

Zorg voor kwetsbare zwangere vrouwen en hun kinderen

Marije van der Hulst, Rianne Kok, Hanneke de Graaf & Peter Prinzie

Samenvatting

Armoede en een verminderde kwaliteit van de leefomgeving hebben een negatieve, en vaak permanente, invloed op de ontwikkeling van kinderen, zowel tijdens de zwangerschap als gedurende hun verdere leven. Een opeenstapeling van sociaaleconomische risicofactoren en een barrière die wordt ervaren richting de hulpverlening maakt een substantieel deel van de Rotterdamse zwangere vrouwen kwetsbaar. Dit vraagt om een laagdrempelige interventie, waarin een gezin wordt begeleid naar een duurzame oplossing voor de kwetsbare situatie, om zo de

intergenerationele overdracht van kwetsbaarheid te doorbreken. Moeders van Rotterdam is een langdurig en intensief traject waarbij aanstaande moeders vanaf de zwangerschap tot aan de tweede verjaardag van hun kind worden begeleid. Via wetenschappelijk onderzoek zal de effectiviteit van het programma worden onderzocht rondom zelfredzaamheid, mentaal welzijn van de moeder en ontwikkeling van het kind. In dit artikel beschrijven we het programma Moeders van Rotterdam, alsmede de opzet voor de wetenschappelijke evaluatie van dit programma.

Aanleiding

Rotterdam, de tweede stad van Nederland, is een stad met typisch grootstedelijke problematiek, zoals werkloosheid, armoede en veel laaggeschoolde inwoners. In Nederland is Rotterdam de stad met het hoogste percentage kinderen dat opgroeit in armoede (25%); in de bijstand (19%); in een gezin met een laag opleidingsniveau (20%); of in een

gezin waarbij ten minste één van de ouders werkloos is (10%) (CBS, 2016, 2017a, 2017b, 2017c). Bovendien is de perinatale sterfte in Rotterdam hoger (9 kinderen per 1.000 bevallingen) en worden er ook meer kinderen te vroeg of te licht geboren (173 kinderen per 1.000 bevallingen) in vergelijking met landelijke cijfers (respectievelijk 8 en 142 kinderen per 1.000 bevallingen) (Waelput et al., 2017). In de achterstandswijken van

Rotterdam zijn de uitkomsten nog zorgwekkender (respectievelijk 10 en 181 kinderen per 1.000 bevallingen) (Erasmus MC, 2018).

Armoede en een verminderde kwaliteit van de leefomgeving zijn mogelijk de belangrijkste sociaaleconomische risicofactoren die een negatieve, en vaak permanente, invloed hebben op de ontwikkeling van kinderen, zowel tijdens de zwangerschap als gedurende hun verdere leven. Allereerst kunnen deze sociaaleconomische factoren het stressniveau van de aanstaande moeder chronisch verhogen, wat niet alleen negatieve gevolgen heeft voor haar eigen gezondheid, maar ook voor de ontwikkeling van haar kind (Murali & Oyeboode, 2004; Steptoe & Feldman, 2001). Een verhoogd stressniveau tijdens de zwangerschap bij de moeder is bijvoorbeeld gerelateerd aan een lager geboortegewicht, een grotere kans op overgewicht en diabetes gedurende het verdere leven, meer gedragsproblemen en een verstoorde hersenontwikkeling bij het kind (Bergman et al., 2007; Davis et al., 2004; Grant et al., 2009; Huang, Lee & Lu, 2007; O'Connor et al., 2002). Daarnaast resulteert dit verhoogde stressniveau in verminderde zelfredzaamheid, wat een negatieve weerslag kan hebben op de mate van sensitiviteit en responsiviteit van moeder richting haar kind (Grant et al., 2009; Philbrook et al., 2014; Tarullo, John & Meyer, 2017). Deze verminderde sensitiviteit en responsiviteit kunnen een risico vormen voor de ontwikkeling van een veilige gehechtheidsrelatie tussen moeder en kind (De Wolff & Van IJzendoorn, 1997). Bovendien ervaren aanstaande moeders met een verhoogd stressniveau vaker psychische klachten, waardoor zij minder goed in staat zijn een gezonde opvoedomgeving te creëren voor hun kind, om zo de ontwikkeling van hun kind optimaal te ondersteunen en te stimuleren (Murali & Oyeboode, 2004; Najman et al., 2010; Steptoe & Feldman, 2001; Wen, Browning & Cagney, 2007).

