

# De uterus als achterstandswijk

E.J.T Verweij, C. Vredevoogd, P. Vos, F. Balk, C.J.M. de Groot & D.P. Engberts

**Perinatale sterfte, de som van foetale en vroege neonatale sterfte, is een belangrijke indicator voor de kwaliteit van de perinatale zorg. In vergelijking met de meeste Europese landen is in Nederland de perinatale sterfte relatief hoog volgens de laatste rapporten<sup>1</sup>, met name in de grote steden.<sup>2</sup> Er lijkt in de afgelopen jaren wel verbetering te zijn. Naar aanleiding van deze cijfers is door de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte begin 2010 het rapport 'Een goed begin' aan de minister van VWS aangeboden. In het rapport wordt de huidige kwaliteit van zorg beschreven en worden aanbevelingen gedaan om deze te verbeteren. Bijzondere aandacht schenkt het rapport aan zwangeren in achterstandswijken.<sup>3</sup> De individuele profielen van deze vrouwen zijn divers, maar het wonen in een achterstandswijk blijkt een verhoogde kans op perinatale sterfte met zich mee te brengen, vooral voor Westerse vrouwen.<sup>4</sup> Met andere woorden: de achterstandswijk strekt zich uit tot in de uterus.**

Negatieve sociaal-economische factoren nemen vaak toe in gewicht en omvang als een vrouw zwanger wordt, dikwijls in combinatie met inadequaat gebruik van de zorgvoorzieningen.<sup>2,4</sup> Dat kan tijdens de zwangerschap nadelig zijn voor de gezondheid van de ongeborene en/of de voorbode zijn van een onveilige situatie na de geboorte.

Zoals recent in het onderzoeksrapport 'over de fysieke veiligheid van het jonge kind' is gepubliceerd, is er een verdere professionalisering van het kindveiligheidsstelsel nodig om de veiligheid van het kind te vergroten.<sup>5</sup> Betrokken professionals schieten te kort.

Met twee casus willen wij de dagelijkse praktijk schetsen in een groot binnenstadziekenhuis.

**Patiënte A**, een 34-jarige Nederlandse vrouw, gravida 6, para 2, abortus 3 (waarvan twee abortus provocatus) meldde zich op de spoedeisende hulp vanwege vaginaal bloedverlies in het eerste trimester. Haar voorgeschiedenis vermeldde reumatoïde artri-

tis, epilepsie, astma, hepatitis C en uitgebreide psychiatrische problematiek met onder andere het gebruik van harddrugs en een beperkt intelligentieniveau. Haar obstetrische voorgeschiedenis vermeldde een ongecompliceerde partus en een secundaire sectio caesarea vanwege een niet-vorderende ontsluiting. Haar sociale status vermeldde dat patiënte dakloos en onverzekerd was. Haar twee kinderen woonden sinds hun geboorte met een ondertoezichtstelling (OTS) in een pleeggezin. De vrouw stond onder curatele. Tijdens het consult op de spoedeisende hulp was patiënte opvallend slecht verzorgd. Zij droeg riekende, kapotte kleding en om haar heen hing een lucht van alcohol en sigaretten. Er was sprake van een intacte graviditeit van 9 weken en 2 dagen.

Tijdens haar zwangerschap verzuimde zij meerdere controle-afspraken bij de gynaecoloog. Zij werd meerdere malen positief getest op cocaïne en cannabis in de urine. Verschillende opnames tijdens de zwangerschap, vanwege onder andere een dreigende vroeggeboorte, werden gecompliceerd door conflicten met hulpverleners.

Bij een zwangerschapsduur van 36 weken en 3 dagen werd patiënte binnengebracht door onbeken-

Bureau Jeugdzorg is de toegangspoort voor alle jeugdzorg in Nederland en valt onder het Ministerie van VWS. Onderdeel van Bureau Jeugdzorg is het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK). Het AMK is de centrale instantie voor het vragen van advies over of het melden van kindermishandeling. Elke provincie en grootstedelijke regio heeft haar eigen Bureau Jeugdzorg en Advies- en Meldpunt Kindermishandeling.

