



# EMBRACE

## ZORGPAD VOOR KWETSBARE ZWANGEREN NA DETECTIE BEZORGDHEID IN GROOTSTAD ANTWERPEN

Het PWO (Projectmatig Wetenschappelijk Onderzoek) van de AP Hogeschool rond kwetsbare zwangeren liep gedurende 4 academiejaren, nl. van 2014-2015 tot en met 2017-2018. Het doel was kwetsbaarheid in de perinatale periode ruim definiëren, een detectie-instrument opstellen en aansluitende zorgpaden suggereren.

In een eerste fase werd de literatuur uitgepluisd om tot een werkbare en duidelijke definitie te komen voor kwetsbaarheid in de perinatale periode. Dit gaat verder dan armoede en kansarmoede en wordt ruim gedefinieerd: o.a. ook aanpassingsvermogen aan de zwangerschap, mentale en psychische problemen, moeilijke toegang tot de gezondheidszorg, taalbarrière, ongezonde levenswijze, misbruik en verwaarlozing, geen of een klein sociaal netwerk, problemen tijdens een vorige zwangerschap, ongewenste/ongeplande zwangerschap, tienerzwangerschap of moeilijke communicatie worden in rekening gebracht.

In een tweede fase werd door middel van een aantal focusgroepen met vroedvrouwen en maatschappelijk/sociaal werkers afgetoetst wat zij van deze ruime definitie vonden en hoe een screenings- of detectie-instrument er voor hen moest uitzien.

In een derde fase werd het instrument opgesteld en getest bij eerstelijns- en tweedelijnsvroedvrouwen. Met hun opmerkingen werd het instrument nog verfijnd.

We kozen ervoor een detectie-instrument op te stellen dat snel kan ingevuld worden door de zorgverlener. Het kan dat de hulpverlener over objectieve feiten beschikt en snel moet handelen en/of doorverwijzen, maar ook een niet-pluis-gevoel of bezorgdheid is valabel genoeg en kan bij een volgend consult opnieuw bevraagd worden.

In de vierde en laatste fase van het onderzoek, werden zorgpaden/flowcharts opgesteld die gevolgd kunnen worden wanneer een bezorgdheid of kwetsbaarheid gedetecteerd wordt.

We onderlijnen hier het belang van een **zorgcoördinator** die het overzicht houdt van de nodige hulpverlening die aanwezig is in het gezin, of nog moet opgestart worden.

We poneren hier graag de **eerstelijnsvroedvrouw als zorgcoördinator** in de perinatale periode, behalve wanneer de cliënt al in bepaalde trajecten wordt opgevolgd en/of er reeds een zorgcoördinator is aangesteld.

Ook door het KCE ('De organisatie van de zorg van een bevalling'), door Kind&Gezin (Eindrapport 'Conferentie De toekomst is Jong – Jong en Gezond') en in aanbevelingen van de Koning Boudewijnstichting ('Perinatale ondersteuning van kansarme gezinnen: wat er is en wat er nodig is') wordt de vroedvrouw naar voren geschoven als de ideale persoon om overzicht te houden over de aanwezige hulpverlening tijdens de zwangerschap en het postpartum.

Een belangrijk probleem dat zich hier stelt, is dat er voor de eerstelijns- (zelfstandige) vroedvrouw geen verloning voorzien is in de vorm van RIZIV-nomenclatuur om deze taak op zich te nemen en/of om deel te nemen aan multidisciplinair overleg. Ook een verdere opleiding van vroedvrouwen rond het gebruik van het detectie-instrument, communicatievaardigheden bij detectie van kwetsbaarheid en kennis van de sociale kaart dringt zich op.



Wanneer de setting een tweedelijnsinstelling is (ziekenhuis) stuurt de vroedvrouw de cliënte best meteen door naar het **ondersteuningsteam** (sociale dienst van het ziekenhuis), waar eerste stappen kunnen ondernomen worden. Er wordt steeds een eerstelijnsvroedvrouw gecontacteerd die de zorgcoördinerende rol kan opnemen, naast haar eigen taken in de perinatale periode.