Ten tweede hebben mensen met een lage sociaaleconomische status vaker een ongezonde leefstijl, waarbij zij in vergelijking met mensen met een hoge sociaaleconomische status vaker roken, alcohol drinken, ongezond eten en onvoldoende bewegen (Darmon & Drewnowski, 2015; Najman

et al., 2010; Wen et al., 2007). Wanneer deze ongezonde leefstijl zich doorzet tijdens de zwangerschap, ondervindt ook het ongeboren kind negatieve gevolgen van dit gedrag, zoals prematuriteit, astma, overgewicht, obesitas en gedragsproblemen (De Graaf, Steegers & Bonsel, 2013; Huang et al., 2007; Jaakkola & Gissler, 2004; Mattsson et al., 2013; O'Leary et al., 2009; Sood et al., 2001). Voor een deel kan deze ongezonde leefstijl verklaard worden door het chronische stressniveau, dat ervoor zorgt dat aanstaande moeders zoveel energie investeren in overleven dat er weinig overblijft voor het maken van gezonde keuzes en een adequate opvoeding (Murali & Oyeboode, 2004; Najman et al., 2010; Steptoe & Feldman, 2001; Wen et al., 2007). Ten slotte vindt juist deze kwetsbare groep niet de juiste hulpverlening, ondanks het feit dat er op verschillende niveaus ondersteuning en hulp beschikbaar is. Dit is enerzijds te verklaren doordat zij moeite kunnen hebben met het onderkennen van hun problemen. Anderzijds missen zij de financiële middelen om voor deze problemen adequate hulp in te schakelen. Echter, misschien wel de belangrijkste verklaring is te vinden in de bewuste vermindering van zorg door deze doelgroep. Mensen die zich langdurig in een kwetsbare situatie bevinden, zijn vaak ook langdurig geïsoleerd van de samenleving. Hierdoor ontstaat een versterkend effect van steeds verdere terugtrekking uit de samenleving, met toenemend wantrouwen richting instituties tot gevolg. Daarnaast hebben mensen in een kwetsbare situatie een gebrek aan zelfvertrouwen, wat door kan slaan naar een overmatig gevoel van wantrouwen, veroorzaakt door een eenzijdige afhankelijkheid van anderen en een machtsongelijkheid ten opzichte van instanties (Nootboom & Radstake,

In Nederland is Rotterdam de stad met het hoogste percentage kinderen dat opgroeit in armoede

2002; Schout, 2008). Hierdoor wordt de kwetsbare situatie erger naarmate deze langer voortduurt. Deze opeenstapeling van sociaaleconomische risico's en de barrière die kwetsbare zwangere vrouwen ervaren richting de hulpverlening vraagt daarom om een laagdrempelige interventie. Met een dergelijke interventie kan vroeg in de zwangerschap ingegrepen worden in de sociale problematiek, zodat ook het ongeborn kind een betere start in het leven krijgt. Vervolgens kan deze interventie moeder en kind begeleiden naar een duurzame oplossing voor de kwetsbare situatie, waarbij een gezonde en veilige thuissituatie voor moeder en kind wordt gecreëerd en de negatieve spiraal wordt doorbroken. Moeders van Rotterdam biedt kwetsbare zwangere vrouwen deze interventie. Alvorens dieper op de vorm van deze interventie in te gaan, wordt eerst het concept kwetsbaarheid verder toegelicht.

Kwetsbaarheid

Binnen de wetenschappelijke literatuur bestaat een verscheidenheid aan definities voor het concept *kwetsbaarheid*, vaak toegespitst op een specifieke (patiënten)populatie. Binnen het kader van dit programma zien we kwetsbaarheid als een combinatie van de volgende onderliggende mechanismen: a) een opeenstapeling van problemen of beperkingen, zoals het ontbreken van een startkwalificatie en een dreigende huisuitzetting; b) een gebrek aan zelfredzaamheid en zelfherstellend vermogen; en c) een situatie waarbinnen ook de hulp en zorg vanuit de omgeving onvoldoende steun bieden. Met andere woorden, hierbij bestaat multicomplexe problematiek die niet vanuit eigen kracht of met hulp vanuit de omgeving kan worden opgelost. Deze drie mechanismen zijn binnen de zwangerschap als volgt geoperationaliseerd om de doelgroep van kwetsbare zwangere vrouwen te duiden:

1. het gelijktijdig bestaan van medische en sociale risicofactoren voor een gezonde zwangerschap, zoals roken tijdens de zwangerschap en een ongezond dieet (*factor a*);
2. het aanwezig zijn van één of meer manifestaties van psychiatrische, psychosociale of verslavingsproblematiek (*factor a*);

3. gebrek aan middelen om problemen op te lossen, zoals: individuele competenties, materiële middelen en/of een sociaal netwerk (*factor b en c*);
4. goede zorg- en hulpverlening wordt bemoeilijkt, als gevolg van bovenstaande drie factoren (*factor a, b en c*);
5. het bestaan van versterkende, negatieve cirkels; op individueel niveau door wantrouwen in de zorg en/of gebrek aan communicatie tussen cliënt en verscheidene hulpverleners; op medisch niveau door het samenspel van meerdere risicofactoren (*factor a, b en c*).