De Raad voor de Kinderbescherming valt onder het Ministerie van Justitie, is een landelijk orgaan en wordt alleen geïnformeerd door Bureau Jeugdzorg indien er een juridische maatregel nodig is om de situatie van het kind veilig te stellen.

den nadat zij in verwarde toestand had getracht met een vork haar vliezen te breken. Zij had daarbij suïcidale gedachten. Diezelfde dag is met toestemming van haar curator en na overleg met de psychiater besloten tot een primaire sectio caesarea vanwege het gevaar dat zij voor zichzelf en voor het ongeboren kind was. Tijdens een ongecompliceerde sectio caesarea werd een dochter van 3990 gram geboren met een apgarscore van 6/8/9. De neonat werd na opname op de kinderafdeling in een pleeggezin geplaatst.

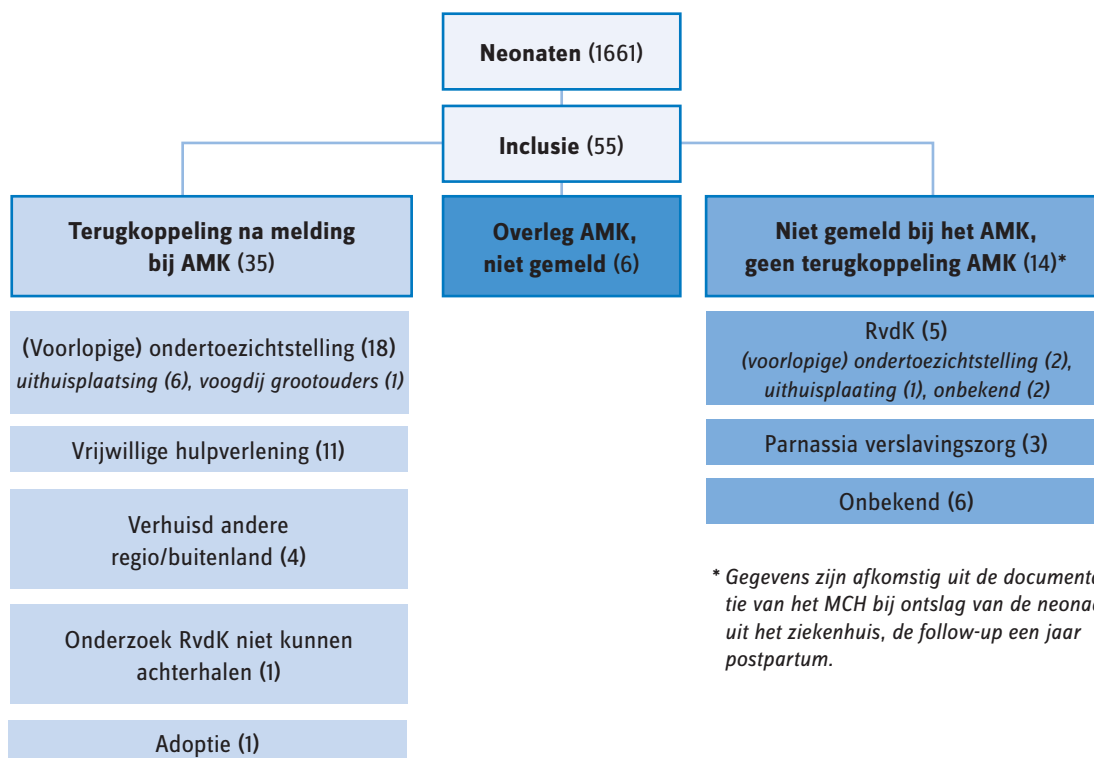
**Patiënte B**, een 28-jarige à terme Nederlandse vrouw, gravida 6, para 4, abortus 1 werd durante partu overgedragen vanuit de eerste lijn vanwege meconiumhoudend vruchtwater. Haar medische voorgeschiedenis was zonder bijzonderheden en haar obstetrische voorgeschiedenis vermeldde vier ongecompliceerde zwangerschappen en spontane vaginale bevallingen. De huidige zwangerschap was tot het moment van overname uit de eerste lijn ongecompliceerd verlopen. Tijdens de partus in het ziekenhuis was de partner niet aanwezig en niet bereikbaar. Een half uur na de partus, het was inmiddels 05.00 uur, kwam haar partner dronken binnenlopen. Patiënte en partner konden niet zeggen wie er op de andere kinderen paste. Vanwege deze situatie werden de huisarts en de verloskundige gebeld voor meer informatie. De verloskundige vertelde dat haar

