

FACTSHEET

De R4U, basis voor bredere risicosignalering en zorgtoeleiding

Het wordt steeds duidelijker dat niet-medische risicofactoren kunnen leiden tot ongunstige zwangerschapsuitkomsten, zeker wanneer er sprake is van risicostapeling, ook wel 'risico-cumulatie' genoemd. Brede risicosignalering met de R4U (the Rotterdam Reproduction Risk Reduction checklist) is ontwikkeld om deze risico's in kaart te brengen en zorgtoeleiding te faciliteren in de vorm van zogenoemde zorgpaden.

Wat wordt verstaan onder 'brede risicosignalering en zorgtoeleiding'?

De R4U-scorelijst (kortweg: R4U) is opgesteld om bij iedere zwangere zowel medische als niet-medische risicofactoren vroegtijdig te signaleren. Hierdoor is gerichte zorgtoeleiding door zorgpaden mogelijk. Vrouwen met een stapeling van risico's worden besproken tijdens een multidisciplinaire casuïstiekbespreking. Hier maken de verschillende zorgverleners afspraken over welke risicofactor(en) en zorgpad(en) prioriteit krijgen.

De R4U-scorelijst

De R4U is een signaleringsinstrument voor screening op zes domeinen: sociale, psychische, zorg- en leefstijlgerelateerde, medische en obstetrische risicofactoren onder zwangere vrouwen. In ieder van deze zes domeinen zijn meerdere risicofactoren opgenomen die bewezen geassocieerd zijn met ongunstige

zwangerschapsuitkomsten. Met de R4U-vragenlijst wordt vastgesteld of een risicofactor wel of niet aanwezig is. Via 'ja/nee'-antwoorden, worden alle items eenduidig geclassificeerd.

Bij een groot deel van de items gaat het om een rechtstreekse associatie; soms is die beïnvloedbaar, soms minder of in het geheel niet. Niet te beïnvloeden items, zoals etniciteit of leeftijd, zijn wel opgenomen in de R4U, omdat ze bepalend zijn voor het totaalrisico. Andere items zijn opgenomen vanwege hun invloed op het zorgproces en daardoor ook op de zwangerschapsuitkomsten. Voorbeelden daarvan zijn relatieproblemen, laaggeletterdheid of het onverzekerd zijn.

Vanwege de verschillen in de bijdrage aan ongunstige zwangerschapsuitkomsten is aan ieder item een weegfactor toegekend (1/2/3, of 0 voor factoren die alleen bijdragen aan het zorgproces). Dit maakt het mogelijk om een totaalscore te berekenen, zowel per domein als voor de gehele lijst. Bij een stapeling van meerdere risicofactoren met een beperkt gewicht kan de totale score toch hoog uitvallen en is multidisciplinair overleg nodig (zie verderop).

De R4U vervangt de Verloskundige Indicatie Lijst (VIL) niet, maar is juist complementair aan de VIL die gericht is op medische risico's. Het kan zo zijn dat een cliënte laag scoort op de

R4U, maar nog steeds een VIL-indicatie heeft voor verwijzing naar de gynaecoloog. Een ander heeft mogelijk een hoge R4U-score, zonder VIL indicatie voor verwijzing. In dat geval is multidisciplinair overleg nodig (zie verderop).

Zorgtoeleiding

Door risico's systematisch in kaart te brengen is gerichte zorgtoeleiding mogelijk, bijvoorbeeld naar aanvullende diagnostiek, monitoring, interventies of begeleiding. Voor ieder gesignaleerd risico, of cluster van risico's, wordt een zorgpad ontwikkeld, met toeleiding naar maatschappelijke of psychosociale diensten, jeugdzorg en/of zorgverleners uit de perinatale keten.