Kwetsbare doelgroep bij Moeders van Rotterdam

Geschat wordt dat er in Rotterdam ieder jaar 350 kinderen geboren worden in een zeer kwetsbare situatie (Stichting de Verre Bergen, 2016). Sinds de start van het programma twee jaar geleden, zijn er 498 kwetsbare zwangere vrouwen bij Moeders van Rotterdam in begeleiding gekomen. Vijf procent van de aangemelde moeders binnen het programma is jonger dan twintig jaar; een percentage ver boven het landelijke percentage van 0,003 (CBS, 2017d). Ongeveer de helft van de aangemelde vrouwen is zwanger van haar eerste kind. Twee derde van de aangemelde vrouwen geeft bij intake aan schulden te hebben, een kwart van de vrouwen heeft geen eigen woonruimte en verblijft dus bij vrienden of familie. Gemiddeld worden de vrouwen aangemeld met vier problemen, waarbij de meeste problemen te maken hebben met sociaal functioneren (alleenstaand, zwak sociaal netwerk) en gezondheid (inclusief verslaving, psychiatrische problemen en stress). Om de doelgroep en het programma beter toe te lichten, wordt een fictieve casus geïntroduceerd, die gebaseerd is op de problematiek van meerdere vrouwen binnen het programma.

Amina is een Marokkaanse moeder van 28 jaar. Ze heeft een zoontje van een jaar (Baz) en is momenteel twintig weken zwanger van haar tweede kind. Amina heeft momenteel geen vaste partner en verblijft samen met haar kind bij haar moeder in een klein ap-

partement met twee slaapkamers. Het appartement is niet geschikt voor zoveel personen en de huisbaas eist dat Amina is verhuisd voordat haar tweede kind is geboren. Omdat Amina momenteel rond moet komen van een uitkering, ziet zij geen mogelijkheid om een eigen woonruimte te vinden.

Toeleiding tot zorg

De meest kwetsbare doelgroepen weten vaak niet de juiste hulp te vinden, waardoor zij ‘onzichtbaar’ blijven voor hulpverleners. Kwetsbare zwangere vrouwen bezoeken echter wel vaak een verloskundige zorgprofessional (meestal een verloskundige of gynaecoloog) voor zorg rondom de zwangerschap. Deze zorg is wellicht vanzelfsprekender en minder intimiderend. De zwangerschap is daarom een uniek moment om deze kwetsbare gezinnen alsnog in beeld te krijgen en biedt een kans om deze vrouwen te begeleiden in het waarborgen van de ontwikkeling van het (ongeboren) kind. Als de kwetsbare situatie van de zwangere vrouw, en daarmee de leefomgeving en de gezondheid van het kind, al vroeg in de zwangerschap verbeteren, ontstaat de ruimte voor een gezonde start in het leven en een veilige en stimulerende opvoedomgeving voor het kind.

De meest kwetsbare doelgroepen weten vaak niet de juiste hulp te vinden, waardoor zij ‘onzichtbaar’ blijven voor hulpverleners

Hoewel de verloskundige zorgprofessional de persoon is die de kwetsbare zwangere vrouwen in beeld krijgt, past het niet bij haar functie om de kwetsbare vrouwen te helpen bij de veelal sociale problematiek die zij ervaren.¹ Zij kan de vrouwen wel doorverwijzen naar adequate hulpverlening. Sinds de transformatie jeugdhulp in 2015 zijn gemeenten, zorgaanbieders en onderwijsinstellingen gezamenlijk verantwoordelijk voor het leveren van adequate jeugdzorg. In de meeste Nederlandse steden wordt deze sociale ondersteuning aangeboden vanuit een wijkteam. Sociale wijkteams bieden vanuit een multidisciplinair team generieke hulpverlening voor sociale problematiek aan alle bevolkings- en leeftijdsgroepen, maar zijn vaak niet specifiek

¹ In verband met de leesbaarheid worden de verloskundigen in de vrouwelijke vorm aangesproken, waar ook de mannelijke vorm gelezen kan worden.

	Gezondheid & Zorg	Wonen
Lange termijn	<p>Gebruik van relevante zorg door moeder en kind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - afsluiten van een zorgverzekering - huisarts - tandarts - verloskundig zorgprofessional - kraamzorg - consultatiebureau 	<p>Veilige woonsituatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - geen achterstallig onderhoud dat gevaar met zich meebrengt - geen vocht, tocht en ongedierte - eigen slaapplek voor het kind
Korte termijn	<p>Gedragsverandering in leefstijl:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gezonde voeding (inclusief zwangerschapsvitamines & foliumzuur) - gezond dag-nachtritme, geen verslavende/verdovende middelen tijdens/na de zwangerschap - weloverwogen keuze voor anticonceptie 	<p>Duurzame woonsituatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zelfstandige woonruimte - basismeubilair aanwezig - baby-uitzet compleet - kindveilige omgeving (traphekje, kindersloten, etc.)

Tabel 1: Kerndoelen van het programma op de vier leefdomeinen

toegerust op kwetsbare zwangere vrouwen. Vanuit het besef dat een meer toegespitste aanpak nodig is voor deze doelgroep, is in 2014 in Rotterdam het project Moeders van Rotterdam ontwikkeld in een samenwerkingsverband tussen de Gemeente Rotterdam, het Erasmus MC en de Erasmus Universiteit en Stichting de Verre Bergen (zie www.tijdschriftvoororthopedagogiek.nl voor beschrijving).

