

Prenatale voorlichting in de regio Gooi en Vechtstreek

Marjolijn Distelbrink
Ouafila Essayah
Rob Gilsing
Esmey Kromontono

Oktober 2010

Inhoud

1	Inleiding	5
1.1	Inleiding	5
1.2	Prenatale voorlichting	6
1.3	Probleem- en vraagstelling	9
1.4	Onderzoeksopzet	10
1.5	Leeswijzer	11
2	Behoeftte en potentiële vraag: profielen van de negen gemeenten	13
2.1	Inleiding	13
2.2	Aantal geboorten en zuigelingensterfte	13
2.3	Kinderen in armoede	14
2.4	Niet-westerse allochtonen	15
2.5	Tienermoeders en eenoudergezinnen	16
2.6	Opvoedingsvragen en behoefte aan ondersteuning	18
2.7	Conclusies	21
3	Prenatale voorlichting: aanbod en vraag in de negen gemeenten	23
3.1	Inleiding	23
3.2	Methodologie	23
3.3	Het aanbod	24
3.4	Bereik van specifieke doelgroepen	33
3.5	Conclusies	37
4	Prenatale voorlichting: regionale regie	39
4.1	Inleiding	39
4.2	Interviews met beleidsmakers	40
4.3	De expertbijeenkomst	43
4.4	Conclusies en aanbevelingen	45
	Literatuur	51
	Bijlagen:	
1	Aanbieders prenatale voorlichting in de regio Gooi en Vechtstreek	53
2	Deelnemerslijst Expertmeeting	55

1 Inleiding

1.1 Inleiding

Sinds 1 januari 2009 is de verantwoordelijkheid voor prenatale voorlichting overgeheveld naar gemeenten. Voorheen viel de prenatale voorlichting onder de AWBZ. Met de overdracht van taken is een (klein) deel van de AWBZ-middelen overgebracht naar de Brede doeluitkering Centrum voor Jeugd en Gezin, die gemeenten van het Rijk ontvangen. Prenatale voorlichting zou onderdeel moeten worden van het gemeentelijke jeugdbeleid. Gemeenten hebben beleidsvrijheid om hun taak op het gebied van prenatale voorlichting naar eigen inzicht in te vullen. Nu de middelen in de Brede doeluitkering Centrum voor Jeugd en Gezin zijn ondergebracht, is de verwachting dat de prenatale voorlichting gekoppeld wordt aan de (in veel gemeenten nog in ontwikkeling zijnde) Centra voor Jeugd en Gezin.

Prenatale voorlichting is bedoeld om aanstaande ouders goed te informeren over zwangerschap, bevalling en de eerste periode als jonge ouder. Ook kan prenatale voorlichting bijdragen aan preventie en het vroegtijdig signaleren van risicokinderen. Goede en laagdrempelige prenatale voorlichting bereidt aanstaande ouders voor op wat komen gaat, wijst op mogelijke risico's en geeft informatie over instanties die zorg, hulp of ondersteuning kunnen bieden.

Op dit moment wordt de voorlichtingstaak meestal uitgevoerd door verloskundigen, huisartsen, en fysiotherapeuten, in samenwerking met andere partijen als thuiszorg of JGZ.

De gemeenten in de regio Gooi en Vechtstreek hadden geen goed inzicht in hun mogelijke taken bij prenatale voorlichting. In het portefeuillesoverleg van de negen gemeenten van 10 september 2009 is besloten een onderzoek te laten uitvoeren. Het doel daarvan is het in beeld brengen van de bestaande vraag en het bestaande aanbod op dit gebied en de toekomstige behoefte. Dit laatste punt hangt samen met de ontwikkeling van de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG's). In dit rapport wordt verslag gedaan van dit onderzoek.

1.2 *Prenatale voorlichting*

Aanstaande ouders hebben veel vragen over de zwangerschap, de bevalling en de periode daarna. Goede prenatale voorlichting bereidt de ouders voor op wat komen gaat en informeert hen over mogelijke risico's. Het maakt ook duidelijk waar zij naartoe kunnen voor zorg, hulp of ondersteuning. Een vroegtijdig contact tussen voorlichtende instantie en de aanstaande ouders is daarbij essentieel. Daardoor werkt prenatale voorlichting preventief. Als aanstaande ouders goed geïnformeerd zijn en de weg naar hulp en ondersteuning weten te vinden, zijn eventuele problemen voor het kind of het gezin te voorkomen of in een vroegtijdig stadium te onderkennen en aan te pakken.

Daarnaast kunnen aanstaande moeders die deelnemen aan collectieve vormen van prenatale voorlichting een sociaal netwerk opbouwen dat anders waarschijnlijk niet tot stand was gekomen. Juist voor aanstaande moeders bij wie sprake is van mogelijke risico's, is ondersteuning uit de naaste omgeving belangrijk bij het voorkomen en oplossen van latere problemen.

De behoefte aan prenatale voorlichting verschilt per doelgroep. De ene aanstaande ouder heeft behoefte aan een cursus, terwijl de ander op zoek is naar contact en ondersteuning. Ouders die niet goed op de hoogte zijn van de organisatie van de zorg in Nederland of die de Nederlandse taal niet goed beheersen, zijn alleen te bereiken met een specifiek, toegesneden passend aanbod. Ook via informatie op internet (bijvoorbeeld Hallo Wereld) kunnen ouders goed worden geholpen. Het aanbod kan collectief zijn (groepsvoorlichting) en/of individueel gericht (huisbezoeken).

De rol van gemeenten

Vrijwel alle ouders die hun eerste kind verwachten, komen in contact met de huisarts, verloskundige of gynaecoloog. Deze prenatale zorg is erop gericht dat de zwangerschap normaal verloopt, bereidt voor op de bevalling en is opgenomen in het basispakket van ziektekostenverzekeringen. De zorg wordt uitgevoerd door de bovengenoemde partijen. Het gaat om de standaard (medische) begeleiding die zwangere vrouwen en hun partners krijgen voor en bij de geboorte. De gemeente is per 2009 opdrachtgever voor de prenatale voorlichting die niet in het basispakket ziektekostenverzekeringen is opgenomen. Het betreft hier extra vormen van informatieoverdracht en ondersteuning tijdens de zwangerschap. Deze moeten de zwangerschap, de bevalling of de overgang naar het ouderschap vergemakkelijken. Voorbeelden zijn groepsvoorlichtingen over de bevalling of over borstvoeding of zwangerschapsgym of -yoga. In haar regierol bij de prenatale voorlichting bewaakt de gemeente het proces en stuurt ze op het eindresultaat. Daarnaast let de gemeente op de kwaliteit. Het gaat dan vooral om het bereiken van kwetsbare of risicogroepen en de mate waarin het aanbod aansluit op de vraag. Het ministerie voor Jeugd en Gezin ziet daarbij een belangrijke rol voor het CJG.

Het is dus van belang dat gemeenten een duidelijke opdracht formuleren op het gebied van prenatale voorlichting, mogelijk aan de CJG's, en dat zij aan het eind controleren of aan de opdracht is voldaan, op basis van heldere indicatoren. Twee belangrijke aandachtspunten hierbij zijn te verhinderen dat partijen langs elkaar heen werken en te achterhalen of bepaalde doelgroepen daadwerkelijk worden bereikt.

Gemeenten zijn niet wettelijk verplicht een bepaald aanbod prenatale voorlichting te doen. Het staat de gemeente vrij om de uitvoering van prenatale voorlichting daar te leggen waar ze dat nuttig vindt. De gemeente mag dus zelf kiezen welke doelgroepen in aanmerking komen en welk aanbod geschikt is.

Risicogroepen

Om te bepalen of er voldoende aanbod is voor kwetsbare of risicogroepen, ligt er eerst de vraag: wie behoren tot deze groepen? Eén manier om daarnaar te kijken is aan de hand van cijfers over zuigelingensterfte. Bekend is dat de zuigelingensterfte onder niet-westerse allochtone ouders beduidend hoger is dan onder autochtonen (CBS, 2007). Wat dat betreft vormt deze categorie daarmee een risicogroep. De hoogste sterftcijfers komen voor onder baby's met ten minste één Antilliaanse ouder. Hun kans om te overlijden is circa vijftig procent groter dan die van autochtone baby's. De hogere zuigelingensterfte onder Antillianen hangt onder meer samen met het grotere aandeel tienermoeders in deze groep. Een ongunstige sociaaleconomische positie en een hogere prevalentie van seksueel overdraagbare aandoeningen zijn kenmerkend voor deze jonge moeders, en al deze factoren hebben een ongunstig effect op de overlevingskansen van het kind. Ook jongere en oudere vrouwen of vrouwen met een vijfde kind of meer (samen minder dan drie procent van alle zwangeren) hebben een verhoogd risico op perinatale sterfte. Dit blijkt uit gegevens uit de Landelijke Verloskunde en Neonatologie Registraties (PRN) over de periode 2000-2006 (Ravelli et al., 2008).

Andere factoren die een risico vormen voor perinatale sterfte zijn alleenstaand ouderschap, lage sociaal economische status, overgewicht, roken tijdens zwangerschap en meerlingenzwangerschap (Richardus et al., 1998; Waelput & Achterberg, 2007b; Smith & Fretts, 2007).

Uit onderzoek blijkt dat er niet alleen sprake is van meer dan gemiddelde perinatale sterfte onder bepaalde etnische groepen. Ook is soms de kennis over preventie bij sommige groepen minder groot, wat pleit voor betere voorlichting tijdens de zwangerschap. Zo komt uit een recent onderzoek onder verloskundigen en allochtone moeders in Rotterdam naar voren dat de kennis over prenatale screening bij allochtone vrouwen veel minder goed is dan bij autochtone vrouwen. Vooral Turkse vrouwen weten weinig over prenatale screening, zowel over de doelen en gang van zaken, als over de risico's ervan (bijvoorbeeld de kans op een miskraam na een vruchtwaterpunctie). Door de beperkte kennis maken vrouwen soms keuzen waarvan ze later spijt hebben (Fransen, 2010). In hetzelfde onderzoek wordt geconstateerd dat er nog veel verbeterd kan worden wat betreft het gebruik

van vertaalde materialen en de inzet van tolken, om vrouwen beter te informeren. Ook de landelijke stuurgroep zwangerschap en geboorte beveelt dit aan.

Wat is er al voor aanbod, specifiek gericht op niet-westerse allochtone groepen of andere risicogroepen? We noemen hier enkele voorbeelden. Het KNOV heeft een aantal algemene informatiefolders in meer talen vertaald. Vooral in wat grotere steden is specifiek aanbod voorhanden dat is gericht op afzonderlijke etnische groepen. Bijvoorbeeld de cursus Blijde moeders, blijde Baby's, die enige jaren terug voor Turkse moeders is ontwikkeld door de GGD in Amsterdam. Het betrof een cursus in de eigen taal met enkele groepsbijeenkomsten tijdens de zwangerschap en één na de bevalling, individuele consulten en huisbezoeken.

Een ander bekend programma dat zich richt op risicogroepen betreft VoorZorg. VoorZorg is een preventief huisbezoekprogramma voor aanstaande moeders met een verhoogd risico: tienermoeders die hun opleiding niet afgemaakt hebben en geen steunend netwerk hebben. Het programma loopt van vijf maanden voor de geboorte tot 24 maanden na de geboorte. Het is een programma dat in Amerika effectief gebleken is in het tegengaan van verwaarlozing, kindermishandeling, schooluitval en werkloosheid van de moeder (Kooijman et al., 2008).

Een mogelijk aanbod voor risicogroepen kan ook bestaan uit prenataal huisbezoek: verloskundigen, gynaecologen, huisartsen of maatschappelijk werkers kunnen zwangere vrouwen die naar hun indruk tot een risicogroep behoren en extra ondersteuning nodig hebben, aanmelden bij de jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar (of het Centrum voor Jeugd en Gezin). De jeugdverpleegkundige van het consultatiebureau in de wijk of het stadsdeel waar de aanstaande moeder/ouders wonen komt op huisbezoek. De aanstaande moeder/ouders krijgen ondersteuning en advies over het omgaan met de zwangerschap en de naderende geboorte. Tijdens dit bezoek komen onderwerpen aan de orde als gezondheid en leefstijl gedurende de zwangerschap en praktische zaken als kraamzorg, opleiding, wonen, financiële situatie et cetera. Indien nodig, of gewenst, kunnen (aanstaande) ouders ondersteund worden bij een hulpvraag.

Preventie kan zelfs al vóór de zwangerschap beginnen. Rotterdam experimenteert met betere voorlichting aan een diverse populatie vrouwen in de preconceptiefase binnen het programma 'Klaar voor een kind'. De GGD heeft dit bredere programma, dat is gericht op het omlaag brengen van de kindersterfte in Rotterdam, ontwikkeld in samenwerking met Erasmus MC en andere partijen. Aanleiding vormde de gemiddeld hoge kindersterfte in Rotterdam. Dat cijfer hangt onder andere samen met de minder goede kennis over gezond zwanger zijn bij migrantengroepen. Verloskundigen en huisartsen houden binnen dit programma kinderwens-sprekuren. Ze brengen het spreekuur op allerlei creatieve manieren onder de aandacht van een brede doelgroep. Er is specifieke preconceptievoorlichting voor Turkse en Marokkaanse vrouwen en mannen met een kinderwens. Het programma is niet alleen gericht op de preconceptiefase, maar ook op de fase erna: de zwanger-

schap en de kraamtijd. Doel is onder meer om moeders eerder in de zwangerschap in contact te brengen met verloskundigenzorg, vrouwen beter voor te lichten over de bevalling en de zorg daaromheen, en het gebruik van kraamzorg te vergroten (zie verder www.klaarvooreenkind.nl).

1.3 *Probleem- en vraagstelling*

Opdrachtgever voor dit onderzoek waren negen gemeenten in de regio Gooi en Vechtstreek: Hilversum, Wijdemeren, Bussum, Huizen, Blaricum, Laren, Muiden, Weesp en Naarden.

Het doel van dit onderzoek is dat:

1. De betrokken gemeenten inzicht krijgen in door wie en op welke wijze er momenteel prenatale zorg en voorlichting wordt aangeboden en hoeveel gebruik daarvan wordt gemaakt.
2. De gemeenten inzicht hebben in welk aanbod er nodig en inzetbaar is voor risicogroepen.

Met de resultaten van dit onderzoek moet elke gemeente in staat zijn om vast te stellen hoe, waar en onder welke voorwaarden (de beperkte) gemeentelijke middelen voor prenatale voorlichting¹ worden ingezet. Het onderzoek moet een bijdrage leveren aan het maken van een keuze tussen een algemeen aanbod op dit terrein en/of een aanbod dat zich alleen of in het bijzonder richt op risicogroepen.

Dat leidt tot de volgende vraagstelling:

1. Hoe groot zijn de verschillende risicogroepen in de negen gemeenten?
2. Wat is het huidige aanbod en wie zijn de huidige aanbieders van prenatale voorlichting? Welke voorzieningen werden door de AWBZ gefinancierd? Wie maken van welke voorzieningen gebruik? Welk aanbod heeft een regionale functie en welk aanbod een lokale functie?
3. Welk aanbod is er in de negen gemeenten voor risicogroepen?
4. Welke vormen van prenatale voorlichting vallen onder aanvullende ziektekostenverzekeringen? Wat is de kwaliteit en kwantiteit van het product per aanbieder?
5. Welke voorlichtingsvoorzieningen verdwijnen er als gemeenten geen middelen inzetten voor prenatale voorlichting?
6. Zijn vraag en aanbod in de regio en/of de negen gemeenten voldoende op elkaar afgestemd?
7. Wat is een mogelijke rol voor de Centra voor Jeugd en Gezin in de prenatale voorlichting?

1 Volgens de circulaire waarin de uitkeringen prenatale voorlichting voor gemeenten bekend worden gemaakt, gaat het in 2009 voor de negen gemeenten om een bedrag van € 92.000.

De focus in het onderzoek ligt op de vraag wat er aan voorzieningen is, wat er door de overheveling van de prenatale voorlichting van AWBZ naar de brede doeluitkering is verdwenen of gaat verdwijnen, en voor welke groepen dat tot (grote) risico's leidt.

1.4 Onderzoeksopzet

Het onderzoek is gericht op het vaststellen van het aanbod en het wenselijke aanbod, het vaststellen van de doelgroep en het afstemmen van vraag en aanbod op elkaar.

