

Hoofdstuk 3: Kwetsbaarheid in de periode rond zwangerschap en geboorte

We hanteren een **ruim begrip van kwetsbaarheid** omdat gezinnen met **diverse moeilijkheden** te kampen kunnen hebben in de periode van zwangerschap en geboorte. Gezinnen zijn kwetsbaar in de perinatale periode omdat een (eerste) zwangerschap een grote impact heeft op het leven en dat veel twijfels met zich meebrengt. Kwetsbaarheid bekijk je bovendien niet als een kenmerk van een persoon op zich, maar als een uiting van een situatie waarin iemand zich bevindt. Bepaalde levensomstandigheden en keuzes kunnen gezorgd hebben voor de positie waarin het gezin zich bevindt. Er is een wisselwerking tussen hen en hun omgeving. Kwetsbaarheid is vaak een opeenstapeling van gebeurtenissen en is zelden te wijten aan één oorzaak. Om de term kwetsbaarheid te omschrijven gebruiken we de **items van de 'Embrace'-tool** (zie bijlage 3 en 4): vroegsignalering van de kwetsbare zwangere (ontwikkeld door Artesis Plantijn Hogeschool Antwerpen) (de items in het paars hebben we toegevoegd vanuit de werkgroep):

- 1 **Armoede:** gemiddelde inkomen van het gezin, de woonomstandigheden, of er in het verleden of het heden (medische) behandelingen zijn uitgesteld ...
- 2 **Aanpassingsvermogen aan de zwangerschap:** opleidingsniveau, veerkracht van de gezinsleden om met problemen om te gaan, kunnen ze bepaalde probleemsituaties inzien, perfectionistische/planmatige ouders, de druk van de (toekomstige) ouderrol ...)
- 3 **Welzijn en gezondheid:** mentale en emotionele problemen, onverwerkte trauma's, psychisch welzijn, chronische aandoeningen, congenitale afwijkingen, ...
- 4 **Toegang tot gezondheid:** beperkte zorgverzekering, geen verblijfspapieren, weinig of geen kennis van de toegankelijkheid en het aanbod binnen de gezondheidszorg, weinig aanbod door wachtlijsten, taalbarrière ...
- 5 **Levensstijl:** ongezonde voeding, weinig beweging, onregelmatig leven, stress, risicoberoep ...
- 6 **Misbruik en verwaarlozing:** drugs- en alcoholmisbruik, fysiek geweld, seksueel misbruik, emotioneel geweld, verleden van kinderverwaarlozing, genitale verminking, ...
- 7 **Sociaal netwerk:** het ontbreken of aanwezig zijn van een (in)formeel netwerk, de partnerrelatie, familiale relatiebanden ...
- 8 **Ervaring vorige zwangerschappen:** relatie met andere kinderen, verleden van kinderverwaarlozing en/of misbruik, problemen tijdens eerdere zwangerschappen, extra begeleiding tijdens eerdere zwangerschappen, traumatische bevalling ...
- 9 **Kindervens:** gewenste of ongewenste zwangerschap, geplande of ongeplande zwangerschap, fertiliteitsbehandeling, tienerzwangerschap ...
- 10 **Communicatie:** moeilijke communicatie, geen gemeenschappelijke taal, communicatieproblemen omwille van verstandelijke beperking ...
- 11 **Andere:** zwangerschapsverlies ...

We merken dat de drempels om hulp te vragen bijzonder groot zijn. Als er preventief gewerkt wordt, kunnen er nochtans heel wat moeilijkheden worden opgelost.