weinig bijzonderheden waren opgevallen. De huisarts was niet op de hoogte van de huidige zwangerschap en vertelde dat er al lange tijd grote zorgen waren over het gezin en dat hij meerdere malen door Bureau Jeugdzorg (BJZ) was benaderd over de andere kinderen. Om bemoeienis van BJZ te ontwijken was patiënte meerdere malen verhuisd naar een andere regio. Het AMK werd gebeld, maar bleek in eerste instantie niet bekend te zijn met het gezin, waarvan de leden overigens allen een verschillende achternaam hadden. Later bleken bij het AMK toch meerdere meldingen te zijn gedaan, onder andere door de schoonmoeder van patiënte. Vanwege de voorgeschiedenis in combinatie met het gebrek aan verantwoordelijkheidsbesef van de partner rondom de bevalling werd besloten tot een AMK-melding met betrekking tot de pasgeborene.

### Beschouwing

In het Medisch Centrum Haaglanden werd in 2008 gemiddeld eenmaal per week (55 zwangeren, 3,4%; zie figuur 1) een nieuwe zwangere gezien over wie dermate ernstige zorgen waren waar het betreft vermijdbare benadeling van de gezondheid van de ongeborene, dat contact werd opgenomen met het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling Haaglanden (AMK). Het AMK werd gevraagd om de follow-up van deze 55 neonaten één jaar na de geboorte.

Over 35 neonaten kon terugkoppeling van het AMK



\* Gegevens zijn afkomstig uit de documentatie van het MCH bij ontslag van de neonat uit het ziekenhuis, de follow-up een jaar postpartum.

Figuur 1. Uitkomsten van zwangerschappen, waarbij ernstige zorgen waren over de psychosociale situatie (MCH, 2008)

Tabel 1. Analyse risicofactoren van zwangere vrouwen met een AMK-melding

	Zwangeren zonder AMK-melding (1661)	Zwangeren met AMK-melding (33)*	OR and 95% CI
Maternale leeftijd: weken	29 ± 6	27 ± 7	ns
Pariteit: % nullipara	43	36	ns
Herkomst: % kaukasisch	30	46	0,5 CI 95% 0,3 - 1,1
Psychische stoornis: %	2	17	3,3 CI 95% 2,0 - 5,7
Roken: %	9	34	6,3 CI 95% 2,5 - 11,2
Alcohol: %	1	0	
Drugs: %	0,5	9	18,8 CI 95% 4,7 - 74,4
Opleiding: % ≤ MBO	25	27	1,1 CI 95% 0,5 - 2,5
Amenorroe duur: aantal dagen	274 ± 22	267 ± 21	P=0,82
Geboortegewicht: gram	3294 ± 695	2990 ± 747	P=0,01
SGA/ <p5: %	6	9	ns
Geslacht: % meisjes	47	61	ns
Prematuur: %	11	27	3,1 CI 95% 1,4 - 6,7
Totale duur zorg: dagen	178 ± 64	180 ± 51	P=0,88
Pediatrie zorg (% betrokkenheid)	49	70	2,4 CI 95% 1,1 - 5,0
Pediatrie zorg (% opname)	18	55	5,4 CI 95% 2,7 - 10,8

\* Van de 35 zwangeren die bekend waren bij het AMK zijn 33 bevallen in het Medisch Centrum Haaglanden. Bovenstaande analyse is gebaseerd op de 33 patiënten van het MCH.

worden verkregen. In de helft van de gevallen was er sprake van een ondertoezichtstelling (17 neonaten, 49%). Zes van deze 17 neonaten werden uit huis geplaatst (17%). Een minderjarige zwangere ging met haar kind bij haar ouders wonen. De grootouders kregen de voogdij over de neonaat. Elf vrouwen (20%) waren gemotiveerd om vrijwillige hulpverlening van Bureau Jeugdzorg (BJZ) te accepteren. Vier vrouwen (7%) zijn verhuisd naar een andere regio of naar het buitenland waardoor de follow-up ontbreekt. Eén neonaat werd ter adoptie afgestaan. Bij een van de neonaten werd nog onderzoek verricht door de RvK maar de uitkomst hebben we niet kunnen achterhalen.

Met betrekking tot zes zwangeren (11%) werd na overleg met het AMK besloten dat er onvoldoende reden voor een formele melding bestond (zie figuur 1; consulten AMK).