Zorgpaden worden lokaal uitgewerkt en sluiten aan bij lokale netwerken. Hiervoor kunnen model-zorgpaden worden gebruikt. Via een stroomdiagram krijgen alle zorgverleners in de gemeente informatie over de instanties, en daar waar mogelijk de contactpersonen, die ingeschakeld kunnen worden voor bijvoorbeeld een stoppen-met-roken-interventie, schuldenproblematiek of zwakbegaafdheid.

De zorgpaden functioneren als een sociale kaart, met handvatten voor afstemming van zorg in de multidisciplinaire en ketenoverstijgende omgeving. De betrokkenheid van al deze ketenpartners bij zorgpaden biedt vroegtijdige inzet van de meest geëigende zorg in het medisch en/of sociale domein. Daarnaast vergroot dit de kans op continuïteit van zorg na de zwangerschap.

Bij de ontwikkeling van zorgpaden kan blijken dat bepaalde diensten of zorg niet of onvoldoende beschikbaar zijn. In dat geval is overleg met de gemeente, zorgverzekeraars of andere *stakeholders* nodig.

Multidisciplinair overleg

Bij sommige zorgpaden of wanneer de totaal-score van de R4U-vragenlijst een vooraf vastgestelde drempelwaarde overschrijdt, is multidisciplinair overleg aangewezen. Dit overleg is bij voorkeur breed samengesteld, met zorgverleners uit het perinatale veld én andere zorg- en hulpverleners uit bijvoorbeeld maatschappelijk werk, wijkteams, stichting MEE en anderen. Het overleg is patiëntgebonden en brengt zorgverleners, gemeenten, de GGD en andere hulporganisaties vaker en vooral doelgericht samen. Samen prioriteren zij de zorg of begeleiding die ingezet moet worden, met afspraken over de samenwerking bij deze zorg, de regie bij de individuele casus en de informatie aan de desbetreffende vrouw/patiënte.

Wat is het idee achter de R4U?

Vroeg antenatale R4U

Ongunstige zwangerschapsuitkomsten zoals vroeggeboorte, een te laag geboortegewicht, aangeboren afwijkingen en een slechte start (Big4) zijn niet alleen geassocieerd met obstetrische en algemeen medische risicofactoren. Ook leefomstandigheden (armoede), etniciteit, psychisch welbevinden, stress en leefstijl voor de geboorte beïnvloeden de kans op deze ongunstige zwangerschapsuitkomsten. Wat opvalt is de rol van risicostapeling van meerdere, soms kleine medische en niet-medische risicofactoren. Deze stapeling kan eveneens een ongunstige invloed hebben op

zwangerschapsuitkomsten, en vermoedelijk ook op de ontwikkeling na de geboorte. In achterstandswijken komt risicostapelings vaker voor.

Voor het tijdig signaleren, en daar waar mogelijk beïnvloeden van zowel medische als niet-medische risicofactoren, is de R4U ontwikkeld. Hiervoor is gebruik gemaakt van bevindingen uit grote Nederlandse cohort studies, waaronder de GenerationR (Rotterdam) en de ABCD-studie (Amsterdam), en van informatie uit zogenoemde meta-analyses. Ook de weegfactoren en drempelwaarden zijn aan deze studies ontleend.

Late en postnatale R4U

Naast de vroeg-antenatale R4U is ook een laat-antenatale R4U ontwikkeld, voor afname in het derde trimester. Deze wordt ingezet voor identificatie van minder goede geboorte uitkomsten, zoals de kans op een onverwachte groeiachterstand bij de geboorte, de faalkans van borstvoeding of de kans op een gestoord kraambed (zoals door psychosociale, psychiatrische, sociaaleconomische, medische of leefstijl factoren).

Aan een postnatale R4U voor pasgeborenen wordt gewerkt. Deze wordt ingezet voor de vroegpreventie van groei- en ontwikkelingsproblemen en gedragsproblemen.

De opzet is steeds dezelfde. Verschillende risicofactoren komen in ieder variant terug en zullen in de praktijk ook niet opnieuw gevraagd hoeven te worden.