Daarnaast is een kind op de wereld zetten vaak een kans tot ingang in de zorg. Ouders zoeken sneller hulp omwille van het verantwoordelijkheidsgevoel voor het kind. Daarom vinden we het belangrijk dat zorgverleners sensitief zijn ten aanzien van kwetsbare gezinnen en dat ze durven kwetsbaarheden bespreekbaar te maken. **Tijd en ruimte en goede opleiding van zorgverleners** zijn hierin belangrijke factoren. Samenwerking en een goed netwerk zijn essentieel om de zorg rond kwetsbare gezinnen te optimaliseren. Belangrijk aan het Zorgpad is dat **kwetsbare gezinnen al tijdens de zwangerschap worden opgespoord**. Dit geeft kansen om een netwerk te bouwen rond het gezin en aan te melden bij hulpverlening. Kwetsbare gezinnen hebben **nood aan vertrouwensfiguren**, zoals de vroedvrouw en de huisarts.

1 Screening

De proefprojecten 'perinatale geestelijke gezondheidszorg' hebben aangetoond dat de screening naar psychische problemen tijdens de zwangerschap, maar ook daarna belangrijk is zowel voor de moeder, de partner als de ongeboren baby. 1 op de 5 vrouwen kampt met psychische problemen in de perinatale periode – de periode voor en na de bevalling. De problemen variëren van depressieve stoornissen of angststoornissen tot ernstige postnatale depressies. Bij 75 procent van de moeders worden ze niet herkend, slechts 1 op de 10 krijgt de juiste hulp. Ook de partners kampen soms met psychische problemen, vooral als ook de moeder een perinatale depressie doormaakt. Iets minder dan 10 procent van de partners ontwikkelt een depressie, meestal 3 tot 6 maanden na de geboorte. (bron: UZ Gent: <https://www.uzgent.be/nl/actueel/nieuws/Paginas/wolk-in-mijn-hoofd.aspx>)

Die stoornissen zijn echter wel goed behandelbaar met een betere uitkomst voor moeder en kind. Daarom kiezen we om te **screenen**. Ons huidig zorglandschap is hier echter nog niet helemaal op afgestemd. In de werkgroep kiezen we om ruim te screenen, nl. niet alleen de psychische kwetsbaarheid te bevragen, maar ook de andere risico's waardoor (toekomstige) gezinnen in een kwetsbare situatie terechtkomen.

We hebben daarom gekozen om eerst gebruik te maken van de **vroegsignalering van kwetsbare zwangeren met de 'Embrace'-tool (zie bijlage 3)**. Omdat screenen zonder behandelaanbod gevaarlijk is, hangen we aan de items van de Embrace-tool een **sociale kaart en stappenplan** op (zie [Hoofdstuk 5](#)) zodat er ook een behandeling tegenover gezet kan worden indien een item wordt aangevinkt. Hierbij zullen er ook **lacunes** naar boven komen in het huidige behandelaanbod. Die worden besproken onder [Hoofdstuk 6](#).

Wanneer er een vermoeden is van een psychische kwetsbaarheid (angst en/of depressieklachten) dan gebruiken we verder volgende tool "[zie Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen](#)", ontwikkeld door UZ Gent en Universiteit Gent, in opdracht en met steun van de Vlaamse Overheid.

Bij screening is er gevaar voor stigmatisatie. Daarom is het essentieel dat de zorgverstrekker die aan de slag gaat met de vragenlijst op een goede manier communiceert. De gids "[communiceren over kwetsbaarheid in de zwangerschap](#)" (zie bijlage 4) kan de zorgverstrekker hierbij ondersteunen. Daarnaast is het belangrijk dat er tijd gemaakt wordt om met de (aanstaande) ouders in gesprek te gaan.