A. Vaststellen van het aanbod en het wenselijke aanbod

In het onderzoek is via interviews met medewerkers van de instellingen die momenteel prenatale zorg en voorlichting aanbieden, geïnventariseerd wat het huidige aanbod is. Wie wordt met het huidige aanbod bereikt, welk aanbod heeft een regionale functie en welk aanbod een lokale functie (onderzoeksvraag 2)? Ook is inzicht verkregen in de vraag welke voorzieningen zijn verdwenen of veranderd door de overheveling van de AWBZ naar de Brede doeluitkering (onderzoeksvraag 5). Ook is in deze interviews geïnventariseerd welk aanbod er is voor bepaalde risicogroepen (bijvoorbeeld aanstaande ouders met een lage sociaaleconomische status, tienermoeders en aanstaande ouders uit migrantengroepen) en wat voor hen het meest wenselijke aanbod is (onderzoeksvraag 2 en 3). Tot slot is in de interviews ingegaan op de kosten en de gevraagde eigen bijdragen voor ouders van verschillende voorzieningen.

B. Vaststellen van de doelgroep

Gemeenten willen zich, als het gaat om het organiseren van prenatale voorlichting, onder andere bezinnen op de vraag of en in hoeverre zij hun aanbod specifiek willen richten op bepaalde risicogroepen (onderzoeksvraag 1). Te denken valt aan (aanstaande) ouders met een lage sociaaleconomische status, tienermoeders en (aanstaande ouders) uit migrantengroepen. Om zicht te krijgen op het aantal (aanstaande ouders) en de omvang van risicogroepen daarbinnen is gebruik gemaakt van drie bronnen. Allereerst van de dataset Kinderen in Tel van het Verwey-Jonker Instituut. Daarin is onder andere het percentage tienermoeders per gemeente opgenomen, evenals het aandeel kinderen dat in een uitkeringsgezin leeft per gemeente, en de sterfte onder zuigelingen en jonge kinderen. De gegevens zijn aangevuld met cijfers van de GGD en het CBS.

C. Vraag en aanbod op elkaar afstemmen

Ten slotte is de vraag aan de orde of vraag en aanbod voldoende op elkaar afgestemd zijn (onderzoeksvraag 6). In gesprekken met vertegenwoordigers van instellingen die voorlichting verzorgen (zie A) is al verkend wie er daadwerkelijk worden bereikt via de prenatale voorlichting. Ook is in kaart gebracht of deze

instellingen specifieke middelen inzetten of zouden willen inzetten om risicogroepen, waaronder allochtone groepen, te bereiken. Dit geeft al een eerste antwoord op de vraag in hoeverre het aanbod voldoet. Een vraag daarnaast luidt of gemeenten zelf een specifiek aanbod willen doen aan risicogroepen. Via interviews met gemeenten is geïnterviewd op welke doelgroepen de gemeenten zich (willen) richten en wat daarbij een passend aanbod is. Met de gemeenten, evenals met de regionale projectleider CJG is verder gesproken over de vraag welke rol het CJG kan vervullen bij de prenatale voorlichting (onderzoeksvraag 7). Een mogelijk voordeel van het organiseren van de prenatale voorlichting vanuit het CJG is dat de samenwerking tussen de jeugdgezondheidszorg, de verloskunde en de kraamzorg verder wordt versterkt. Ouders hebben dan één duidelijke plek waar zij alle informatie over prenatale voorlichting kunnen vinden.

D. Quick scan polissen aanvullende ziektekostenverzekering

Naast de gemeente kan een ziektekostenverzekeraar op basis van een aanvullende ziektekostenverzekering bepaalde vormen van prenatale voorlichting vergoeden. Daarom is gekeken welke vormen van prenatale voorlichting vallen onder aanvullende ziektekostenverzekeringen. Dit om te voorkomen dat specifieke vormen die al vergoed worden uit de (aanvullende) zorgverzekering, dubbel met het aanbod van de gemeente (onderzoeksvraag 4).

E. Expertmeeting

Het onderzoek is afgesloten met een expertmeeting. Daarin zijn de bevindingen voorgelegd aan een kring van betrokkenen: vertegenwoordigers van CJG's (in oprichting), representanten van andere betrokkenen bij prenatale zorg en vertegenwoordigers van gemeenten. Uit de expertmeeting is een voorstel voortgekomen met het wenselijke aanbod, de partijen die erbij betrokken moeten zijn en de groepen op wie het aanbod zich in het bijzonder zal richten.

1.5 Leeswijzer

Dit rapport volgt de opbouw van het onderzoek. In hoofdstuk 2 schetsen we de probleemprofielen van de negen gemeenten aan de hand van de (relatieve) omvang van risicogroepen. Daarna gaan we kort in op de prevalentie van opvoedvragen, zorgen om de opvoeding en de behoefte aan opvoedingsondersteuning. In hoofdstuk 3 staat het aanbod centraal. Daarover komen de aanbieders van prenatale voorlichting aan het woord. Specifieke aandacht schenken we aan het aanbod voor risicogroepen. In hoofdstuk 4 gaat het voornamelijk over de gemeentelijke taak bij prenatale voorlichting. Daar komen in eerste instantie beleidsmakers aan het woord. Die gemeentelijke taak was ook onderwerp van bespreking tijdens een expertmeeting. De resultaten hiervan komen eveneens in het vierde hoofdstuk aanbod. Tot slot beantwoorden we in hoofdstuk 4 de onderzoeksvragen, waarbij de beantwoording van de laatste onderzoeksvraag ook aanbevelingen aan de negen gemeenten bevat.

2 *Behoeft en potentiële vraag: profielen van de negen gemeenten*

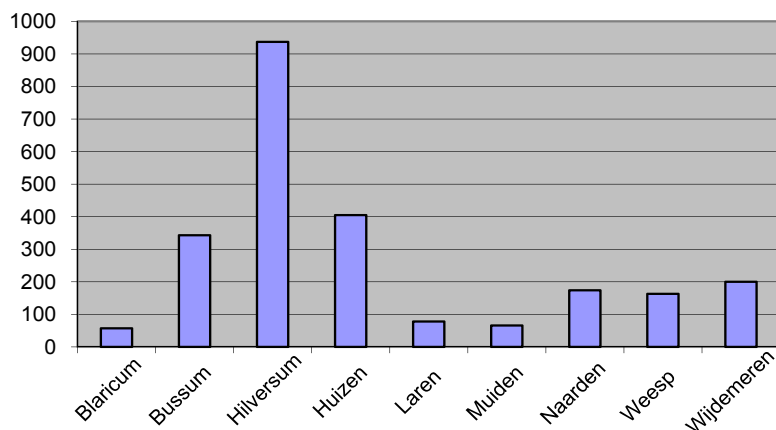
2.1 *Inleiding*

In hoofdstuk 1 is ingegaan op een aantal mogelijke risicofactoren die de behoefte aan en vraag naar prenatale voorlichting beïnvloeden. In dit hoofdstuk schetsen we per gemeente de prevalentie van enkele van deze factoren. Achtereenvolgens kijken we naar het aantal geboorten en de zuigelingensterfte, kinderen in armoede, niet-westerse allochtonen, en tienermoeders en eenoudergezinnen. Ook gaan we in op de concrete vraag naar opvoedingsondersteuning, zoals vastgesteld door de GGD Gooi en Vechtstreek in de Gezondheidspeiling Volwassen 2008. In de laatste paragraaf trekken we conclusies.

2.2 *Aantal geboorten en zuigelingensterfte*

In de regio Gooi en Vechtstreek worden jaarlijks zo'n 2.500 kinderen geboren (cijfers 2007 en 2008). Veruit de meeste geboorten vinden plaats in Hilversum: bijna duizend (zie figuur 2.1). Minder dan honderd geboren zien we in Blaricum, Muiden en Laren. Het geboortecijfer (aantal geboren per honderd inwoners) is het hoogst in Hilversum, Bussum Muiden en Naarden; daar is het hoger dan tien. In Blaricum en Laren is het cijfer het laagst: tussen de zes en zeven.

Figuur 2.1: Aantal geboorten, per gemeente, 2008 Bron: CBS



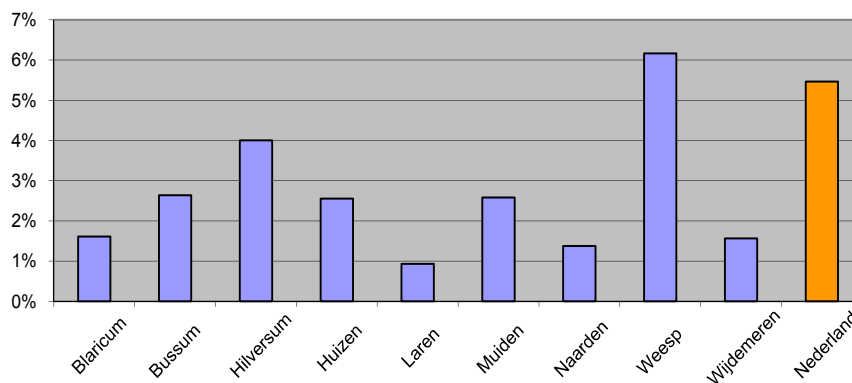
In 2008 kwam in zes van de negen gemeenten geen zuigelingensterfte voor (overleden kinderen in het eerste levensjaar) (zie Kinderen in Tel 2010). In Hilversum (3,2 ‰), Huizen (7,4 ‰) en Weesp (18,4 ‰) wel. Het gaat om promillages; dat betekent dat in Hilversum per duizend 0- tot 1-jarigen 3,2 kinderen overleden. In absolute aantallen gaat het in Hilversum in totaal om zo'n vier kinderen, in Huizen om drie kinderen en in Weesp eveneens om drie kinderen.²

2.3 Kinderen in armoede

Alleen in Hilversum woont een deel van de 0- t/m 17-jarigen (3%) in een achterstandswijk. In de andere gemeenten zijn geen achterstandswijken volgens de definitie van Kinderen in Tel, dus wonen er ook geen kinderen in achterstandswijken.

Het percentage kinderen in armoede (gedefinieerd als het aandeel kinderen dat deel uitmaakt van een gezin dat moet leven van een uitkering) varieert (figuur 2.2). Het is het hoogst in Weesp (6,2%; zo'n tweehonderd 0-17-jarigen), gevolgd door Hilversum (4,0%; een kleine zeshonderd 0- t/m 17-jarigen). In de andere gemeenten is het percentage lager dan 3%. Met uitzondering van Weesp zitten alle gemeenten (ruim) onder het landelijk gemiddelde.

Figuur 2.2: Aandeel 0- t/m 17-jarigen in uitkeringsgezin, per gemeente en in Nederland, 2008. Bron: Kinderen in Tel, 2010



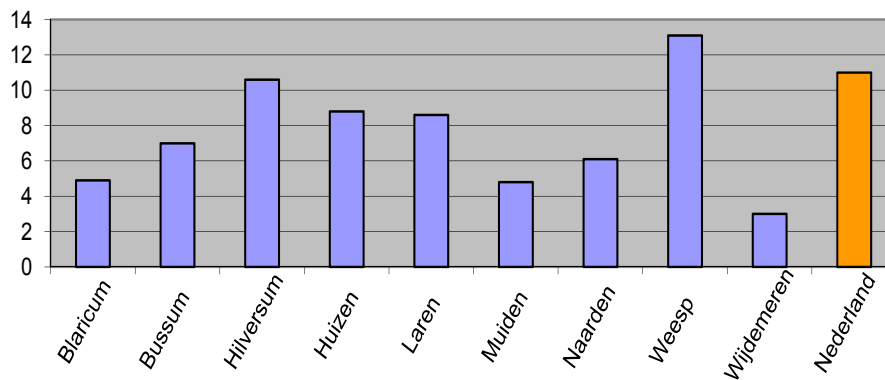
² De zuigelingensterfte kan zeker in kleine gemeenten sterk fluctueren, omdat een of twee gestorven zuigelingen meer of minder een grote invloed hebben op het promillage. In 2007 kwam in vijf van de negen gemeenten geen zuigelingensterfte voor, en was die in Weesp met 9,22 ‰ 50% lager dan in 2008. Muiden is de enige gemeente die in de periode van 2004-2008 geen zuigelingensterfte kende. Bron: Kinderen in Tel 2006; ibid. 2007; ibid. 2008; ibid. 2009; ibid. 2010.

2.4 Niet-westerse allochtonen

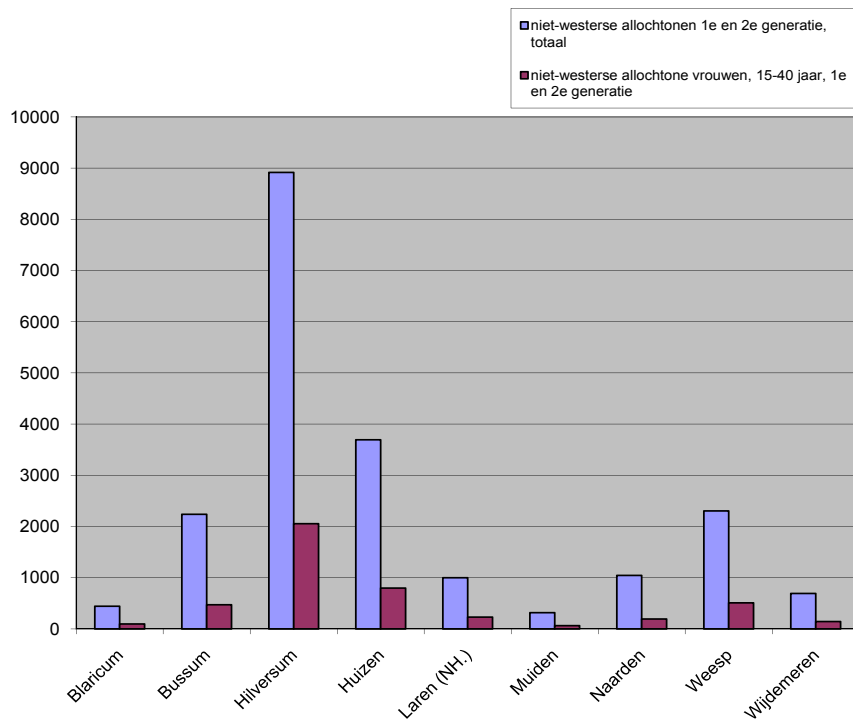
Onder niet-westerse allochtonen is de zuigelingensterfte hoger, zoals aangegeven in hoofdstuk 1. Daarmee is niet-westerse herkomst een risicofactor om rekening mee te houden in het aanbod van prenatale voorlichting. In Gooi en Vechtstreek heeft Weesp een vrij hoog percentage niet-westerse allochtonen, zo'n 2% hoger dan het landelijke cijfer (zie figuur 2.3). Het gaat om niet-westerse allochtonen van de eerste en de tweede generatie. In Hilversum is het aandeel ongeveer gelijk aan het landelijk gemiddelde. Vooral in Muiden, Naarden en Wijdemeeren is het percentage relatief laag. In figuur 2.4 zijn per gemeente de absolute aantallen niet-westerse allochtonen opgenomen, evenals het aantal allochtone vrouwen in de leeftijdscategorie waar de meeste kinderen worden geboren (15 tot 40 jaar). In Hilversum is het aantal allochtonen met bijna negenduizend aanzienlijk; ruim tweeduizend hiervan zijn vrouwen van 15 tot 40 jaar. In Huizen zijn er zo'n achthonderd allochtone vrouwen van 15 tot 40 jaar, en in Weesp en Bussum zo'n vijfhonderd. In Blaricum en Muiden wonen ook in absolute aantallen weinig niet-westers allochtonen, het aantal 15- tot 40-jarige vrouwen is er lager dan honderd.

Hilversum kent dus zowel verhoudingsgewijs als absoluut een aanzienlijke groep allochtonen. Daarna volgen Weesp, Huizen en Bussum. In de overige gemeenten is deze risicofactor bij zuigelingensterfte beperkt aanwezig.

