



Het bos door de bomen: een overzicht van screening en zorgtrajecten voor kwetsbare zwangere vrouwen



Luka Van Leugenhaege, vroedvrouw, lector AP Hogeschool Antwerpen opleiding vroedkunde, praktijkassistente UA; Valérie Vanceulebroeck, verpleegkundige, lector AP Hogeschool Antwerpen opleiding verpleegkunde; Britt Dehertogh, Maatschappelijk werker, lector AP Hogeschool Antwerpen opleiding sociaal werk; Saskia Van Besauw, Projectmedewerker ECK De Kraamvogel, lector AP Hogeschool Antwerpen opleiding vroedkunde; Inge Meyvis, vroedvrouw, lector AP Hogeschool Antwerpen opleiding vroedkunde; Caroline Van Doninck, vroedvrouw, praktijklector AP Hogeschool Antwerpen opleiding vroedkunde

Inleiding

Zwangere vrouwen verkeren in een situatie waarin extra ondersteuning welkom is. Zeker wanneer er sprake is van een kwetsbare positie, dient niet enkel optimale medische zorg voor moeder en kind gerealiseerd te worden, maar is ook psychosociale ondersteuning een onmisbare schakel (de Jonge, et al., 2011; Gavin et al., 2012; Germany et al., 2015).

Zwangere vrouwen verkeren in een situatie waarin extra ondersteuning welkom is. Zeker wanneer er sprake is van een kwetsbare positie, dient niet enkel optimale medische zorg voor moeder en kind gerealiseerd te worden, maar is ook psychosociale ondersteuning een onmisbare schakel. Kwetsbaarheid en armoede zijn brede begrippen en hun aanwezigheid heeft een verregaande impact op de levenskwaliteit van de betrokkenen.

Kwetsbaarheid en armoede zijn brede begrippen en hun aanwezigheid heeft een verregaande impact op de levenskwaliteit van de betrokkenen. Daarbij is de sociaaleconomische status van een persoon afhankelijk van opleidingsniveau, arbeidsmarktpositie en het huishoudinkomen en heeft een duidelijk verband met de mate van psychisch welbevinden en de kwetsbaarheid voor depressie en andere aandoeningen (Dehertogh et al., 2017).

Over de prevalentie van kwetsbare zwangerschappen is weinig gekend in Vlaanderen. Een mogelijke manier om niet voorbij te gaan aan de complexiteit van deze casussen, is het aanbieden van de zorg onder de vorm van een zorgpad of zorgtraject. Een zorgpad beschrijft het ideale en te verwachten verloop prospectief voor een afgebakende patiëntenpopulatie. Zowel in Vlaanderen als daarbuiten bestaan, afhankelijk van de context, vrijblijvende tot sterk op maat uitgewerkte trajecten die voorafgaand aan de geboorte inzetten op begeleiding en ondersteuning van kwetsbare zwangere vrouwen.

Deze studie onderzocht welke zorgtrajecten of zorgpaden momenteel bestaan voor kwetsbare zwangere vrouwen en hoe deze vorm krijgen. Er werd gekeken naar de conceptualisering, de wijze van screening, de ondernomen stappen in het traject, wie de organisatie en de concrete begeleiding voorzag, de gehanteerde werkvormen, de postnatale zorg die bij het traject hoorde en de betrokken zorgverleners.

Methode

Een online zoektocht, uitgevoerd tussen februari en augustus 2017, naar artikels, onderzoeken of websites betreffende zorgpaden en -trajecten voor kwetsbare zwangere vrouwen werd uitgevoerd. Volgende zoektermen werden gehanteerd: 'kwetsbaarheid', 'zwangerschap', 'vulnerability', 'pregnancy', 'trajectories', 'care



Tabel 1: overzicht van de geanalyseerde zorgtrajecten met land van origine

Overzicht geanalyseerde trajecten N=12	
Centering Pregnancy	Nederland (oorsprong: Verenigde Staten)
Centering Parenting	Nederland (oorsprong: Verenigde Staten)
Double Date traject	België
Healthy Pregnancy 4 all-2	Nederland
Moeders van Rotterdam	Nederland
REACH pregnancy program	Groot - Brittannië
SOLIPAM	Frankrijk
Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires (DAPSA)	Frankrijk
"Kwetsbare zwangere, een perinataal zorgaanbod op maat"	België
Medicaid	Verenigde Staten
Temple Infant and Parent Support Services (TIPSS)	Verenigde Staten
Parents Under Pressure (PUP) (OxPUP New care pathway)	Groot - Brittannië

pathway', 'traject', 'grossesse', 'précarité', 'périnatalité', 'parcours de soin', 'réseau périnatal', 'fragilité', 'vulnérable', 'trajectoire'. Er werd gezocht in het Nederlands, Engels en Frans.

Artikels of websites werden geïncludeerd wanneer ze handelden over een traject dat specifiek voor kwetsbare zwangere vrouwen werd opgesteld of een onderzoek naar een dussdanig traject deden. Voor de aard van het traject of de afbakening van de kwetsbaarheid werd een ruime scope genomen. Trajecten die uiteindelijk geen duidelijke extra ondersteuning of zorg aanboden aan kwetsbare zwangere vrouwen, werden geëxcludeerd.

Overzicht van de zorgtrajecten

Er werden 12 trajecten geïncludeerd en vergeleken. Deze trajecten werden geïmplementeerd en/of onderzocht in België, Nederland, Groot-Brittannië, Verenigde Staten en Frankrijk (tabel 1).

