

Geboortezorg Flex

Flexibele Kraamzorg in Zuid-Limburg

Plan van aanpak
proeftuin 2021-2022

Versie mei 2021

Inhoud

Samenvatting	2
1 Inleiding: Zuid-Limburg breekt de trend!	4
1.1 Een Kansrijke Start in Zuid-Limburg	4
1.2 Positie proeftuin binnen Kansrijke Start Zuid-Limburg	6
2 De kracht van kraamzorg, juist voor gezinnen in een kwetsbare positie	8
3 Proeftuin Geboortezorg Flex	10
3.1 Inspiratie uit andere regio's	10
3.2 Doel van de proeftuin	11
3.3 Opzet van de proeftuin	11
3.3.1 Pijler 1 - Vergoeden eigen bijdrage	12
3.3.2 Pijler 2 – Flexibele inzet van kraamzorg ook na de 10e dag	13
3.4 Gebied van de proeftuin	15
3.5 Door wie - opdrachtnemer proeftuin.....	15
3.6 Voor wie - doelgroep.....	16
4 Geboortezorg Flex: de route	18
5 Geboortezorg Flex: wie doen er mee?	20
6 Weten wat werkt!	22
6.1 Deelstudie 1 – Vergoeden eigen bijdrage	22
6.2 Deelstudie 2 – Flexibele inzet van kraamzorg ook na de 10e dag	24
7 Implementatie en randvoorwaarden	26
7.1 Projectstructuur	26
7.2 Scholing	26
8 Planning.....	28
Bijlage 1 Definitie kwetsbaarheid - Gemeente Rotterdam en Erasmus MC	29

Samenvatting

De eerste 1.000 dagen van een kind, vanaf het moment van conceptie, zijn cruciaal voor een goede start van het leven. De cijfers over vroeggeboorte en laaggeboortegewicht (Big 2) laten echter zien dat nog te veel kinderen in Zuid-Limburg geen kansrijke start hebben. De ambitie van de Zuid-Limburgse coalitie Kansrijke Start is dan ook om zwangere vrouwen en gezinnen die dat nodig hebben optimaal te ondersteunen en het netwerk van professionals rondom de eerste 1.000 dagen te versterken.

Kraamzorg draagt in belangrijke mate bij aan een veilige start van moeder en kind door het leveren van professionele zorg in samenwerking met o.a. de verloskundige en Jeugdgezondheidszorg (JGZ). Deze zorg bestaat uit zorg- en hulpverlening, maar ook uit preventie en voorlichting, en risicosignalering. Uit onderzoek blijkt dat juist moeders die méér zorg kunnen gebruiken, kiezen voor minder uren kraamzorg. Zowel landelijk als in onze regio klinken geluiden dat voor veel gezinnen in een kwetsbare positie acht tot tien dagen kraamzorg niet genoeg is en dat een toenemend aantal gezinnen in een kwetsbare positie kiest voor de minimale variant kraamzorg of zelfs voor geen kraamzorg. Naar verwachting is de wettelijke eigen bijdrage voor kraamzorg van invloed op deze keuze.

In samenspraak met de coalitie Kansrijke Start Zuid-Limburg is het idee ontstaan om binnen Kansrijke Start in samenwerking met Geboortezorg Limburg, de grootste kraamzorgorganisatie in de regio, een proeftuin te starten in de gemeente Sittard-Geleen en de regio Parkstad. Geboortezorg Limburg en het Programmabureau Trendbreuk hebben samen met zorgverzekeraars CZ en VGZ, de gemeente Sittard-Geleen, de Parkstad gemeenten en Jeugdgezondheidszorg Zuid-Limburg gewerkt aan de totstandkoming van dit plan van aanpak voor de proeftuin.

Doel proeftuin

Met de proeftuin zorgen we ervoor dat gezinnen in een kwetsbare positie de uren kraamzorg die zij nodig hebben om zelfstandig en zelfredzaam het ouderschap aan te gaan, ook daadwerkelijk kunnen ontvangen en zij indien nodig nog een extra steuntje in de rug ontvangen na de wettelijke periode kraamzorg van 8 tot 10 dagen. Zo willen we in het prille begin van het leven maximale ondersteuning bieden aan deze gezinnen om hun zelfredzaamheid te vergroten en om hun kind(eren) een gezonde en veilige start van het leven te bieden.

Doelgroep

Gezinnen die gesignaleerd worden als (zeer) kwetsbaar op basis van de kwetsbaarheidsdefinitie van Erasmus MC, woonachtig zijn in de regio Parkstad of gemeente Sittard-Geleen, verzekerd zijn bij CZ of VGZ en voornemens zijn kraamzorg te ontvangen door Geboortezorg Limburg, wordt deelname aan de proeftuin aangeboden. Gezinnen die niet kunnen of willen deelnemen aan de pilot, maar wel behoefte hebben aan soortgelijke steun, krijgen alternatieve vormen van steun aangeboden vanuit het regulier beschikbare steunpallet in de regio.

Opbouw proeftuin

Pijler 1

De eerste pijler van de proeftuin betreft het laten vervallen van deze eigen bijdrage (in 2021 € 4,60 per uur) voor 150 gezinnen die worden gesignaleerd als (zeer) kwetsbaar, op basis van de kwetsbaarheidsdefinitie. Hiermee is er geen financiële drempel meer voor de inzet van maximale kraamzorg in deze gezinnen. Met deze pijler realiseren we in de proeftuin binnen één jaar voor 150 gezinnen in een kwetsbare positie een goede basis vanuit kraamzorg in de eerste 8 tot 10 dagen aansluitend op de bevalling. De verwachting is dat de inzet van pijler 1 o.a. leidt tot gezinnen die beter voorbereid en met meer zelfvertrouwen het ouderschap zelfstandig aangaan, minder stress en meer regie over eigen leven bij gezinnen en hoger gebruik van kraamzorg bij gezinnen waar dit nodig is (in termen van het aantal gezinnen dat kraamzorg afneemt en in termen van het aantal uren kraamzorg dat per gezin wordt ingezet).

Pijler 2

Voor 100 gezinnen (waarvan er 50 doorstromen uit pijler 1), in een (zeer) kwetsbare positie wordt kraamzorg op maat aangeboden, die ingezet kan worden gedurende de eerste zes maanden na de geboorte. Het gaat hier om gezinnen die volgens de kwetsbaarheidsdefinitie (tijdelijk) niet zelfredzaam zijn en in deze cruciale levensfase een steuntje in de rug nodig hebben. Deze ondersteuning is ofwel complementair op het bestaande aanbod aan gezinsondersteuning binnen gemeenten maar kan ook afzonderlijk worden ingezet. Er kan ook sprake zijn van overbrugging totdat andere zorg voor het gezin beschikbaar is. Kraamzorg op maat kan aansluitend op de kraamperiode zijn, maar kan ook los van de kraamperiode worden verleend. Afhankelijk van wat het specifieke gezin nodig heeft wordt de flexibele inzet van de kraamverzorgende bepaald. Er wordt uitgegaan van een gemiddelde inzet van 24 uur per gezin. De verwachting is dat de inzet van pijler 2 o.a. leidt tot gezinnen die beter voorbereid zijn op het ouderschap en meer open staan voor hulp, betere hechting, meer veerkracht en eigen regie over eigen leven bij gezinnen en minder verwijzingen door JGZ binnen het 1^e levensjaar.

Monitoring

Om te weten of de proeftuin de gewenste effecten oplevert, worden 2 deelstudies uitgevoerd door de afdeling Kennis & Innovatie van de GGD Zuid Limburg. De monitoring en evaluatie sluit aan op het hoofddoel van de proeftuin, namelijk het vergroten van de zelfredzaamheid van gezinnen. Het streven is om effecten van de proeftuin aan te tonen op de vier dimensies van het Quadruple Aim model: betere ervaren kwaliteit van zorg, betere gezondheid van de populatie, afname kostenstijging per hoofd van de bevolking en grotere werktevredenheid onder betrokken zorgprofessionals.

Tijdpad

Na besluitvorming in Q2 2021 wordt de implementatie van de proeftuin voorbereid in Q3 2021. De beoogde startdatum van de proeftuin is 1 oktober 2021 (Q4). Instroom in de proeftuin is mogelijk t/m Q4 2022. De dataverzameling en analyse in het kader van de monitoring vindt plaats tussen Q4 2021 en Q4 2023.

1 Inleiding: Zuid-Limburg breekt de trend!

De regio Zuid-Limburg kent al jaren hardnekkige achterstanden in gezondheid en participatie. Achterstanden die fors zijn en vaak van generatie op generatie worden doorgegeven. Op diverse fronten scoren we slechter dan de rest van het land: hogere zorgkosten, meer tienermoeders, meer kinderen te vroeg en/of met te laag geboortegewicht geboren, meer kinderen met handicap, minder gebruik van kraamzorg, meer kinderen met overgewicht, hoger gebruik jeugdhulp, meer kinderen die opgroeien in armoede, meer voortijdig schoolverlaters, meer eenzame jongeren etc. Het blijkt een complexe opgave om hierin het tij te keren en te zorgen voor betere kansen voor volgende generaties.