Van de overige 14 zwangeren (25%) bleek tijdens de zwangerschap dat zij vanwege ernstige psychosociale problemen cliënten waren van de Raad voor de Kinderbescherming (RvdK) en Parnassia Verslavingszorg, maar niet waren gemeld bij het AMK.

Bij ontslag na de geboorte was het volgende bekend over deze vrouwen en neonaten. Vijf vrouwen waren bekend bij de RvdK omdat zij als minderjarige zwangere zelf een OTS hadden of al eerder een kind met een OTS hadden. Bij twee van de vijf neonaten werd postpartum een OTS uitgesproken. Eén neo-

naat werd in een pleeggezin geplaatst. Drie vrouwen waren tijdens de zwangerschap in zorg bij Parnassia Verslavingszorg. Na de geboorte van de kinderen zijn zij in een moeder-kindhuis gaan wonen (Parnassia P4).

### Slechtere perinatale uitkomst

We hebben een analyse verricht van de risicofactoren van de groep zwangeren met een bevestigde AMK-melding. De data van deze zwangerschappen werden vergeleken met de data van alle vrouwen die in 2008 in het Medisch Centrum Haaglanden (MCH) zijn bevallen (tabel 1). Zowel informatie uit de Landelijke Verloskunde Registratie als uit de medische dossiers werden gebruikt voor deze analyse.

Opvallend is dat in de groep patiënten over wie een AMK-melding is gedaan, sprake is van meer kaukasische vrouwen (tabel 1). Mogelijk is er sprake van een selectiebias want in de algemene zwangerenpopulatie in het MCH is er een oververtegenwoordiging van niet-kaukasische vrouwen (70%). Een substantieel deel van de populatie van het MCH woont in de 'prachtwijken' van Den Haag. Zoals De Graaf *et al* drie jaar geleden beschreven, zijn de zwangerschapsuitkomsten voor kaukasische vrouwen uit prachtwijken slechter.<sup>3</sup> Dat komt overeen met onze bevindingen. Eventuele selectiebias zou kunnen zijn veroorzaakt door cultuurverschillen en communicatieproblemen tussen hulpverlener en de zwangere

niet-kaukasische vrouw, waardoor problemen bij deze groep misschien slechter worden gesignaleerd. Zoals verwacht was er in de groep waarover een AMK-melding werd gedaan, vaker sprake van drugsgebruik en psychiatrische stoornissen. Er werden meer premature partus (gedefinieerd als partus tussen de 24+0 en 37+0 weken AD) gezien in de groep waarover een AMK-melding is gedaan.

Er was geen sprake van perinatale mortaliteit in de onderzochte groep neonaten, mogelijk door de geringe grootte van de onderzoekspopulatie. Dat doet echter niet af aan de conclusie dat deze risico-zwangeren een verhoogde kans hebben op een ongunstige perinatale uitkomst.

### De keten van zorg

Er bleek voor, tijdens en na de zwangerschap weinig of geen afstemming en samenwerking te zijn tussen de betrokken instanties en hulpverleners. In de regel wordt bij ernstige zorgen over zwangeren en hun ongeboren kinderen het AMK geïnformeerd. Bij ernstig onveilige gezinssituaties, blijkt bijvoorbeeld uit eerdere situaties met kinderen met een (OTS), is de RvdK betrokken. In deze gevallen zorgt de RvdK voor het beleid postpartum.

De BJZ/AMK's zijn per regio georganiseerd en er is geen regio-overstijgend registratiesysteem. Vanwege deze decentrale registratie, verhuizingen naar een andere regio en omdat moeders en kinderen vaak verschillende achternamen hebben, is het vaak onmogelijk om een elders bekend probleemgezin als zodanig te herkennen.

Een goede begeleiding van moeder en kind, maar ook een goede risico-inventarisatie wordt hierdoor bemoeilijkt. De verantwoordelijkheid van de gynaecoloog of verloskundige houdt op na de geboorte en

begint weer bij een volgende zwangerschap, inclusief de verantwoordelijkheid voor het desgewenst adviseren over adequate anticonceptie na een bevalling.

### Oplossingen?

De zwangerschap is door de vele contacten bij uitstek een moment om een zorgelijke situatie te signaleren. Indien *vroeg* in de zwangerschap multidisciplinair wordt nagedacht over de situatie is er veel winst te behalen. Zwangeren kunnen worden gemotiveerd om hun sociale situatie te verbeteren en zich bewust worden van hun verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de ongeborene.