Als Amina zestien weken zwanger is, bezoekt ze voor het eerst een verloskundige. Door meer acute zaken in haar leven heeft ze het bezoek een tijd uitgesteld. Het valt de verloskundige na het tweede bezoek op dat Amina telkens Baz bij zich heeft, maar verder door niemand vergezeld wordt. Is er niemand die even op Baz kan passen, of met Amina mee kan naar de echo-afspraken? De verloskundige vraagt Amina naar haar sociale netwerk. Hoewel Amina bij haar moeder inwoont, is deze vaak niet beschikbaar om op Baz te passen of om mee te komen naar de afspraken. Buiten haar moeder heeft Amina weinig sociale contacten. Amina vertelt de verloskundige over de problemen rondom de kleine woonruimte en hoeveel stress zij ervaart door deze situatie. De verloskundige heeft het idee dat Amina zelf niet voldoende in staat is de juiste hulp in te roepen en de juiste zorg te organiseren. In overleg met Amina besluit ze haar daarom aan te melden bij Moeders van Rotterdam.

Programma Moeders van Rotterdam

In dit artikel richten we ons met name op de pedagogische onderdelen van het programma en de wetenschappelijke evaluatie hiervan. Een volledige beschrijving is terug te lezen in Van der Hulst et al. (2018).

Het programma Moeders van Rotterdam is proactief en holistisch van aard. Er wordt snel geschakeld in acute situaties en problemen worden duurzaam aangepakt door de totaliteit van de multicomplexe problemen binnen het gezin aan te pakken. Zo heeft het programma als doel om de acute stress bij de aanstaande moeder zo snel mogelijk te verminderen. Vervolgens wordt de aandacht verlegd naar het bevorderen van de zelfredzaamheid van de vrouwen en richt de begeleiding zich op meerdere domeinen: gezondheid en zorg; wonen; financiën en administratie; en ontwikkeling van het kind. Voor elk van deze domeinen zijn specifieke doelen opgesteld om de kwetsbare situatie van moeder en kind te verbeteren (zie Tabel 1).

Een groot deel van de begeleiding wordt uitgevoerd door Bureau Frontlijn, maar ook wordt actief samenwerking gezocht met andere betrokken organisaties en professionals (zowel medisch als sociaal). Bureau Frontlijn houdt het overzicht en

Financiën & Administratie

- Aanvragen met betrekking tot financiën
- registratie in Basis Registratie Personen (zowel moeder als kind)
- DigiD aanvragen
- uitkering, toeslagen en ontheffingen aanvragen

Ontwikkeling kind

- Basis voor een veilige hechting:
- pedagogische kennis over de ontwikkeling van het kind overdragen
- pedagogische vaardigheden aanleren

-
- Duurzame situatie financiën en administratie:
 - administratie op orde
 - schulden aangepakt
 - participatie in de samenleving/zinnige dagbesteding

- Algemene ontwikkeling:
 - gezonde leefstijl van kind (voeding, beweging & slaap)
 - stimuleren van taalontwikkeling
 - uitdagen motorische ontwikkeling
 - structuur aanbieden en grenzen opleggen
 - sociale contacten met andere kinderen
-

de regie over de begeleiding en zorgt ervoor dat de verschillende organisaties zo effectief mogelijk samenwerken in het belang van de kwetsbare zwangere vrouw en haar kind. De begeleiding vindt zoveel mogelijk plaats in de thuisomgeving van de vrouw. Op die manier is de hulpverlening laagdrempelig en krijgt de hulpverlener zoveel mogelijk informatie over de thuissituatie. Daarnaast geeft dit de mogelijkheid aansluiting te vinden bij faciliteiten en activiteiten in de directe omgeving van de kwetsbare vrouw.

Uniek aan Moeders van Rotterdam is dat de begeleiding wordt uitgevoerd door sociale professionals en derdejaars hbo-studenten Social work en Toegepaste psychologie. In de begeleiding worden de studenten gecoacht en gemonitord door een sociale professional (afgeronde hbo- of wo-opleiding in het sociale domein met relevante werkervaring met deze doelgroep). Indien de problematiek van de kwetsbare zwangere vrouw te complex is, neemt deze professional de zorg - tijdelijk - over. Een belangrijke meerwaarde van het inzetten van studenten is dat de kwetsbare zwangere vrouwen hen als minder bedreigend ervaren, waardoor het wantrouwen en de achterdocht tegenover de hulpverlening afneemt. Daarnaast verhogen studenten de personeelssterkte, waardoor iedere vrouw een intensief en langdurig begeleidingstraject wordt geboden.

De begeleiding is opgebouwd in vier fasen:

1) zwangerschap en geboorte; 2) eerste levensjaar kind; 3) tweede levensjaar kind; en 4) nazorg. In alle fasen is de begeleiding zowel praktisch als pedagogisch van aard.