Beschrijving van de verschillende zorgtrajecten

Elk traject met de focus op de kwetsbare zwangere vrouw hanteert eigen in- en exclusiecriteria bij het toelaten van moeders tot de specifieke traject-hulpverlening. Uit een vergelijking van de geïncludeerde trajecten blijkt dat zowel

de in- als de doorstroom zeer divers is. In het merendeel van de trajecten wordt de mogelijkheid geboden op basis van gestandaardiseerde risicoselectie en gezondheidsvoorlichting om adequate medische perinatale zorg te verkrijgen omschreven als "standaard zorg" of "basis zorg". Aangezien er grote verschillen zijn per land en/of regio over de inhoud van deze "standaard zorg", kan men onmogelijk een vergelijking maken naar specifieke zorgen en risicoselectie die wordt uitgevoerd door de vroedvrouw en/of arts.

Het Double Date traject

Vertrekkende vanuit de vaststelling dat de toenemende kinderarmoede in Vlaanderen leidt tot steeds meer zwangere vrouwen met een psychosociaal kwetsbaar profiel, wil het 'Double Date' implementatieproject vroegtijdig zwangere vrouwen herkennen met bijkomende behoeften aan psychosociale ondersteuning. Dit project werd gesteund door de Koning Boudewijnstichting en UC Leuven-Limburg i.s.m. Jessa ziekenhuis Hasselt, Artevelde hogeschool en Jan Palfijn ziekenhuis Gent. Het Double Date project hanteert een eerder omstandige vragenlijst die de zwangere vrouw zelf invult, met name de Antenatal Psychosocial Health Assessment tool (ALPHA), die peilt naar familiale en maternale factoren, middelenge-





“Kwetsbare zwangere, perinataal zorgpad op maat”, UZ Brussel

In dit project wordt sociale kwetsbaarheid gesignaleerd via een geautomatiseerde, wetenschappelijk onderbouwde screeningstool binnen het medisch dossier (Beeckman et al., 2010). Deze tool ‘scoort’ kwetsbaarheden tijdens de zwangerschap op het domein van gezinstoestand, opleidingsniveau, beroep, inkomen, geboorteland, geboorteland moeder en communicatie. Bij een score van 3 of meer gaat men uit van verhoogde kwetsbaarheid en wordt de vroedvrouw of gynaecoloog en het ondersteuningsteam meteen gealarmeerd door een “pop-up” (Beeckman, et al., 2016; Beeckman et al., 2012).

bruik en familiaal geweld (Carroll, et al., 2005; De Frène & Clement, 2016).

Double Date focust op een individuele methodiek waarbij een team van vroedvrouwen en gynaecologen prenataal screent en indien nodig actief doorverwijst naar een vaste zorgcoördinator bij de sociale dienst met van daaruit een eventuele individuele doorverwijzing naar een uitgebreider professioneel netwerk zoals OCMW, Kind Gezin.... (De Frène & Clement, 2016).

Het medische aanbod binnen dit zorgpad verschilt niet van een normaal traject, maar het sociale aanbod is specifiek gericht op kansarme zwangere vrouwen waarin de vroedvrouw en Kind & Gezin de zorg opnemen voor extra psychosociale ondersteuning, zowel intra- als extramuraal als pre- en postnataal. Deze ondersteuning omvat zowel voorlichting en informatie als effectieve hulp bij het regelen van een zelfstandige vroedvrouw en de organisatie van postpartumzorg. Ook hulp bij administratieve zaken kunnen hiervan onderdeel uitmaken (Beeckman et al., 2016).



De postnatale zorg bestaat uit een transmuraal zorgpad tot 6 weken postpartum. Aan de basis ligt een netwerk met enerzijds intramuraal UZ Brussel en anderzijds extramuraal de mutualiteiten, Kind & Gezin/l’Office de la Naissance et de l’Enfance, eerstelijns vroedvrouwen, gynaecologen, huisartsen, pediaters, familiehelp, solidariteit voor het gezin... (Beeckman, et al., 2016) .

‘Centering Pregnancy’ en ‘Centering Parenting’, Nederland

Het Centering Pregnancy-project in Nederland, van oorsprong een Amerikaans concept, laat elke zwangere vrouw, ongeacht aanwezige ‘kwetsbaarheid’, die bereid is om de nodige zorg in groep te ontvangen, vrijblijvend deelnemen. Een belangrijk uitgangspunt is dat er als gevolg van de groepswerking een sterke mate van empowerment optreedt (Centering a, 2017).

Het Centering Pregnancy traject, bestaande uit



10 bijeenkomsten van 8-12 zwangere vrouwen met een vergelijkbare zwangerschapsduur, betreft één vroedvrouw en één andere hulpverlener, bijv. een sociaal werker, in de begeleiding van de groepen. De zwangere vrouwen krijgen in groep informatie rond de gezonde zwangerschap en bevalling. De vroedvrouw leert hen om bij zichzelf of bij anderen de bloeddruk en gewicht te controleren. Deze methodiek moedigt zwangere vrouwen aan tot zelfzorg. Aan de hand van de verzamelde gegevens beoordeelt de vroedvrouw de zwangerschap en doet ze aan risicoselectie. Zij staat bij elke groepsessie ook in voor de nodige extra medische zorgen binnen haar beroepsprofiel. Indien meer begeleiding nodig wordt geacht, zijn bijkomende individuele afspraken mogelijk (Centering Healthcare Institute a, 2009).