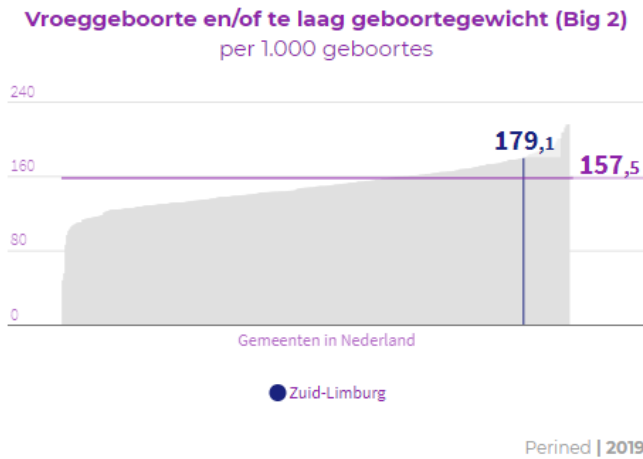
In 2019 hebben de gemeenten in Zuid-Limburg de basis gelegd voor een nieuwe en gezamenlijke aanpak voor gezondheid. Het regionaal gezondheidsbeleid 'Zuid Springt Eruit: Zuid Limburg zet nieuwe trend in gezondheid' bevat de vastgestelde ambities van gemeenten om, in nauwe samenwerking met tal van partners, een trendbreuk te realiseren in de jarenlange hardnekkige gezondheidsachterstanden die onze regio kenmerken. Dit is een forse opgave die vraagt om een ambitieuze en daadkrachtige aanpak. De focus ligt daarbij op de jeugd want hoe eerder erbij, hoe beter!



1.1 Een Kansrijke Start in Zuid-Limburg

Ieder kind verdient de best mogelijke start van zijn of haar leven en een optimale kans op een goede toekomst. De eerste 1.000 dagen van een kind zijn cruciaal voor een goede start. De gezondheid van een kind vóór, tijdens en na de geboorte blijkt immers een belangrijke voorspeller te zijn van problemen – zowel fysiek als mentaal – op latere leeftijd. Helaas hebben nog altijd teveel baby's een valse start, doordat zij te vroeg worden geboren, te weinig wegen bij de geboorte of beiden. Een baby die tijdens de eerste 1.000 dagen van het leven blootstaat aan stress, rook, slechte voeding, mishandeling of andere risicofactoren, begint met een achterstand aan zijn of haar leven. Deze factoren zorgen ervoor dat kinderen zich op fysiek, mentaal en sociaal gebied minder goed kunnen ontwikkelen¹. Voor de gezondheid en ontwikkeling van een kind zou het niet uit mogen maken waar zijn of haar wieg staat. Maar blijkbaar zegt de postcode vaak toch meer dan de genetische code.

¹ Roseboom, T. (2018). De eerste 1000 dagen. Het fundamentele belang van een goed begin vanuit biologisch, medisch en maatschappelijk perspectief. De Tijdstroom.



De gemeenten in Zuid-Limburg scoren slechter dan de rest van het land; onze achterstand manifesteert zich al aan het prille begin van het leven. De landelijke indicator t.a.v. vroeggeboorte en te laag geboortegewicht (zogenaamde 'Big 2'), maakt dit zeer duidelijk. Kerkrade, Vaals, Landgraaf en Heerlen staan zelfs in de landelijke top 5 van slechtst scorende gemeenten. Ook de meer stedelijke gemeenten van Zuid-Limburg, waaronder ook de gemeente Sittard-Geleen, scoren slecht op deze indicator. Voor verdere cij-

fers wordt verwezen naar de nota [Gezondheidsbeleid Zuid-Limburg 2020-2023: 'Zuid Springt Eruit'](#)².

Jaarlijks worden in Zuid-Limburg ca. 4.400 kinderen geboren. Een te groot aantal heeft nu geen kansrijke start van het leven, met alle gevolgen die daarbij horen. Recente wetenschappelijke inzichten tonen aan dat in deze fase van het leven nog veel winst is te boeken en dat investeren hierin echt loont om de kinderen van vandaag en de volwassenen van morgen betere kansen te bieden.

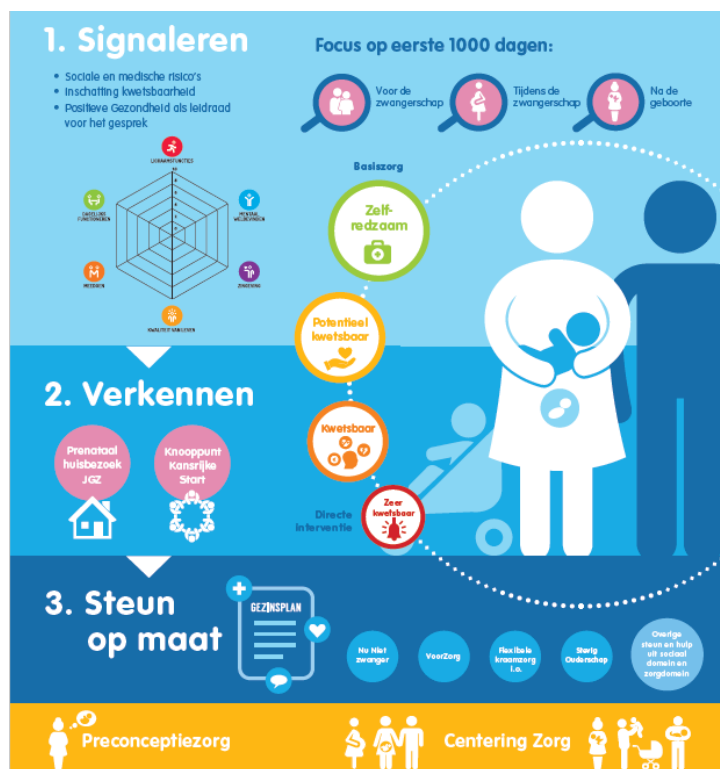
Om al aan het prille begin van het leven de trend te kunnen breken en evidente onrechtvaardigheid te lijf te gaan, is het van groot belang dat onze regio uitvoering geeft aan het landelijke actieprogramma van het ministerie van VWS. Dit actieprogramma uit 2018 roept gemeenten of samenwerkende gemeenten op om in lokale of regionale coalities sterker samen te werken tussen de partners van het medische en sociale domein in de eerste 1.000 dagen met het doel om meer kinderen een kansrijke start te geven. Want door slim samen te werken, kan er echt verschil worden gemaakt. In 2019 werd daarom de regionale coalitie Kansrijke Start Zuid-Limburg gevormd. De coalitie Kansrijke Start Zuid-Limburg was de eerste coalitie in Nederland. Inmiddels bestaat de coalitie uit de partners: gemeenten, Provincie Limburg, Programmabureau Trendbreuk, GGD Zuid Limburg, Jeugdgezondheidszorg, Geboortezorg Limburg, Verloskundig Consortium Limburg, vertegenwoordiging namens Verloskundig Samenwerkingsverbanden, Academie Verloskunde Maastricht, Kinderopvang en zorgverzekeraar CZ.



² <https://trendbreukzuidlimburg.nl/gezondheidsbeleid-zuid-limburg-2020-2023-nota/>

Deze brede partneralliantie stuurt op een daadkrachtige en vernieuwende aanpak Kansrijke Start in Zuid-Limburg. In 2019 is gestart met de regionale uitrol van de belangrijke aanpakken Nu Niet Zwanger, VoorZorg en Stevig Ouderschap. Centering Pregnancy is daar inmiddels als vierde interventie aan toegevoegd. Daarnaast staat het versterken van de samenwerking tussen professionals uit het medisch en sociaal domein hoog op de agenda.

1.2 Positie proeftuin binnen Kansrijke Start Zuid-Limburg



De Zuid-Limburgse partners uit de geboortezorg, het sociaal domein en de jeugdgezondheidszorg werken intensief samen aan de ketenaanpak 'Signaleren, Verkennen, Steun op maat' om meer Zuid-Limburgse kinderen een Kansrijke Start te geven. Deze proeftuin staat dan ook niet op zichzelf maar heeft belangrijke raakvlakken met andere ontwikkelingen binnen Kansrijke Start Zuid-Limburg.

Het vormen van een Team

Om een team te vormen rondom onze gezinnen in de eerste 1.000 dagen van het leven, gaan professionals uit de regio aan de slag met een gezamenlijke taal en het gebruik van gezamenlijke definities. Positieve Gezondheid wordt ondersteund door professionals uit de verschillende

domeinen als gezamenlijke taal om het brede gesprek over alle levensdomeinen met gezinnen te voeren. Het gedachtegoed Positieve Gezondheid kan domein overstijgend gebruikt worden en sluit aan bij de ambitie van Kansrijke Start om het gezin centraal te stellen en de eigen kracht maximaal te versterken. Naast eenduidigheid in taal is ook eenduidigheid over welke gezinnen zich in een kwetsbare positie bevinden belangrijk. Er is in de regio breed draagvlak voor het gebruik van de definitie 'Kwetsbaarheid – zwangere vrouwen' van de gemeente Rotterdam en het Erasmus MC3 (zie Bijlage 1). De definitie gaat uit van verschillende gradaties van kwetsbaarheid (zelfredzame zwangere vrouw; potentieel kwetsbare zwangere vrouw; kwetsbare zwangere vrouw; zeer kwetsbare zwangere vrouw) die voortvloeien uit een combinatie van risicofactoren, zoals psychosociale problematiek, armoede/schulden, vermijden van zorg en leefstijlproblemen, en beschermende factoren, zoals een ondersteunend sociaal netwerk, voldoende opvoedvaardigheden en een stabiel gezinsklimaat.

³ http://www.dvprijnmond.nl/wp-content/uploads/2019/10/003-2019-09-02-Definitie-Kwetsbaarheid_def.pdf

Signaleren

Verloskundigen hebben een belangrijke rol in het tijdig signaleren van medische én sociale problematiek voordat een kind wordt geboren. In de regio gaan meerdere verloskundigenpraktijken in het kader van het project 'Samen voor Gezondheid' aan de slag met een verbrede risicosignalering aan de hand van Positieve Gezondheid. Naast het signaleren van medische risico's is hier ook ruim aandacht voor de vroegsignalering van sociale problematiek tijdens de zwangerschap.

