstituut berekent per zorgverzekeraar de vereveningsbijdrage.
Bij het opnemen van PKG's in het risicovereveningssysteem van de Zorgverzekeringswet, krijgt een zorgverzekeraar vooraf een normatieve bijdrage. Die bijdrage is gebaseerd op het aantal preventieprogramma's dat hij verwacht uit te voeren.

Populatiebekostiging

Bij deze vorm van financiering krijgt een professional of groep professionals een bedrag per inwoner of verzekerde in zijn populatie, ongeacht of deze inwoner of verzekerde welzijn, preventie of zorg gebruikt. Het klassieke voorbeeld is het abonnementstarief van de huisarts: voor iedere patiënt ontvangt de huisarts een vast bedrag, hoe vaak de patiënt ook bij de dokter komt. Voor dit tarief wordt integrale huisartszorg geleverd.

Populatiebekostiging stimuleert doelmatig werken en met name preventiegericht werken: hoe gezonder de burger/patiënt, hoe minder beroep er op de dokter zal worden gedaan.

Populatiebekostiging is het best toepasbaar wanneer het gaat om zorg met een duidelijk preventief of wijk-/regiogebonden karakter.

Valkuilen zijn onder andere: het te complex maken van dit financieringssysteem met extra prikkels voor de uitvoering van bijzondere taken, het vergeten van goede afspraken over toegankelijkheid van zorg en het niet (of niet goed) meten van uitkomsten.

Financiering via de Jeugdzorgregio's

De Jeugdzorgregio's zijn op dit moment in dialoog met zorgaanbieders om de inhoud te bepalen van zowel de jeugdzorg als de ondersteuning voor kwetsbare jeugdigen. Preventie is een onderwerp dat

vaak ter sprake komt in die dialoog. Het wordt echter nog niet vaak concreet gemaakt. Daarvoor is er nog te veel discussie over de precieze inhoud en bekostiging van preventie. Ook is er voor concretisering nog te veel onwennigheid: de transformatie van de jeugdzorg is pas relatief recent begonnen en het huidige jeugdzorgspeelveld is nog jong. Bovendien zoeken sommigen liever andere financieringsbronnen, aangezien preventie via Jeugdzorgregio's afhankelijk is van beleidskeuzes en daarmee mogelijk niet zo structureel en systematisch als wenselijk. Er zijn desondanks goede opties voor financiering van preventie via Jeugdzorgregio's (zie hieronder). Die maken zeker nu kans, nu alle Jeugdzorgregio's grote tekorten hebben. Preventie is interessant voor hen, alleen al om de besparing die het met zich meebrengt.

- *Begroting / budgettair kader*

Gemeenten kunnen – als deel van Jeugdzorgregio's – financiële middelen voor preventie uit de begroting voor de Wmo en Jeugdwet halen ('alloceren op de begroting'). Ook kunnen Colleges de voorstellen bespreken met de Gemeenteraad als onderdeel van de nieuwe aanpak op het sociale domein. Preventie van ongewenste zwangerschapsgeschiedenissen (en de gevolgen daarvan) is een interessant begrotingsonderwerp voor Gemeenten. Op dit onderwerp kunnen ze klein beginnen, met een relatief lage investering, en wel een hoge output terugkrijgen, namelijk inhoudelijke samenwerking en een potentieel hogere financiële opbrengst.

- *Investeringsprikkels voor Gemeenten*

De landelijke overheid kan een Gemeente (via een fonds voor preventie) een financiële investeringsprikkels geven. Dat zou zo'n Gemeente extra kunnen stimuleren om te investeren in preventie. Na de investeringsprikkels zouden Gemeenten op diverse punten afgerekend kunnen worden. Bijvoorbeeld op de mate waarin zij dankzij goed Wmo-beleid in staat zijn geweest om uitgaven te voorkomen onder de Wet langdurige zorg (Wlz). Om een investeringsprikkels tot stand te brengen, zullen Gemeenten in gesprek moeten met de landelijke overheid.

- *Social Return On Investment*

Gemeenten zouden preventie kunnen scharen onder de Social Return On Investment (SROI) die zij in hun aanbestedingen eisen van organisaties. De organisaties die onder de jeugdwet vallen (en dus inschrijven voor een contract met gemeenten) zijn dan gedwongen om in preventie te investeren. En Gemeenten mogen bovendien toetsen of de contractpartners aantoonbaar aan preventie doen.

Toekennen subsidie met afspraken

Het gaat hier om beleid gestuurde contractfinanciering (BCF). Die bestaat uit een aantal

stappen. Allereerst ontwikkelt de Gemeente een visie op de potentiële contractpartner en diens werkgebied. Vervolgens vertaalt zij de visie naar gewenste prestaties, resultaten en effecten. Daarna formuleert de Gemeente de randvoorwaarden en kan de potentiële contractpartner een offerte uitbrengen. De Gemeente kan preventie opnemen in de visie, de randvoorwaarden en/of de gewenste prestaties, resultaten en effecten.

De Gemeente gaat uiteindelijk over tot opdrachtverstrekking, waarbij het contract of de beschikking wordt opgesteld. Het contract – inclusief de alinea's over preventie – vormt de basis voor de dienstverlening van de instelling. De instelling draagt vervolgens zorg voor tussentijdse rapportages. Deze vormen voor de Gemeente de basis om tussentijds te kunnen bijsturen. Ten slotte verantwoordt de instelling het uitgevoerde beleid en de behaalde prestaties en vindt er een evaluatie plaats.

- *Integrale vroeghulp*

Een aantal Gemeenten werkt met integrale vroeghulp. Het is interessant om te onderzoeken waar die op dit moment wordt ingezet, zodat VSV's hierop kunnen aansluiten – met kwetsbare zwangeren als doelgroep. Uiteindelijk zijn de VSV's de vindplaats van deze kwetsbare zwangeren, die later mogelijk kwetsbare gezinnen zullen vormen.