Fase 1: Zwangerschap en geboorte

Een zwangere vrouw wordt bij - een vermoeden van - kwetsbaarheid aangemeld bij het programma Moeders van Rotterdam. Veelal wordt dit gedaan door haar verloskundige zorgprofessional, maar ook andere professionals en anderszins betrokkenen kunnen een kwetsbare zwangere vrouw bij het programma aanmelden. Zo is het ook mogelijk dat het sociale netwerk van de zwangere vrouw, of de zwangere vrouw zelf een melding maakt bij het programma. Bij de aan-

melding wordt aangegeven welke problemen er - eventueel- spelen bij de aanstaande moeder en haar gezin.

Na aanmelding wordt een intakegesprek ingepland bij de zwangere vrouw thuis. Daar worden de problemen geïnventariseerd en wordt beoordeeld of er inderdaad sprake is van een kwetsbare situatie (multicomplexe problematiek). In dat geval wordt er een plan van aanpak opgesteld, gericht op de vier leefgebieden zoals hierboven beschreven. Door middel van dit plan wordt samen met de zwangere vrouw gericht gewerkt aan het verbeteren van haar kwetsbare situatie. Daarnaast worden in dit plan ook de samenwerking en afspraken met andere zorg- en hulpverleners opgenomen om zo de zorg rondom de kwetsbare zwangere vrouw te stroomlijnen.

In deze eerste fase wordt expliciet samengewerkt met de verloskundige zorgprofessional van de aanstaande moeder. Zo nodig wordt de vrouw begeleid bij haar afspraken aan de verloskundig zorgprofessional. Daarnaast ontvangt de aanstaande moeder intensieve begeleiding (twee maal per week) bij haar thuis door de medewerkers van Bureau Frontlijn. Tijdens deze huisbezoeken ligt de nadruk op het verlagen van de chronische stress door haar tijdelijk zaken uit handen te nemen, zoals het aanvragen van een uitkering, afspraken rondom het afbetalen van schulden en het regelen van een zorgverzekering. Tegelijkertijd wordt van de kwetsbare vrouw verwacht dat zij zich inzet voor een goede ontwikkeling van haar kind door een gezondere leefstijl aan te nemen. Tijdens deze periode wordt door middel van het zwangerschapsdagboek inzichtelijk gemaakt in welke fase van de zwangerschap de vrouw zich bevindt, hoe ver haar kind zich op dat moment heeft ontwikkeld en wat ze kan verwachten in deze periode. Door tijdens de zwangerschap de acute stress weg te nemen, ontstaat er ruimte om aandacht te besteden aan het ongeboren kind en wordt al voor de geboorte gewerkt aan het vormen van een band tussen moeder en kind. Om deze reden is er in het zwangerschapsdagboek ruimte voor aantekeningen en foto's, om

Door tijdens de zwangerschap de acute stress weg te nemen, ontstaat er ruimte om aandacht te besteden aan het ongebooren kind en wordt al voor de geboorte gewerkt aan het vormen van een band tussen moeder en kind

de zwangerschap nog meer te laten leven bij de aanstaande moeder.

Vervolgens wordt stapsgewijs de regie weer aan de aanstaande moeder teruggegeven, door haar vaardigheden aan te leren die haar zelfredzaamheid bevorderen. Zo leert ze om zelf op de juiste manier contact te onderhouden met instanties en hoe ze problemen kan oplossen en voorkomen.

Uit de aanmelding door de verloskundige blijkt dat Amina problemen heeft op meerdere leefgebieden: ze heeft een zwak sociaal netwerk, ze zoekt een andere woonruimte, ze is onvoldoende zelfredzaam en ervaart veel stress. Om een volledig beeld te krijgen van de (grootte van) de problematiek van Amina wordt een huisbezoek ingepland. Tijdens dit huisbezoek valt met name de chaos in het gezin op. Hoewel het één uur 's middags is, ligt de moeder van Amina nog in bed. De woonkamer is bezaaid met stapels papieren, etensresten van verschillende maaltijden, kledingstukken van Baz. Ook staat de televisie hard aan. Met Amina wordt besproken welke problemen zij ervaart en wat bestaande afspraken zijn met verschillende instanties. In het plan van aanpak wordt opgenomen dat er gewerkt gaat worden aan het uitbreiden van het sociale netwerk, het op orde brengen van de financiële administratie, het zoeken van geschikte woonruimte voor Amina en Baz en het aanbrengen van structuur in het leven van het gezin. Bureau Frontlijn neemt contact op met de huisbaas van Amina om duidelijke afspraken te maken. Van-