Figuur 2.3: Percentage niet-westerse allochtonen, per gemeente, 2009. Bron: CBS



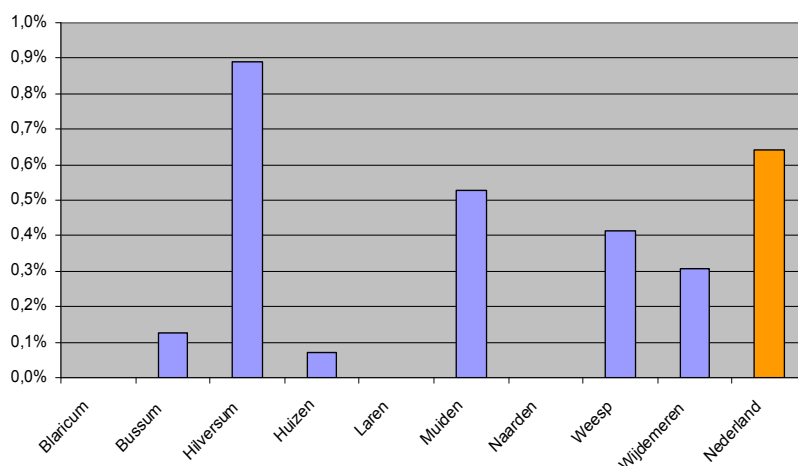
Figuur 2.4: Aantal niet-westerse alloctonen en vrouwen 15 tot 40 jaar, 1e en 2e generatie, 2009. Bron: CBS



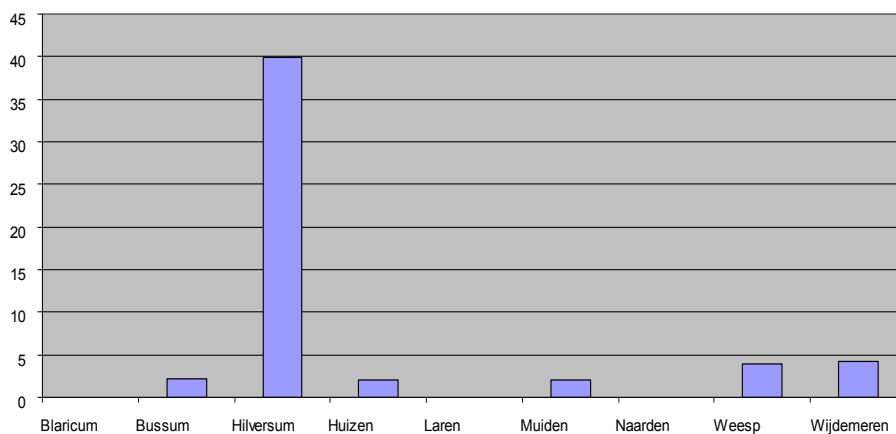
2.5 Tiernormoeders en eenoudergezinnen

Tiernormoederschap is een andere risicofactor. Het percentage tiernormoeders (aantal 15- t/m 19-jarige moeders als percentage van het aantal 15- tot en met 19-jarigen) is het hoogst in Hilversum, met 0,89%. In alle andere gemeenten ligt het percentage beduidend onder het landelijk gemiddelde (zie figuur 2.5). In absolute aantallen gaat het ook alleen in Hilversum om een substantieel aantal van veertig; in de overige gemeenten waren er in 2008 minder dan vijf tiernormoeders (zie figuur 2.6).

Figuur 2.5: Percentage 15- t/m 19-jarige moeders als % van aantal 15 t/m 19-jarige meisjes, per gemeente, 2008. Bron: Kinderen in Tel, 2010

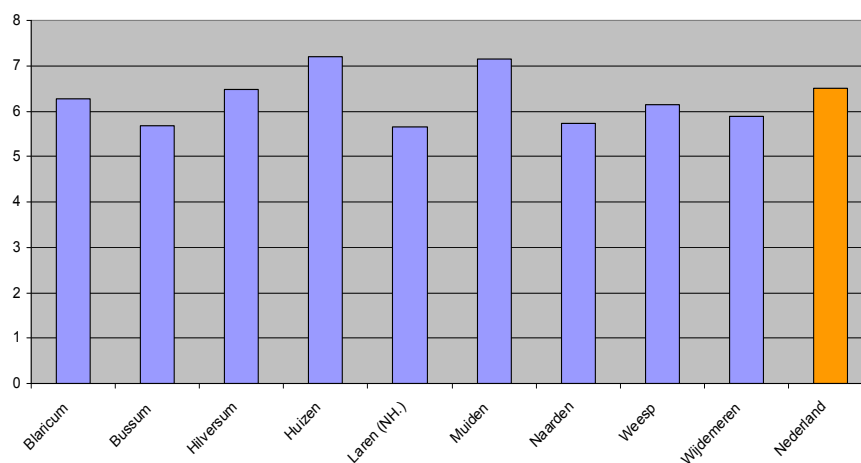


Figuur 2.6: Aantal 15- t/m 19-jarige moeders, per gemeente, 2008. Bron: Kinderen in Tel, 2010. Bron: CBS

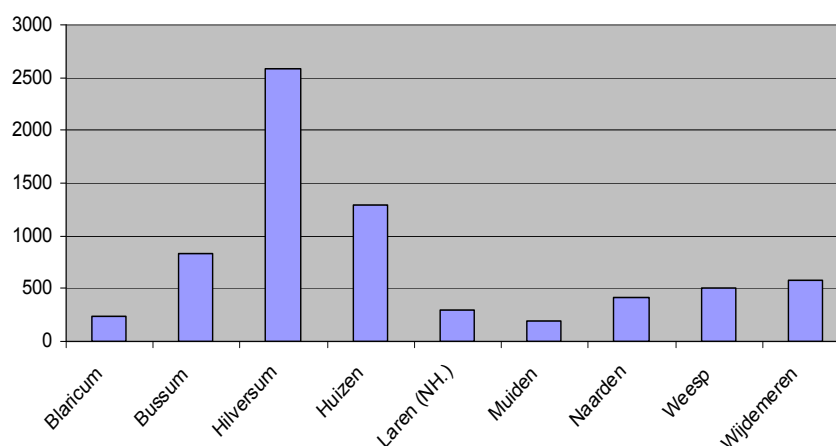


Als we kijken naar de aanwezigheid van eenoudergezinnen in de negen gemeenten, dan valt op dat er verhoudingsgewijs geen grote verschillen zijn tussen de negen gemeenten (zie figuur 2.7). De percentages liggen allemaal dicht tegen het landelijke gemiddelde van ruim 6%. Dat betekent ook dat de absolute aantallen sterk samenhangen met de inwoneraantallen van de gemeenten (zie figuur 2.8). Hilversum kent veruit de meeste eenoudergezinnen (zo'n 2.500), gevolgd door Huizen met circa 1.300. In Blaricum, Muiden en Laren wonen de minste eenoudergezinnen.

Figuur 2.7: Eenoudergezinnen, als % van het aantal huishoudens, per gemeente, 2009.
Bron: CBS



Figuur 2.8: Aantal eenoudergezinnen, per gemeente, 2009. Bron: CBS

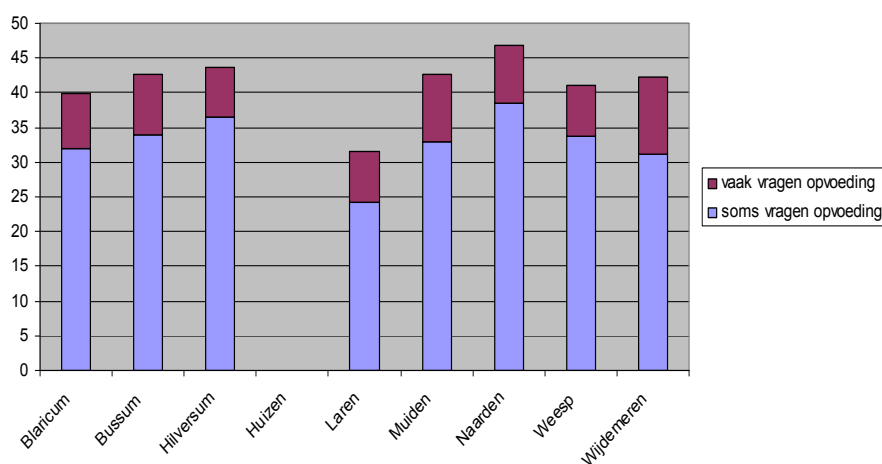


2.6 Opvoedingsvragen en behoefte aan ondersteuning

In de Gezondheidspeiling Volwassenen 2008 van de GGD Gooi- en Vechtstreek (Van Acker, 2009) is aan ouders met thuiswonende kinderen gevraagd of zij wel eens vragen of zorgen hebben over de opvoeding van hun kinderen, en of zij behoefte hebben aan deskundige ondersteuning. Dit kan een indicator zijn voor te verwachten vragen of problemen bij eerste of volgende geboorten in gezinnen. In deze paragraaf rapporteren we de verschillen tussen gemeenten. In het algemeen zijn er geen betekenisvolle verschillen.

Een op de tien ouders heeft vaak of (bijna) altijd vragen over de opvoeding. Het percentage is het hoogst in Wijdemeeren (11%) en het laagst in Hilversum, Laren en Weesp (7%) (zie figuur 2.9). Daarnaast heeft ruim een derde deel van de ouders (37%) soms vragen over de opvoeding van de kinderen. Dit percentage is in Naarden en Hilversum wat hoger; vooral in Laren is het met 24% relatief laag. Als we beide categorieën ouders bij elkaar optellen, dan heeft Naarden de meeste ouders met opvoedingsvragen, maar de gemeenten ontlopen elkaar niet veel. Alleen in Laren is het aandeel ouders met opvoedingsvragen tamelijk laag. Ouders met kinderen tot en met drie jaar hebben vaker vragen dan ouders met oudere kinderen.

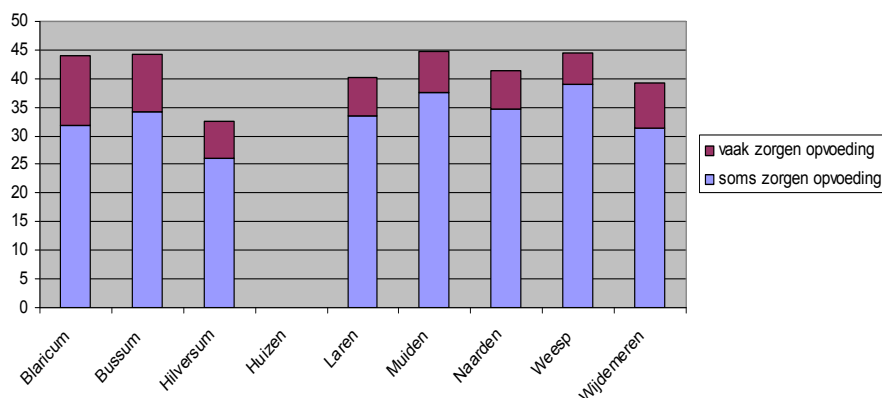
Figuur 2.9: Vragen over opvoeding bij ouders, per gemeente, 2008. N.B. cijfers over Huizen niet beschikbaar. Bron: GGD Gooi en Vechtstreek



Het aandeel ouders dat zich wel eens zorgen maakt om de opvoeding is iets lager dan het aandeel ouders dat wel eens of vaak vragen heeft (zie figuur 2.10). Negen procent van de ouders heeft vaak of (bijna) altijd opvoedingszorgen, en iets meer dan een derde (35%) soms. Het aandeel ouders dat vaak zorgen heeft, is het hoogst in Blaricum en Bussum (twaalf dan wel tien procent, zie figuur 2.11). In de overige gemeenten liggen deze percentages tussen de 6 en 8 procent. Het aandeel ouders dat zich soms zorgen maakt over de opvoeding is relatief hoog in Weesp en Muiden (38%) en relatief laag in Hilversum (26%). Het aandeel ouders dat zich wel eens (soms of vaak) zorgen maakt om de opvoeding, is het laagst in Hilversum en Wijdemeeren en het hoogst in Blaricum, Bussum, Muiden en Weesp.

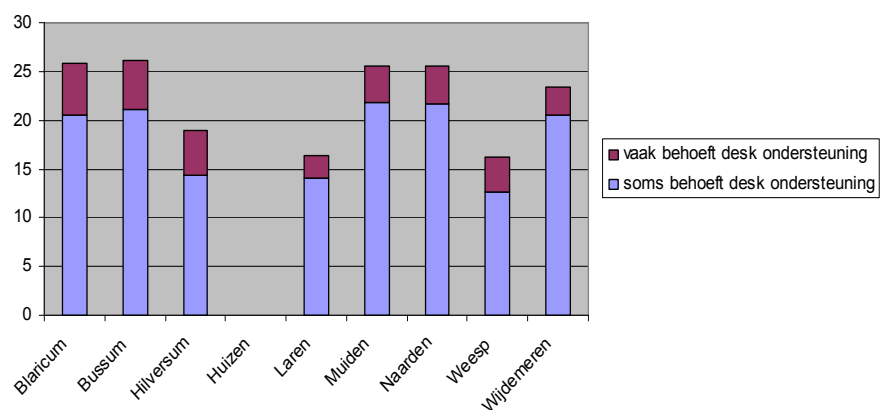
Opvoedingszorgen komen in tegenstelling tot opvoedingsvragen wat vaker voor bij ouders van oudere kinderen. Vooral over kinderen boven de 12 maken nogal veel ouders zich vaak zorgen.

Figuur 2.10: Zorgen om opvoeding bij ouders, per gemeente, 2008. N.B. cijfers over Huizen niet beschikbaar. Bron: GGD Gooi en Vechtstreek



Tot slot heeft de GGD aan ouders gevraagd of zij behoefte hebben aan opvoedingsondersteuning (zie figuur 2.11). Ruim driekwart van de ouders (76%) zegt daar (bijna) nooit behoefte aan te hebben. Bijna een vijfde (19%) heeft soms die behoefte, en een op de twintig ouders (5%) heeft die behoefte vaak of (bijna) altijd. De behoefte is het grootst in Blaricum, Bussum, Muiden, Naarden en Wijdemeren (zo'n driekwart heeft soms of vaak een ondersteuningsbehoefte) en het kleinst in Hilversum, Laren en Weesp (zie figuur 2.12). Ook hier geldt dat vooral de groep ouders die vaak behoefte heeft aan ondersteuning wat groter is bij ouders met kinderen in de puberleeftijd.

Figuur 2.11: Behoeftte aan opvoedingsondersteuning bij ouders, per gemeente, 2008 N.B. cijfers over Huizen niet beschikbaar. Bron: GGD Gooi en Vechtstreek



2.7 *Conclusies*

De negen gemeenten in Gooi en Vechtstreek hebben vanuit het landelijk perspectief gezien geen hoog risicoprofiel als het gaat om de pre- en perinatale periode. De zuigelingensterfte is laag, het aantal tienermoeders is met uitzondering van Hilversum verwaarloosbaar. Het aandeel eenoudergezinnen ligt rond het Nederlandse gemiddelde. Desondanks kent de regio wel risicogroepen.

In de eerste plaats moet een deel van de gezinnen zien rond te komen van een uitkering. Een laag inkomen betekent vaak een lage sociaaleconomische status, en dat is een risicofactor in de pre- en perinatale periode (zie hoofdstuk 1). Weesp scoort op deze factor boven het landelijk gemiddelde, Hilversum komt er in de buurt. De overige zeven gemeenten scoren wat lager.

In de tweede plaats is bekend dat de zuigelingensterfte onder baby's van niet-westerse allochtone vrouwen hoger is dan onder andere groepen. De groep niet-westerse allochtone vrouwen is in Hilversum relatief groot. In Weesp, Huizen en Bussum is de groep veel kleiner, maar zeker niet onbeduidend.

We kunnen concluderen dat Hilversum en Weesp de gemeenten zijn met het hoogste risicoprofiel in de pre- en perinatale periode, waarbij we nogmaals beklemtonen dat deze gemeenten in landelijk perspectief niet zouden opvallen. Huizen en Bussum volgen op enige afstand. In de overige vijf gemeenten is het risicoprofiel laag. Er is geen relatie tussen het risicoprofiel en de zorgen en vragen die ouders over de opvoeding hebben, net zomin als met de behoefte aan opvoedingsondersteuning. De verschillen tussen de gemeenten zijn op deze punten niet al te groot. We verbinden aan deze verschillen dan ook geen conclusies.

3 Prenatale voorlichting: aanbod en vraag in de negen gemeenten

3.1 Inleiding

De negen gemeenten in de regio Gooi en Vechtstreek willen graag weten of het aanbod aan prenatale voorlichting aansluit op de vraag van aanstaande ouders in de regio, en of er extra aanbod nodig is. Een belangrijke vraag daarbij is wat het huidige aanbod is en hoeveel gebruik daarvan wordt gemaakt. In dit hoofdstuk behandelen we dat onderwerp.

Het is belangrijk om prenatale voorlichting niet te verwarren met de (reguliere) prenatale zorg die verloskundigen (en ziekenhuizen) in de individuele consulten geven (zie ook hoofdstuk 1). Prenatale voorlichting kan worden aangeboden door diverse aanbieders, zoals organisaties in de jeugdgezondheidszorg, thuiszorgorganisaties, verloskundigen, kraamverzorgers, al dan niet in samenwerking met elkaar. Prenatale voorlichting kan verschillende vormen hebben zoals zwangerschapscursussen, groepsvoorlichtingen of huisbezoeken. Globaal maken we een onderscheid tussen prenatale voorlichting gericht op de begeleiding en ondersteuning van de zwangerschap en de bevalling en prenatale voorlichting gericht op de voorbereiding op het ouderschap.