Maatschappelijke werk en gezondheidszorg hebben een gemeenschappelijke taak om deze risicozwangeren beter te begeleiden. Samenwerking tussen huisarts, gynaecoloog, eerstelijns verloskundige (verloskundige samenwerkingsverbanden), psychiater, verslavingszorg, maatschappelijk werk, kraamzorg, consultatiebureau, BJZ/AMK en de RvdK is hierbij essentieel. Een richtlijn voor multidisciplinaire aanpak kan hieraan een bijdrage leveren. Inmiddels zijn er meerdere regionale consortia opgericht, gesubsidieerd door ZonMw, waardoor mogelijkheden ontstaan tot verbetering van ketenzorg met betrokkenheid van de bovengenoemde instanties.

De Stuurgroep adviseert voor deze kwetsbare doelgroep een 'case manager' die de zwangere gedurende de zwangerschap begeleidt. Per patiënte dient de meest geschikte 'case manager' te worden aangewezen. De 'case manager' kan echter alleen functioneren op basis van goede onderlinge communicatie in een goed afgestemde keten. Uiteraard zal ook na de bevalling gecoördineerde begeleiding van moeder en kind nodig zijn.

Bij een ernstige thuissituatie is het mogelijk om een kind al vóór de geboorte onder toezicht te stellen. Volgens de wet (art. 1:2 BW) wordt een ongeboren kind aangemerkt *te zijn geboren zo dikwijls zijn belang dat vordert*.<sup>4</sup> Op basis van deze bepaling kan een voorlopige ondertoezichtstelling al tijdens de zwangerschap door de kinderrechter worden geformuleerd om onmiddellijk na de geboorte in werking te treden, teneinde een veilige situatie voor de neonat te bewerkstellen en onnodig verblijf van het kind in het ziekenhuis te voorkomen.<sup>4</sup>

Gezien de ernst en de omvang van het probleem is het geboden om ook aan mogelijkheden buiten de vertrouwde kaders te denken. Hoewel registratiesystemen hun eigen schaduwzijden hebben en zelfs hun eigen problemen genereren, lijkt de huidige systematiek van AMK-registratie niet doelmatig. Verder kan worden overwogen of ten behoeve van de

Er wordt onderscheid gemaakt door het AMK tussen een melding en een consult. Een consult betreft in de regel een vraag over hoe om te gaan met een bepaald vermoeden op (dreigende) kindermishandeling of verwaarlozing. Een consult wordt geregistreerd op naam van de hulpverlener en wordt gedurende maximaal één jaar bewaard. Het is hierbij niet noodzakelijk de zwangere in te lichten.

Bij een melding aan het AMK door een professionele hulpverlener is het verplicht de zwangere in te lichten. Een anonieme melding door een hulpverlener is alleen mogelijk wanneer de veiligheid van het kind of de hulpverlener in het geding is ([www.amk-nederland.nl](http://www.amk-nederland.nl)). Een melding zal worden gevolgd door een onderzoek van het AMK naar de situatie bij het gemelde kind/gezin/zwangere.

gezondheid van de ongeborene niet een krachtiger beleid moet worden gevoerd indien een zwangere geen gebruik meer kan maken van de mogelijkheid de zwangerschap rechtmatig te doen afbreken (na 24 weken AD). Immers, het besluit een zwangerschap uit te dragen schept verplichtingen jegens de ongeborene. In de eerste plaats voor de zwangere, maar vervolgens ook voor de samenleving. Dat zou kunnen resulteren in vormen van niet-vrijblijvende bemoeizorg, waarvoor dan uiteraard een wettelijke kader moet komen. Hierbij kan worden gedacht aan verplichte begeleiding of zelfs een verplichte opname als het gezondheidsbelang van het ongeboren kind (en soms ook dat van de aanstaande moeder) dat vergt. Hachelijker nog zou het zijn om bij vrouwen met een hoogrisicoprofiel (verdere) zwangerschappen actief te ontmoedigen. Dat zou raken aan grondrechten en elementaire vrijheden, maar dat maakt de achterliggende vraag alleen maar urgenter: hoeveel gezondheidsschade voor kinderen en moeders is aanvaardbaar als prijs voor non-interventie bij opeenvolgende risicozwangerschappen? Dit klemmt te meer als wordt bedacht dat ook een curator als door de rechter benoemde wettelijke vertegenwoordiger geen mogelijkheden heeft om de procreatieve lotgevallen van de curanda te sturen (zie patiënte A).