“Centering Parenting” is de postnatale opvolger van “Centering Pregnancy”. Hierbij worden ouders gestimuleerd om zelf hun kind te wegen en te meten om de groei op te volgen. Dit postnatale zorgpad wordt begeleid door een jeugdarts en verpleegkundige. In opvolging van Centering Pregnancy hanteert ook het Centering Parenting traject een groep gebonden aanpak. Toch wordt er ook ruimte voorzien voor één op één contact met de arts en/of verpleegkundige. De groepen worden gevormd met andere ouders waarvan het kind in dezelfde periode is geboren (Centering b, 2017).

Reach Pregnancy Program

Dit programma vanuit het Verenigd Koninkrijk focust op zorgverlening binnen een omgeving waar armoede en diversiteit sterk aanwezig zijn. (Harden, 2014).

De aanpak binnen dit programma is identiek aan Centering Pregnancy. Elke groepssessie wordt binnen dit traject door steeds dezelfde twee vroedvrouwen begeleid. Het REACH-programma onderzoekt de effectiviteit van de groepsaanpak aan de hand van maternale en neonatale gezondheidsuitkomsten en tevredenheid over de verkregen zorg. Het onderzoek loopt tot oktober 2019 (Harden, 2014).

Healthy Pregnancy 4 all

In het Erasmus MC – Rotterdam loopt het Healthy Pregnancy 4 all project gericht op preconceptionele en prenatale zorg. Enkel een geïdentificeerde kwetsbare zwangere vrouw of prille moeder kan toegelaten worden tot het ‘Healthy Pregnancy 4 all’ programma (Healthy Pregnancy 4 all 2, 2014). Het inschalen van deze kwetsbaarheid gebeurt aan de hand van de Mind2Care en/of R4U (The Rotterdam Reproduction Risk Reduction checklist) vragenlijsten. De Mind2Care werd ontwikkeld voor (digitale) zelfrapportage, waarbij een behandelplan wordt voorgesteld aan de zwangere vrouw. De keuze of deze informatie wordt gedeeld met haar zorgverleners ligt bij de zwangere vrouw zelf (Stichting Mind2Care, sd; Healthy Pregnancy 4 all, 2016). De R4U screent op medische en niet-medische factoren en fungeert als checklist die wordt ingevuld door de zorgverleners zelf. R4U wordt geprofileerd als signaleringsinstrument dat zich op 6 domeinen richt: sociale, psychische, zorg- en leeftijdgebonden, medische en obstetrische risicofactoren. Omdat niet elke risicofactor dezelfde invloed heeft op zwangerschapsuitkomsten werd er aan ieder onderdeel een “weegfactor” toegekend. Hiermee wordt een totaalscore berekend, dit impliceert een “cutoff” waarde. Aan de hand van deze complementaire tools worden kwetsbare vrouwen naar specifieke zorgpaden geleid die werden opgesteld, beantwoordend aan de problematiek en de lokale instanties (Healthy Pregnancy 4 all 2, 2014; Healthy Pregnancy 4 all, 2015).

In dit programma richt men zich op een betere samenwerking tussen verloskundige zorg, kraamzorg, publieke gezondheidszorg en jeugdgezondheidszorg, het eigen netwerk van de zwangere vrouw, de wijkteams en andere partners op lokaal niveau (Healthy Pregnancy 4 all 2, 2014). Aangezien er wordt vertrokken vanuit preconceptionele en prenatale zorg worden de verloskundige en gynaecoloog aanzien als de zorgverlener die vragenlijsten afneemt en één van de zorgpaden aanvat indien nodig. Onduidelijk is of de andere lokale partners meewerken aan deze screening. Daarbij wordt zorgcoördinatie niet specifiek toegevoegd tot 1 van de beroepsgroepen (Healthy Pregnancy 4 all, 2016).



Het Healthy Pregnancy 4 all-2 programma is het postnatale project van Healthy pregnancy 4 all. Het wil voorzien in de continuïteit van zorg na de geboorte en richt zich op jeugdgezondheidszorg, kraamzorg en interconceptiezorg (Healthy Pregnancy 4 all 2, 2014).

Moeders van Rotterdam

‘Moeders van Rotterdam’ verleent zorg aan zeer kwetsbare zwangere vrouwen. Zij hanteren het criterium ‘zeer kwetsbaar’ als de combinatie van medische en niet-medische risico’s die elkaars werking versterken en effectieve zorg en zelfregie belemmeren. Doel van het programma is een effectief bewezen interventie te ontwikkelen die erin slaagt deze vrouwen daadwerkelijk te helpen en dat ingebed kan worden in de werkwijze van stedelijke zorginstellingen en de wijkteams (Moeders van Rotterdam, 2017).

De aanmelding gebeurt door de zwangere vrouw zelf, door middel van telefoon of mail, of door een verloskundige professional zoals vroedvrouw of gynaecoloog. Na deze aanmelding wordt een gevalideerd multidisciplinair instrument gehanteerd om vast te stellen of het gaat over een niet-kwetsbare, kwetsbare of zeer kwetsbare zwangere vrouw. Het meetinstrument brengt in kaart welke medische en niet-medische risico’s elkaars werking versterken en in welke mate ze effectieve zorg en zelfregie belemmeren (Moeders van Rotterdam, 2017).