wege de betrokkenheid van Bureau Frontlijn versoepelt de huisbaas zijn ultimatum en krijgt Amina langer de tijd om woonruimte te vinden. Er wordt gekeken of Amina al ingeschreven staat bij Woonnet en iedere week wordt gekeken naar de mogelijkheden voor het huren van een woning. De studenten van Bureau Frontlijn ordenen samen met Amina alle post, om zo overzicht te creëren in haar financiële situatie. Daarnaast wordt bekeken of Amina recht heeft op aanvullende toeslagen zoals zorgtoeslag en kindgebonden budget. Aan Amina wordt uitgelegd dat zij tijdens de zwangerschap goed voor zichzelf moet zorgen: gezond eten en voldoende rust nemen. Daarnaast wordt met Amina besproken hoe de zwangerschap verloopt, hoe zij deze ervaart en wat haar verwachtingen zijn van de bevalling en de zorg voor twee kinderen daarna. Door middel van het zwangerschapsdagboek krijgt de zwangerschap en de ontwikkeling van haar kind een prominente plek tijdens ieder huisbezoek. Daarbij wordt met Amina gekeken of zij de benodigde spullen al in huis heeft voor de geboorte van haar tweede kind. Ook wordt besproken welke anticonceptiemethode voor Amina geschikt zou zijn na de bevalling.

Fase 2: Eerste levensjaar kind

Na de geboorte zoekt Bureau Frontlijn de samenwerking met het consultatiebureau, om gezamenlijk de ontwikkeling van het kind en het opvoedklimaat te bewaken. Bureau Frontlijn evalueert met moeder hoe de afspraken op het consultatiebureau verlopen. Huisbezoeken worden eventueel gecombineerd met een gezamenlijke afspraak op het consultatiebureau.

Wanneer de grootste stressfactoren zijn aangepakt, gaat de intensiviteit van de begeleiding terug naar één huisbezoek per week. De focus van het programma verlegt zich naar het creëren van een veilige omgeving voor het kind. In het babydag-

Het programma Moeders van Rotterdam is proactief en holistisch van aard

Wanneer er geen zorgen meer zijn rond de interactie tussen moeder en kind en ook de vaardigheden van moeder zich goed ontwikkelen, gaat de intensiteit van de begeleiding terug

boek staat uitleg over de ontwikkeling en groei van het kind in het eerste jaar, met praktische tips en aanwijzingen. Zo wordt aandacht besteed aan gezonde voeding, structuur in dag en nacht, motorische ontwikkeling en spelletjes die gespeeld kunnen worden met het kind.

Daarnaast wordt met moeder gewerkt aan het organiseren van het huishouden, participatie in de samenleving en toeleiding naar de arbeidsmarkt. Door moeders met elkaar in contact te brengen wordt het sociale netwerk uitgebreid en ook familieleden worden actief betrokken in de begeleiding en zorg rondom moeder en kind.

Na 39 weken zwangerschap bevalt Amina van een gezonde dochter: Izza. De geboorte van haar dochter is voor Amina een belangrijke motivatie om meer structuur in het gezin aan te brengen. Met twee kleine kinderen is dit nu nog belangrijker. Samen met de studenten van Bureau Frontlijn wordt door middel van het Babydagboek aandacht besteed aan gezonde voeding voor het hele gezin. Ze zoeken samen online naar recepten en maken boodschappenlijstjes. De studenten gaan vervolgens mee naar de supermarkt, om Amina te laten zien hoe ze verantwoord én goedkoop boodschappen kan doen en helpen met het bereiden van de maaltijd. Naast het belang van gezonde voeding, wordt ook aandacht besteed aan de structuur van de maaltijd: op een vast moment eten, met het gezin aan tafel, zonder televisie.

Amina is zekerder en proactiever geworden in het ordenen van haar administratie. Binnenkomende post maakt ze iedere dag open, en op een vast moment in de week ordent ze al haar brieven in een multomap. Samen met Bureau Frontlijn oefent Amina in het bellen met instanties. Voor de komende tijd wordt het doel dat Amina deze telefoontjes ook zelfstandig kan plegen.

Fase 3: Tweede levensjaar kind

Wanneer er geen zorgen meer zijn rond de interactie tussen moeder en kind en ook de vaardigheden van moeder zich goed ontwikkelen, gaat de intensiteit van de begeleiding in deze fase terug naar één huisbezoek per twee weken. Ook in deze fase blijven Bureau Frontlijn en het consultatiebureau nauw samenwerken.

De moeder krijgt coaching over hoe zij de taalontwikkeling van haar kind kan bevorderen, over pedagogisch verantwoorde televisieprogramma's en adequaat speelgoed en via het dreumesdagboek, met allerlei informatie over relevante ontwikkelingsdomeinen in deze fase. Daarnaast wordt het sociale netwerk van het kind uitgebreid door samenspelen met andere kinderen en andere volwassenen te stimuleren. Ook wordt er met moeder gesproken over - toekomstig - onderwijs voor haar kind en een zinvolle dagbesteding voor haarzelf (volgen van een opleiding / betaalde baan).