Bij een multiproblematiek waarvoor de vroedvrouw zich niet bevoegd voelt, kan zij expertise inroepen van **andere hulpverleners** (via [www.panza.be](http://www.panza.be)) en/of de zorgcoördinatie overdragen/delen.

Het is heel belangrijk dat na de perinatale periode de zorg **overgedragen** wordt aan de huisarts en/of Kind&Gezin om continuïteit te verzekeren.

Er zijn heel wat nieuwe evoluties in het (perinatale) zorglandschap die nauwgezet opgevolgd moeten worden om dit voorgestelde model mee in te laten integreren:

- De **Huizen van het Kind** met hun progressief universalisme moeten zeker betrokken worden. Zij zijn zeer laagdrempelig toegankelijk voor alle ouders met vragen over hun kinderen vanaf de preconceptie tot het kind 24 jaar is. Heel wat partners zitten hier samen waardoor doorverwijzing, expertise delen en samenwerken voor optimale zorg van het gezin, mogelijk wordt.
- Het oprichten van de **ELZ** (Eerstelijnszones) waarbij er zonegericht een toegankelijke eerstelijns moet zijn voor alle bewoners met doorgedreven samenwerking, zorgcoördinatie en betrokkenheid van de patiënt, zijn omgeving, mantelzorg en vermaatschappelijking van de zorg. Het gaat om een integrale benadering van de persoon: gezondheid én welzijn, waarbij de persoon centraal staat en de regie voert.
- **Rechtstreeks toegankelijk jeugdhulp en “één gezin, één plan”**: een samenwerking tussen alle partners in de rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp en de actoren die hulpvragen van gezinnen, kinderen en jongeren oppikken om in een samenwerkingsverband afspraken te maken die ertoe bijdragen dat jeugdhulpvragen snel en effectief worden opgenomen (richtsnoer binnen de maand). Zo wordt ingezet op één gecoördineerd plan per gezin dat flexibel en met gedeelde verantwoordelijkheid wordt opgenomen wanneer aanbod niet onmiddellijk kan worden ingezet. Zo wordt escalatie vermeden. De afspraken gemaakt in het kader “één gezin-één plan” slaan ook op situaties van verontrusting (Beleidsbrief Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2017-2018 ingediend door minister Jo Vandeurzen).

Het opstellen van dit detectie-instrument en mogelijke zorgtrajecten past in de aanbevelingen van de Koning Boudewijnstichting: “Perinatale ondersteuning van kansarme gezinnen: wat er is en wat er nodig is” uit 2013. Door samen te werken in een netwerk zoals PANZA, verbinden we ‘eilandjes van goede praktijk’ zoals ze in bovenstaande publicatie genoemd worden. Door het hanteren van het detectie-instrument kan er gedifferentieerd worden welke extra zorgen de zwangere en haar gezin nodig heeft, naast het ‘klassieke’ medische traject intra- en extramuraal. De eerstelijnsvroedvrouw kan optreden als zorgcoördinator of case-manager (EVA = eerste verloskundig aanspreekpunt).

In de publicatie van mei 2017 opgesteld door co-creatie van RIZIV, DAV, Namahn en stakeholders: “Een betere zorg voor kwetsbare zwangere vrouwen, fase 1: interventiestrategieën voor een holistische en duurzame aanpak”, zien we ook de aanbeveling om de medische zorg te gebruiken als instap naar een holistische en duurzame zorg en de vroedvrouw in te zetten als professionele vertrouwenspersoon (ze wordt hier SPOC genoemd: single point of care). De zwangerschap is met uitstek de periode waarin mensen kunnen opgepikt worden die extra zorg hebben omdat een grote meerderheid van vrouwen op dat moment in hun leven contact maakt met minstens één zorgverlener in kader van het opvolgen van de zwangerschap. De vroedvrouw kan de hefboom zijn die het gezin verbindt met andere hulpverlening en ondersteuning. Op het moment van zwangerschap staat een vrouw meer open voor verandering en is ze ontvankelijker voor advies. Daarbij komt dat de zwangerschap en de eerste levensjaren heel bepalend zijn voor de latere gezondheid van het kind, waardoor we deze periode moeten grijpen! Naast de eerstelijnsvroedvrouw is het mogelijk om verschillende vertrouwenspersonen in een gezin te combineren.