In dit hoofdstuk bespreken we allereerst de wijze van informatieverzameling (paragraaf 3.1) voor het in kaart brengen van aanbod en omvang van prenatale voorlichting (voor zover bekend) en de kosten ervan. In paragraaf 3.2 komen de resultaten aan bod. In paragraaf 3.3 gaan we in op de vraag wie er door de aanbieders worden bereikt en wie niet, of het aanbod volgens de geïnterviewden aansluit bij de vraag, en in hoeverre er specifieke aandacht (nodig) is voor risicogroepen. Het hoofdstuk sluit af met conclusies (3.4).

3.2 Methodologie

Om zicht te krijgen op het aanbod is eerst een internetsearch gedaan naar het aanbod aan prenatale voorlichting in de negen gemeenten. Daarnaast zijn folders opgevraagd bij verloskundigenpraktijken in deze gemeenten. Er bleek een omvangrijk aanbod aan zwangerschapscursussen te zijn. Naast de reguliere prenatale zorg - voorlichting en advies door verloskundigen - zijn er particuliere initiatieven die

vrouwen tijdens de zwangerschap begeleiden (yogacursussen, mensendieck, fysiotherapie, haptonomie, Cesartherapie).

Met het overzicht van de verschillende aanbieders en het aanbod uit de eerste informatieronde (zie bijlage 1) is een selectie gemaakt van te interviewen personen. Zij konden meer informatie geven over de aard van het aanbod en het gebruik ervan. Voor de selectie is rekening gehouden met de spreiding over de verschillende gemeenten en over de typen aanbieders. Om een voldoende geschakeerd beeld te krijgen zijn vijftien telefonische interviews gehouden. De respondenten waren medewerkers van verloskundigenpraktijken, de welzijnsinstelling Versa, de zorg- en dienstverleningsinstelling Vivium Zorggroep, de GGD, het Tergooiziekenhuis in Blaricum en andere particuliere aanbieders van zwangerschapscursussen zoals yoga, fysiotherapie, haptonomie en zwangerschapswemmen. Aan de huisartsen hebben we een korte vragenlijst per e-mail en post toegestuurd omdat zij telefonisch moeilijk bereikbaar bleken. Op dit verzoek hebben vijf artsen gereageerd.

Om te achterhalen in hoeverre bepaalde vormen van voorlichting al worden gefinancierd door ziektekostenverzekeraars scanden we diverse polissen van grote verzekeraars. Ook vroegen we ernaar in de interviews. De informatie is verwerkt bij de beschrijving van het aanbod.

3.3 *Het aanbod*

In deze paragraaf bespreken we het aanbod aan prenatale voorlichting in de regio, per (type) aanbieder.

Diverse cursussen via de thuiszorg

Uit de interviews blijkt dat tot voor kort Vivium Thuiszorg verreweg de grootste aanbieder was van prenatale voorlichting in de regio. In de afgelopen jaren bood deze organisatie, al dan niet in samenwerking met enkele particuliere aanbieders, de volgende typen prenatale voorlichting aan:

- Zwangerschapscursus
- Zwangerschapsyoga
- Cursus Fit en zwanger
- Individuele zwangerschapsbegeleiding
- Spoedcursus goed bevallen
- Partnercursus
- Haptonomische zwangerschapsbegeleiding
- Zwangerschapsmassage
- Zwangerschapscursus Mensendieck³

3 De aard van de cursussen wordt hier niet besproken. Veel cursussen worden ook door andere aanbieders gegeven. De inhoud ervan komt aan de orde in de subparagraaf 'overige (particuliere) aanbieders'.

In 2008 trokken deze cursussen samen tegen de vierhonderd deelnemers uit de negen gemeenten en ruim vijfhonderd uit de hele regio. Verreweg de meeste deelnemers namen deel aan de zwangerschapscursus, op afstand gevolgd door de zwangerschapsyoga (informatie Vivium). In 2008 waren de meeste cursisten woonachtig in Hilversum, Huizen, Bussum en Naarden. Dit zijn ook de gemeenten waar de cursussen feitelijk werden gegeven. De kosten van deelname aan de cursussen waren relatief laag in vergelijking met andere aanbieders. Dit kwam door de subsidies die Vivium via de AWBZ bijdrage ontving voor het aanbieden van de cursussen. De cursussen kostten voor leden van Vivium tussen de € 8,50 en € 12,- en voor niet-leden tussen de € 10,- en € 15,- per uur.

Per januari 2009 zijn de rijksmiddelen voor prenatale voorlichting overgeheveld van de AWBZ naar de Brede doeluitkering Centrum voor Jeugd en Gezin. De middelen werden dus toebedeeld aan de gemeenten. Vivium vroeg in september 2009 bij de gemeenten in de regio subsidie aan om het aanbod verder te kunnen voortzetten. De gemeenten hebben echter besloten niet op dit verzoek in te gaan, zolang er geen overzicht was van het totale aanbod, het bereik daarvan en de behoefte aan prenatale voorlichting in de regio. Het huidige onderzoek moet daar inzicht in geven. Vivium heeft daarop besloten de activiteiten rond prenatale voorlichting te staken. Vanaf oktober 2009 was er geen mogelijkheid meer tot nieuwe inschrijvingen. De Thuiszorg kon of wilde de cursussen niet langer financieren uit eigen middelen. De eigen bijdragen voor de cursussen zouden zonder subsidie stijgen met € 17,- tot € 64,-. Vrouwen die zich al hadden ingeschreven voor een cursus konden deze alsnog volgen, of ze werden doorverwezen naar particuliere aanbieders waarmee Vivium samenwerkt. Daar kon dan met enige korting een cursus worden gevolgd. Per februari 2010 is het aanbod van Vivium volledig afgebouwd. Vivium heeft nog steeds een bemiddelingsrelatie met particuliere aanbieders; vrouwen die zich bij Vivium melden voor een zwangerschapscursus worden naar deze aanbieders doorverwezen.

In tabel 3.1 is het totale aantal deelnemers aan prenatale voorlichting via Vivium Thuiszorg in 2009 in de hele regio (incl. overige gemeenten) weergegeven. Een uitsplitsing naar kwartaal (niet in tabel) leert dat het aantal deelnemers in het laatste kwartaal (oktober-december 2009) beduidend lager lag dan in de eerste drie kwartalen samen (65 tegen in totaal 344 van januari tot en met september 2009).

Tabel 3.1: Deelnemers prenatale voorlichting (2009) via Thuiszorg Gooi en Vechtstreek

Cursus	Aantal cursisten
Zwangerschapscursus	197
Zwangerschapsyoga	70
Zwangerschapsyoga - Lotus	21
Fit en zwanger	48
Individuele zwangerschapsbegeleiding	6
Spoedcursus Goed bevallen	56
Hoe bevalt mijn partner	11
Haptonomische zwangerschapsbegeleiding	0
Zwangerschapsmassage	0
Zwangerschapscursus Mensendieck	0
Totaal	409

Bron: Vivium, Gooi en Vechtstreek

Het aanbod van verloskundigen

Verloskundigen verstrekken de reguliere basiszorg aan zwangere vrouwen; alle zwangere vrouwen krijgen adviezen en informatie over de voeding, gezonde leefstijl, het bloedonderzoek, en mogelijke prenatale screening zoals de combinatie-test en de twintig weken echo. Ook krijgt de zwangere vrouw praktische informatie tijdens de reguliere controles, zoals het regelen van de kraamzorg, of de verschillende manieren van bevallen (thuis, ziekenhuis, in bad). Vrouwen ontvangen bovendien informatie over de hielprik en de gehoortest van de geboren baby. Het RIVM heeft hiervoor folders opgesteld. Moeders die de Nederlandse taal niet goed spreken, krijgen een vertaalde folder mee of worden verwezen naar de site van het RIVM, waar zij vertaalde folders kunnen vinden. Vrouwen met bijzondere problemen of risico's krijgen indien nodig enkele extra controles, of de verloskundige verwijst ze naar een instelling die gespecialiseerd is in het betreffende probleem. Een zwangere vrouw die rookt wordt bijvoorbeeld geattendeerd op de schadelijke gevolgen van roken op het ongeboren kind. Een verloskundige vertelt dat zij rokende zwangeren doorverwijst naar Stivoro, een expertisecentrum voor tabakspreventie.

Bij de prenatale voorlichting beperkt de bijdrage van de verloskundigen zich meestal tot het organiseren van eenmalige thema-avonden, bijvoorbeeld over de bevalling, de kraamtijd of borstvoeding. De beperking is ingegeven door de grote tijdsinvestering die het reguliere werk van hen vraagt. De verloskundigen geven de voorlichting over de bevalling en de kraamtijd zelf, maar de voorlichting over borstvoeding wordt meestal door externe lactatiekundigen (specialisten op het gebied van borstvoeding) verzorgd. Verloskundigen die zelf de voorlichting over borstvoeding verzorgen hebben daarvoor een cursus gevolgd. Tijdens de voorlich-

ting komen onderwerpen aan bod als de werking van borstvoeding, hoe leg ik mijn kind aan, of de preventie van borstvoedingsproblemen. Eén van de geïnterviewde verloskundigenpraktijken in Weesp biedt vrouwen naast deze thema-avonden ook zwangerschapscursussen (gymnastiek) aan. Bij de andere verloskundigenpraktijken gebeurt dit niet. Wel brengen zij vrouwen op de hoogte van verschillende zwangerschapscursussen in de gemeente of regio. In de praktijken kunnen diverse particulieren folders met hun aanbod plaatsen. De verloskundigen verwijzen niet door, maar laten de klant vrij om conform de behoefte een keuze te maken. Op de site van een drietal verloskundigenpraktijken in de Gooi en Vechtstreek staan zwangerschapscursussen uit de regio vermeld.

Naast de prenatale voorlichting vindt sinds twee jaar in vrijwel de meeste verloskundigenpraktijken in de Gooi en Vechtstreek het kinderwenspreekuur plaats. Dit wordt ook wel de preconceptiezorg genoemd. Hier komen onderwerpen aan de orde zoals voeding, medicijnen, alcohol- en tabaksgebruik, mogelijke risicofactoren in de familie en het gebruik van foliumzuur. Er wordt informatie gegeven aan mensen die een kinderwens hebben, zodat vrouwen bewuster, beter geïnformeerd en gezonder een zwangerschapsperiode ingaan. Het doorverwijzen naar een diëtiste of klinieken voor bepaalde verslavingen maakt eveneens deel uit van het consult. De preconceptiezorg heeft dan ook een preventieve benadering, want ze is gericht op de reductie van risico's die kunnen leiden tot schade voor het kind en de moeder. Het consult duurt één uur en kost ongeveer 95 euro. Steeds meer zorgverzekeraars vergoeden de kosten voor deze zorg via de aanvullende verzekering.

Huisartsen en gynaecologen

Als vrouwen zwanger zijn kloppen zij meestal eerst aan bij de huisarts, waarna ze 'verwezen' worden naar de verloskundigen. Steeds meer vrouwen kloppen rechtstreeks aan bij de verloskundigenpraktijk omdat een verwijsbrief van de huisarts niet meer nodig is.

De huisarts speelt een rol als vertrouwenspersoon en doorverwijzer naar mogelijke andere vormen van zwangerschapsbegeleiding, als er sprake is van bijzondere problemen. Huisartsen bieden zelf geen prenatale voorlichting aan. De gynaecologen doen dit in beperkte mate: in de Tergooiziekenhuizen (Blaricum en Hilversum), waar het gros van de ziekenhuisbevallingen in de regio plaatsvindt, geven gynaecologen in samenwerking met klinisch verloskundigen informatie over bevallen in het ziekenhuis. De informatieavond wordt ondersteund met foto's van de afdeling. Ook wordt er iets verteld over de couveuseafdeling. Deze avonden worden zeven tot negen keer per jaar verzorgd. De geïnterviewde gynaecoloog kon niet zeggen hoe groot de opkomst is. Vaak zijn vrouwen met hun partner aanwezig.

Overige (particuliere) aanbieders

Naast de eerstelijnsprofessionals (verloskundigen, huisartsen, gynaecologen) zijn er andere particuliere aanbieders van prenatale voorlichting. Hieronder volgt een kort

overzicht van het type cursussen dat deze aanbieders tezamen aanbieden. Het gaat om uiteenlopende cursussen, waarvan een aantal tot voor kort ook door of met bemiddeling van thuiszorgorganisatie Vivium werd aangeboden. De vorm van begeleiding en de focus op thema's verschilt per praktijk. Er zijn korte cursussen, individuele cursussen, met-partner-cursussen, doe-cursussen en ontspanningscursussen. De meeste cursussen zijn vooral bedoeld voor de vrouwen zelf en in de meeste gevallen is er ook een les waarbij de partner actief kan meedoen. Een enkele cursus zoals 'samen bevallen' is in principe bedoeld voor beide aanstaande ouders. De meeste cursussen kennen ook een 'terugkomdag' waar moeders na de bevalling met of zonder hun kind weer bij elkaar komen (zie bijv. www.babyopkomst.nl)

Zwangerschapsgymnastiek

Zwangerschapsgymnastiek is een verzamelterm voor de zwangerschapscursussen die tot doel hebben om de conditie te verbeteren en een betere lichaamshouding aan te leren tijdens de bevalling. Vrouwen leren om ontspannen en fit te zijn voor de bevalling. Er worden oefeningen gedaan om soepele en stevige spieren te krijgen. De nadruk ligt op de spieren die tijdens de zwangerschap en bevalling extra worden belast. Daarnaast krijgen de deelnemers praktische informatie over het gehele proces van de zwangerschap en leren ze verschillende ademhalings- en perstechnieken om de weeën goed op te kunnen vangen. De lessen duren gemiddeld één uur en worden gegeven door fysiotherapeuten of gymdocenten. Zwangerschapsgymnastiek wordt bijna altijd als groepscursus aangeboden. Ook wordt de partner in één of meerdere lessen betrokken, zodat deze een goed beeld krijgt van de bevalling. Zwangerschapsgymnastiek bestaat uit meerdere lessen, bijvoorbeeld tien. Het is soms ook mogelijk om een korte kennismakingscursus (bijvoorbeeld vier lessen) te volgen. Een les kost ongeveer 10 tot 15 euro.

De cursus 'Zwanger & Fit' is een voorbeeld van een specifieke vorm van zwangerschapsgymnastiek die wordt aangeboden in de gemeenten Bussum, Naarden en Hilversum. Een NVFB-gecertificeerde fysiotherapeut voert de cursus uit.⁴ Er is ook een mogelijkheid om een 'vroege cursus Zwanger en Fit' te volgen. Deelname aan de 'normale' cursus Zwanger en Fit kan vanaf 25 en 28 weken zwangerschap. Aan de vroege cursus Zwanger en Fit kunnen vrouwen vanaf 13 en 16 weken zwangerschap deelnemen. Vergoeding van de kosten door de zorgverzekeraar hangt af van de aanvullende verzekering die deelnemers hebben afgesloten.

Een andere vorm van zwangerschapsgymnastiek is de *zwangerschapsfitness*. Een fysiotherapiepraktijk in Naarden-Bussum biedt dit aan. Vanaf ongeveer drie maanden zwangerschap tot aan de bevalling kunnen vrouwen er in kleine groepen verantwoord bewegen of blijven sporten onder begeleiding van een fysiotherapeut

4 De NVFB is de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie bij Bekkenproblematiek en Pre- en postpartum gezondheidszorg. NVFB-ZwangerFit is een nieuw product van deze vereniging. NVFB-ZwangerFit is een beschermde titel en mag alleen gegeven worden door fysiotherapeuten die een geregistreerde NVFB-ZwangerFit opleiding hebben gevolgd, of door geregistreerde bekkenfysiotherapeuten (zie de website nvfb.fysionet.nl)

die gespecialiseerd is in zwangerschapsbegeleiding. Tijdens de lessen ontvangen de deelnemers ook informatie over de zwangerschap en bevalling. De oefeningen zijn gericht op de laatste fase van de zwangerschap en de bevalling. Het doel van de cursus is het behouden of opbouwen van een goede conditie tijdens de zwangerschap en na de bevalling. Ook worden vrouwen voorbereid op de bevalling zelf, door aandacht voor ademhaling, ontspanning, houding tijdens de bevalling et cetera. Enkele lessen zijn met partners. In de praktijk van de geïnterviewde aanbieder kost een les € 7,50 per keer. Een deel van het cursusgeld wordt door sommige zorgverzekeraars vergoed.