Izza is inmiddels één jaar oud. In het afgelopen jaar is er veel gebeurd. Na lang zoeken is Amina verhuisd naar een eigen appartement in Rotterdam-Zuid. Het is niet groot, maar Amina is blij een plekje voor haarzelf te hebben. Ook hebben beide kinderen nu een eigen slaapkamer. Daarnaast heeft Amina voor drie dagen in de week een baan gevonden in een supermarkt. Ze is er erg trots op dat ze geld verdient om haar uitkering aan te vullen en zichzelf en haar kinderen te onderhouden, al blijft het lastig de eindjes aan elkaar te knopen. Tijdens de drie dagen dat Amina werkt, verblijft Izza bij oma en gaat Baz naar de peuterspeelzaal. Daar kan hij zich verder ontwikkelen en leert hij zijn sociale vaardigheden toe te passen in een groep leeftijdgenoten.

Structuur aanbrengen blijft een groot aandachtspunt bij Amina. De aangeleerde vaardigheden gaan haar

goed af, maar ze toepassen in nieuwe situaties blijft lastig. Daarom is het fijn dat de studenten van Bureau Frontlijn met haar mee blijven kijken en haar tips kunnen geven. Op dit moment vindt ze het bijvoorbeeld lastig om Izza op haar eigen slaapkamer te laten slapen. Izza slaapt veel liever bij haar moeder op de kamer, en verzet zich hevig als ze op haar eigen kamer in bed wordt gelegd. Samen met Bureau Frontlijn maakt Amina een plan om stap voor stap Izza te laten wennen aan het nieuwe slaapritueel. Hierbij komen de tips uit het dreumesdagboek goed van pas.

Fase 4: Nazorg

Na de tweede verjaardag van het kind vinden er geen structurele huisbezoeken meer plaats. Moeder functioneert zelfstandig en neemt contact op met Bureau Frontlijn indien nodig. Hierdoor blijft hulp enerzijds laagdrempelig beschikbaar, maar wordt moeder anderzijds gestimuleerd zelf verantwoordelijkheid te nemen. Wanneer zich gedurende dit jaar geen bijzonderheden voordoen, wordt de begeleiding rond de derde verjaardag van het kind officieel afgesloten.

De begeleiding aan Amina is nu officieel afgesloten. Baz gaat inmiddels naar school en de moeder van Amina kan twee dagen per week op Izza passen. Amina heeft haar baan uit kunnen breiden naar vier dagen in de week. Het gaat goed met het gezin. Amina heeft nu overzicht over haar financiële situatie en er is veel meer structuur in het gezin. Dat geeft rust. Daarnaast heeft Amina voldoende zelfvertrouwen om contact te leggen met instanties als dat nodig is. Het feit dat ze bij Bureau Frontlijn kan aankloppen als ze toch ergens zelf niet uitkomt, geeft haar rust.

Na de tweede verjaardag van het kind vinden er geen structurele huisbezoeken meer plaats

Wetenschappelijke evaluatie effectiviteit Moeders van Rotterdam

Om de effectiviteit van het programma Moeders van Rotterdam te onderzoeken, is de afdeling Verloskunde en Gynaecologie van het Erasmus MC gevraagd het programma wetenschappelijk te evalueren. Hierbij zal de effectiviteit geëvalueerd worden aan de hand van de mentale gesteldheid van moeder, de ontwikkeling van het kind en de beoordeling van de zorgverlener van de zelfredzaamheid van het gezin. Daarbij zal een vergelijking worden gemaakt tussen het programma Moeders van Rotterdam en reguliere zorg geleverd door het Wijkteam.

Na aanmelding bij Moeders van Rotterdam wordt elke vrouw gevraagd om samen met haar kind deel te nemen aan het onderzoek en een toestemmingsformulier te ondertekenen. Indien de vader het kind heeft erkend, is ook zijn toestemming noodzakelijk. Deelname aan het onderzoek is vrijwillig en heeft geen invloed op de geleverde zorg. In totaal wordt op negen verschillende momenten informatie verzameld over het programma, moeder en kind, vanaf de zwangerschap tot de tweede verjaardag van het kind. Daarnaast wordt rekening gehouden met de grote etnische diversiteit binnen Rotterdam door alle meetinstrumenten beschikbaar te stellen in zes verschillende talen: Nederlands, Engels, Arabisch, Pools, Turks en Spaans. Hieronder zullen een aantal metingen worden uitgelicht. Zie voor een volledige beschrijving van het onderzoek het onderzoeksprotocol (Van der Hulst et al., 2018).

Zorg

De begeleider vult op verschillende momenten vragenlijsten in over de ontwikkeling van de zelfredzaamheid van het gezin. Daarnaast wordt de registratie van Bureau Frontlijn geraadpleegd om vast te stellen hoeveel zorg een gezin uiteindelijk heeft ontvangen.

Moeder

Het welzijn van de moeder (o.a. stress-, angst-, en depressieve klachten; kwaliteit van leven en parti-

cipatie in de samenleving) wordt herhaaldelijk in kaart gebracht gedurende de looptijd van het programma. Na de geboorte van haar kind wordt de mate van opvoedstress, opvoedcompetentiebeleving en moeder-kindverbondenheid gemeten. De cognitieve vermogens van moeders worden aan de start van het begeleidingstraject in kaart gebracht om te bepalen of de effectiviteit van het programma hierdoor beïnvloed wordt.