Elke moeder wordt in het Moeders voor Rotterdam programma begeleid door 2 professionals, namelijk een werkbegeleider en een casusbegeleider. Daarnaast worden ook studenten pedagogiek, maatschappelijk werk en dienstverlening, sociaaljuridische dienstverlening of toegepaste psychologie ingezet. “Moeders voor Rotterdam” kenmerkt zich door een integrale aanpak van de multi-problematiek die zo herkenbaar is bij kwetsbare zwangere vrouwen, waarbij vroeg ingrijpen, stressreductie en intensieve begeleiding centraal staan. Deze moeders krijgen gemiddeld zo’n 525 uur extra niet-medische zorg aangeboden verdeeld over 3 jaar (2 contacten per week) (Moeders van Rotterdam, 2017).

Parents Under Pressure, Oxford, Groot - Britannië (oxPUP)

Het Engelse ‘Parents Under Pressure’ richt zijn pijlen op zwangere vrouwen en moeders die hoog scoren op vaste schalen rond drugs, intra-familiaal geweld, depressie en angst, gebrek aan sociale steun en middelenmisbruik (Barlow et al., 2016). De vroedvrouw gaat deze factoren na tijdens de standaard prenatale controle. Vrouwen die aan de inclusiecriteria voldoen worden doorverwezen naar het PUP-team, anderen ontvangen de gewone standaardzorg. Een tweede assessment gebeurt rond 32 tot 34 weken zwangerschap. Hierbij ligt de focus op het mentale welbevinden van de zwangere vrouw en de partner en de context waarbinnen zij leven. Voor dit assessment wordt de DASS (Depression Anxiety and Stress Scale), de Audit-C (Alcohol Use Disorders Identification Test), de Social Support Scale en de DASH (Domestic Abuse Stalking Harassment Risk Identification and Assessment and Management model) gebruikt. De attitude en capaciteiten rond ouderschap worden nagegaan aan de hand van “Brief Child Abuse Potential Inventory” en “Brief Child Abuse Potential Inventory” (Barlow et al., 2016; PUP, 2017).

Het PUP-team, bestaande uit sociaal werkers, voorziet zelf geen medische opvolging. Zij geven voornamelijk sociale ondersteuning door een hoog aantal huisbezoeken. Samen stellen zij doelen op met de toekomstige ouders. Daarbij zorgen zij voor doorverwijzing naar adequate medische zorg afhankelijk van de noden van de patiënt. Standaard voorzien zij postnataal consulten voor het wegen en meten van het kind, alsook een finaal assessment op 6 maanden postpartum. Op basis hiervan wordt beoordeeld of doorverwijzing naar andere instanties nodig is (Barlow et al., 2016).

SOLIPAM

SOLIPAM is een netwerk van medische en sociale gezondheidswerkers dat instaat voor de gezondheid tijdens de perinatale periode voor vrouwen en hun kinderen die zich in een onveilige situatie bevinden in de regio van Île de France. Het netwerk coördineert de sectoren van de publieke/private ziekenhuizen en structuren in de nabijheid van deze moeders en hun



kinderen om de ondersteuning te verzekeren en te optimaliseren (SOLIPAM, 2017).

SOLIPAM voorziet medische en sociale opvolging tot 3 maanden na de bevalling. Vrouwen die in aanmerking komen, dienen meerderjarig te zijn. Zij hebben geen woonst, verkeren in een instabiele situatie of hebben geen of slechts een klein inkomen. SOLIPAM legt de focus niet zozeer op de zwangere vrouwen of recent bevallen moeders en/of gezinnen, maar richt zich meer naar de medische en sociale gezondheidswerkers die met deze groepen te maken krijgt en de ondersteuning van deze professionals (SOLIPAM, 2017).

De initiatieven van SOLIPAM realiseren zich op grote schaal. Het netwerk neemt de coördinerende functie op zich. Door de coördinatie van de zorg in publieke en private ziekenhuizen en andere structuren in de nabijheid, verzekeren zij een optimale verzorging van moeder en kind. SOLIPAM legt een brede focus, met name op de goede samenwerking tussen verschillende diensten, netwerkvorming, vorming en sensibilisering van hulpverleners, aanbod van platform voor informatie en uitwisseling. (SOLIPAM, 2017; SOLIPAM, sd; Scoazec, 2011).

DAPSA

DAPSA is een netwerk binnen de Franse gezondheidszorg met als doel om de toegang tot gezondheidszorg en de continuïteit van zorg bij kwetsbare zwangere vrouwen te bevorderen. Vrouwen die te maken hebben met een somatisch en/of een psychische problematiek bij zichzelf of bij hun kind(eren) kunnen tot 3 jaar na de bevalling ondersteuning krijgen bij hun ouderlijke taken door deel te nemen aan het traject 'Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires'. Inclusie baseert zich op de aanmelding door een professional waarbij deze aangeeft dat er geen toegang is tot de nodige zorg voor één of meerdere leden van het gezin. De organisatie richt zich vooral op het ondersteunen tijdens crisismomenten of bij transitie binnen het gezin (DAPSA, 2018).

DAPSA focust op de ondersteuning van gezondheidswerkers die met deze groepen te maken hebben. Het project zet in op ateliers, al dan niet in groep, werkgroepen, uitwisseling, informatiesessies en vorming (enerzijds voor zorg-

verleners, anderzijds als directe interventies). Net zoals bij Solipam legt DAPSA een brede focus, met name op de goede samenwerking tussen verschillende diensten, netwerkvorming, vorming en sensibilisering van hulpverleners en een platform voor informatie en uitwisseling (DAPSA, 2018).