Verkennen

Indien nodig haalt de verloskundige lokale partners zoals de jeugdgezondheidszorg en de kraamzorg er vroegtijdig bij, zodat in gezamenlijkheid met het gezin een nadere verkenning van de problematiek kan worden gedaan. Het prenataal huisbezoek door de jeugdgezondheidszorg, dat naar verwachting vanaf januari 2022 wettelijk wordt verankerd in de Wet publieke gezondheid, speelt hierin een belangrijke, verbindende rol. Met deze wetswijziging wordt de belangrijke rol van de JGZ tijdens de zwangerschap en in de geboortezorgketen benadrukt en krijgt de JGZ de mogelijkheid om signalen vanuit de verloskundige op te volgen en eventuele problemen en behoeften verder te verkennen. In samenwerking met andere betrokken netwerkpartners wordt een gezinsplan opgesteld als basis voor het inzetten van steun op maat. Ten behoeve van de implementatie van de prenatale huisbezoeken als gevolg van de wetswijziging, volgt later dit jaar nog een handreiking voor JGZ organisaties. Dan zal er meer duidelijk worden over samenwerking rondom het prenataal huisbezoek en de rol van betrokken ketenpartners.

De samenwerking tussen verloskundigen, kraamzorg en jeugdgezondheidszorg wordt gezien als een 'gouden driehoek' met een belangrijke preventieve en vroegsignalerende kracht. Door intensief samen te werken, kunnen zij echt verschil maken. Naast deze kernpartners zijn uiteraard nog veel andere partners betrokken bij gezinnen in de eerste 1.000 dagen van het leven, zoals huisartsen, maatschappelijk werk, gemeentelijke toegangsteams, schuldhulpverlening etc. Van al deze partners wordt verwacht dat zij zich gezamenlijk optimaal inspannen om vroegtijdig op het juiste moment, door de juiste professional hulp en ondersteuning te bieden. Dat vraagt om nog bredere samenwerking en afstemming, daar waar nodig. Daarom worden de komende periode in enkele Zuid-Limburgse gemeenten Knooppunten Kansrijke Start gevormd. Ze zijn onontbeerlijk om in de lokale situatie zwangeren en/of gezinnen die dat nodig hebben optimaal te ondersteunen en het netwerk van professionals rondom de eerste 1.000 dagen te versterken. Ook hier zal Positieve Gezondheid fungeren als gemeenschappelijke taal.

Steun op maat

Aan de hand van een verkenning van gesignaleerde risico's en behoeften wordt samen met het gezin op basis van een gezinsplan gekeken welke steun het beste past. Dit kan steun zijn vanuit de jeugdgezondheidszorg zoals de programma's Voorzorg of Stevig Ouderschap, steun vanuit het brede sociaal domein of ook steun vanuit de proeftuin Geboortezorg Flex.

2 De kracht van kraamzorg, juist voor gezinnen in een kwetsbare positie

De kraamverzorgende is een uniek Nederlands beroep. Acht dagen zorg voor moeder en kind, werkzaam achter de voordeur. Kraamverzorgenden komen in de meeste jonge gezinnen (landelijk cijfer 95%) en brengen meer uren in een gezin door dan welke zorgverlener ook. Kraamzorg zorgt voor een veilige start van moeder en kind. Veilig, want een goed opgeleide kraamverzorgende, die samenwerkt met o.a. de verloskundige en de JGZ organisatie, levert gedurende de kraamtijd professionele zorg. Deze zorg bestaat uit zorg- en hulverlening, maar ook uit preventie en voorlichting, en risicosignalering. De kraamverzorgende helpt de kraamvrouw op weg door in de kraamperiode een aantal taken van de kraamvrouw over te nemen en haar te begeleiden, zodat de moeder zowel lichamelijk als geestelijk kan herstellen. De kraamverzorgende geeft de juiste (medische) verzorging aan de moeder en de pasgeborene. Maar zorgt er ook voor dat de ouders zich na de kraamweek in staat voelen om de zorg voor de baby, henzelf en hun gezin op zich te nemen en weten waar zij informatie kunnen vinden en/of hulp kunnen vragen. Dit bevorderen van de zelfredzaamheid en empowerment geeft zij mede vorm door het geven van informatie over de gezondheid, die van belang is voor het gezin. Zij leert ouders vaardigheden aan en geeft adviezen over o.a. (borst- en/of kunst) voeding, huilgedrag van het kind, hechting en veiligheid. Daarnaast heeft de kraamverzorgende in de eerste levensdagen van het kind een belangrijke rol in het herkennen van risicosignalen. Zij signaleert medische of psychosociale risico's en intervenueert indien nodig of schakelt een medisch professional, zoals een verloskundige of huisarts in. Kraamverzorgenden zien en horen veel en vormen daardoor een onmisbare link in de keten van zorgverleners, die betrokken zijn bij vroegsignalering. Uit de ABCD-studie⁴ is gebleken dat de inzet van professionele kraamzorg o.a. een positief effect heeft op het geven van borstvoeding en de hechting.

Uitgangspunt is dat kraamzorg op maat gegeven wordt. Kraamzorg wordt ingezet op basis van een professionele indicatie conform het Landelijk Indicatie Protocol. Streven is dat moeders en baby's de juiste hoeveelheid zorg ontvangen; niet te weinig waardoor ze later mogelijk (duurdere) andere zorg nodig hebben en niet te veel om verspilling tegen te gaan. Vroegtijdige preventie en signalering van complicaties en risico's door de kraamverzorgende zorgt voor snelle/vroegtijdige interventie en voorkomt escalatie en hogere (zorg)kosten op een latere leeftijd.

Onlangs deden het Erasmus MC en Hogeschool Rotterdam onderzoek naar kraamzorg aan kwetsbare kraamvrouwen: 'de beste start voor de kwetsbare kraamvrouw en haar kind'⁵. Uit één van de deelonderzoeken van J. Lagendijk en het Erasmus MC blijkt dat juist moeders die méér zorg kunnen gebruiken, minder kraamzorg afnemen⁶. Het gaat vooral om ouders met een laag inkomen; een laag opleidingsniveau; die geen koopwoning hebben; of in een achterstandswijk wonen. Ook zijn het vaak alleenstaande moeders en moeders met een migratieachtergrond. En juist ook: vrouwen die heel jong of heel laat

⁴ ABCD-studie: studie naar Amsterdam Born Children and their Development, vanaf 2003, AMC

⁵ Zie: https://issuu.com/laurajansma/docs/kckz-special_beste_start

⁶ Zie: <https://ajnjeugdartsen.nl/nieuwsbericht/focus-op-goede-kraamzorg-aanbevelingen-uit-onderzoek/>

moeder worden. De onderzoekers bevelen aan om kraamzorg beter toegankelijk te maken voor kwetsbare jonge moeders, meer aandacht te hebben voor laaggeletterdheid, maar ook voor het wegnemen van drempels waaronder de eigen bijdrage. Want, zo liet één van de deelstudies ook zien, vrouwen die geen kraamzorg krijgen, maken hogere zorgkosten voor zichzelf in het eerste jaar na de bevalling. En vrouwen die minder dan 24 uur kraamzorg krijgen, maken niet alleen zelf hogere zorgkosten maar ook voor hun baby.

Kortom kraamzorg is essentieel in het bevorderen van een Kansrijke Start van het leven van kinderen. Echter zorgwekkend is dat juist de gezinnen in een kwetsbare positie die kraamzorg goed kunnen gebruiken, niet de kraamzorg op maat ontvangen die zij nodig hebben. Kwetsbare kraamvrouwen nemen namelijk minder uren kraamzorg af dan gemiddeld.^{7,8} Vaak zijn er in deze kwetsbare gezinnen meerdere problemen en is het juist wenselijk dat de kraamzorg ook voldoende uren in het gezin kan doorbrengen om die problemen in kaart te brengen en aan te pakken. De verwachting voor deze gezinnen zou zijn dat zij minimaal het landelijk gemiddelde aantal uren zorg nodig zouden hebben of zelfs meer. De wettelijke eigen bijdrage kraamzorg van 4,60 per uur⁹ in 2021 vormt voor gezinnen in een kwetsbare positie mogelijk een belangrijke drempel voor de afname van de benodigde zorg, met als gevolg dat zij uit financiële redenen kiezen voor de minimale variant van 24 uur kraamzorg of zelfs geen kraamzorg. Daarnaast is het op dit moment niet mogelijk om kraamzorg langer in te zetten dan 8 tot 10 dagen aansluitend op de geboorte, gezien de omschrijving van kraamzorg in de Zorgverzekeringswet (Zvw): “Kraamzorg omvat zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling, gedurende ten hoogste tien dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling.”¹⁰

Bovenstaand geschetste ongewenste situatie, waarin juist de gezinnen in een kwetsbare positie die kraamzorg hard nodig hebben om het ouderschap met voldoende vaardigheden, kennis en vertrouwen aan te gaan hierin niet optimaal gefaciliteerd worden, wordt zowel landelijk als ook in onze regio onderkend en geagendeerd als belangrijk thema binnen de aanpak Kansrijke Start. Geboortezorg Limburg, de grootste kraamzorgorganisatie in onze regio, bevestigt dit en ziet in de dagelijkse praktijk dat er sprake is van een toenemend aantal gezinnen die slechts de minimale variant aan kraamzorg afnemen. Ook geven hun kraamverzorgenden regelmatig aan dat zij in de praktijk zien dat 8 tot 10 dagen kraamzorg voor sommige gezinnen niet genoeg is om zelfredzaam en op eigen kracht het ouderschap aan te gaan. Naar aanleiding van het signaal van Geboortezorg Limburg is dit thema door netwerkpartners van de Zuid-Limburgse aanpak Kansrijke Start geprioriteerd als kansrijk idee om met urgentie op te pakken tijdens een aantal netwerkbijeenkomsten in 2019 en 2020 die het programmabureau Trendbreuk organiseerde. Ook landelijk krijgt het thema steeds meer aandacht: in een Kamerbrief van de Minister van VWS van 7 december 2020 met aanbevelingen voor de toekomst van de geboortezorg wordt namelijk de aanbeveling van het RIVM vermeld om de eigen bijdrage voor de kraamzorg af te schaffen.