Kind

Moeder vult een aantal weken na de geboorte een vragenlijst in over hoe zij het temperament van haar pasgeborene ervaart. Als het kind anderhalf jaar is, wordt moeder gevraagd het gedrag van haar kind te evalueren.

Ontwikkeling van het kind

De ontwikkeling van het kind (motorisch, communicatief, qua persoonlijkheid en sociaal gedrag) wordt beoordeeld aan de hand van twee complementaire meetinstrumenten: het Van Wiechenschema, ingevuld door een medewerker van het consultatiebureau, en de Ages and Stages Questionnaire, ingevuld door één van de onderzoekers als het kind één jaar is.

Verzorging van het kind

De verzorging van het kind door moeder en de ouder-kindinteractie worden op zes weken en

Door met het geheel van problemen aan de slag te gaan wordt de kans vergroot dat de vicieuze cirkel daadwerkelijk doorbroken wordt

twaalf maanden na de bevalling in kaart gebracht gedurende vier momenten: het verschonen, aanden uitkleden, oprissens/baden en de voeding. Van deze verzorgingsmomenten wordt een video-opname gemaakt door de onderzoeker, bij de moeder thuis. Deze opnames worden gecodeerd door een onafhankelijke, getrainde professional aan de hand van zeven emotionele (o.a. affectie) en zes instrumentele (o.a. bescherming) elementen van ouderschapskwaliteiten.

Thuisomgeving van het kind

Ook de thuisomgeving van het kind wordt middels een vragenlijst en een observatie in kaart gebracht. Zes weken na de geboorte van haar kind vult moeder in hoeveel structuur er nog is binnen het gezin. Eén van de onderzoekers observeert de thuisomgeving na de geboorte en als het kind één jaar is. Hierbij wordt geëvalueerd of de thuisom-



Figuur 1: Overzicht meetmomenten en gemeten constructen

geving veilig is, of het kind voldoende adequaat speelgoed ter beschikking heeft en hoe moeder omgaat met het kind.

Implicaties

Het Moeders van Rotterdam-onderzoek beoogt een uniek inzicht te leveren in een moeilijk bereikbare doelgroep en de problematiek ervan. Daarnaast evalueren we de effectiviteit van een interventie die speciaal is ontwikkeld voor deze complexe doelgroep. Juist deze kwetsbare groep kan profiteren van meer kennis en inzichten rondom de eigen problematiek en een adequate aanpak van deze problemen.

Aan de hand van de wetenschappelijke evaluatie van het programma Moeders van Rotterdam zullen werkzame elementen toegevoegd worden aan de methodiek van de wijkteams, om zo de zorg voor deze kwetsbare doelgroep binnen Rotterdam ook op de langere termijn te borgen. Daarnaast wordt nagedacht over het opschalen van de huidige methodiek naar andere gemeenten in Nederland. Zo heeft niet iedere gemeente voldoende studenten beschikbaar om de uitvoering van deze methodiek te ondersteunen. Gekeken wordt of mbo-geschoolde sociaal werkers dezelfde rol kunnen vervullen als studenten in deze gemeenten. Door vanuit een holistische inslag de kwetsbare situatie van zwangere vrouwen te benaderen wordt een duurzame oplossing gezocht voor hun problemen. Door met het geheel van problemen aan de slag te gaan wordt de kans vergroot dat de vicieuze cirkel daadwerkelijk doorbroken wordt. Door daarnaast al vroeg in de ontwikkeling van het kind in te grijpen in de kwetsbare situatie, heeft het programma Moeders van Rotterdam een preventief karakter, dat zo problemen op latere leeftijd kan verminderen of voorkomen. Door vroeg in het leven een langdurig begeleidingstraject aan te bieden wordt een grote hoeveelheid van zorg en kosten op een later moment voorkomen voor zowel moeder als voor haar kind.

Over de auteurs



Drs. Marije van der Hulst
(m.vanderhulst@erasmusmc.nl) is als PhD student verbonden aan het Erasmus Medisch Centrum, afdeling Gynaecologie en Verloskunde, alsmede aan de Erasmus Universiteit, afdeling Pedagogische wetenschappen, beide in Rotterdam.



Dr. Hanneke de Graaf
(j.degraaf@erasmusmc.nl) is als hoofdonderzoeker vanuit het Erasmus MC verbonden aan het onderzoek naar de effectiviteit van het programma Moeders van Rotterdam.



Prof. dr. Peter Prinzie is als hoogleraar Orthopedagogiek verbonden aan het Department of Psychology, Education & Child Studies aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Hij is tevens coördinator van de Vlaamse Studie naar Opvoeding, Persoonlijkheid en Ontwikkeling.



Dr. Rianne Kok
(r.kok@essb.eur.nl) is als universitair docent verbonden aan het Department of Psychology, Education & Child Studies aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Geraadpleegde literatuur en aanvullend materiaal kunt u vinden op:
www.tijdschriftvoororthopedagogiek.nl.