Elke gezondheidswerker of dienst die bij gezinnen een interventie dient uit te voeren kan beroep doen op de ondersteuning van DAPSA. Zij hebben een mobiele equipe die een inschatting van de zorgnood kan uitvoeren. Ze kunnen ondersteuning bieden aan de ouders, kinderen en hun netwerk en begeleiden bij het uitzoeken van een zorgplan. Zij werken met een multidisciplinair team dat sterk inzet op het smeden van banden tussen professionelen zodat er drempelverlagend wordt gewerkt. Ook wordt geïnvesteerd in het grondig in kaart brengen van de aanwezige krachten en noden van het gezin en de aanwezigheid van kwetsbaarheid (DAPSA, 2018).

Medicaid

Ook buiten de Europese grenzen wordt de nodige aandacht besteed aan de opvolging van kwetsbare vrouwen voor, tijdens en na de bevalling. In de Verenigde Staten kunnen vrouwen die toegang hebben tot Medicaid deze zorg op maat krijgen. De toegangsvoorwaarden variëren van staat tot staat. In de staat New York richten ze zich voornamelijk op primipara's met een laag inkomen. De zwangere vrouwen mogen maximaal 28 weken zwanger zijn bij de instroom in het programma en worden opgevolgd tot 2 jaar na de geboorte van hun kind (New York State Departement of Health, 2011). In de staat

Het leren van elkaar en met elkaar, het ontdekken van verbondenheid en (h)erkenning vinden bij peers, versterkt de positie van toekomstige moeders (ouders) en verhoogt de kans op gunstige gezondheidsuitkomsten voor zowel moeder als kind. In veel gevallen zal deze aanpak een antwoord bieden op de verhoogde nood door de aanwezigheid van uitgesproken kwetsbaarheid.



Tabel 2: overzicht zorgcoördinatie en methodiek

Traject	Zorg-coördinatie	Vroedvrouw	Gynaecoloog/Arts	Sociaal werker	Andere	Methodiek
Centering Pregnancy		X			Ondersteunende hulpverlener: verpleegkundige of sociaal werker	Groepssessies
Centering Parenting			Jeugdarts	Eventueel	Jeugdhulp, verpleegkundige, lactatiedeskundige, pedagoog, diëtist	Groepssessies
Double Date	Sociaal werker stuurt door	X	X (screening)	Eventueel		Individuele aanpak
Healthy Pregnancy 4 all-2	Case-management	X		X	Werkbegeleider, casusbegeleider, studenten	Wijkteam en bestaande zorgpaden inzetten, publieke gezondheidszorg structuur
Moeders van Rotterdam					Werk- en casusbegeleider, juridisch, sociaal, psychologie	Individuele aanpak
REACH		X				Groepssessies
SOLIPAM		X	X	X		Netwerk met bestaande gezondheidszorg structuren
DAPSA	Case-management	X		X	Opvoedkundige, klinisch psychologe, psychomotore therapeut	Ateliers, werkgroepen, vorming voor professional
“Kwetsbare zwangere, een perinataal zorgaanbod op maat”	Case-management	X	X (screening)		Intra- en extramuraal	Individuele aanpak transmurale zorgpad op maat
Medicaid	Case-management			X	Verpleegkundige	Individuele aanpak
TIPPS	Case-management	X		X		Individuele counseling, educatie, ondersteuning en coördinatie
PUP		X	X	X	Diëtisten, psychologen	Individueel, outreachend team ter plaatse

Texas worden hoog risico zwangere vrouwen toegelaten tot het Medicaid case management. Zij hebben een brede definitie voor “hoog risico zwangere vrouwen” zodat niet enkel medische risicofactoren in aanmerking komen. Ook zwangere vrouwen die kampen met middelenmisbruik, armoede, huiselijk geweld, dakloosheid

en mentale gezondheidsproblemen kunnen worden opgenomen in het programma (Texas Department of State Health Services, sd).

In het Medicaid case management programma wordt er gewerkt met een vaste case manager, voornamelijk verpleegkundigen (Registered



Nurse Degree). Deze casemanager kan verbonden zijn aan een private of publieke organisatie (profit en non-profit sector). Zwangere vrouwen worden niet uniform gescreend door een tool. Doorverwijzing kan vanuit andere gezondheidswerkers/instanties of rechtstreeks aanmelding door de zwangere vrouw zelf (New York State Departement of Health, 2011; Texas Departement of State Health Services, sd).

De case manager zorgt voor een individueel zorgplan, tot het bekomen van een gezonde levensstijl, op basis van een intakegesprek. Zij voorzien tevens in educatie gericht op het eventuele rookgedrag, middelenmisbruik en eetgewoonten. De activiteiten die samenhangen met deze gezondheidsdoelen worden samen met de zwangere vrouw opgesteld om zo een hoger engagement te bekomen. De ondersteuning van de casemanager vertaalt zich ook in het verlagen van de barrières tot de gezondheidszorg en een doorverwijzing naar de relevante zorginstellingen en -professionals. Zij coördineren de prenatale opvolging, verdere postpartum opvolging van het kind en helpen toekomstige (on geplande) zwangerschappen voorkomen (New York State Departement of Health, 2011; Texas Departement of State Health Services, sd)