### Verplichte anticonceptie

Zoals in het eerder genoemde onderzoeksrapport 'over de fysieke veiligheid van het jonge kind' geschreven staat, blijken zorgverleners uitermate terughoudend met het overnemen van de verantwoordelijkheid van de ouders. Dit is ook juist. Echter in sommige situaties, waarbij kindermishandeling een dodelijke of bijna-dodelijke afloop heeft gehad, is de vraag niet te vermijden of er nog een kind geboren zou mogen worden in het betreffende gezin. Hebben de ouders altijd recht op een herkansing of zal het betreffende kind na de geboorte direct uit huis geplaatst worden? Het kind is kwetsbaar en voor het leven getekend in deze situaties.<sup>6</sup> Kortom, voor alle betrokkenen een zeer verdrietige situatie, die ertoe dwingt het uiterste te doen om herhaling te voorkomen. Verplichte anticonceptie postpartum zou bespreekbaar moeten zijn voor deze patiënten. Niet voor onbeperkte duur en niet onomkeerbaar. De noodzaak daarvan en de huivering daarvoor gaan in casus zoals hierboven beschreven gelijk op. Die patstelling zou moeten worden doorbroken door deze mogelijkheden wel te bespreken in multidisciplinaire overleg. Behoedzaam en prudent, met zorgvuldigheid en compassie en altijd tot verantwoording bereid. Dat het zou moeten gaan om een politiek en maatschappelijk gelegitimeerde, multidisciplinaire aangelegenheid spreekt vanzelf.

### Concluderend

Een goede start begint al in de uterus. Inventarisatie in een groot binnenstadziekenhuis laat zien dat bij tenminste 3,4% van de zwangerschappen ernstige zorgen bestaan over de gezondheid van de ongeborene als gevolg van risicofactoren betreffende de zwangere.

Een analyse van de uitkomsten van deze zwangerschappen bevestigt dat er een verhoogde kans is op een ongunstige perinatale uitkomst. Een vroege en ketengerichte begeleiding van deze kwetsbare zwangerschappen kan wellicht zorgen voor een verbetering van zorg en het terugdringen van de perinatale morbiditeit en mortaliteit, inclusief aandacht voor de omgeving waarin het kind zal opgroeien.

De organisatie en kwaliteit van dit complexe proces zijn afhankelijk van goede afstemming van de verschillende zorgverleners. De privacybescherming is in deze keten delicaat. Het systeem kan transparanter worden door een multidisciplinaire aanpak en versterkt worden door een doelmatiger registratie. Daarnaast vraagt de problematiek ook om het verkennen van minder conventionele oplossingen, zoals verplichte anticonceptie.

### Literatuur

1. Mohangoo, A.D., et al., *Hoge perinatale sterfte in Nederland vergeleken met andere Europese landen: de Peristat-II-studie*. Ned Tijdschr Geneesk. 2008;152:2718-27.
2. *Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte*. Utrecht: Stuurgroep zwangerschap en geboorte; 2009.
3. Graaf de, J.P. et al., *Perinatale uitkomsten in de vier grote steden en de prachtwijken in Nederland*. Ned Tijdschr Geneesk. 2008;152:2734-40.
4. Bijlsma, B.W., J.M.B. Wennink, A.C. Enkelaar, M.H.B. Heres & A. Honig, *De mogelijkheid van ondertoezichtstelling van het nog ongeboren kind bij twijfels over de veiligheid van de thuissituatie*. Ned Tijdschr Geneesk. 2008;152:895-8.
5. *Over de fysieke veiligheid van het jonge kind. Themastudie: voorvallen van kindermishandeling met fatale of bijna fatale afloop*. Rapport van de Onderzoeksraad voor Veiligheid. Den Haag januari 2011
6. Meerdere levensverhalen te vinden op: [www.sien.nl/pages/46/ervaringsverhalen-18](http://www.sien.nl/pages/46/ervaringsverhalen-18)
7. Schneider, A.J., M.E. Raats, M.J.C.E. Blondeau & E.A.P. Steegers, *Zwangere, verslaafde prostituees: soms gedwongen opname in het belang van het kind*. Ned Tijdschr Geneesk. 2004;148:1949-52.
8. Kottenhagen, R., *Botsende rechten van moeder en ongeboren kind*. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2008;32:492-503.