- **Stap 1: Een gesprek voeren over de situatie van het (toekomstig) gezin**
Hanteer een open en krachtige communicatiestijl.
- **Stap 2: Een vermoeden van kwetsbaarheid ter sprake brengen**
Vertrek het gesprek vanuit de intentie tot goed ouderschap en wijs op de verantwoordelijkheden die daarmee verbonden zijn. Wijs erop dat ze niet de enigen zijn met dit probleem. Spreek over de kwetsbaarheid als een kenmerk van de situatie en niet als een kenmerk van de personen zelf.
- **Stap 3: Tot actie overgaan**
Bij het afronden van een gesprek kom je samen tot een conclusie en een mogelijke aanpak. Het gezin krijgt inspraak in het proces van conclusievorming en aanpak. Geef in het gesprek duidelijk aan dat het tijd is om verdere stappen te zetten. Doe dit op een zorgvuldige manier. Neem je tijd om in gesprek te gaan. Bel (eventueel) samen met de (toekomstige) ouders bij een verwijzing. Vraag expliciet of de naam en enkele basisgegevens doorgegeven mogen worden aan een andere zorgverlener. Bespreek wat je doorgeeft en vraag expliciet toestemming (hanteer de procedure die van kracht is binnen je werkcontext om toestemming te verkrijgen).
Bespreek nauwkeurig wat er daarna gebeurt (contactname). Ga eventueel mee. Hou steeds een opening voor contact later en vraag ernaar in volgende consultaties.

K&G screent naar depressie d.m.v. de **Whooley bevraging** op volgende tijdstippen: de verpleegkundige bevrage de moeder op huisbezoek zodra het kind de leeftijd van 6 weken bereikt (de arts bevrage de moeder op het consult van 8 weken indien geen huisbezoek plaatsvond op 6 weken). De verpleegkundige bevrage de moeder zodra het kind de leeftijd van 3 en 6 maanden bereikt tijdens het consult. K&G kan bij een positieve screening, met akkoord van de moeder, een verwijsbrief meegeven voor de behandelende arts waarin het verhaal van de betrokkene gekaderd wordt zodat die niet meer opnieuw het verhaal dient te vertellen omdat dit vaak gevoelig ligt. Het startgesprek tijdens de zwangerschap geeft ook de mogelijkheid om kwetsbaarheid te bespreken en indien nodig ondersteuning/doorverwijzing te zoeken.

2 Multidisciplinair zorgteam

In het rapport 'pilotproject perinatale mentale gezondheid' wordt aangeraden te werken met een multidisciplinair zorgteam in de 1^e lijn.

[KCE \(actiepunt 2.3 p. 15\)](#) stelt voor om te werken met een **perinatale zorgcoördinator**. Dat is een vaste contactpersoon voor de (toekomstige) ouders tijdens de zwangerschap, de geboorte en postpartum. Deze persoon **garandeert de continuïteit van de zorg op cruciale momenten**, waaronder het (al dan niet vroege) ontslag uit de kraamkliniek. Idealiter begeleidt deze persoon de (toekomstige) ouders tijdens het hele traject, vanaf de vroege zwangerschap tot de geboorte, tijdens het verblijf in de kraamkliniek, bij de thuiskomst en het postpartum.

De taak van de perinatale zorgcoördinator kan opgenomen worden door een **vroedvrouw, gynaecoloog of huisarts** die actief is in postnatale zorg. Hij/zij is verantwoordelijk voor de organisatie van het multidisciplinaire perinatale zorgnetwerk en kan bij problemen vergaderingen van het netwerk organiseren. Zijn of haar taak is 'elastisch': ze kan uitbreiden of verkleinen naargelang de behoeften en voorkeuren van de ouders. In de mate van het mogelijke moet de grootte van deze taak wel al worden bepaald tijdens de prenatale consultaties. Huisartsen zijn goed geplaatst omdat ze de gezinnen en hun omgeving al van voor de zwangerschap kennen en ze ook in het verdere leven van het gezin betrokken blijven. Daarnaast zijn vroedvrouwen goed geplaatst omdat ze vaak erg dicht staan bij de (toekomstige) gezinnen en meer tijd nemen. In de werkgroep hebben we afgesproken om niet vast te leggen wie deze rol op zich neemt omdat we vinden dat gezinnen dit best zelf kiezen.

