

## 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 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 **Kinderwens:** 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](#))

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 zwangere 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 "[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 bevraagt de moeder op huisbezoek zodra het kind de leeftijd van 6 weken bereikt (de arts bevraagt de moeder op het consult van 8 weken indien geen huisbezoek plaatsvond op 6 weken). De verpleegkundige en de arts bevragen 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.

## Multidisciplinair zorgteam

In het rapport 'pilotproject perinatale mentale gezondheid' wordt aangeraden te werken met een multidisciplinair zorgteam in de 1<sup>e</sup> 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 overleg (MDO) aan te vragen voor afstemming van complexe zorg in de thuissituatie. Sinds 1 mei 2020 is er een nieuwe werkwijze. Meer informatie <https://www.zorg-en-gezondheid.be/multidisciplinair-overleg-vanaf-1-mei-2020-update>. Op deze pagina vind je ook een contactenlijst van de overlegorganisatoren terug. Deze dien je te contacteren indien je een MDO wenst aan te vragen.

**MDO** kan in aanmerking komen voor (aanwezigheids-) **vergoeding** indien het voldoet aan de volgende voorwaarden:

- Minimaal drie verschillende disciplines aanwezig zijn (huisarts/psychiater mag digitaal of telefonisch)
- Persoon (of vertegenwoordiger) aanwezig, met toestemming voor samenstelling overleg en verwerking gegevens -> tenzij uitdrukkelijke verklaring van niet-gewenste aanwezigheid
- Zorgaanbieders verklaren dat aanwezigheid persoon niet wenselijk is
- Er 1 overleg per 365 dagen plaatsvindt

Drie (professionele) rollen worden vergoed:

- De overlegorganisator: 120 euro
- De zorgbemiddelaar: 40 euro
- De deelnemer: 25 euro (maximaal vier per overleg, op organisatieniveau)

Geen cumulatie tussen rollen als persoon, wel op organisatieniveau

We willen vooral oproepen om **contact op te nemen met elkaar** met vragen of bezorgdheden, dit kan telefonisch, face to face, via de app siilo, ...

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

## Born in Belgium Pro-tool

De Born in Belgium Pro-tool brengt de bovenstaande zaken samen in een handige tool. De Born in Belgium Pro-tool is een gecentraliseerd, online **platform** voor **professionals** in de zorg- en hulpverlening.

## Wat houdt het in?

Born in Belgium Professionals biedt een **gratis** (via het RIZIV), **digitale tool** aan ter **ondersteuning** van de hulp- en zorgverlening van zwangere vrouwen in psychosociaal kwetsbare situaties.

Enerzijds biedt hij de mogelijkheid om **systematisch te screenen naar de psychosociale situatie** van zwangere vrouwen aan de hand van een wetenschappelijk onderbouwde vragenlijst. Anderzijds ondersteunt hij de hulp- en zorgverleners die hem gebruiken door **geïntegreerde zorgpaden**, aangepast aan de situatie van de vrouw, uit te rollen. Deze zorgpaden **helpen de hulp- en zorgverleners** bij het doorverwijzen, procedures en het geven van informatie over bepaalde thema's. Bovendien fungeert de Born in Belgium Professionals tool als een **gedeeld platform** en kunnen de **bevoegde** hulp-en zorgverleners het **overzicht** behouden van wat de psychosociale situatie is, wat reeds ondernomen werd en door wie. Ook krijgen de hulp-en zorgverleners een overzicht van het **professionele netwerk** dat actief is rond de zwangere vrouw.

## Voor wie is het bedoeld?

De tool is **uitsluitend** bedoeld voor hulp-en zorgverleners aan de volgende voorwaarden voldoen:

- Gebonden zijn aan het **(medisch) beroepsgeheim**
- (Medische en/of sociale) **hulpverlening voor zwangere vrouwen** aanbieden

Het online platform houdt rekening met de huidige **privacywetgeving** (GDPR) ter bescherming van zowel de zwangere vrouw als de hulp- en zorgverlener.

## Hoe de tool gebruiken?

De Born in Belgium Pro-tool is eenvoudig, efficiënt en organisch in gebruik. Hij werd ontwikkeld **voor en door** hulp-en zorgverleners en sluit dus nauw aan bij de huidige praktijken.

Om de tool te kunnen gebruiken zijn er 2 opties:

- [Integratie in een Elektronisch Dossier of softwarepakket \(bekijk onze partners die de tool reeds gebruiken\)](#)
- Toegang via een weblink met persoonlijke login en multi-factor authenticatie

Er wordt bovendien ook een **opleiding** aangeboden voor (toekomstige) gebruikers van de tool. Je kan de data raadplegen op de website.

Wens je meer **informatie** over de tool of wil je partner worden en met de tool gaan werken? Meer informatie hierover via <https://borninbelgiumpro.be/partner-woorden/>

## De indicatoren van psychosociale kwetsbaarheden achter de tool

Op basis van literatuurstudie en in co-creatie met het werkveld door middel van Expert Panels werden een reeks van cruciale indicatoren vastgelegd die aan de basis liggen van onze tool.

- Geboorteland

- Opleiding
- Angst
- Professionele status (partner)
- Communicatie
- Inkomen
- Sociale steun
- Verblijfstatus
- Mentaal welzijn
- Depressie
- Huisvesting
- Middelen- en medicatiegebruik
- Geweld