De fysiotherapiepraktijken bieden ook individuele begeleiding aan bij rugklachten, vasthouden van vocht en andere moeilijkheden. Voor dit type behandelingen krijgen vrouwen vaak een verwijzing van de verloskundige of gynaecoloog.

Zwangerschapsyoga

Bij zwangerschapsyoga leren de deelnemers ademhalingstechnieken om bijvoorbeeld de weeën goed op te kunnen vangen. Ze krijgen uitleg over thema's als de bekkenbodemp, de ontsluitingsfase en de uitdrijvingsfase en beoefenen de bijbehorende ademtechnieken. De basis bij yoga is dat vrouwen leren luisteren naar en vertrouwen hebben in hun eigen lichaam. Zwangerschapsyoga is er voor alle zwangere vrouwen. Indien nodig wordt extra aandacht besteedt aan de zwangere. Afhankelijk van het soort werk dat vrouwen verrichten komt apart de werkhouding aan de orde. De lessen worden in sessies van acht tot twaalf lessen gegeven en kosten ongeveer 12,50 euro per les. De lessen worden verzorgd door yogadocenten. Zij hebben hiervoor de driejarige opleiding hatha yoga gevolgd en daarna de (eenjarige) specialisatie om les te kunnen geven aan zwangere vrouwen. In de Gooi en Vechtstreek zijn vier aanbieders van zwangerschapsyoga te vinden; Huizen en Bussum hebben elk twee yogapraktijken.

Zwangerschapshaptonomie

De haptonomische begeleiding gaat er vanuit dat de relatie tussen het kind en de ouders al voor de geboorte kan worden opgebouwd en verdiept (zie bijv. www.presenz.nl). Het doel is het begeleiden van ouders bij de voorbereiding op de komst van het kindje. Ouders leren contact te leggen met het ongebooren kind door te voelen. Vrouwen raken hierdoor meer vertrouwd met wat er in hun lichaam gebeurt. Omdat de partner meekomt, raakt ook deze vertrouwd met de zwangerschap en de aanstaande geboorte. De cursus is gericht op de geboorte van het kindje. Na de bevalling komen ouders nog één of twee keer terug. Belangrijke thema's zijn: het opbouwen van een relatie met het kind en afstemming tussen partners onderling. Zwangerschapshaptonomie is in principe gericht op alle zwangere vrouwen, maar trekt vaker dan andere vormen van begeleiding vrouwen die een extra steuntje in de rug kunnen gebruiken, bijvoorbeeld vrouwen die angsten hebben of eerder een zware bevalling hebben gehad.

In de Gooi en Vechtstreek zijn verschillende aanbieders van haptonomie: één in Laren, één in Huizen en twee in Hilversum. Het aantal lessen, de prijs en de manier waarop de cursus worden gegeven verschilt per aanbieder. Het aantal bijeenkomsten is mede afhankelijk van de vraag en achtergrond van de vrouwen, en varieert tussen de vijf en acht bijeenkomsten van ongeveer 45-60 minuten. Haptonomie is een individuele cursus die je alleen of met je partner kunt doen. Een bijeenkomst kost ongeveer € 70,-. Veel zorgverzekeraars vergoeden haptotherapie tot een bepaald bedrag per jaar, mits de haptotherapeut staat ingeschreven in het register van de VVH (Vereniging Voor Haptotherapeuten) of het BATC (Beroep Belangen associatie Consumenten). Dat wil zeggen dat haptonomische (zwangerschaps) begeleiding beschouwd wordt als een werkvorm binnen de natuurgeneeskundige therapie.

Oefentherapie Mensendieck en Cesar

De oefentherapieën Cesar en Mensendieck zijn erkende paramedische behandelwijzen voor het behandelen en voorkomen van klachten door een verkeerde houding of verkeerde bewegingen. Deze twee therapieën worden vaak in één adem genoemd omdat de therapie Cesar voortkomt uit Mensendieck. De therapieën zijn ook preventief toepasbaar. De therapie heeft als doel om mensen bewust te maken van houding en goed bewegen. Iedere zwangerschap brengt veranderingen met zich mee en ieder ontwikkelt een eigen manier om zich aan deze veranderingen aan te passen. De aanpassingen in houding en beweging gebeuren grotendeels onbewust, maar zijn niet altijd even goed voor het lichaam. Het doel van deze cursus is: optimale aanpassing van houding en beweging aan de zwangerschap, en voorwaarden scheppen om de ervaringen rond de bevalling zo positief mogelijk te laten zijn.⁵ Mensendieck en Cesar kunnen worden toegepast bij allerlei klachten zoals bekkeninstabiliteit, problemen met de motoriek bij kinderen, (lage) rugklachten, nek- en schouderklachten, RSI, hernia, hoofdpijnklachten en vele andere klachten die te maken hebben met het houdings- en bewegingsapparaat. De therapieën bestaan uit ongeveer acht tot tien bijeenkomsten en kosten ongeveer € 15,- per les. Ook is er een les voor de partner. De cursus vindt plaats in kleine groepen. Individuele begeleiding is in beperkte mate mogelijk. Als meer individuele begeleiding nodig of gewenst is, kan naast de cursus individuele oefentherapie gevolgd worden. In Laren, Bussum, Naarden en Hilversum zijn oefentherapie Mensendieck en of Cesar te volgen. De therapie wordt vergoed in veel aanvullende ziektekostenverzekeringen.

Zwangerschapszwemmen

In enkele gemeenten wordt zwangerschapszwemmen aangeboden. Zwangerschapszwemmen wordt vaak gebruikt als een aanvulling op zwangerschapsgymnastiek. De meeste zwangere vrouwen starten op het moment dat zij niet meer naar de

5 Informatie ontleend aan www.verloskundigenpraktijkaanvang.nl

sportschool kunnen gaan of niet meer kunnen hardlopen. Gemiddeld beginnen vrouwen bij week 20-25 van de zwangerschap. Vrouwen kunnen blijven deelnemen tot het eind van hun zwangerschap (in overleg met de verloskundige). Doelen van zwangerschapszwemmen zijn het verbeteren van de conditie, leren ontspannen, en ook op een laagdrempelige manier in contact komen met mede-zwangeren. Het zwemmen is geschikt voor alle vrouwen. Door in het water te bewegen worden de spieren niet belast. Per keer betalen vrouwen rond de € 8,- voor het zwemmen. Ook hier is het afhankelijk van het aanvullende pakket of het zwangerschapszwemmen wel of niet wordt vergoed door de zorgverzekeraar.

Het blijkt moeilijk het aanbod van zwangerschapszwemmen regiobreed op peil te houden. In de gemeente Huizen is het aanbod weggefallen wegens weinig animo. Ook andere gemeenten kampen met soms beperkte deelnemersaantallen waardoor het aanbod dreigt weg te vallen.

Cursus Bewust Bevallen

Bij de cursus 'Bewust Bevallen' leren zwangere vrouwen ontspannings- en ademhalingsstechnieken om pijn tijdens de weeën te verminderen. Ook komen de verschillende fasen van de bevalling, soorten weeën, effectieve perstechniek en de houdingen tijdens de ontsluitings- en persfase aan bod.

De cursus Bewust Bevallen wordt in Naarden en Huizen aangeboden en is bedoeld voor de zwangere vrouw en haar partner. Deze cursus bestaat uit vier bijeenkomsten en duurt twee uur. Elke les bestaat uit een uur theorie en een uur praktijk, zodat het ook voor de mannen boeiend blijft en het vooral leuk is om deze cursus samen te volgen. De kosten bedragen € 150,- per stel, inclusief informatie-map. Deze cursus wordt soms geheel of deels vergoed door zorgverzekeraars.

Bewust Bevallen privé cursus

Deze cursus is voor vrouwen en hun partners die niet graag deelnemen aan de groeps cursus Bewust Bevallen, maar zich in de eigen vertrouwde omgeving (meestal thuis) willen voorbereiden op de bevalling. De privé cursus wordt ook op de praktijk in Huizen gegeven. Afhankelijk van de voorkennis duurt de cursus een tot drie avonden, de kosten bedragen € 75,- per sessie van 2,5 uur.

Cursus Samen Bevallen

De vereniging Samen Bevallen bestaat sinds 1983 en telt ongeveer honderd cursusleidsters die over het hele land de Cursus Samen Bevallen verzorgen. Deze cursus richt zich in hoofdzaak op het begeleiden van aanstaande ouders. Tijdens de cursus wordt uitgebreid aandacht besteed aan diverse ademhalings- en perstechnieken, ontspanningsoefeningen, massage, anatomie (wat verandert er in je lichaam als je zwanger bent), pijn tijdens de bevalling (wat is pijn en hoe ga je ermee om?), begin van de bevalling (wat zijn weeën?), ontsluitingsfase, persfase en de geboorte van je kindje, geboorte van de placenta, eerste contact met je kindje, complicaties tijdens de bevalling, borst- en flesvoeding en kraamtijd. Tijdens de cursus is er ook steeds aandacht voor de ondersteunende rol van de partner, zodat deze actief

betrokken kan zijn bij de bevalling. De cursus wordt meestal aan een vaste deelnemersgroep van drie tot maximaal zes stellen gegeven en bestaat uit negen sessies en een terugkommiddag of -avond na de bevalling. Elke sessie bestaat uit een uur theorie en een uur praktijk. In de Gooi en Vechtstreek wordt deze cursus aangeboden in de plaatsen Naarden, Huizen en Hilversum. De kosten zijn € 175,- per ouderpaar. Sommige zorgverzekeraars vergoeden een gedeelte van de kosten. Een herhalingscursus of privélessen zijn mogelijk. De herhalingscursus wordt geboden aan ouders die van een tweede of volgend kind in verwachting zijn. Dit zijn verkorte cursussen die variëren van drie tot vijf avonden.

Bevallen met een doula

Een doula ondersteunt de zwangerschap en het geboorteproces waar het nodig is. Een doula kent veel manieren om de pijn tijdens de bevalling te verminderen. Er wordt onder andere gebruikgemaakt van bepaalde ademhalings- en ontspanningstechnieken, massage, acupressuurpunten en visualisaties. Daarnaast kan een doula helpen bij het geven van tegendruk bij rugweeën, ze kan bepaalde houdingen adviseren, opkomen voor de wensen van de aanstaande ouders in een ziekenhuis, helpen met goede perstechniek, motiveren, stimuleren en adviseren. Het totale pakket bestaat uit een kennismakingsgesprek, twee privélessen, maken van een geboorteplan, contact via telefoon/mail, continue ondersteuning bij de bevalling, schrijven van het geboorteverslag, kraamvisite en nagesprek. De kosten voor een doula worden (nog) niet vergoed door de ziektekostenverzekeraar, wel zijn ze aftrekbaar van de belasting. Vrouwen die in aanmerking komen voor zorgtoeslag betalen een aangepast tarief. Alleen in Huizen zijn één of meer doula's werkzaam. Hoe hoog het tarief is voor het inschakelen van de doula hebben we niet kunnen achterhalen.

Specifiek aanbod voor subgroepen

In het huidige aanbod is er weinig aandacht voor risicogroepen. We hebben in onze verkenning twee soorten specifiek aanbod voor bijzondere groepen gevonden. De eerste is intensieve verloskundige begeleiding in een opvangtehuis voor zwangere tieners in Hilversum. Er gaan verloskundigen naar het opvanghuis om de meisjes (vaak met een licht verstandelijke beperking) voor te lichten over de bevalling, borstvoeding, anticonceptie, voeding. De voorlichting is arbeidsintensief en gebeurt veelal één op één. De meisjes krijgen ook begeleiding van fysiotherapeuten.

Daarnaast is er het incidentele aanbod prenatale voorlichting voor allochtone vrouwen van welzijnsinstelling Versa Welzijn. Versa Welzijn is een welzijnsinstelling die actief is in de Gooi en Vechtstreek, Amersfoort, Baarn en Eemnes. Zij werkt samen met organisaties voor wonen, onderwijs, gezondheidszorg, veiligheid, maatschappelijke dienstverlening, recreatie en sport. Voor opvoedingsondersteuning werkt Versa Welzijn samen met andere organisaties waaronder de GGD Gooi en

Vechtstreek en het Nederlands Jeugd Instituut (NJI).⁶ In de huidige situatie behoort prenatale voorlichting in principe niet tot het reguliere aanbod van Versa Welzijn. Versa bedient in haar aanbod de doelgroep ouders van kinderen van 2 t/m 23 jaar. Toch organiseert ze incidenteel bijeenkomsten rondom prenatale voorlichting. De vraag naar prenatale voorlichting vloeit voort uit de bijeenkomsten over gezondheidsthema's voor allochtone vrouwen binnen de wijkgerichte aanpak. Conform de behoefte van de doelgroep wordt er voorlichting gegeven over verschillende onderwerpen, zo ook op het gebied van prenatale voorlichting. Prenatale voorlichting via Versa Welzijn vindt het vaakst plaats in de grotere gemeenten: Weesp, Huizen, Hilversum en Bussum. Professionals (van de GGD of verloskundigen) verzorgen deze voorlichting. Omdat de vrouwen worden geworven via andere activiteiten van het sociaal-cultureel werk (taalles, conversatielessen, fietsles, opstaprojecten) is het bereik groot. Exacte aantallen zijn onbekend.

3.4 Bereik van specifieke doelgroepen

In de vorige paragraaf is beschreven welk aanbod aan prenatale voorlichting er bestaat in de Gooi en Vechtstreek. Daarbij is, voor zover bekend, het aantal deelnemers ter sprake gekomen, evenals de regionale spreiding van het aanbod. Duidelijk is dat niet alle vormen van prenatale voorlichting in alle gemeenten voorhanden zijn. Daarnaast is gebleken dat er sinds 2009 een belangrijke verandering heeft plaatsgevonden. De grootste aanbieder van prenatale voorlichting, de regionale thuiszorgorganisatie Vivium, heeft het aanbod vanaf september 2009 afgebouwd en biedt sinds begin 2010 geen prenatale voorlichting meer aan. In deze paragraaf gaan we in op de gevolgen daarvan. In het bijzonder is daarbij de vraag van belang in hoeverre specifieke risicogroepen worden bereikt en of de aanbieders menen dat er voor hen een aanbod nodig is.

Vraag toegenomen?

Uit de interviews blijkt dat de afzonderlijke aanbieders van prenatale voorlichting geen zicht hebben op de behoefte aan prenatale voorlichting van zwangere vrouwen in de regio. Iedere aanbieder biedt vanuit zijn of haar specialisme een dienst aan. Aangezien er over het algemeen voldoende animo is, bestaat er onder de aanbieders weinig neiging om na te gaan of het aanbod aansluit bij de vraag en of het alle doelgroepen bereikt.

Opvallend is dat geen van de particuliere aanbieders meldt dat er extra toeloop is geweest sinds het wegvallen van het aanbod van Vivium. Mogelijk heeft hierbij meegespeeld dat er in 2009 deels nog wel sprake was van een aanbod door Vivium,

⁶ Er wordt een opvoedspreekuur geboden in de volgende gemeenten: Bussum, Hilversum, Huizen, Kortenhoef, Laren, Muiden/Muiderberg, Weesp. Met de opkomst van Centra voor Jeugd en Gezin in de regio Gooi- en Vechtstreek wil Versa Welzijn de samenwerking met partijen op het gebied van opvoedingsondersteuning versterken en verbeteren.

en dat een deel van het aanbod ook eerder al door externe particuliere aanbieders werd uitgevoerd. Het is echter moeilijk om te beoordelen of er door het stopzetten van het aanbod nu sprake is van een onvervulde behoefte bij aanstaande ouders in de regio.

Een relevante vraag is of het aanbod dat er nog wel is, niet te duur is voor (subgroepen van) aanstaande moeders. Het aanbod van de Thuiszorgorganisatie was immers goedkoper dan dat van de overige aanbieders, vanwege de gedeeltelijke AWBZ-financiering. Volgens de particuliere aanbieders met wie wij hebben gesproken is dat niet het geval. Enkelen geven aan dat financiën geen rol spelen bij hun cursisten. Dat roept de vraag op: welke groep weet de weg naar prenatale voorlichting te vinden en maakt daar daadwerkelijk gebruik van? En welke groep wordt niet bereikt?