TIPPS

Het TIPPS (Temple Infant and Parent Support Services) traject werd uitsluitend in kader van onderzoek opgezet door Temple University School of Medicine. De onderzoekers namen verpleegkundigen en sociaal werkers, verbonden aan welzijnsorganisaties binnen de gemeenschap, onder de arm. Zij stonden in voor de “outreaching”, coördineerden de zorg en ondersteunden vrouwen in het volgen van het pre- en postnatale traject. Er werd een inventaris gemaakt van de individuele noden van de vrouw en haar gezin door het afnemen van een assessment tijdens een huisbezoek. Er was geen sprake van een specifieke screeningstool. Op de tweede plaats werden barrières weg-gewerkt door het voorzien van transport naar de gezondheidsinstelling en kinderopvang ter plaatse. Daarbij voorzagen de onderzoekers in een uitgebreid aanbod van medische zorg voor het hele gezin tot 1 jaar postpartum, educatie over zwangerschap en ouderschap en voedingscounseling. Dit traject werkte met een

Er is nood aan een zorgcoördinator voor elk perinataal zorgnetwerk. Bij voorkeur is dit de vroedvrouw, gynaecoloog of huisarts.

zeer divers netwerk van hulpverleners; namelijk artsen, laatstejaars arts-assistenten, vroedvrouwen, verpleegkundigen, pediatriesch verpleegkundigen, sociaal werkers, psychologen en dietisten. Laag risico zwangere vrouwen genoten een volledige prenatale opvolging door een vroedvrouw, bij risico's werden artsen en arts-assistenten ingeschakeld. Het traject focuste sterk op zorg voor het gehele gezin. Ze boden niet enkel zorg voor de neonat tot 1 jarige leeftijd aan, maar voorzagen ook medische hulp voor andere kinderen in het (Reece et al., 2002).

Hoewel na afloop van het onderzoek het project is stopgezet, gaven studieresultaten van dit traject een beduidende meerwaarde aan prenatale zorg. De onderzoekers rapporteerden meer prenatale controles, betere resultaten naar gewichtstoename tijdens de zwangerschap, verminderde opnamen op neonatologie, lagere incidentie van dysmaturiteit en verminderde prematuriteit (Reece et al., 2002).

Discussie

Er werden 12 trajecten en/of zorgpaden besproken. Vertrekkend vanuit de omschrijving van een zorgpad en een zorgtraject werden een aantal methodieken samengebracht die deze intensieve vorm van zorg trachten te realiseren.

Methodiek van de hulpverlening

Wat betreft de toegepaste methodiek, kan men vaststellen dat de meeste trajecten een individuele aanpak hanteren (n=7) (tabel 2). In het Health Pregnancy 4 all-2 traject, TIPPS traject, PUP-programma en het Moeders voor Rotterdam programma wordt er individueel gewerkt, maar specifiek voor deze programma's is de sterke focus op het hele gezin (Barlow et al., 2016; Healthy Pregnancy 4 all 2, 2014; Moeders van Rotterdam, 2017; Reece et al., 2002).

Enkele trajecten bestaan uit een aanpak in groep (n=4) (Centering Healthcare Institute a,





2009; Centering b, 2017; Harden, 2014; DAPSA, 2018; Harden, 2014) (tabel 2). Het leren van elkaar en met elkaar, het ontdekken van verbondenheid en (h)erkenning vinden bij peers versterkt de positie van toekomstige moeders (ouders) en verhoogt de kans op gunstige gezondheidsuitkomsten voor zowel moeder als kind. In veel gevallen zal deze aanpak een antwoord bieden op de verhoogde nood door de aanwezigheid van uitgesproken kwetsbaarheid (WKSU, 2018). Een aantal opvallende effecten die binnen de geïncludeerde groepsgerichte trajecten werden vastgesteld waren verdubbeling van de doorverwijzing naar sociale dienst, een stijgende alertheid voor de aanwezigheid van een eventuele psychosociale problematiek, minder prematuriteit, een opvallende correlatie tussen geboortegewicht en aantal consulten, een gezondere maternale gewichtstoename en meer prenatale controles (Centering Healthcare Institute a, 2009; Centering Healthcare Institute b, 2009; Harden, 2014).

Een groepstraject vereist anderzijds ook een aantal skills bij de vrouwen die in een individueel traject minder noodzakelijk lijken. Het tijdig aanwezig zijn, het kunnen gepast communiceren, het vinden van een gemeenschappelijke taal, het overbruggen van taal en culturele verschillen, het verschil in standaarden, normen en waarden die door alle partijen erkend en begrepen dienen te worden... (Centering Healthcare Institute a, 2009; Centering b, 2017; Harden, 2014).

In die gevallen waarbij de kwetsbaarheid dermate groot is en de mogelijkheid tot deelname wordt beperkt, is een intensieve individuele opvolging een alternatief. Ook wanneer groepsopvolging niet mogelijk is omwille van organisatorische context, zoals bijvoorbeeld in België de nomenclatuurregeling voor de vroedvrouw.

De zorg of het traject geboden aan kwetsbare zwangere vrouwen wordt georganiseerd op verschillende fronten en door verschillende gezondheidswerkers met de zwangere vrouw als centrale spilfiguur.

Zorgcoördinatie

Binnen de verschillende trajecten en zorgpaden is er een divers aanbod aan zorgverleners. Zoals in tabel 2 te zien is, is er in enkele gevallen sprake van een case manager of een specifieke vorm van zorgcoördinatie. Zoals ook het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg poneert is er nood aan een zorgcoördinator voor elk perinataal zorgnetwerk. Bij voorkeur is dit de vroedvrouw, gynaecoloog of huisarts (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2014). De richtlijn voor prenatale zorg voor zwangere vrouwen met complexe sociale factoren stelt voorop dat inspraak en communicatie cruciaal zijn in de zorgopbouw. Daarnaast dient er zorg op maat voorzien te worden die zich oriënteert op de specifieke noden van de zwangere vrouw en het ongebooren kind (NICE, 2010). Al te vaak is zorg versnipperd en mist ze de continuïteit (Expoo, 2017) die de zorg voor een pasgeborene in een kwetsbare context vereist.