9. Touwen, D.P., *Roken en zwangerschap - wiens zaak is dat? Een verkenning*. In: *Leefstijl-autonomie-professionaliteit*. Medisch-ethische casuïstiek 7, D.P. Engberts (red.), Leiden (Boerhaave Nascholing) 2011;79-89.
10. Boer, G.A. de & A.J.M. Roex, *Conflicterende belangen van zwangere vrouw en ongeboren kind, in het bijzonder bij allochtonen*. Ned Tijdschr Geneesk 1994;7:339-42.

### Dankwoord

In samenwerking met en met dank aan K. de Koning, medisch maatschappelijk werker, werkzaam in het MCH. Hetzelfde geldt voor Paul Baeten en Selena de Vries, werkzaam bij het AMK-Haaglanden.

### Samenvatting

Een AMK-melding bij risicozwangerschappen: de uterus als achterstandswijk

**Achtergrond** Er bleek voor, tijdens en na de zwangerschap weinig afstemming en samenwerking te zijn tussen de betrokken instanties en hulpverleners indien er sprake is van dreigende gezondheidsschade voor de ongeborene/neonaat.

**Casus** Bij een 34 jarige Nederlandse gravida 6, para 2 met in de voorgeschiedenis onder andere psychiatrische problematiek, harddrugs en een laag IQ werd een AMK-melding verricht. De neonaat werd met een ondertoezichtstelling uit huis geplaatst.

Een 28 jarige Nederlandse gravida 6, para 4 werd à terme overgedragen met meconiumhoudend vruchtwater. Vanwege een suboptimale ketenzorg was niet bekend dat haar gezin bekend was bij Bureau Jeugdzorg.

**Conclusie** In een groot binnenstadziekenhuis is er bij tenminste 3.4% van de zwangerschappen ernstige zorgen over de gezondheid en veiligheid van de ongeborene. Een analyse naar deze risicozwangers laat een verhoogd risico zien op een ongunstige perinatale uitkomst.

Het systeem kan transparanter worden door een multidisciplinaire richtlijn en versterkt worden door een doelmatiger registratie.

### Trefwoorden

Kindermishandeling, risicozwangers, Advies - en Meldpunt Kindermishandeling, Bureau Jeugdzorg, Raad voor de Kindermishandeling

### Summary

Concerning pregnancies; the uterus as deprived area

**Background** In case of child abuse in pregnancy the collaboration and communication between health professionals is deficient.

**Case description** The pregnancy of a 34 year old gravida 6, para 2 with psychiatric problems and a low IQ was complicated by a report of child abuse. After birth the child was placed in a foster home with a protection remedy.

A 28 year old gravida 6, para 4 was seen in the hospital because of meconium stained amniotic fluid. Because of a suboptimal communication between the professional caretakers it was unknown that the other children were supported by Youth Welfare because of social problems.

**Conclusion** In at least 3.3% of the pregnancies in a city hospital there were concerns about the health of the child before and after birth. An analysis of risk factors in women with a report of child abuse during pregnancy showed a higher risk for perinatal morbidity and mortality.

Transparency, collaboration and guidelines are needed to strengthen the system.

### Auteurs

Medisch Centrum Haaglanden, Den Haag:

*Afdeling gynaecologie*

**Drs. E.J.T. Verweij**, AIOS obstetrie & gynaecologie (thans: R. de Graaf Ziekenhuis, Delft)

**Prof. dr. C.J.M. de Groot**, gynaecoloog (thans: VU medisch centrum, Amsterdam)

**Drs. C. Vredevoogd**, gynaecoloog

*Afdeling kindergeneeskunde*

**P. Vos**, kinderarts

*Afdeling psychiatrie*

**F. Balk**, psychiater

Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden:

*Sectie Ethiek en Recht van de Gezondheidszorg*

**Prof. mr. dr. D.P. Engberts**, jurist en ethicus.

### Correspondentie

E.J.T. Verweij

e e.j.t.verweij@lumc.nl

### Belangenverstrengeling of geldelijke bijdragen

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van belangenverstrengeling of geldelijke bijdragen.