Bereik van specifieke groepen: algemeen

De doelgroep van de aanbieders van prenatale voorlichting is de zwangere vrouw en in sommige gevallen ook haar partner. Volgens de geïnterviewde aanbieders is elke zwangere vrouw welkom. Opvallend is echter dat, hoewel er geen onderscheid wordt gemaakt in 'type vrouw', een selectieve groep de weg naar de door particulieren geboden prenatale voorlichting weet te vinden. Volgens deze particuliere aanbieders komen er vooral wat oudere, relatief hoogopgeleide, autochtone vrouwen op hun cursussen of voorlichtingen. Op zich is dit ook de potentiële doelgroep van zwangere vrouwen in veel gemeenten. *'De vrouwen binnen onze gemeente zijn gemiddeld hoogopgeleid en meestal zijn zij van veel zaken op de hoogte. Tegenwoordig vind je veel informatie op internet'*, aldus een verloskundige. Thuiszorgorganisatie Vivium geeft aan geen zicht te hebben op de sociale afkomst van de deelnemers. Dit hield de organisatie niet bij.

Bereik van risicogroepen: allochtone vrouwen

De aanbieders zijn lang niet altijd op de hoogte van de omvang van bepaalde risicogroepen binnen hun gemeente. In elk geval is het duidelijk dat de meeste aanbieders weinig allochtone vrouwen weten te bereiken, terwijl verloskundigen deze groep wel als risicogroep beschouwen. Ook als er vrij veel van deze vrouwen in een gemeente wonen, komen ze maar zeer beperkt terecht bij de meeste vormen van prenatale voorlichting. Zo zegt een van de geïnterviewde verloskundigenpraktijken (waar ook prenatale voorlichting wordt aangeboden), dat een groot deel van haar klantenbestand voor de reguliere prenatale zorg uit allochtone vrouwen bestaat, maar dat de instroom van deze vrouwen naar prenatale voorlichting uitblijft. *'De meeste vrouwen weten op het moment dat zij zwanger zijn de reguliere prenatale zorg te vinden. De meesten worden doorverwezen door de huisarts en bij complicaties worden ze doorverwezen naar de gynaecoloog. De samenwerking bij eerstelijns hulp loopt soepel. Wanneer we naar prenatale voorlichting kijken is er in het huidige systeem echter geen doorstroom van risicogroepen, in het bijzonder van allochtone vrouwen,'* aldus de verloskundige.

Ook degenen die preconceptieconsulten verzorgen - die in de hele regio maar beperkt worden gegeven - achten het van belang dat juist allochtone vrouwen er meer gebruik van maken. Juist deze groep is gemiddeld minder goed op de hoogte van bijvoorbeeld het gebruik van foliumzuur voor aanvang van de zwangerschap. Volgens een huisarts beginnen allochtone vrouwen bovendien later met zwangerschapscontroles dan autochtone vrouwen. De verloskundigen hebben dit punt niet genoemd.

Als mogelijke verklaringen voor de beperkte instroom van allochtone vrouwen in de prenatale voorlichting noemen de geïnterviewde aanbieders: taalbarrières, 'andere culturele waarden' en de voor veel van deze gezinnen hoge kosten van cursussen. Hierna gaan we kort op deze factoren in.

Taal is bij individuele reguliere prenatale zorg minder een probleem. Vaak kunnen de partner of vriendinnen tolken, of gebeurt dit door een professionele tolk. Bij groepsgewijze voorlichting ligt dat minder voor de hand, tenzij een specifieke culturele groep in de eigen taal wordt begeleid. Taalbarrières brengen vermoedelijk met zich mee dat allochtone vrouwen in mindere mate de folders en sites van de prenatale aanbieders bestuderen. Daardoor zijn zij minder op de hoogte van het aanbod prenatale voorlichting. Dit geldt naar verwachting het sterkst voor vrouwen van de eerste generatie. Maar naast de taal spelen er ook andere zaken. Ook de tweede en derde generatie zou betrekkelijk weinig gebruikmaken van prenatale voorlichting, terwijl zij toch vaak de taal voldoende beheersen.

Andere *culturele waarden* zouden volgens de geïnterviewde aanbieders de beperkte instroom van allochtone vrouwen deels kunnen verklaren. Allochtone vrouwen vallen van oudsher meer terug op de eigen familie. Het is minder gebruikelijk om zich onder begeleiding van professionals voor te bereiden op de bevalling. Daarom wordt in veel gevallen uitsluitend gebruik gemaakt van de reguliere prenatale (medische) zorg. Vooral bij minder bekende vormen van prenatale voorlichting, zoals zwangerschapshaptonomie of -yoga, kan ook *wantrouwen* of *onbekendheid* meespelen.

'Haptonomie is voor allochtone vrouwen vaak te vaag, zij kunnen zich er geen goed beeld bij vormen. Voor hen geldt veelal dat de familie veel meer rondom een zwangere vrouw doet. Daardoor is de vraag meer technisch of medisch van aard. In de bestaande reguliere zorg krijg je meestal dat soort informatie al,' aldus een haptonome.

Een yogadocente in Bussum vertelt:

'Risicogroepen waaronder allochtonen, tienermeisjes et cetera nemen weinig tot geen deel aan de yogalessen. Yoga staat van oudsher bekend als iets zweverigs, een soort religie. Kennelijk bestaat die gedachte nog meer bij de risicogroepen.'

Een ander punt dat een enkeling noemt bij 'culturele waarden' is schaamte. Cursussen voor paren zouden bij voorbaat al weinig aantrekkelijk zijn, omdat veel (islamitische) allochtone vrouwen intieme zaken niet willen bespreken (en al zeker geen oefeningen willen doen) in het bijzijn van andere mannen dan hun echtgenoot.

Tot slot noemen enkele aanbieders *beperkte financiële middelen* als reden. Allochtone gezinnen hebben vaker een laag inkomen. Het feit dat deze gezinnen minder vaak een aanvullende verzekering hebben afgesloten kan eveneens hun mindere deelname verklaren.

De aanbieders blijken over het algemeen weinig inspanningen te plegen om allochtone vrouwen (beter) te bereiken. De werving van specifieke allochtone groepen zou volgens de geïnterviewde aanbieders tijdrovend zijn en hoogstwaarschijnlijk weinig deelnemers opleveren. Bij verloskundigen, in potentie de belangrijkste doorverwijzers, speelt de hoge werkdruk daarbij ook parten. Daarnaast hebben zij naar eigen zeggen niet altijd een overzicht van het aanbod, en willen ze cliënten bovendien niet te veel te 'sturen' in hun keuzen.

Overige risicogroepen

In de schriftelijke reacties van huisartsen noemen zij behalve allochtone vrouwen ook andere risicogroepen, zoals rokers, tienermoeders, alleenstaande moeders, minder begaafden en lage sociale groepen. De artsen melden daarbij dat zij geen zicht hebben op de omvang van deze groepen in de verschillende gemeenten.

Een haptonome benadrukt dat haptonomie bepaalde risicogroepen of groepen met bijzondere problemen (zoals verslaafden, tienermoeders, zwangeren met overgewicht) goed zou kunnen helpen, maar zegt tegelijkertijd dat de haptonomie deze groepen nauwelijks bereikt. Juist haptonomie, dat is gericht op het versterken van zelfvertrouwen en vertrouwen in je lichaam, zou vrouwen die het nodig hebben kunnen helpen meer grip op hun leven (en de zwangerschap) te krijgen. Vanwege de kosten zouden vrouwen echter niet bij dit aanbod terechtkomen: *'Dan zou ik bij een welzijnsorganisatie moeten werken om door de gemeente betaald worden. Een collega heeft met Versa Welzijn samengewerkt. Ben je altijd weer afhankelijk van subsidietoekenningen en verschillende geldstromen. Het is niet makkelijk om het aan elkaar te breien, terwijl het eigenlijk goed voor een zwangere vrouw is.'* (haptonome te Hilversum)

Huisartsen noemen tot slot nog een bijzondere risicogroep die de anderen niet vermelden en die door het prenatale aanbod goed wordt bereikt: hoogopgeleide moeders. Zij zouden volgens de huisartsen een risicogroep kunnen zijn omdat zij alles te perfect willen doen.

3.5 Conclusies

Als we het aanbod aan prenatale voorlichting in de Gooi en Vechtstreek op een rij zetten, dan blijkt er een veelsoortig, gevarieerd aanbod te zijn. Niettemin vallen er twee zaken op. In de eerste plaats is het aanbod exclusief gericht op begeleiding van de zwangerschap, en in beperkte mate op voorbereiding op de kraamtijd. We hebben geen aanbod kunnen vinden dat aanstaande ouders voorbereidt op het ouderschap. Ook is er weinig aanbod voorafgaand aan de zwangerschap. In de tweede plaats is er nauwelijks specifiek aanbod voor risicogroepen. Alleen het incidentele aanbod van Versa (zie paragraaf 3.2, *Specifiek aanbod voor subgroepen*) is gericht op allochtone vrouwen. Daarnaast is er de opvang voor aanstaande tienermoeders in Hilversum. Op het bereik van de bestaande voorzieningen onder deze groepen gaan we in de volgende paragraaf nader in.

Het aanbod is gevarieerd, maar tegelijkertijd ook versnipperd. Het is niet eenvoudig om inzichtelijk te krijgen wat waar tegen welke kosten wordt aangeboden. Ook de verloskundigen hebben dit overzicht niet. Daarmee hangt de constatering samen dat aanbieders weinig samenwerken. Tot oktober 2009 was de thuiszorgorganisatie Vivium de enige organisatie die structureel met andere aanbieders samenwerkte.

Doordat de gemeenten het subsidieverzoek van de thuiszorgorganisatie niet hebben gehonoreerd, heeft deze besloten het prenatale voorlichtingsaanbod stop te zetten. We hebben niet vast kunnen stellen of er daardoor een gat in het aanbod is gevallen, hoewel het deelnemersaantal in het vierde kwartaal van 2009 wel terugliep. Verloskundigen hebben geen signalen ontvangen over daaruit ontstane lacunes in het aanbod. Tegelijkertijd hebben andere aanbieders geen extra toeloop gekregen. Daardoor rijst de vraag op welke manier de circa vierhonderd jaarlijkse gebruikers van het aanbod van de thuiszorg nu in hun behoefte aan prenatale voorlichting voorzien. In een overgangperiode tot februari 2010 heeft de thuiszorg nog in een aanbod kunnen voorzien. Tijdens de uitvoering van dit onderzoek is ons niet gebleken dat het weggefallen aanbod van de thuiszorg wordt gemist.

Veel van het prenatale voorlichtingsaanbod wordt geheel of gedeeltelijk gedekt door aanvullende ziektekostenverzekeringen. We kunnen stellen dat de meeste zwangere vrouwen met een aanvullende polis in ieder geval uit een deel van het aanbod kunnen kiezen en (een deel van) de kosten dan kunnen laten vergoeden door hun ziektekostenverzekeraar. Er zijn evenwel verschillen tussen verzekeraars; niet alle verzekeraars hebben prenatale voorlichting in hun aanvullende verzekeringen opgenomen.

De aanbieders van prenatale voorlichting schenken weinig aandacht aan het bereik van hun aanbod onder risicogroepen. Voor de particuliere aanbieders is er doorgaans geen prikkel om dat te doen, omdat de vraag naar hun aanbod voldoende is. Verloskundigen erkennen de specifieke behoeften van bepaalde risicogroepen,

maar zijn onvoldoende toegerust om deze groepen zelf voor te lichten of door te verwijzen. Dat heeft voor een belangrijk deel met tijdproblemen te maken.

Er zijn verschillende andere factoren die kunnen verklaren waarom risicogroepen weinig gebruik lijken te maken van prenatale voorlichting. In de interviews is het meest uitgebreid ingegaan op het beperkte gebruik door allochtone aanstaande ouders. Belemmeringen om gebruik te maken van het prenatale voorlichtingsaanbod zouden in deze groep te maken hebben met taal, financiële drempels (waaronder het ontbreken van aanvullende verzekeringen), onbekendheid en de neiging om hulp en ondersteuning vooral in de eigen familiekring te zoeken.

4 *Prenatale voorlichting: regionale regie*

4.1 *Inleiding*

In het vorige hoofdstuk beschreven wij het aanbod van prenatale voorlichting in de regio Gooi en Vechtstreek, en de mate waarin bijzondere groepen, zoals aanstaande allochtone moeders, worden bereikt. Daarin kwam naar voren dat weinig aanbieders beschikken over een overzicht van alle voorzieningen, en evenmin van de omvang van risicogroepen. De meeste aanbieders doen geen bijzondere moeite om bepaalde groepen die minder worden bereikt, wel te bereiken. Een belangrijke vraag in ons onderzoek is welk aanbod de gemeente eventueel extra zou kunnen aanbieden, nu deze de regie heeft op prenatale voorlichting. Hoe kan het aanbod meer worden gecoördineerd? Hoe kan de samenwerking tussen aanbieders worden versterkt?

De vraag naar de regierol is op twee manieren beantwoord. In vijf gemeenten, te weten Hilversum, Weesp, Muiden, Huizen, en Bussum, zijn de beleidsadviseurs geïnterviewd. De keuze voor de betreffende gemeenten is gemaakt op basis van grootte (grote, middelgrote en kleine gemeenten) en de vertegenwoordiging van risicogroepen. Daarnaast is een interview afgenomen bij de regionale projectleider Centra voor Jeugd en Gezin.⁷ Tot slot is met de GGD gesproken, omdat deze organisatie een belangrijke partij is in het nieuwe CJG. Belangrijk doel van de interviews was een beeld te krijgen van de rol die de geïnterviewden voor zichzelf zien bij prenatale voorlichting (bijvoorbeeld regie, aanbod aanvullen, coördinatie) en van de invulling die zij mogelijk nu al aan dit dossier geven.

In aansluiting op de interviews is een expertbijeenkomst georganiseerd. Naast beleidsvertegenwoordigers (gemeenten, GGD, CJG) waren ook verloskundigen, andere particuliere aanbieders van prenatale voorlichting (onder andere zwangerschapsyoga) en een vertegenwoordiger van thuiszorgorganisatie Vivium aanwezig. De expertbijeenkomst heeft eind april 2010 plaatsgevonden (zie bijlage 2 voor een lijst van deelnemers).

In dit hoofdstuk zetten we de bevindingen uit de interviews en de expertbijeenkomst op een rij (4.1 en 4.2). We sluiten af met conclusies en aanbevelingen (4.3).

7 In de regio bestond bij aanvang van het onderzoek (februari 2010) één Centrum voor Jeugd en Gezin, en wel in Muiden. Twee andere (Huizen en Hilversum) zijn in de periode waarin het veldwerk liep (tot eind april 2010) opgericht.

4.2 Interviews met beleidsmakers

Zicht op aanbod

Uit de interviews blijkt dat beleidsadviseurs niet of nauwelijks inzicht hebben in het prenatale voorlichtingsaanbod. Zij werden voor het eerst met dit vraagstuk geconfronteerd op het moment dat Vivium een subsidieverzoek indiende, door het wegvallen van subsidies uit de AWBZ. Op dat moment werden de gemeenten geattendeerd op een van de aanbieders van prenatale voorlichting. Vervolgens hebben de gemeenten in de Gooi en Vechtstreek gezamenlijk besloten om onderzoek te laten doen naar het gehele aanbod. Voorlopig werden subsidieaanvragen op het gebied van prenatale voorlichting niet toegekend. De kennislacune bij de beleidsadviseurs is dan ook een reden voor dit onderzoek.

Zicht op vraag

Hoewel de gemeenten geen inzicht hebben in het aanbod, heerst het idee dat het aanbod van prenatale voorlichting niet aansluit op de vraag van aanstaande ouders. Het aanbod richt zich hoofdzakelijk op de begeleiding gedurende zwangerschap, de zogenoemde ‘zucht- en pufcursussen’ en in mindere mate op het voorbereiden van aanstaande ouders op het ouderschap.

‘Waarschijnlijk is er behoefte aan voorbereiding op het ouderschap via een thematische aanpak (voorlichtingsavonden). Die behoefte wordt ook aangegeven door de verloskundigen. Zij zien al vaak bij voorbaat ouders bij wie ze denken dat het misgaat, maar het gaat er ook om dat sommige mensen een steuntje in de rug krijgen, waardoor zij het goed gaan doen. Dat steuntje is er nu niet,’ aldus een geïnterviewde beleidadviseur.

De gemeenten menen dat de verbinding met het jeugdbeleid gemaakt kan worden door het accent in het prenatale voorlichtingsaanbod te verschuiven naar licht pedagogische hulp of opvoedondersteuning. Ouders voorbereiden op het ouderschap in de prenatale fase impliceert een vroegtijdige of preventieve aanpak van opvoedproblemen bij in het bijzonder risicogroepen. De gemeenten hebben echter geen zicht op de daadwerkelijke vraag van aanstaande ouders en hun problematiek.