⁷ Lamkaddem M, van der Straten A, Essink-Bot ML, van Eijdsen M, Vrijkotte T. Etnische verschillen in het gebruik van kraamzorg. Ned Tijdschr Geneeskd. 2014;158:A7718.

⁸ Vujkovic M. Ongepubliceerde data: nulmeting kraamzorg afname Rotterdam 2008-2009. Achmea, Erasmus MC, GGD Rotterdam-Rijnmond. 2012.

⁹ <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/kraamzorg-zvw>

¹⁰ Besluit zorgverzekering, artikel 2.11

3 Proeftuin Geboortezorg Flex

Gezien de ambitie vanuit Kansrijke Start om ervoor te zorgen dat zoveel mogelijk kinderen een gezonde, veilige start van het leven hebben en zich gezond kunnen ontwikkelen en ontplooiën ongeacht de plek waar hun wieg staat, de bovengeschetste landelijke ontwikkelingen en de signalen vanuit het netwerk Kansrijke Start Zuid-Limburg, is de centrale vraag ontstaan: hoe kunnen we juist onze kwetsbare jonge gezinnen optimaal ondersteunen met kraamzorg vóór, tijdens en na het kraambed en hiermee een belangrijke bijdrage leveren aan een Kansrijke Start voor meer Zuid-Limburgse kinderen?

Om deze vraag te beantwoorden, is het plan ontstaan om te starten met een proeftuin: Geboortezorg Flex. Een aantal partners waaronder Geboortezorg Limburg, programmabureau Trendbreuk, zorgverzekeraar CZ, de jeugdgezondheidszorg en gemeenten hebben de afgelopen periode toegewerkt naar een plan van aanpak. De verschillende elementen die van belang zijn voor de proeftuin, komen in de volgende onderdelen van dit plan van aanpak aan bod. Een proeftuin biedt de mogelijkheid om gedurende een bepaalde periode te experimenteren met een andere inzet en de samenwerking uit te diepen volgens het principe “learning by doing”.

3.1 Inspiratie uit andere regio's

Het project Babythuiszorg uit Groningen geldt als inspirerend voorbeeld. Babythuiszorg biedt in de drie noordelijke provincies Friesland, Groningen en Drenthe gezinsondersteuning in het eerste levensjaar



van een kind door speciaal opgeleide kraamverzorgenden.¹¹ Minister De Jonge onderschrijft dit initiatief als belangrijk onderdeel van de aanpak Kansrijke Start en hoopt dat een dergelijk aanbod in meer regio's beschikbaar komt. In Rotterdam wordt een plan ontwikkeld waarin de eigen bijdrage voor gezinnen in een kwetsbare positie wordt vergoed. Vanuit Zuid-Limburg is er inmiddels contact met zowel Groningen als Rotterdam en worden ervaringen uitgewisseld.

Mede naar aanleiding van de informatie vanuit Groningen en Rotterdam zijn de contouren voor een proeftuin in Zuid-Limburg ontstaan en verder uitgediept.

¹¹ Zie voor meer informatie: www.babythuiszorg.nl

3.2 Doel van de proeftuin

Met de proeftuin zorgen we ervoor dat kwetsbare gezinnen de uren kraamzorg die zij nodig hebben om zelfstandig en zelfredzaam het ouderschap aan te gaan, ook daadwerkelijk kunnen ontvangen en zij indien nodig nog een extra steuntje in de rug ontvangen na de wettelijke periode kraamzorg van 8 tot 10 dagen. Zo willen we in het prille begin van het leven maximale ondersteuning bieden aan jonge gezinnen in een kwetsbare of zeer kwetsbare positie.

3.3 Opzet van de proeftuin

De proeftuin kent twee pijlers:

- Pijler 1: het vergoeden van de wettelijke eigen bijdrage kraamzorg
- Pijler 2: het flexibel inzetten van ondersteuning door een kraamverzorgende na de 10e dag postpartum

De ondersteuning van de kraamzorg in zowel pijler 1 als pijler 2 bestaat uit de in de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg¹² omschreven taken van een kraamverzorgende, zoals o.a. medische (noodzakelijke) zorg, preventieve zorg, instructie over verzorging, dagritme en het stimuleren van veilige hechting, voorlichting, risicosignalering en risicomanagement, dossiervoering en ondersteuning in overleg met het gezin. Tijdens de inzet van ondersteuning door een kraamverzorgende in pijler 2 zal de nadruk meer liggen op vroegsignalering en het bevorderen van een goede hechting.

De instroomgrootte van beide pijlers is enerzijds gebaseerd op het minimaal aantal deelnemers dat nodig is om betrouwbare conclusies te kunnen trekken over de effecten en resultaten van de pijlers en is anderzijds ook gebaseerd op de te verwachten instroom binnen een periode van één tot anderhalf jaar. De te verwachten instroom is afgeleid van het aantal geboortes en het aandeel gezinnen in een kwetsbare positie (op basis van de belangrijkste indicator t.a.v. Kansrijke Start, de zogenaamde 'Big 2' (% vroeggeboorte en laag geboortegewicht)). Eveneens is ook het zoveel mogelijk beheersen van de kosten hierin meegenomen.

De instroomgrootte van pijler 2 is daarnaast ook deels gekoppeld aan de verwachte doorstroom van gezinnen uit pijler 1. In de meeste situaties zal tijdens de zwangerschap duidelijk worden dat een gezin zich in een kwetsbare positie bevindt en kan pijler 1 en indien nodig vervolgens ook pijler 2 worden ingezet. Voor 100 van de 150 gezinnen in pijler 1 is de verwachting dat zij door het wegnemen van de drempel van de eigen bijdrage de uren kraamzorg ontvangen die nodig zijn om voldoende zelfredzaam het ouderschap aan te kunnen binnen de wettelijke uren en 10 dagen kraamzorg. Naar schatting zal het voor 50 gezinnen uit pijler 1 wenselijk zijn om aanvullend op de 10 dagen kraamzorg nog verdere ondersteuning door een kraamverzorgende te ontvangen om tot zelfredzaamheid in het ouderschap te komen, klaar te zijn voor andere hulpverlening of ter overbrugging totdat andere hulpverlening be-

¹² Expertgroep Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (2016) *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg Versie 1.1*

schikbaar is. Zij kunnen doorstromen naar pijler 2. Daarnaast wordt rekening gehouden met een aanvullende instroom van 50 gezinnen waarbij pas op een later moment, bijvoorbeeld in het kraambed of daarna, de kwetsbaarheid wordt geconstateerd. In dat geval kan pijler 2 ingezet worden zonder dat pijler 1 van toepassing is geweest.

3.3.1 Pijler 1 - Vergoeden eigen bijdrage

De eerste pijler van de proeftuin betreft het vergoeden van de wettelijke eigen bijdrage kraamzorg (in 2021 € 4,60 per uur) voor 150 gezinnen die onder de categorieën 'kwetsbaar' (categorie c) of 'zeer kwetsbaar' (categorie d) van de eerder genoemde kwetsbaarheidsdefinitie van de gemeente Rotterdam en het Erasmus MC vallen. Hiermee wordt een eventuele financiële drempel voor de afname van het benodigde aantal uren kraamzorg in deze 150 gezinnen weggenomen.

Voor inclusie in pijler 1 zorgt de verloskundige voor een intake over alle levensdomeinen. Zij kan op basis van de kwetsbaarheidsdefinitie een inschatting maken of een zwangere vrouw zich in een kwetsbare of zeer kwetsbare positie bevindt. Na een huisbezoek door de jeugdgezondheidszorg wordt afgestemd of het gezin inderdaad in één van deze twee categorieën valt en dus kan instromen in pijler 1 van de proeftuin, uiteraard indien ook aan de andere inclusiecriteria wordt voldaan. De verloskundige geeft de indicatie af voor zorg geleverd binnen de zorgverzekeringswet op basis van het Landelijk Indicatie Protocol (LIP), dus de kraamzorguren die worden ingezet in pijler 1. Hierbij wordt geen inkomenstoets uitgevoerd. Een inkomenstoets t.a.v. het wel of niet kunnen betalen van de eigen bijdrage per uur voor kraamzorg op basis van de Zorgverzekeringswet is een complex vraagstuk en kan niet zonder meer worden toegepast. Exclusie op basis van voldoende financiële middelen is dan ook niet mogelijk.

Doel pijler 1

Gezinnen in een kwetsbare positie betalen geen wettelijke eigen bijdrage voor de kraamzorg waardoor de voor hen benodigde uren kraamzorg ingezet kunnen worden. De verwachting is dat het wegnemen van de drempel van de eigen bijdrage resulteert in verhoging van het huidige gebruik van de benodigde kraamzorg in gezinnen in een kwetsbare positie naar het landelijk gemiddelde van 42 uur per gezin. Hierdoor bieden we deze gezinnen in een kwetsbare positie vanuit de kraamzorg een goede basis in de eerste 8 tot 10 dagen na de bevalling. Naar verwachting zullen zij minder stress ervaren, meer veerkracht en meer regie over hun eigen leven ontwikkelen en beter voorbereid en met meer zelfvertrouwen het ouderschap zelfstandig aangaan na 8 tot 10 dagen kraamzorg. Ook verwachten we dat ze een positievere houding ten opzichte van kraamzorg krijgen. Het beeld dat gezinnen in een (zeer) kwetsbare positie hebben over kraamzorg komt mogelijk niet overeen met de werkelijkheid. Doordat deze gezinnen kraamzorg in voldoende omvang ontvangen, ontstaat een realistischer beeld van wat kraamzorg kan betekenen voor de baby en het gezin.