BIJLAGE 3 - BELEMMERINGEN VOOR DE FINANCIERING VAN PREVENTIE

Er zijn diverse mogelijke belemmeringen voor een potentiële financier – zoals een Gemeente of zorgverzekeraar – om preventie te bekostigen. Hieronder staan enkele voorbeelden. Welke belemmering precies opgang doet hangt mede af van het soort organisatie dat de potentieel financierende partij is, van haar mandaat en van haar financiële en maatschappelijke perspectief.

Negatieve kosten-batenverhouding

Sommige partijen zullen puur kijken naar de verhouding tussen de financiële kosten en de financiële baten voor henzelf. Zij zullen dan in de volgende drie situaties op een ‘nee’ uitkomen:

Situatie 1: te weinig financiële baten

Stel: de investering in preventie heeft onvoldoende financiële baten. De investeerder die alleen kijkt naar geld, haakt in dat geval af. Ook als er wel belangrijke niet-financiële baten zijn, zoals: een langer en gelukkiger leven. Er kan een zeer positieve verhouding bestaan tussen de financiële kosten en de niet-financiële, maatschappelijke baten van preventie, maar niet elke investeerder vindt dat genoeg.

Situatie 2: financiële baten in een ander domein

Stel: de investering in preventie heeft wel financiële baten, maar die komen niet ten goede aan de investeerder. Dan kunnen de baten nog zo opwegen tegen de kosten, voor die investeerder zal het geen aantrekkelijke *deal* zijn.

Denk aan een Gemeente die met preventieve activiteiten (deels) kosten bespaart op het gebied van de verzekerde zorg. Deze besparing helpt haar eigen portemonnee niet, wel die van zorgverzekeraars.

Situatie 3: financiële baten bij een andere uitvoerder in hetzelfde domein

Voor zorgverzekeraars geldt dat de baten van een investering in preventie terecht kunnen komen bij een andere zorgverzekeraar. Er zijn hiervoor twee oorzaken.

Ten eerste: als preventie wijk- of gebiedsgericht is, is het vaak niet mogelijk of wenselijk om alleen de eigen verzekerden te bereiken. De investering in preventie van één zorgverzekeraar komt dan automatisch ook ten gunste van (de cliënten van) andere zorgverzekeraars.

Ten tweede: preventie leidt in de regel pas na enige tijd tot baten voor de verzekerde. Maar die verzekerde is niet gedwongen al die tijd bij dezelfde verzekeraar te blijven. Sterker nog: jaarlijks stapt 6 à 7% van de individuele verzekerden over. Het is dus goed mogelijk dat de ene verzekeraar investeert in preventie en de andere verzekeraar daar (deels) de vruchten van plukt.

Verkeerde prikkels in de risicoverevening

De risicoverevening van de Zorgverzekeringswet of het Gemeentefonds kan de bereidheid verkleinen om te investeren in preventie. Zeker naarmate die bereidheid meer afhangt van een financiële kosten-batenanalyse.

Doordat zorgverzekeraars als gevolg van de risicoverevening voor bepaalde groepen van (chronisch) zieken een hogere vergoeding krijgen, neemt de financiële prikkel voor geïndiceerde preventie ten behoeve van deze groepen af. Waarom voorkomen dat je geld krijgt?

Het is niet uit te sluiten dat een vergelijkbaar probleem ook speelt bij het objectief verdeelmodel Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Dit model houdt bij de uitkeringen aan centrumgemeenten bijvoorbeeld rekening met het aantal mensen dat medicijnen gebruikt voor psychische klachten (bijvoorbeeld antidepressiva tegen depressies). Als dat aantal afneemt door preventie, krijgt de Gemeente mogelijk een lagere uitkering vanuit het objectieve verdeelmodel Wmo.

Verkeerde prikkels in de bekostiging van zorgaanbieders

In Nederland krijgen zorgaanbieders veelal betaald op basis van 'zorgproductie'. Dus naarmate een aanbieder meer zorg levert, krijgt hij meer geld. Deze productieprikkel geldt voor vrijwel de hele eerstelijnszorg. Ook de tweedelijnszorg heeft tot op zekere hoogte een productieprikkel.

Zorgverzekeraars maken in de tweede lijn sinds enkele jaren wel gebruik van contractvormen die de omzet beheersen. In veel gevallen betreft het zogenaamde 'plafondafspraken'. Dit betekent dat declaraties tot een van tevoren overeengekomen omzetplafond worden vergoed. Zorgaanbieders voelen zich vaak gestimuleerd om in elk geval genoeg zorg te declareren om het overeengekomen omzetplafond te bereiken. Met deze productiegerichte bekostiging van eerste- en tweedelijnszorg voelen aanbieders geen financiële prikkel om aan preventie te doen. Zij vrezen eerder dat preventie zal leiden tot een lagere omzet.

BIJLAGE 4 - LEDEN VAN DE EXPERTGROEP PREVENTIE

De Expertgroep Preventie bestaat uit de volgende leden, die allen op persoonlijke titel deelnemen aan de groep:

Inger Aalhuizen, KNOV

Peter Achterberg, RIVM

Gerdien Halfman, Kraamzorg Zuid-Gelderland

Karin Keijser, CJG Den Haag

Laura van der Meer-Kappelle, Reinier de Graaf Gasthuis

Marieke Paarlberg, Gelre ziekenhuizen

Tineke Slagter-Roukema, huisarts

Marleen Sterker, GGD Haaglanden

Renee Stoffels, GGD Groningen

Koos van der Velden (voorzitter), Radboudumc

Irene Verhoeven, verloskundige

Adja Waelput, Erasmus MC