Risicogezinnen

De gemeenten hebben geen inzicht in de omvang van risicogroepen en in de mate waarin het prenatale voorlichtingsaanbod aansluit op hun behoefte. De kleine gemeenten geven aan dat de aantallen te klein zijn om een specifiek aanbod in hun gemeente te ontwikkelen. Het zijn voornamelijk de wat grotere gemeenten die zich zorgen maken over het bereik van vooral de allochtone groepen met de huidige opvoedondersteuning en prenatale voorlichting. Gemeenten zien met name op de lange termijn de effecten van een ontoereikende opvoedondersteuning. Zo zegt een gemeente zich druk te maken over overlastgevende jongeren onder de leeftijd

van 13 jaar. Dit soort problemen kan wellicht mede worden voorkomen door allochtone ouders voor te bereiden op het ouderschap in de prenatale fase.

Samenwerking

Onvoldoende zicht op het aanbod en de vraag impliceert dat de gemeenten ook geen helder beeld hebben van de samenwerkingsverbanden rondom prenatale voorlichting. De geïnterviewden denken dat het CJG, hoewel dat nog niet volledig is ingebed in de regio, de ideale vindplaats is voor aanstaande ouders met vragen over prenatale voorlichting en/of opvoedondersteuning. Het CJG heeft hier naast een vraagbaakfunctie een signalerende en doorverwijzende functie, in het bijzonder voor risicogroepen. Daarnaast beoogt het CJG samenwerking tussen verschillende aanbieders te vergemakkelijken, om tot een soort ketenaanpak te komen. De eerste lijn (verloskundigen, artsen en gynaecologen) is hierbij volgens de geïnterviewden niet weg te denken. Aanstaande ouders maken immers bijna altijd gebruik van de reguliere prenatale zorg. Die is onmisbaar in haar signalerende functie van risicogroepen. Daarbij zien de geïnterviewde beleidsadviseurs mogelijkheden om de eerste lijn te laten samenwerken met de GGD. Die heeft de nodige expertise in huis op het gebied van opvoedondersteuning. Het is wenselijk om na te gaan hoe prenatale voorlichting zo is in te richten dat er zowel zwangerschapsbegeleiding plaatsvindt, als een voorzet voor opvoedondersteuning - met daarna een warme overdracht naar de dienstverlening van de GGD. Bovendien is het nuttig om na te gaan welke organisatie deze brug het best kan slaan. Gemeenten vinden het belangrijk dat de betrokken partijen een regionale functie hebben, zoals Vivium Thuiszorg. Maar ook de GGD zou wellicht een aanbod kunnen ontwikkelen voor de prenatale fase. De gemeenten sluiten dit niet uit. Het CJG kan alleen particuliere aanbieders van prenatale voorlichting erbij betrekken als zij aan bepaalde voorwaarden voldoen. Daarbij wordt onder meer gedacht aan bepaalde kwaliteitseisen, zoals opleidingseisen, de effectiviteit van bepaalde therapieën en aan de toegankelijkheid. Voldoen aanbieders niet aan deze voorwaarden, dan verwijst het CJG niet naar hen door. Het lidmaatschap van een regionale of landelijke beroepsvereniging kan ook een zekere kwaliteitsgarantie bieden, hoewel dat mede afhangt van de vraag of deze beroepsverenigingen kwaliteitseisen stellen aan hun leden. Andere manieren waarop de kwaliteit kan worden bevorderd is de eis aan methodiekbeschrijvingen of aan het vaststellen van de cliënttevredenheid. Tot slot kan het voldoen aan (een deel van) deze eisen ertoe leiden dat een aanbieder gecertificeerd wordt als samenwerkingspartner van het CJG (zie verder Hoeijmakers, 2010).

Rol van gemeenten en CJG's

Volgens de geïnterviewden moeten gemeenten vooral verantwoordelijkheid dragen voor een preventief en consistent aanbod door organisaties aan kwaliteitseisen te onderwerpen. Ook zou de gemeente zorg moeten dragen voor een goede ketensamenwerking, en wel door een coördinerende en of sturende rol op zich te nemen.

Het CJG is meer dan alleen een gebouw, het is een netwerkorganisatie. Er zijn procesregisseurs aangesteld met een lokale functie.

De rol van de GGD

De GGD heeft binnen het CJG een prominente rol. Het ligt voor de hand dat de gemeenten de GGD zullen betrekken bij de uitvoering van het aanbod aan prenatale voorlichting. In het verleden heeft de GGD geen aandeel in de prenatale voorlichting gehad, omdat zij opvoedondersteuning biedt vanaf de leeftijd vanaf 0 jaar. De GGD zegt het aanbod van de aanbieders van prenatale voorlichting niet te kennen, met uitzondering van dat van de grote aanbieder uit het verleden, de thuiszorgorganisatie Vivium. De GGD heeft de indruk dat het aanbod versnipperd is. Mede daarom zou er ook geen zicht zijn op de omvang van risicogroepen, en op de vraag of die voldoende worden bereikt met het huidige aanbod aan prenatale voorlichting.

De GGD zou in de toekomst prenatale voorlichting willen aanbieden om de versnippering tegen te gaan en een preventieve aanpak te bevorderen. De organisatie wil 'evidence based' programma's ontwikkelen ter voorbereiding op het ouderschap. Daarmee wil ze in het bijzonder risicogroepen beter bereiken, intensief begeleiden en vasthouden. Hierbij valt te denken aan programma's als 'VoorZorg'. Het programma biedt ondersteuning aan jonge vrouwen tot 25 jaar, die zwanger zijn van hun eerste kind en weinig of geen opleiding hebben genoten. Zij krijgen naast intensieve verpleegkundige ondersteuning ook opvoedondersteuning (na de geboorte) (zie verder hoofdstuk 1). Een ander project is 'Samen Starten' dat zich richt op het versterken van de lokale samenwerking om de gezondheid en het welzijn van het jonge kind van 0-2 jaar te bevorderen. Een belangrijk doel is integrale vroegsignalering. 'Samen Starten' begint daarom al tijdens de zwangerschap. Als aanstaande ouders bijvoorbeeld met financiële problemen kampen, worden zij doorverwezen naar het maatschappelijk werk, in nauw contact met verloskundigen. De hierboven genoemde programma's zijn bij het NJi (Nederlands Jeugdinstituut) bekend en staan te boek als veelbelovend. In dit soort programma's heeft de GGD landelijk al een belangrijke rol, maar ze zijn nog niet in de Gooi en Vechtstreek geïmplementeerd.⁸

Een andere reden om de GGD te betrekken bij het vormgeven of coördineren van het aanbod rond prenatale zorg kan zijn dat de organisatie al veel samenwerkt met partijen zoals verloskundigen en de kraamzorg. Ook met Versa Welzijn, consultatiebureaus, scholen en gezondheidszorg is er een nauwe samenwerking. Daarnaast is er incidenteel contact met huisartsen. Het samenwerken met particuliere aanbieders van prenatale voorlichting ligt volgens de GGD minder voor de

⁸ TNO heeft onderzoek gedaan naar de bruikbaarheid en toegankelijkheid van onder meer de programma's Samen Starten en VoorZorg voor niet-westerse allochtonen (Tan, Bekkema en Öry, 2008). De conclusies en aanbevelingen spreken voor zich. Zowel het programma 'Samen Starten' als ook de andere genoemde programma's zijn met enkele aanpassingen zeer goed bruikbaar en dus toegankelijk te maken voor deze doelgroep.

hand. Althans, daar hoeft minder regie op plaats te vinden of subsidie aan te worden verstrekt:

'Het aanbod is zeker relevant, alleen vraag ik me af of je dat vanuit de gemeente moet aanbieden. Mensen dienen in de regio goed bemiddeld te worden, maar dan wel los van de vrije markt. Als individuen voor dit aanbod kiezen, dienen zij dit zelf te bekostigen en geen beroep te doen op gemeenschapsgeld. Tenzij het gaat om een specifieke groep, kan er door de gemeenten andere afspraken gemaakt worden, zodat het ook voor hen betaalbaar wordt. Maar zitten deze mensen (risicogroepen) op deze vorm van prenatale voorlichting te wachten?'

De GGD sluit andere manieren om met deze partijen samen te werken niet uit, vooral bij het doorverwijzen.

4.3 De expertbijeenkomst

In de expertbijeenkomst is opnieuw ter sprake gekomen welke rol de gemeente en/of het CJG zou moeten of kunnen hebben bij het prenatale voorlichtingsaanbod, en ook hoe de gemeenten in de regio daarbij kunnen samenwerken. De deelnemers hebben enkele belangrijke opmerkingen geplaatst bij het beeld dat uit de interviews tot nu toe naar voren kwam.

Algemeen: voldoende aanbod?

De deelnemers aan de expertbijeenkomst zijn het erover eens dat er op zich een ruim aanbod aan voorlichtingsactiviteiten en informatie aanwezig is in de regio (en ook op internet). Wel is het belangrijk dat er een betere sociale kaart komt, dat aanstaande ouders ook via bijvoorbeeld het internet snel kunnen zien wat er voor aanbod is in hun gemeente en in de directe omgeving, waar ze zich kunnen inschrijven, wat de kosten zijn, et cetera.

Aanbod voor of ondersteuning van risicogroepen

Een aanbieder van preconceptionele zorg zegt bij de expertbijeenkomst dat preconceptionele zorg niet wordt vergoed uit het basispakket, en mede daarom weinig wordt benut door allochtone groepen. 'Het komt niet van de grond'. Breder komt in de bijeenkomst de discussie terug of er - ook door het wegvallen van de (wat goedkopere) Thuiszorg-cursussen - een specifiek (goedkoper) aanbod zou moeten komen voor mensen die het financieel minder hebben. De deelnemers zijn verdeeld, allereerst over de vraag of financiële drempels nu daadwerkelijk doorslaggevend zijn om een aanbod niet te gebruiken. Ten tweede: het aanbod van de Thuiszorg was weliswaar wat goedkoper, maar veel scheelde het niet. Daarnaast wijst een gemeentevertegenwoordiger erop dat gezinnen op het sociaal minimum via de gemeente een collectieve aanvullende verzekering kunnen afsluiten, en dat daarmee de belangrijkste drempels weggenomen zijn. Maar groepen net boven het

sociale minimum kunnen van deze regeling weer niet profiteren, zo zegt iemand anders.

In de discussie is niet teruggekomen dat er soms aanpassingen in taal nodig kunnen zijn om groepen beter te bereiken en dat er ook sprake kan zijn van een grotere afstand tot het aanbod vanwege beperktere kennis (en wat daaraan valt te doen). Wel wordt genoemd dat er bij sommige allochtone groepen meer weerstand bestaat tegen het groepsaanbod (zie eerder, onder andere vanwege schaamte). Daardoor zouden allochtone aanstaande ouders eerder kiezen voor individuele begeleiding. Die vorm van begeleiding is echter gemiddeld duurder, wat weer een barrière kan vormen.

Tijdens de bijeenkomst wordt nog een heel ander punt genoemd: het belang van goede kennis over vrouwen met psychische klachten en over doorverwijsmogelijkheden voor deze vrouwen. Enkele verloskundigen geven te kennen dat zij aan dit soort vrouwen uit zichzelf zoveel mogelijk extra aandacht besteden. Wel vragen ze zich af of hun vakgenoten daar wel altijd tijd voor hebben, of voldoende kennis. Wellicht zou doorverwijzing naar haptonomie of yoga juist goed zijn voor deze groep, zo opperen docenten die deze cursussen geven. Bijvoorbeeld voor vrouwen die angstig zijn voor de bevalling of het moederschap.

Tot slot wordt een nog heel ander aspect genoemd dat kan duiden op een behoefte aan een bijzonder aanbod: jonge aanstaande moeders (twintigers) zouden zich niet zo thuis voelen in de bestaande zwangerschapscursussen, omdat daar vooral dertigers zitten.

Aanbod voorbereiding op ouderschap

Een ander discussiepunt tijdens de bijeenkomst vormde de vraag of de gemeenten actief zouden moeten zorgen voor een cursusaanbod dat voorbereidt op ouderschap. Ter plekke werd opgemerkt dat juist dit type cursussen ('als de baby er is') moeilijk 'vol' te krijgen zijn, dus dat er niet veel behoefte aan lijkt te bestaan. Uiteraard kan dit ook komen door de beperkte bekendheid van deze cursussen bij potentiële aanbieders (verloskundigen, huisartsen), zoals ter plekke ook werd opgemerkt.

Regierol

Een belangrijke vraag op de expertbijeenkomst was wie de regie op zich zou kunnen en moeten nemen en wat de regierol idealiter zou inhouden. Verloskundigen zien mede door de hoge werkdruk en de ondoorzichtigheid van het aanbod voor zichzelf geen mogelijkheid om een spilfunctie te vervullen bij de coördinatie van de doorverwijzing van verschillende groepen, in elk geval niet zonder ondersteuning van de gemeente. Tijdens de bijeenkomst blijkt dat zij meer daadwerkelijke samenwerking wensen, zodat ze bijvoorbeeld hun rol als signaleerder meer kunnen waarmaken. Ook als het gaat om de coördinatie en invulling van het aanbod voor risicogroepen, zien zij voor de gemeente of het CJG een hoofdrol.

Samenwerking

In de expertmeeting komt naar voren dat de Thuiszorgorganisatie van oudsher een heel goede naam heeft in de regio. Daarom kloppen er zoveel mensen aan voor zwangerschapsbegeleiding. Thuiszorg heeft een groot aantal leden en verwijst hen - ook nu het eigen aanbod er niet meer is - met korting naar een aantal vaste samenwerkingspartners, waaronder yogapraktijken. Een andere particuliere aanbieder stelt vast dat de situatie wat dit betreft ongelijkwaardig is. Sommige aanbieders werken wel samen met grote doorverwijzers zoals de Thuiszorg, andere niet. Het zou wenselijk zijn dat er meer wordt samengewerkt en dat zowel voor aanstaande ouders als voor belangrijke potentiële doorverwijzers (onder andere verloskundigen, huisartsen) het aanbod overzichtelijk aanwezig is. Daar heeft de gemeente een rol in te vervullen. Bovendien komt naar voren dat particuliere aanbieders, evenals verloskundigen, weinig kennis hebben van landelijke ontwikkelingen rond het CJG, de Verwijsindex, het elektronisch kinddossier et cetera. Om goed door te kunnen verwijzen en samenwerken is het van belang dat hierover meer informatie bij de betrokkenen beschikbaar komt. Tijdens de bijeenkomst merkt iemand op dat het al winst was om rond het onderwerp prenatale voorlichting nu eens met verschillende betrokken partijen daadwerkelijk kennis te maken en rond de tafel te zitten. Ook de Thuiszorg wil graag samenwerken met het CJG.

De rol van het CJG

Hoe zou het CJG de prenatale voorlichting kunnen coördineren en versterken? Allereerst door een goede sociale kaart via een digitaal CJG. Met algemeen aanbod, specifiek aanbod, voorbereiding op ouderschap (met links naar aanbieders). Het CJG moet bij iedereen bekend zijn, burgers en professionals. Het CJG moet helpen de samenwerking in de regio te versterken, rond doorverwijzing en signalering. Het is prettig om contact te hebben met professionals die zich met de zorg en ondersteuning van kinderen van 0 jaar en ouder bezighouden.

4.4 Conclusies en aanbevelingen

De expertmeeting en de interviews met beleidsverantwoordelijken vormden het sluitstuk van ons onderzoek. Na de uiteenzetting van de resultaten uit deze interviews is het nu mogelijk een antwoord te geven op de hoofdvraag van dit onderzoek. Het doel van dit onderzoek was dat de gemeenten in de Gooi en Vechtstreek inzicht zouden krijgen in het aanbod aan prenatale voorlichting in hun gemeenten, en in het gebruik dat inwoners daarvan maken. Verder moest het onderzoek aan gemeenten aanknopingspunten bieden op basis waarvan zij hun taken rondom prenatale voorlichting vorm kunnen geven. In het eerste hoofdstuk zijn daartoe zeven vragen geformuleerd. Deze vragen zullen we in deze slotparagraaf van een antwoord voorzien. Daarbij is een opmerking op zijn plaats. In het algemeen is het veld van de prenatale voorlichting in de negen gemeenten versnip-

perd en is er weinig samenwerking. Iedere aanbieder werkt vooral vanuit het eigen aanbod. De versnippering brengt met zich mee dat het bijzonder lastig is om een compleet zicht te krijgen op het aanbod en het gebruik daarvan. Het is goed die beperking in het achterhoofd te houden bij de antwoorden op de onderzoeksvragen.