3.3.2 Pijler 2 – Flexibele inzet van kraamzorg ook na de 10e dag

Voor 100 gezinnen (waarvan er 50 doorstromen uit pijler 1) die onder de categorieën 'kwetsbaar' (categorie c) of 'zeer kwetsbaar' (categorie d) van de kwetsbaarheidsdefinitie van de gemeente Rotterdam en het Erasmus MC vallen, die (tijdelijk of nog) niet zelfredzaam zijn na de 10^e dag van het kraambed en in deze cruciale levensfase nog een extra steuntje in de rug nodig hebben, wordt de mogelijkheid geboden om ondersteuning door een kraamverzorgende na de 10^e dag van het kraambed in te zetten. Deze ondersteuning kan aansluitend op de kraamperiode zijn, maar kan ook los van de kraamperiode worden verleend en ingezet worden tot 6 maanden na de geboorte.

Wettelijk gezien wordt de kraamperiode afgesloten na 10 dagen, echter kan in aanloop naar of op de 10^e dag blijken dat:

- het gezin nog niet volledig zelfredzaam is en meer tijd nodig heeft om zelfstandig en veilig de basiszorg (zoals aangeleerd door de kraamverzorgende) voor hun pasgeboren baby te kunnen bieden;
- het gezin professionele ondersteuning nodig heeft vanuit een andere expertise en hier nog niet klaar voor is;
- benodigde andere ondersteuning voor het gezin nog niet beschikbaar is.

In deze situaties kan de extra ondersteuning door een kraamverzorgende uit pijler 2 een uitkomst bieden.

De ondersteuning die een kraamverzorgende biedt in pijler 2 wijkt niet af van haar wettelijk in de zorgstandaard vastgelegde taken. Wel zal er in de ondersteuning een sterk accent liggen op vroegsignalering en het bevorderen van een goede hechting omdat dit bij gezinnen in een kwetsbare positie extra van belang is.

Geboortezorg Flex onderscheidt zich op de volgende manieren van ander ondersteuningsaanbod zoals gespecialiseerde thuisbegeleiding, opvoedondersteuning etc.:

- **Expertise pasgeborene en prille gezin**

De kraamverzorgende is dé professional met expertise in de zorg voor een pasgeboren baby en het prille gezin. Zij heeft kennis en kunde in vroegsignalering, hechting en de verzorging van het jonge kind in het prille gezin. De kraamverzorgende weet daarnaast als geen ander hoe zij ouders kan begeleiden in het leren herkennen van signalen van hun baby en hoe zij hierop kunnen reageren.

- **Vertrouwensband**

Anders dan andere professionals zoals bijvoorbeeld (jeugd)verpleegkundigen of maatschappelijk werkers is een kraamverzorgende vanaf het moment van bevalling standaard gemiddeld 8 tot 10 dagen aaneensluitend in een gezin aanwezig. Tijdens deze intensieve periode bouwt de kraamverzorgende een vertrouwensband op met het gezin, leert zij het gezin in vele opzichten kennen en werkt zij samen met het gezin aan gestelde zorgdoelen. Voor gezinnen is ondersteuning door een

kraamverzorgende toegankelijk en laagdrempelig. Wanneer aanvullend aan het kraambed kortdurende praktische ondersteuning gewenst is, is het niet alleen voor gezinnen fijn maar ook voor de effectiviteit en de continuïteit van de ondersteuning beter wanneer zij net dat extra steuntje in de rug kunnen ontvangen van hun vertrouwde kraamverzorgende.

- **Praktische ondersteuning**

De kraamverzorgende weet haar ondersteuning praktisch in te zetten om gezinnen in hun kracht te zetten, haar vroegsignalerende taak optimaal uit te voeren en het proces van hechting te optimaliseren. Waar in veel bestaande steunprogramma's de nadruk meer ligt op advisering van het gezin ten aanzien van de praktische zaken, helpt de kraamverzorgende het gezin daadwerkelijk op weg door samen aan de slag te gaan met de zorg voor hun pasgeboren baby.

Voor inclusie in pijler 2 volgt na signalering van een gezin in een (zeer) kwetsbare positie tijdens de kraambedperiode afstemming met het gezin, de verloskundige, kraamverzorgende en jeugdverpleegkundige (die standaard op postnataal huisbezoek komt). Meestal zal inclusie tijdens de kraambedperiode plaatsvinden, maar in sommige situaties kan ook na de kraambedperiode blijken dat extra ondersteuning gewenst is. Signalering daarvan zal via de contactmomenten van de Jeugdgezondheidszorg plaatsvinden. Het gezin en de betrokken professionals maken samen de ondersteuningsvraag inzichtelijk en formuleren een bijbehorende doelstelling. Het gezinsplan wordt daarbij als hulpmiddel gebruikt om tot gezamenlijke afspraken te komen met het gezin en alle betrokken netwerkpartners¹³. De geformuleerde ondersteuningsvraag en doelstelling dienen als basis voor de inhoud en omvang van de in te zetten ondersteuning door de kraamverzorgende.

Er wordt uitgegaan van een inzet van ondersteuning door een kraamverzorgende van gemiddeld 24 uur per gezin, aanvullend op de kraamzorguren die tijdens de 8-10 dagen kraambed worden geboden. Deze 24 uur kunnen flexibel worden ingezet, meerdere uren per dag, meerdere dagen achter elkaar of tijdens periodieke contacten tijdens de eerste 6 maanden na de geboorte. De ondersteuning is altijd tijdelijk en erop gericht om het gezin zo snel mogelijk zelfredzaam te laten zijn. De gemiddelde inzet van 24 uur per gezin is gebaseerd op een aantal in het landelijk protocol kraamzorg geschatte risicofactoren die van invloed zouden kunnen zijn op de aard en/of de omvang van de kraamzorg en die een link hebben met de risicofactoren. Deze risicofactoren komen ook terug in de kwetsbaarheidsdefinitie die gebruikt wordt voor deze proeftuin.

¹³ Het format van het gezinsplan dat de JGZ gebruikt bij de prenatale huisbezoeken is hiervoor leidend en deze proeftuin sluit daarbij aan. Verdere afstemming met de betrokken partners over het gebruik van het gezinsplan (afspraken over o.a. criteria wanneer een gezinsplan wordt opgesteld en door wie, werkwijze en eindverantwoordelijkheid) vindt plaats in de implementatiefase.

Doel pijler 2

Het vergroten van de zelfredzaamheid van gezinnen in het beginnende ouderschap. De verwachting is dat de inzet van flexibele kraamzorg leidt tot betere hechting en welzijn van het kind en het gezin, meer veerkracht en regie over het eigen leven bij ouders, en ouders die beter voorbereid zijn op het ouderschap en meer open staan voor hulp.

3.4 Gebied van de proeftuin

De proeftuin zal plaatsvinden in de zeven Parkstad gemeenten en de gemeente Sittard-Geleen. Kijkend naar de top drie van Zuid-Limburgse gemeenten met het grootste aandeel in het aantal kinderen dat te vroeg geboren wordt of geboren wordt met een te laag geboortegewicht voor de zwangerschapsduur (landelijk gezien als de twee belangrijkste indicatoren op het gebied van een Kansrijke Start) in Zuid-Limburg, hebben zowel de gemeente Heerlen met 17% als de gemeente Sittard-Geleen met 16% een plek in deze top drie. Binnen Parkstad is er, ondersteund vanuit de RegioDeal, een intensivering en versnelling op het gebied van Kansrijke Start ingezet gezien de grotere gezondheidsachterstanden waarmee Parkstad te maken heeft ten opzichte van de andere sub regio's in Zuid-Limburg. Vanuit dit perspectief sluiten naast de gemeente Heerlen dan ook de andere Parkstad gemeenten aan binnen deze proeftuin.

3.5 Door wie - opdrachtnemer proeftuin

Geboortezorg Limburg onderschrijft de noodzaak om gezinnen in een kwetsbare positie beter te ondersteunen voor, tijdens en na de kraamweek en is de grootste kraamzorgorganisatie in onze regio die jaarlijks in ca. 2.460 gezinnen in Zuid-Limburg komt. Binnen het kraamzorgsamenwerkingsverband Limburg is afgestemd dat Geboortezorg Limburg als projectpartner en opdrachtnemer in deze proeftuin zal gaan participeren en dat opgedane ervaringen en resultaten vanuit de proeftuin gedeeld worden binnen het kraamzorgsamenwerkingsverband.

Het huidige ondersteuningsaanbod van Geboortezorg Limburg vindt voor 15% tot 20% plaats in achterstandswijken, naar schatting ca. 500 gezinnen per jaar. Daarmee is de cliëntenpopulatie van Geboortezorg Limburg naar schatting van voldoende omvang om het gewenste aantal gezinnen in een kwetsbare positie te includeren voor deze proeftuin.