Hoe wordt de R4U afgenomen?

De zorgverlener neemt de R4U af. Zorgverleners die al langere tijd werken met de vroeg-antenatale R4U hebben deze veelal geïntegreerd in de intake aan het begin van de

zwangerschap.

Er is een papieren versie, maar ondertussen is de vroeg-antenatale R4U ingebouwd in de automatiseringsprogramma van eerstelijns verloskundigenpraktijken. Alle gebruikers van Orfeus, Onatal en Vrumun kunnen gebruik maken van deze gedigitaliseerde R4U.

Hoe kan ik brede risicoselectie - met de R4U, zorgpaden en overleg - inzetten?

Zorgpaden voor toeleiding naar de juiste zorg op medisch en niet-medisch gebied moeten aansluiten bij lokale netwerken. Veelal hebben verloskundige samenwerkingsverbanden medische protocollen beschikbaar/geaccordeerd. De R4U kan de verdere ontwikkeling daarvan stimuleren.

Voor de niet-medische risicofactoren is samenwerking met de gemeente, de JGZ en/of de sociale wijkteams nodig. Per gemeente wordt het lokale zorgaanbod in beeld gebracht, prioriteiten geïnventariseerd en contactpersonen per organisatie aangewezen. Regionale Ondersteuningsstructuren voor de eerste lijn (ROS-sen) kunnen hierin een faciliterende rol op zich nemen, evenals zorgverzekeraars.

Tot slot

De R4U met bijbehorende zorgpaden draagt bij aan zorg op maat, vaak met andere partners in de keten. Door een gezamenlijke aanpak is het mogelijk dezelfde taal te spreken over risico's en oplossingsrichtingen, signalering op elkaar af te laten stemmen en bij te dragen aan gedeelde zorgverantwoordelijkheid voor individuele zwangeren.

Meer weten?

www.erasmusmc.nl/HP4ALL

healthypregnancy4all@erasmusmc.nl

Colofon

Factsheet R4U, december 2014 (versie 1)

©Erasmus MC

Erasmus MC, Healthy Pregnancy 4 All

Onderbouwing/referenties

Jaddoe VW, van Duijn CM, Franco OH, van der Heijden AJ, van Iizendoorn MH, de Jongste JC, van der Lugt A, Mackenbach JP, Moll HA, Raat H, Rivadeneira F, Steegers EA, Tiemeier H, Uitterlinden AG, Verhulst FC, Hofman A. The Generation R Study: design and cohort update 2012. *Eur J Epidemiol.* 2012;27(9):739-56.

Quispel C, van Veen MJ, Zuiderhoudt C, Steegers EA, Hoogendijk WJ, Birnie E, Bonsel GJ, Lambregtse-van den Berg MP. Patient versus professional based psychosocial risk factor screening for adverse pregnancy outcomes. *Matern Child Health J.* 2014;18(9):2089-97.

Timmermans S, Bonsel GJ, Steegers-Theunissen RP, Mackenbach JP, Steyerberg EW, Raat H, Verbrugh HA, Tiemeier HW, Hofman A, Birnie E, Looman CW, Jaddoe VW, Steegers EA. Individual accumulation of heterogeneous risks explains perinatal inequalities within deprived neighbourhoods. *Eur J Epidemiol.* 2011;26(2):165-80

Vrijkotte TG, van der Wal MF, van Eijnsden M, Bonsel GJ. First-trimester working conditions and birthweight: a prospective cohort study. *Am J Public Health.* 2009;99(8):1409-16.

Van Veen MJ, Birnie E, Poeran J, Torij HW, Steegers EA, Bonsel GJ. Feasibility and reliability of a newly developed antenatal risk score card in routine care. *Midwifery* 2015 Jan;31(1):147-54.

WIC, 2013. Women, Infant and Children Program. Available at www.fns.usda.gov/wic.