1. Hoe groot zijn de verschillende risicogroepen in de negen gemeenten?

De negen gemeenten hebben geen hoog risicoprofiel als het gaat om de pre- en perinatale periode. De zuigelingensterfte is laag en het aantal tienermoeders is, met uitzondering van Hilversum, verwaarloosbaar. Het aandeel eenoudergezinnen ligt rond het Nederlandse gemiddelde. Dat betekent niet dat er geen risicogroepen aanwezig zijn in de regio. Het gaat dan vooral om huishoudens met een laag inkomen en niet-westerse allochtone gezinnen. Overigens is er op enkele punten weinig zicht op de prevalentie van risicofactoren: overgewicht bij zwangere vrouwen, roken tijdens zwangerschap en meerlingenzwangerschap. Ook is er geen inzicht in de omvang van psychische problemen bij aanstaande moeders. Voor een volledig risicoprofiel is inzicht in deze factoren van belang. Het valt te overwegen om hier in de GGD Gezondheidspeilingen aandacht aan te besteden.

Hilversum en Weesp zijn de gemeenten met het hoogste risicoprofiel wat betreft de pre- en perinatale periode. Wel moeten we nogmaals in ogenschouw nemen dat deze gemeenten in landelijk perspectief niet op zouden vallen. Huizen en Bussum volgen op enige afstand. In de overige vijf gemeenten is het risicoprofiel laag.

Er is geen relatie tussen het risicoprofiel en de zorgen en vragen die ouders over de opvoeding hebben, net zomin als met de behoefte aan opvoedingsondersteuning. De verschillen tussen de gemeenten zijn op deze punten niet al te groot.

2. Wat is het huidige aanbod en wie zijn de huidige aanbieders van prenatale voorlichting? Welke voorzieningen werden door de AWBZ gefinancierd? Wie maken van welke voorzieningen gebruik? Welk aanbod heeft een regionale functie en welk aanbod een lokale functie?

Het huidige aanbod is momenteel louter van particuliere, niet gesubsidieerde aanbieders. Het aanbod is bijna exclusief gericht op begeleiding van de zwangerschap, en nauwelijks op de voorbereiding van het ouderschap. Het aanbod verschilt tussen de gemeenten, waarbij de verschillen deels bepaald worden door de markt voor specifieke vormen van prenatale voorlichting. Het particuliere aanbod is niet gemeentegebonden. Over het gebruik van het particuliere aanbod zijn niet voldoende cijfers voorhanden om een betrouwbaar beeld te schetsen.

Tot het najaar van 2009 konden aanstaande ouders gebruikmaken van het aanbod van thuiszorgorganisatie Vivium. Dit aanbod werd tot 2009 deels uit de Awbz gefinancierd. Deze financiering is in 2009 niet voortgezet door de gemeenten. Van het aanbod van de thuiszorg maakten jaarlijks zo'n vierhonderd aanstaande moeders of ouderparen gebruik. Het aanbod van Vivium had een regionale functie.

3. Welk aanbod is er in de negen gemeenten voor risicogroepen?

Er is in de negen gemeenten nauwelijks een specifiek aanbod voor risicogroepen. Alleen de regionale welzijnsinstelling Versa heeft incidenteel een aanbod voor allochtone moeders. Daarnaast is er in Hilversum een opvang voor (aanstaande) tienermoeders, waar zij prenatale voorlichting van verloskundigen krijgen. In hoeverre risicogroepen gebruik maakten van het gesubsidieerde aanbod van thuiszorginstelling Vivium is niet duidelijk. Weinig risicogroepen maken gebruik van het particuliere aanbod, zo zeggen de particuliere aanbieders zelf.

4. Welke vormen van prenatale voorlichting vallen onder aanvullende ziektekostenverzekeringen? Wat is de kwaliteit en kwantiteit van het product per aanbieder?

Veel van het particuliere aanbod aan prenatale voorlichting wordt gedekt door aanvullende ziektekostenverzekeringen. De dekking verschilt echter per ziektekostenverzekeraar. Voor zover we hebben kunnen nagaan, stellen ziektekostenverzekeraars geen eisen aan de kwaliteit.

5. Welke voorlichtingsvoorzieningen verdwijnen er als gemeenten geen middelen inzetten voor prenatale voorlichting?

De prenatale voorlichting door de thuiszorg is verdwenen, omdat de gemeenten de thuiszorginstellingen hiervoor niet wilden subsidiëren. Het is onduidelijk in hoeverre dit de doelgroep van de prenatale voorlichting raakt. Er zijn bij gemeenten, noch bij verloskundigen, noch bij particuliere aanbieders signalen dat er iets in het aanbod gemist wordt. Tegelijkertijd is de vraag bij particuliere aanbieders niet toegenomen. Het is onduidelijk hoe we dit moeten duiden. Het lijkt aannemelijk dat er een gat is gevallen, ook omdat de eigen bijdragen voor deelname aan het particuliere aanbod doorgaans hoger zijn dan die voor deelname aan het thuiszorgaanbod. Uit dit onderzoek is evenwel niet naar voren gekomen dat dit gat problematisch is. Mogelijk vormt de relatief korte tijdspanne sinds het wegvallen van het aanbod een verklaring.

6. Zijn vraag en aanbod in de regio en/of de negen gemeenten voldoende op elkaar afgestemd?

Hoewel we alleen kunnen spreken over de latente vraag naar (of behoefte aan) prenatale voorlichting, kunnen we deze vraag niet bevestigend beantwoorden. Dat heeft te maken met het ontbreken van een specifiek aanbod voor risicogroepen (waaronder allochtone gezinnen). Zeker in Hilversum, Weesp, Huizen en Bussum is daar behoefte aan, gezien de risicoprofielen van deze gemeenten. Bovendien is er ondanks het pluriforme aanbod toch sprake van eenzijdigheid, omdat het aanbod bijna volledig gericht is op zwangerschapsbegeleiding en nauwelijks op de voorbereiding op het ouderschap. Zeker voor risicogroepen is het van belang dat er een aanbod aan prenatale voorlichting is dat hen op het ouderschap voorbereidt.

Voor aanstaande ouders met een laag inkomen, waartoe de risicogroepen niet zelden behoren, zou het wegvallen van het gesubsidieerde aanbod kunnen leiden

(en dus de hogere eigen bijdrage) een financiële drempel voor deelname kunnen opwerpen. Bovendien hebben deze ouders vaak geen aanvullende ziektekostenverzekering.

Voor aanstaande ouders die niet tot de risicogroepen behoren en voor wie een hogere eigen bijdrage geen probleem is (bijvoorbeeld omdat deze deels gedekt wordt door een aanvullende ziektekostenverzekering) lijkt er voldoende aanbod te zijn in de regio. Bovendien vormt het internet in toenemende mate een belangrijke bron van informatie, in het bijzonder voor deze groep aanstaande ouders.

7. Wat is een mogelijke rol voor de Centra voor Jeugd en Gezin in de prenatale voorlichting?

Tot nu toe hebben gemeenten nauwelijks zicht op wat er zich op het gebied van prenatale voorlichting afspeelt, laat staan dat zij op enigerlei wijze sturen. Ook de GGD, aan wie de jeugdgezondheidszorg is uitbesteed, is nauwelijks actief op het gebied van de prenatale voorlichting - dat overigens ook niet tot het basispakket jeugdgezondheidszorg behoort. Gezien de bovenstaande conclusies kan er wel een taak voor gemeenten zijn weggelegd. Die zou eruit kunnen bestaan dat zij zorgen voor een toegankelijk basisaanbod, juist voor risicogroepen. Dat aanbod zou zwangerschapsbegeleiding dienen te combineren met voorbereiding op het ouderschap, zodat er een doorgaande lijn in opvoedingsondersteuning ontstaat. De toegankelijkheid wordt bepaald door de hoogte van de eigen bijdragen, de laagdrempeligheid en de aandacht voor eventuele taal- en cultuurbarrières.

De Centra voor Jeugd en Gezin hebben een centrale positie in de opvoed- en opgroei-ondersteuning. Het ligt dan ook voor de hand dat de CJG's een centrale rol in dit basisaanbod prenatale voorlichting gaan spelen. Zij hebben ook op dit punt een informatie- en adviesfunctie, kunnen licht pedagogische hulp bieden en doorverwijzen naar een meer specifiek aanbod. Met een dergelijke spilfunctie voor de CJG's is het noodzakelijk dat de eerstelijnsprofessionals (verloskundigen, huisartsen, gynaecologen) uitstekend op de hoogte zijn van de rol en het aanbod van het CJG. Deze professionals kunnen dan in ieder geval ouders met een verhoogd risico zo nodig de weg wijzen naar de CJG's. Tegelijkertijd kan een deel van de informatievoorziening door CJG's via (meertalig) schriftelijk materiaal plaatsvinden via de eerstelijnsprofessionals.

Doorverwijzing vanuit het CJG naar bepaalde vormen van prenatale voorlichting zou alleen moeten plaatsvinden als de kwaliteit van dat aanbod gegarandeerd is. Het is zaak om met particuliere aanbieders tot afspraken te komen over de minimaal te leveren (garanties voor) kwaliteit. Het gaat dan om onderwerpen als opleidingseisen, de effectiviteit van bepaalde therapieën, de toegankelijkheid, het lidmaatschap van een regionale of landelijke beroepsvereniging, het beschikken over methodiekbeschrijvingen of het vaststellen van de cliënttevredenheid. Verder is het zaak ook de particuliere aanbieders goed te informeren over de rol en het aanbod van de CJG's. Bij het signaleren van potentiële risico's dienen ook zij door te verwijzen naar de CJG's.

De CJG's zijn ook de logische plaats voor preconceptiezorg en preconceptievoorlichting. Ook hier geldt dat er specifieke aandacht moet zijn voor de vraag hoe risicogroepen bereikt kunnen worden.

Het ligt voor de hand in eerste instantie de CJG's in Hilversum, Weesp, Huizen en Bussum op deze manier toe te rusten, omdat de omvang van de risicogroepen in deze gemeenten relatief groot is. De CJG's in deze gemeenten kunnen dan ook de inwoners uit de overige gemeenten bedienen. Informatie en advies kan vanzelfsprekend in alle CJG's een plaats krijgen.

Een dergelijke invulling van de CJG's vraagt dat gemeenten een actief sturende rol op zich nemen en duidelijk hun visie op prenatale voorlichting formuleren.

Literatuur

- Acker, M.P. van (2009). *Gezondheidspeiling volwassenen 2008. Resultaten van de gezondheidsenquête onder inwoners van 19 tot 65 jaar in de regio Gooi en Vechtstreek*. Hilversum: GGD Gooi en Vechtstreek.
- CBS (2007). Jennissen, R.P.W., & J. Oudhof (red.) *Ontwikkelingen in de maatschappelijke participatie van allochtonen Een theoretische verdieping en een thematische verbreding van de Integratiekaart 2006*. Jaarrapportage CBS. Den Haag.
- Fransen, M.P. (2010). *Ethnic Differences in Prenatal Screening for Down Syndrome: information, decision-making and participation*. Rotterdam: Erasmus Universiteit (proefschrift).
- Hoeijmakers, M. (2010). *Centra voor Jeugd en gezin en eerstelijnszorg: handreiking voor gemeenten*. Den Haag; Den Haag: Vereniging Nederlandse gemeenten (VNG); Programmaministerie voor Jeugd en Gezin.
- Kooijman, K., Struijf, E., Coeverden, S. van, Crijnen, A. en Leerdam, F. van (2008). VoorZorg: opvoedingsondersteuning van zwangerschap tot peutertijd. In: JGZ, *Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg*, 40(3), p.60-62.
- Smith G.C., Fretts, R.C. (2007). Stillbirth. *The Lancet*; 370(9600): p. 1715-25.
- Steketee, M., Mak, J., Tierolf, B., m.m.v. Roeleveld, W. (2010). *Kinderen in Tel; Databoek 2010*. Utrecht:Verwey-Jonker Instituut.
- Ravelli, A.C.J., Eskes, M., Tromp, M., Huis, A.M. van, Steegers, E.A.P., Tamminga, P., et al. (2008). Perinatale sterfte in Nederland 2000-2006; risicofactoren en risicoselectie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*; 152(50): 2728-33.
- Richardus, J.H., Graafmans, W.C., Verloove-Vanhorick, S.P., Mackenbach, J.P. (1998). The perinatal mortality rate as an indicator of quality of care in international comparisons. *Med Care*; 36(1): p. 54-66.
- Tan, N., Bekkema, N., Öry, F. (2008). *Toepasbaarheid van opvoedingsondersteuning voor Marokkaanse en Turkse gezinnen in Nederland, in het bijzonder van het programma Samen Starten/DMO-P*. Leiden: TNO Kwaliteit van leven.
- Waelput A.J.M., Achterberg, P.W. (2007). *Etniciteit en zorg rondom zwangerschap en geboorte: een verkenning van Nederlands onderzoek*. RIVM-rapport nr. 270032004. Bilthoven: RIVM.

Bijlage 1 Aanbieders prenatale voorlichting in de regio Gooi en Vechtstreek

Onderstaand schema geeft een overzicht van het aanbod van prenatale voorlichting in de Gooi en Vechtstreek. Het overzicht is verkregen op basis van een internetsearch en ook is er navraag gedaan bij de geïnterviewde aanbieders. Een opmerking hierbij is dat het schema wellicht niet helemaal compleet is. Aanbieders die zich niet op internet profileren en zich ook niet kenbaar maken bij de verloskundigenpraktijken of andere particuliere aanbieders, ontbreken in dit schema.

	Blaricum	Laren	Huizen	Bussum	Naarden	Weesp	Muiden	Hilversum	Wijdmeren
1 Verloskundige praktijken		x	2x	x	x	x		3x	2x
2 Tergooizekenhuizen: informatie avond bevallen	x							x	
3 Welzijns instellingversa			x	x		x		x	
4 Zwangerschapsgymnastiek: Zwangerfitness				x	x				
5 Zwangerschapsgymnastiek: Zwanger en fit				x	x			2x	
6 Zwangerschapsyoga			2x	2x					
Zwangerschaps-haptonomie		x	x					2x	
7 Oefentherapie Mensendieck en Cesar		x		x	x			x	
8 Zwangerschapszwemmen			x	x	x			x	
9 Cursus Bewust Bevallen/ Bewust Bevallen privé cursus			x						
10 Samen bevallen			x		x			x	
11 Bevallen met een doula			x						

Bijlage 2 Deelnemerslijst Expertmeeting

'Prenatale voorlichting als onderdeel van het gemeentelijk jeugdbeleid'
Donderdag 29 april 2010, 15:00-17:00, Stadskantoor Naarden

Organisatie

Gemeente Hilversum
Gemeente Naarden
Gemeente Weesp
Vivium Zorggroep
Versa Welzijn
GGD Gooi en Vechtstreek
Verloskundigenpraktijk Het Geboortehuis

Verloskundigenpraktijk Weesp e.o.

YogaCentrum Lotus
Prezenz:haptonomische coaching & training
Verwey-Jonker Instituut

Deelnemer

Mw. Jantien van Riel
Mw. Anja Woltman
Dhr. Henk Vos
Mw. Anette van Biezen
Mw. Tine Hoofd
Mw. Marlien Dijkema
Mw. Rianne de Kleermaeker
Mw. Mirjam van Oostenbrugge
Mw Jasmine Angehrn
Mw. Debbie Klercq
Mw. Gien van Calker
Mw. Georgina Tanis
Mw. Marjolijn Distelbrink
Mw. Ouafila Essayah
Dhr. Rob Gilsing
Mw. Esmey Kromontono

Colofon

Opdrachtgever/financier	Gemeente Blaricum, Bussum, Hilversum, Huizen, Laren, Muiden, Naarden, Weesp en Wijdmeren
Auteurs	Dr. M. J. Distelbrink Drs. O. Essayah Dr. R. Gilsing Drs. E. M. Kromontono
Omslag	Grafital, Eindhoven
Uitgave	Verwey-Jonker Instituut Kromme Nieuwegracht 6 3512 HG Utrecht T (030) 230 07 99 F (030) 230 06 83 E secr@verwey-jonker.nl Website www.verwey-jonker.nl

De publicatie

De publicatie kan gedownload en/of besteld worden via onze website: <http://www.verwey-jonker.nl>

ISBN 978-90-5830-414-8

© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht 2010.

Het auteursrecht van deze publicatie berust bij het Verwey-Jonker Instituut.

Gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld.

The copyright of this publication rests with the Verwey-Jonker Institute.

Partial reproduction of the text is allowed, on condition that the source is mentioned.