Esther Gerrits, directeur Geboortezorg Limburg:

“Er is in onze regio een noodzaak om kraamzorg in voldoende omvang te behouden in gezinnen die dit nu om financiële redenen niet kunnen betalen en bovendien moet extra kraamzorg op maat gedurende zeker het eerste half jaar na de geboorte van een kind mogelijk zijn voor gezinnen die dit nodig hebben. Kraamzorg is een hele toegankelijke vorm van preventieve zorg die zeker voor de meer kwetsbare gezinnen ontzettend belangrijk is. Naast een signalerende rol in de zwangerschap, heeft de kraamverzorgende vanuit haar intensieve aanwezigheid in het gezin in de eerste, belangrijke en kwetsbare week na

de geboorte, een belangrijke rol in signalering van risico's. De kraamverzorgende is voor gezinnen een logische en vertrouwde partner, is als het ware "de ogen en oren" in het gezin en is daardoor in staat om complicaties en risico's te signaleren, op te pakken en indien nodig vroegtijdig hulp of ondersteuning mogelijk te maken. Als Geboortezorg Limburg willen we ons inzetten om de groep kwetsbare gezinnen meer en betere kraamzorg te bieden. Daarmee zorgen we ervoor dat de gezinnen die kraamzorg het hardste nodig hebben, ook meer kraamzorg ontvangen. Uiteraard kunnen we dit als kraamzorg niet alleen, maar werken we hierbij intensief samen met onze partners zoals de jeugdgezondheidszorg en verloskundigen. Ik ben ervan overtuigd dat we hiermee de preventieve basis in onze regio verder kunnen versterken en een kansrijke start gaan bevorderen. Investeren in een goed begin is niet alleen een investering in de komende generatie, maar ook in de generatie(s) daarna. En dat is juist wat onze regio nodig heeft!"

3.6 Voor wie - doelgroep

Gezinnen die gesignaleerd worden als kwetsbaar of zeer kwetsbaar, woonachtig zijn in Parkstad of Sittard-Geleen, verzekerd zijn bij CZ of VGZ (de twee grootste zorgverzekeraars in Limburg) en kraamzorg afnemen bij Geboortezorg Limburg wordt deelname aan de proeftuin aangeboden.

Gezinnen in een kwetsbare of zeer kwetsbare positie zijn vaak gezinnen die meer problemen tegelijk hebben. Denk hierbij aan psychische, financiële en verslavingsproblemen, een beperkt sociaal netwerk, weinig vertrouwen in hulpverlening, een slechte leefstijl etc. Door deze problemen hebben deze gezinnen meer risico op slechtere zwangerschapsuitkomsten en een minder kansrijke start voor hun kind. Ze beschikken vaak over minder mogelijkheden om hun problemen op eigen kracht op te lossen. Om deze gezinnen in een kwetsbare positie te kunnen identificeren, wordt in deze proeftuin gebruik gemaakt van de definitie 'Kwetsbaarheid – zwangere vrouwen' van de gemeente Rotterdam en het Erasmus MC¹⁴. Volgens deze definitie vloeit kwetsbaarheid voort uit een disbalans tussen risicofactoren en beschermende factoren en is kwetsbaarheid geen vaste staat maar continue in beweging. De definitie van kwetsbaarheid is bruikbaar voor zowel onderzoek, beleid als praktijk en wordt gedragen door het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport¹⁵. In Bijlage 1 is een volledige beschrijving en schematische weergave van de definitie te vinden. We gaan ervan uit dat deze definitie niet alleen kan worden toegepast in de prenatale fase, maar ook kan worden doorgetrokken naar de postnatale fase. Risico's ontstaan immers niet alleen tijdens een zwangerschap maar kunnen ook in de periode rondom of na een bevalling ontstaan.

¹⁴ http://www.dvprijnmond.nl/wp-content/uploads/2019/10/003-2019-09-02-Definitie-Kwetsbaarheid_def.pdf

¹⁵ Tweede voortgangsrapportage december 2019 Kansrijke Start. (2019, december). Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/12/11/tweede-voortgangsrapportage-december-2019-kansrijke-start>

Samenvattend gelden voor deelname aan de proeftuin de volgende inclusiecriteria:

- De zwangere/het gezin is kwetsbaar of zeer kwetsbaar volgens categorie c of d van de kwetsbaarheidsdefinitie van de gemeente Rotterdam en het Erasmus MC
- De zwangere/ het gezin is CZ of VGZ verzekerd
- De zwangere/ het gezin is woonachtig in Parkstad of Sittard- Geleen
- De zwangere/ het gezin heeft zich aangemeld voor kraamzorg bij Geboortezorg Limburg
- De zwangere/ het gezin gaat akkoord met prenataal huisbezoek door de jeugdgezondheidszorg
- De zwangere/ het gezin geeft toestemming voor overleg tussen de verloskundige de kraamverzorgende en jeugdverpleegkundige om gezamenlijk met het gezin te komen tot doelen die het gezin wenst te bereiken en hoe kraamzorg uren hiervoor worden ingezet
- Maximale instroom van de pijler waarin de zwangere/ het gezin instroomt is niet reeds bereikt

Gezien het feit dat het gaat om een proeftuin zullen er gezinnen zijn die volgens de kwetsbaarheidsdefinitie zich wel in een 'kwetsbare positie' of 'zeer kwetsbare positie' bevinden, maar niet voldoen aan alle andere inclusiecriteria en mogelijk dus wel behoefte hebben aan aanvullende ondersteuning. Voor deze gezinnen zal de best passende ondersteuning vanuit het regulier beschikbare steunpallet worden ingezet. De betrokken verloskundige of jeugdverpleegkundige zal uit het oogpunt van rechtsongelijkheid aan een gezin dat niet in aanmerking komt voor deelname aan de proeftuin goed uitleggen waarom dat zo is. De samenwerkingspartners in deze proeftuin stemmen onderling in de implementatiefase nader af hoe te communiceren indien er vragen worden gesteld door professionals of gezinnen in het kader van rechtsongelijkheid.

4 Geboortezorg Flex: de route

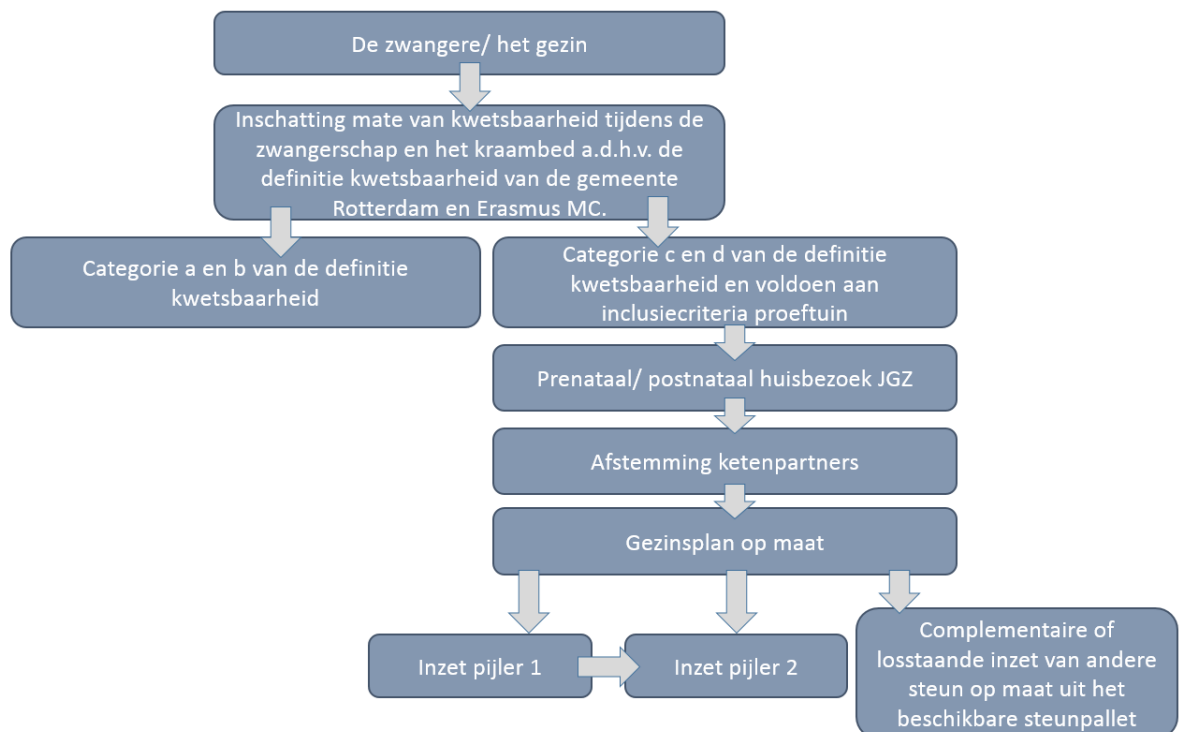
Voor inzet van de proeftuin Geboortezorg Flex worden de volgende onderstaand beschreven stappen doorlopen (zie ook stroomschema op de volgende pagina):