Momenteel is er een mogelijkheid om geformaliseerd een multidisciplinair thuisoverleg aan te vragen: <https://www.selamberes.be/thuisoverleg-mdo>. Hoe dit MDO na juni 2020 met de hervorming naar eerstelijnszones georganiseerd zal worden is nog niet duidelijk. MDO's worden momenteel aangevraagd en georganiseerd door de DMW's van de mutualiteit waar de patiënt bij aangesloten is. De initiatiefnemer van het MDO doet een aanvraag bij de desbetreffende mutualiteit, de overlegcoördinator neemt het vanaf dan over. Hij/zij contacteert de nodige mensen op zo kort mogelijke tijd. De contactgegevens per mutualiteit kan je terugvinden op onze website: <http://www.selamberes.be/organisatie-van-het-overleg-1/>.

- **MDO** kan in aanmerking komen voor (aanwezigheids-) **vergoeding** indien het voldoet aan de volgende voorwaarden:
 - De organisatie van het MDO gebeurt door het SEL erkend overlegorganisator
 - De doelstelling voor het MDO is zorgvuldig en duidelijk geformuleerd
 - Overleg gebeurt zo dicht mogelijk bij de patiënt (thuis of elders)
 - Minstens 3 professionele zorg- of hulpverleners zijn aanwezig
 - De huisarts wordt steeds uitgenodigd. Indien de huisarts niet aanwezig kan zijn, dient vóór het MDO (telefonisch) afgestemd te worden
 - De cliënt of zijn mantelzorger is aanwezig. Bij afwijking wordt dit duidelijk gemotiveerd bij het SEL
 - Het verslag wordt opgemaakt en verstuurd naar cliënt en betrokken zorg- en hulpverleners
 - Organisator bezorgt het document en het gehandtekeningde aanwezigheidslijst (zo volledig mogelijk ingevuld) aan het SEL
- **GDT** kan in aanmerking komen voor (aanwezigheids-) **vergoeding** indien het voldoet aan de volgende voorwaarden:

Ten minste 3 (professionele) zorgverleners nemen deel, waarvan verplicht:

- huisarts
- thuisverpleegkundige indien patiënt thuisverpleging ontvangt
- indien er geen thuisverpleging bij betrokken is, dient er een andere zorgverlener met een RIZIV nummer aanwezig te zijn

- **PSY MDO** kan in aanmerking komen voor (aanwezigheids)**vergoeding** indien het voldoet aan de volgende voorwaarden:
 - Het MDO PSY wordt georganiseerd door een SEL erkend overlegorganisator
 - Er zijn minstens 3 types hulp-/zorgverleners van verschillende organisaties aanwezig waarvan minstens 1 vanuit de GGZ en 1 vanuit de Eerstelijnsgezondheidszorg of een dienst van de welzijnszorg erkend door de bevoegde Gewesten en Gemeenschappen
 - Systematische communicatie met de huisarts
 - Aanduiden van referentiepersoon tijdens het overleg
 - Er wordt een begeleidingsplan opgemaakt waarin minstens 3 taakafspraken worden omschreven voor zorg- of hulpverleners waarvan minstens één voor GGZ
 - Het MDO PSY moet minstens 2 keer per jaar georganiseerd worden om vergoedbaar te zijn.
 - Tijdens het overleg wordt een datum afgesproken voor volgend overleg. Een tweede overleg dient gepland te zijn binnen de 12 maanden na het eerste overleg.

MDO en GDT vergoedingen 2019 (jaarlijks geïndexeerd):

-	Thuis	€50.63
-	Elders	€37.98
-	Administratie	€15.84

PSY MDO vergoedingen 2019 (jaarlijks geïndexeerd):

-	1ste overleg	€230.24
-	Opvolg overleg	€155.37
-	Referentiepersoon	€106.07

We willen vooral oproepen dat iedereen met de betrokken zorgverleners durft te bellen. Er kan ook met de app Siilo gewerkt worden.

Er zijn alvast 2 hulplijnen waar je als zorgverleners naar kan bellen: ECK de Kraamvogel en de moeder-baby afdeling van PC Bethanië (gegevens zie [Hoofdstuk 5](#))