De functies die verder door de zorgverleners worden opgenomen, zijn grotendeels afhankelijk van de methodiek. Ofwel staan zij zelf in voor de opvolging en invulling van het programma, of staan zij in voor de doorverwijzing en samenwerking tussen verschillende gezondheidszorginstanties en -structuren.

Conclusie

De inventaris en bespreking van deze trajecten met hun screeningsmethodiek lichten een kleine tip van de sluier op wat betreft de zorg die onder de vorm van een traject wordt aangeboden aan kwetsbare zwangere vrouwen en hun context. De zorg wordt georganiseerd op verschillende fronten en door verschillende gezondheidswerkers met de zwangere vrouw als centrale spilfiguur. In alle trajecten wordt de vrouw bijgestaan door een professional en in enkele andere methodieken worden groepsleden mee ingezet ter ondersteuning en om gezondheid bevorderend gedrag te faciliteren.

In kader van het praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek aan de Artesis Plantijn Hogeschool Antwerpen werd gebruik gemaakt van een brede conceptualisering voor “kwetsbaarheid tijdens de zwangerschap” (Dehertogh et al., 2017). De ontwikkeling van een detectie-instrument stelde zich op de voorwaarden dat



de vroedvrouw als professional en vanuit eigen expertise (zonder cutoff waarden) mogelijke bezorgdheden rond kwetsbaarheid kan visualiseren. Gevolgd door een aangepast zorgtraject specifiek voor Antwerpen, in samenwerking met PANZA (het Perinataal Antwerps Netwerk Zwangerschap in Armoede), wordt er tegemoetgekomen aan de individuele noden van de zwangere vrouw en haar gezin. De vroedvrouw speelt hierin een cruciale rol als zorgverlener en zorgcoördinator voor haar patiënt.

Referenties

- Barlow, J., Dawe, S., Coe, C. & Harnett, P. (2016). An evidence based, pre-birth assessment pathway for vulnerable pregnant woman. *British Journal of social work*, 46(4), 960-973.
- Beeckman, K., Laubach, M., Spinnoy, A., De Koster, K., Almaci, Z., Linster, A. et al. (2016). Kwetsbare zwangere, een perinataal zorgaanbod op maat. *Brussel*, België.
- Beeckman, K., Louckx, F. & Putman, K. (2010). Determinants of the number of antenatal visits in a metropolitan region. *BMC Public Health*, 10(527).
- Beeckman, K., Louckx, F. & Putman, K. (2012). Content and timing of antenatal care: predisposing, enabling and pregnancy-related determinants of antenatal care trajectories. *European Journal of Public Health*, 23(1), 67–73.
- Carroll, J.C., Reid, A.J., Biringer, A., Midmer, D., Glazier, R.H., Wilson, L. et al. (2005). Effectiveness of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) form in detecting psychosocial concerns: a randomized controlled trial. *CMAJ*, 2(3), 173.
- Centering a. (2017). Wat is Centering Pregnancy? Opgehaald van Centering Healthcare: <http://www.centeringhealthcare.nl/>
- Centering b. (2017). Wat is Centering Parenting? Opgehaald van Centering: <https://www.centeringhealthcare.nl>
- Centering Healthcare Institute a. (2009). Centering Pregnancy. Opgehaald van Centering Healthcare: <https://www.centeringhealthcare.org>
- Centering Healthcare Institute b. (2009). Centering Parenting. Opgehaald van Centering Healthcare: <https://www.centeringhealthcare.org/what-we-do/centering-parenting>
- DAPSA. (2018, februari 2). Dispositif d'appui à la périnatalité et aux soins ambulatoires. Opgehaald van [dapsa.asso:](http://www.dapsa.asso.fr/) <http://www.dapsa.asso.fr/>
- De Frène, V. & Clement, M. (2016). Eindrapport Double Date. UC Limburg, *Diepenbeek*. Opgeroepen op 2017
- de Jonge, A., Rijnders, M., Agyemang, C., van der Stouwe, R., den Otter, J., Van den Muijsenbergh, M. E. et al. (2011). Limited midwifery care for undocumented women in the Netherlands. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(4), 182-188.
- Dehertogh, B., Meyvis, I., Vanceulebroeck, V., Brouns, M. & Van Besauw, S. (2017). Afwegingen voor een perinataal screeningsinstrument voor kwetsbare zwangere vrouwen. *Tijdschrift voor Vroedvrouwen*, 81-88.
- Deschuymer, L., De Vos, K. & Stroobants, T. (2017). De Huizen van het Kind en Integrale Jeugdhulp: een zoektocht naar verbinding via inspirerende praktijkvoorbeelden .
- Expoo. (2017, september 12). Parel Leuven Perinataal Aanbod REgio Leuven Huisartsenkring Leuven. *Leuven*.
- Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. (2014). Synthese van de organisatie van de zorg na een bevalling. *Brussel*.
- Gavin, A.R., Nurius, P. & Logan-Greene, P. (2012). Mediators of Adverse Birth Outcomes Among Socially Disadvantaged Women. *Journal of Women's Health*, 21(6), 634–642.
- Germany, L., Saurel-Cubizolles, M.-J., Ehlinger, V., Napolitano, A. & Alberge, C. (2015). Social Context of Preterm Delivery in France in 2011 and Impact on Short-Term Health Outcomes: the EPIPAGE 2 Cohort Study. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, (29), 184–195.
- Harden, A. (2014). Reach Pregnancy Programme. Opgehaald van University of East London: <https://www.uel.ac.uk/ihhd/our-projects/reach-pregnancy-programme>
- Healthy Pregnancy 4 all 2. (2014). Factsheet. Opgeroepen op augustus 2017, van Monitoring en evaluatie van het programma Healthy Pregnancy 4 All-2: Vernieuwing en afstemming binnen de geboortezorg en de jeugdgezondheidszorg: https://www.erasmusmc.nl/47393/1584119/5319504/5319690/FS_Project
- Healthy Pregnancy 4 all. (2015). Factsheet zorgpaden. Erasmus MC. Opgehaald van https://www.erasmusmc.nl/verloskunde_gy-