1. Elke zwangere heeft in het begin van de zwangerschap een intake bij een (klinisch) verloskundige ofwel een gynaecoloog. Tijdens deze intake en/of de contactmomenten die daarop volgen in de zwangerschap zal de verloskundig zorgverlener op basis van Positieve Gezondheid in gesprek gaan met de zwangere over alle levensdomeinen. Aan de hand hiervan kan de verloskundig zorgverlener een inschatting maken van de mate van kwetsbaarheid (volgens de kwetsbaarheidsdefinitie) van de zwangere of het gezin. In een aantal situaties zal echter pas tijdens het kraambed blijken dat een gezin (zeer) kwetsbaar is.
2. Wanneer de zwangere/ het gezin wordt gezien als zelfredzaam wordt de reguliere zorg vervolgd, met alertheid op het optreden van eventueel nieuwe risico's. Wanneer de zwangere/ het gezin wordt gezien als potentieel kwetsbaar of kwetsbaar wordt met het gezin de mogelijkheid van een prenataal huisbezoek door de jeugdgezondheidszorg besproken om verder met het gezin te verkennen waar hun behoefte aan steun ligt (opzet prenatale huisbezoek in het kader van wetswijziging Wet Publieke Gezondheid per 01-01-2022). Op dit moment kan de JGZ al bij zwangere vrouwen of gezinnen in een zeer kwetsbare positie prenatale huisbezoeken uitvoeren.
3. Met toestemming van het gezin vraagt de verloskundige een prenataal huisbezoek aan bij de jeugdgezondheidszorg. De betrokken jeugdverpleegkundige gaat zo vroeg mogelijk op huisbezoek bij het gezin en kijkt samen met het gezin naar de gesignaleerde risico's en de achterliggende oorzaken van de gesignaleerde risico's. In afstemming met het gezin, de verloskundig zorgverlener, de kraamzorg, de jeugdverpleegkundige en eventuele andere betrokken netwerkpartners (al dan niet in een knooppunt Kansrijke Start) worden afspraken gemaakt over doelen, het soort steun voor het gezin en hoe dit wordt opgevolgd. Afspraken worden door één van de betrokken netwerkpartners vastgelegd in een gezinsplan: een hulpmiddel om tot gezamenlijke afspraken te komen met het gezin en alle netwerkpartners die erbij betrokken zijn. Om zo helder te hebben wat een ieders verantwoordelijkheid is binnen het proces.
4. Op basis van het gezinsplan volgt de gewenste steun op maat. Onderdeel hiervan kan het inzetten van de proeftuin Geboortezorg Flex zijn, mits het gezin voldoet aan de inclusiecriteria. Al dan niet gecombineerd met eventuele steun vanuit het sociaal domein en/of uit JGZ programma's zoals bijvoorbeeld VoorZorg.
5. Overeenkomstig met de landelijke bestaande afspraken geeft de verloskundige de indicatie af voor zorg geleverd binnen de zorgverzekeringswet op basis van het Landelijk Indicatie Protocol (LIP), dus de kraamzorguren die worden ingezet in pijler 1. Voor de uren kraamzorg binnen pijler 2 wordt op

basis van het overeengekomen gezinsplan afgesproken in welke omvang en gedurende welke periode pijler 2 wordt ingezet.

Werkafspraken tussen de betrokken professionals behorend binnen deze route worden nader uitgewerkt in de implementatiefase. Hierbij zal er aandacht zijn voor het borgen van korte lijnen en snelheid van handelen.

Stroomschema route Geboortezorg Flex



5 Geboortezorg Flex: wie doen er mee?

Geboortezorg Limburg

Geboortezorg Limburg zal als opdrachtnemer deelnemen aan de proeftuin Geboortezorg Flex. Geboortezorg Limburg draagt zorg voor de implementatie en uitvoering van het project en zal hiervoor een coördinator benoemen. Het kraamzorgsamenwerkingsverband Limburg wordt door Geboortezorg Limburg geïnformeerd over en betrokken bij de proeftuin.



Jeugdgezondheidszorg Zuid-Limburg

De jeugdgezondheidszorg Zuid-Limburg vervult een belangrijke rol in deze proeftuin, o.a. via de prenatale huisbezoeken die naar verwachting vanaf 2022 wettelijk worden verankerd.



Programmabureau Trendbreuk Zuid-Limburg en GGD Zuid Limburg

Het Programmabureau Trendbreuk is ondergebracht bij de GGD Zuid Limburg en maakt samen met de 16 gemeenten, Provincie, Rijk en partners meerjarig werk van het inlopen van gezondheidsachterstanden. De fase Kansrijke Start vormt een belangrijk onderdeel van het programma; het inlopen van gezondheidsachterstanden begint immers bij het prille begin van het leven. Het programmabureau zorgt voor de verbinding tussen de deelnemende partners en zal de rol van voorzitter van de projectgroep vervullen. Daarnaast vindt via het programmabureau de verbinding met de GGD Zuid-Limburg t.b.v. de monitoring van de proeftuin plaats.



Verloskundig Samenwerkingsverband Samen Zuyd en verloskundigen

SamenZuyd is een samenwerkingsverband van verschillende zorgverleners in de geboortezorg regio Heerlen en Sittard-Geleen. In SamenZuyd zijn dat: verloskundigen uit de regio samen met gynaecologen, klinisch verloskundigen en kinderartsen van Zuyderland. Maar ook het geboortecentrum, kraamcentra en Huis voor de Zorg (namens de zwangeren) zijn vertegenwoordigd. Het doel is de meest optimale zorg te realiseren voor zwangeren, partners en (ongeboren) baby's. De zwangere of partner staat daarbij centraal en de zorgvraag is leidend.



In de gemeenten waar Geboortezorg Flex van start gaat, zijn de lokale verloskundigen uiteraard belangrijke samenwerkingspartners. Alle verloskundigenpraktijken in de regio en het Zuyderland geboortecen-

trum worden voor de start van de proeftuin geïnformeerd en kunnen in samenwerking met de jeugd-gezondheidszorg gezinnen includeren. Geboortezorg Limburg monitort de instroomt en communiceert wanneer het plafond is bereikt.

Gemeenten in Parkstad Limburg

De gemeenten in Parkstad Limburg hebben binnen de RegioDeal Parkstad Limburg afspraken gemaakt over de sociaal economische structuurversterking binnen de regio Parkstad Limburg. Het intensiveren van de aanpak Kansrijke Start vormt hierin een belangrijk onderdeel. Het inzetten van flexibele kraamzorg is één van de speerpunten voor de komende jaren.



Gemeente Sittard-Geleen

De gemeente Sittard-Geleen neemt eveneens deel aan de proeftuin. De gemeente heeft het bevorderen van de Kansrijke Start als lokaal speerpunt benoemd. Bovendien werkt de gemeente samen met zorgverzekeraar CZ binnen de preventiecoalitie Positief Gezond Sittard-Geleen.



Zorgverzekeraar CZ

CZ is vanaf het begin betrokken bij de opzet van de proeftuin. In de gemeenten Heerlen en Sittard-Geleen werken de gemeenten samen met CZ binnen een preventiecoalitie. Het doel van de preventiecoalities is de gezondheid van risicogroepen te verbeteren. In de meeste Zuid-Limburgse gemeenten is het grootst aantal verzekerden, verzekerd bij CZ.



Zorgverzekeraar VGZ

VGZ heeft interesse uitgesproken voor deelname aan de pilot op basis van volgeleid. Dit betekent dat CZ het aanspreekpunt is voor de pilot en de afstemming met VGZ voor haar rekening neemt. In de Zuid-Limburgse gemeenten waar CZ niet de grootste zorgverzekeraar is VGZ de grootste verzekeraar.



6 Weten wat werkt!

De belangrijkste vraag is of de proeftuin de gewenste effecten oplevert. Zo ja, hoe valt dit te verklaren en zo nee, wat moeten we veranderen? Om deze vragen te kunnen beantwoorden, zorgen we voor een goede monitoring en evaluatie van de proeftuin. De uitvoering van de monitoring en evaluatie wordt belegd bij de afdeling Kennis & Innovatie van de GGD Zuid Limburg.

De monitoring en evaluatie sluit aan op het hoofddoel van de proeftuin, namelijk het vergroten van de zelfredzaamheid van gezinnen. We streven ernaar om effecten aan te tonen op de vier dimensies van het Quadruple Aim model van Bodenheimer en Sinsky¹⁶. Dit model gaat uit van betere ervaren kwaliteit van zorg, betere gezondheid van de populatie, afname kostenstijging per hoofd van de bevolking en grotere werktevredenheid onder betrokken zorgprofessionals. Voor uitkomstmaten gericht op de gezondheid van de populatie sluiten we aan op het gedachtegoed van Positieve Gezondheid.

De instroom van het aantal gezinnen per gemeente in pijler 1 en pijler 2 van de proeftuin wordt maandelijks besproken in de projectgroep. Op door de projectgroep vast te stellen evaluatiemomenten zal worden bepaald of tussentijds bijsturen nodig als de instroom per gemeente of in totaliteit achterblijft of stagneert. Of als de instroom juist hoger is dan verwacht.

Om te monitoren wat de effecten zijn van de inzet van de vergoeding van de financiële bijdrage (pijler 1) en het flexibel inzetten van ondersteuning door een kraamverzorgende (pijler 2), worden 2 deelstudies uitgevoerd.

6.1 Deelstudie 1 – Vergoeden eigen bijdrage

In deze deelstudie richten we ons op de effecten van de vergoeding van de eigen bijdrage. De verwachting is dat de vergoeding van de eigen bijdrage leidt tot:

- positievere houding ten opzichte van kraamzorg bij gezinnen en gezinnen die beter voorbereid en met meer zelfvertrouwen het ouderschap zelfstandig aangaan (*Ervaren kwaliteit van zorg*)
- minder stress, meer veerkracht en meer regie over eigen leven bij gezinnen (*Gezondheid populatie*)
- hoger gebruik kraamzorg (in termen van het aantal gezinnen dat kraamzorg afneemt en in termen van het aantal uren kraamzorg dat per gezin wordt ingezet), waarmee inzet van duurdere zorg in een latere fase voorkomen wordt (*Kosten*)¹⁷

¹⁶ Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Annals of family medicine*, 12(6), 573–576. <https://doi.org/10.1370/afm.1713>

¹⁷ Redenatie op basis van de bevindingen uit het onderzoek 'de beste start voor de kwetsbare kraamvrouw en haar kind' (zie: https://is-suu.com/laurajansma/docs/kckz-special_beste_start) dat vrouwen die geen kraamzorg krijgen hogere zorgkosten maken voor zichzelf in het eerste jaar na de bevalling. En vrouwen die minder dan 24 uur kraamzorg krijgen, maken niet alleen zelf hogere zorgkosten maar ook voor hun baby.