- [naecologie/Research/Subhome_HP4All/Factsheets_HP4All2/FSZorgpaden/](#)
- Healthy Pregnancy 4 all. (2016). Factsheet R4U. Erasmus MC. Opgehaald van https://www.erasmusmc.nl/verloskunde_gynaecologie/Research/Subhome_HP4All/Factsheets_HP4All2/FS_R4U/5702175/
 - Hollowell, J., Oakley, L., Kurinczuk, J.J., Brocklehurst, P. & Gray, R. (2011). The effectiveness of antenatal care programmes to reduce infant mortality and preterm birth in socially disadvantaged and vulnerable women in high-income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11, 13.
 - Kind en Gezin. (2017). Het kind in Vlaanderen 2016. Brussel: Kind&Gezin.
 - Kind en Gezin. (2017). Nieuws en actualiteit, Kansarmoedecijfers 2016. Opgeroepen op november 20, 2017, van <https://www.kindengezin.be/nieuws-en-actualiteit/2017/20170616-kansarmoedecijfers-2016.jsp>
 - Kramer, M.S. (2015). Socioeconomic Disparities in Preterm Birth. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 29, 169-171.
 - Moeders van Rotterdam. (2017). Opgehaald van Moeders van Rotterdam: <https://www.moedersvanrotterdam.nl/>
 - New York State Departement of Health. (2011). Comprehensive Medicaid Case Management (CMCM) First-time Mothers/Newborns Program: Implementation Guidance Manual. *New York State*.
 - NICE . (2010). Pregnancy and complex social factors: a model for service provision for pregnant women with complex social factors. *Londen: NICE National Institute for Health and Care Excellence*.
 - Project HP4All-2. (2017, augustus 30). Healthy Pregnancy for all 2. Opgehaald van Erasmus MC: https://www.erasmusmc.nl/verloskunde_gynaecologie/Research/Subhome_HP4All/Projectomschrijving_HP4All2/
 - PUP. (2017). PUP Program. Opgehaald van PUP: <http://www.pupprogram.net.au/>
 - Raisler, J. & Kennedy, H. (2005). Midwifery care of poor and vulnerable women. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 50(2), 113-121.
 - Reece, E.A., Lequizamón, G., Silva, J., Whiteman, V. & Smith, D. (2002). Intensive interventional maternity care reduces infant morbidity and hospital costs. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, (11), 204-210.
 - Scoazec, C. (2011). Grossesse et précarité : étude descriptive du réseau. *Paris: Gynécologie et Obstétrique*.
 - Slimmer zwanger. (2017). Opgehaald van Slimmer Zwanger: Alles voor een gezonde baby: www.slimmerzwanger.nl
 - SOLIPAM. (2017). Opgehaald van Solidarité Paris Maman: <http://www.solipam.fr>
 - SOLIPAM, p. (sd). Opgehaald van http://www.solipam.fr/IMG/pdf/rapport_d_activite_2015-2.pdf
 - Stichting Mind2Care. (sd). Opgehaald van Mind2Care: <https://www.mind2care.nl>
 - Texas Departement of State Health Services. (sd). Case Management for Children and Pregnant Women (CPW). *Texas*.
 - University of East London. (2018, januari 30). Reach Pregnancy Programme. Opgehaald van <https://www.uel.ac.uk/ihtd/our-projects/reach-pregnancy-programme>
 - Vlaamse Beroepsorganisatie van Voedvrouwen. (sd). Nomenclatuur voor voedvrouwen. Opgeroepen op januari 16, 2018, van Vlaamse Beroepsorganisatie van Voedvrouwen: <http://www.voedvrouwen.be>
 - Vzw Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE). (2015). Perinatale activiteiten in Vlaanderen in 2015. *Brussel: Vzw Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie*.
 - Willems, S., Desmet, A., Poppe, A., Hermans, K., Verlinde, E., Van Audenhove, C. et al. (2011). KANS, Theoretische achtergronden en onderzoeksoepzet. *Brussel: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en gezin*.
 - WKSU. (2018). WKSU. Opgehaald van WKSU: <http://wksu.org/post/akrons-move-toward-centered-pregnancy-has-some-early-adopters-among-bhutanese-refugees#stream/0>

Vragen i.v.m. het beroep voedvrouw?

Stuur uw vraag naar info@voedvrouwen.be. We zoeken met u naar een antwoord. Neem ook een kijkje op de FAQ op de site www.voedvrouwen.be. Samen evolueren we naar een sterkere voedvrouw in Vlaanderen.