- positieve ervaringen van verloskundigen en kraamverzorgenden met het vergoeden van de eigen bijdrage (*Werktevredenheid onder betrokken zorgprofessionals*)

Binnen de looptijd van deze proeftuin is het niet mogelijk om de langere termijn effecten op zorggebruik en zorgkosten in latere levensfasen te monitoren.

Opzet

Op basis van de geboortecijfers van 2019 worden in de proeftuin (gemeente Sittard-Geleen en de 7 Parkstadgemeenten) 150 zwangere vrouwen/gezinnen geïnccludeerd in pijler 1 die:

- als '(zeer) kwetsbaar' worden ingeschat door de verloskundige op basis van de kwetsbaarheidsdefinitie;
- kraamzorg afnemen bij Geboortezorg Limburg;
- en CZ of VGZ verzekerd zijn.

Dit noemen we de interventiegroep. Deze groep vergelijken we met de zogenaamde controlegroep: 150 zwangere vrouwen/gezinnen uit de proeftuin gemeenten die:

- als '(zeer) kwetsbaar' worden ingeschat door de verloskundige op basis van de kwetsbaarheidsdefinitie;
- kraamzorg afnemen bij Geboortezorg Limburg;
- Anders verzekerd zijn (niet CZ of VGZ verzekerd) en daarom geen vergoeding van de eigen bijdrage voor kraamzorg ontvangen binnen deze proeftuin.

Voor zowel de interventie- als de controlegroep bepalen we het gebruik van kraamzorg (het aantal gezinnen dat kraamzorg afneemt en het aantal uren kraamzorg dat per gezin wordt ingezet) op basis van gegevens van verloskundigen en Geboortezorg Limburg. Voor de inzet van het aantal uren kraamzorg kijken we naar de urenindicatie bij de intake door de kraamzorg en de daadwerkelijke ureninzet aan het einde van het kraambed (op basis van registratiegegevens Geboortezorg Limburg).

Stress (los item over stress in afgelopen 4 weken, zoals ook toegepast binnen de GGD Gezondheidsmonitor), veerkracht (gemeten met de Brief Resilience Scale-NL) en regie over eigen leven (gemeten met de Pearlin & Schooler Self-Mastery Scale (SMS)) worden bepaald met een vragenlijst aan het begin van de zwangerschap (nulmeting, T0), nog voordat de zwangere vrouw te horen krijgt dat ze in aanmerking komt voor vergoeding van de eigen bijdrage voor kraamzorg. De eerste nameting (T1) vindt plaats nadat de intake door de kraamzorg heeft plaatsgevonden en het aantal uren kraamzorg op basis van het LIP is vastgesteld (T1) en de tweede nameting volgt aan het einde van het kraambed (T2). Deze procedure is hetzelfde voor de controlegroep, echter ontvangt deze groep na het invullen van de vragenlijst géén bericht over vergoeding van de eigen bijdrage voor kraamzorg.

Tot slot is er binnen deze deelstudie ook aandacht voor de ervaringen van de professionals (verloskundigen en kraamzorg) en gezinnen zelf met het vergoeden van de eigen bijdrage. Bij de gezinnen wordt gekeken in hoeverre hun houding ten opzichte van kraamzorg is veranderd en in hoeverre ze beter

voorbereid en met meer zelfvertrouwen het ouderschap zelfstandig aangaan na de kraamperiode. Een selectie van ca. 10 betrokken professionals (verloskundigen, medewerkers intake kraamzorg, kraamverzorgenden) en ca. 10 willekeurige gezinnen zullen hiervoor geïnterviewd worden.

6.2 Deelstudie 2 – Flexibele inzet van kraamzorg ook na de 10e dag

In deze deelstudie richten we ons op de effecten van het flexibel inzetten van ondersteuning door een kraamverzorgende. De verwachting is dat deze inzet leidt tot:

- gezinnen die beter voorbereid zijn op het ouderschap en meer open staan voor hulp (*Ervaren kwaliteit van zorg*)
- betere hechting en welzijn van het kind, meer veerkracht en eigen regie over eigen leven bij gezinnen (*Gezondheid populatie*)
- minder verwijzingen door JGZ binnen het 1e levensjaar van het kind en minder contacten met specialistische zorg in het ziekenhuis (*Kosten*)
- positieve ervaringen van verloskundigen en kraamzorg met het flexibel inzetten van ondersteuning door een kraamverzorgende (*Werktevredenheid onder betrokken zorgprofessionals*)

Opzet

Op basis van de geboortecijfers van 2019 worden in de proeftuin (gemeente Sittard-Geleen en de 7 Parkstadgemeenten) 100 zwangere vrouwen/gezinnen (waarvan max. 50 die doorstromen vanuit pijler 1) geïnccludeerd in pijler 2 die:

- als '(zeer) kwetsbaar' worden ingeschat door de verloskundige op basis van de kwetsbaarheidsdefinitie;
- kraamzorg afnemen bij Geboortezorg Limburg;
- en CZ of VGZ verzekerd zijn.

Dit noemen we de interventiegroep. Deze groep vergelijken we met de zogenaamde controlegroep: 100 zwangere vrouwen/gezinnen uit de proeftuin gemeenten die:

- als '(zeer) kwetsbaar' worden ingeschat door de verloskundige op basis van de kwetsbaarheidsdefinitie;
- kraamzorg afnemen bij Geboortezorg Limburg;
- Anders verzekerd zijn (niet CZ of VGZ verzekerd) en daarom niet in aanmerking komen voor het flexibel inzetten van ondersteuning door een kraamverzorgende binnen deze proeftuin.

Veerkracht (gemeten met de Brief Resilience Scale-NL) en regie over eigen leven ((gemeten met de Pearlin & Schooler Self-Mastery Scale (SMS)), worden in zowel de interventie- als de controlegroep gemeten met een vragenlijst. De nulmeting (T0) wordt afgenomen tijdens de zwangerschap na de intake door de kraamzorg. Er vinden twee nametingen plaats:

- Nameting 1 (T1): aan het einde van de wettelijke 8 tot 10 dagen kraamzorg
- Nameting 2 (T2): zes maanden na de geboorte

Zwangere vrouwen die deelnemen aan pijler 1 én pijler 2 ontvangen op T0 en T1 een iets langere vragenlijst) waarin aanvullend de vragen zijn opgenomen die van belang zijn voor pijler 2.

Voor inzicht in hechting en welzijn van het kind en verwijzingen door JGZ maken we idealiter gebruik van gegevens uit het registratiesysteem van JGZ. Vanwege onzekerheid of de benodigde gegevens beschikbaar zijn voor de deelnemers aan de proeftuin, nemen we aanvullend vragen hierover op in de vragenlijst van de eerste (T1) en/of tweede nameting (T2). Hetzelfde geldt voor de gegevens over contacten met specialistische zorg in het ziekenhuis. Het gebruik van DBC registraties (DBC Excessief huilen en DBC Voedingsproblemen of voedingsfouten) is voor een proeftuin van deze relatief kleine omvang niet haalbaar omdat het aantal geopende DBC's op jaarbasis laag is. Daarom nemen we in de vragenlijst van de eerste (T1) en/of tweede nameting (T2) aanvullende vragen op om zicht te krijgen op het aantal contacten met specialistische zorg in het ziekenhuis.

Voor de interventiegroep brengen we aanvullend in kaart op basis van gegevens van Geboortezorg Limburg wat de duur en inhoud is van de ondersteuning geboden bij inzet van flexibele kraamzorg na de wettelijke termijn van 8 tot 10 dagen. Tot slot is er ook aandacht voor de tevredenheid van betrokken professionals (verloskundigen en kraamzorg) en gezinnen zelf over de inhoud van kraamzorg (met focus op het onderdeel flexibele in te zetten kraamzorg). Er wordt besproken in hoeverre gezinnen het gevoel hebben beter voorbereid te zijn op het ouderschap en ook meer open staan voor hulp. Een selectie van ca. 10 betrokken professionals (verloskundige, medewerkers intake kraamzorg, kraamverzorgenden) en ca. 10 willekeurige gezinnen zullen hiervoor geïnterviewd worden.

Toestemmingsprocedure

Alle zwangere vrouwen die in aanmerking komen voor deelname aan deelstudie 1 worden geïnformeerd over deelname door middel van een brief die de verloskundige bij de intake meegeeft. Een toestemmingsverklaring is bijgevoegd. Voor deelstudie 2 gebeurt dat op het moment van de intake door de kraamzorg. Indien toestemming wordt gegeven, ontvangen de deelnemers de vragenlijsten digitaal of (indien nodig) per post.

Tijdpad monitoring

We gaan uit van een instroom van ruim 1 tot 1,5 jaar om de gezinnen te includeren via de verloskundigen. Vervolgens monitoren we tot aan het moment dat het kind 6 maanden oud is. Daarmee is de totale looptijd van de deelstudies ca. 1,5 - 2 jaar. De resultaten van deelstudie 1 zullen al eerder beschikbaar zijn.

7 Implementatie en randvoorwaarden

7.1 Projectstructuur

Voor de proeftuin wordt een projectgroep opgericht waarin de volgende deelnemende partners zijn vertegenwoordigd: programmabureau Trendbreuk, Geboortezorg Limburg, zorgverzekeraar CZ, de jeugdgezondheidszorg en één of twee afgevaardigden namens de gemeenten. De taken van de projectgroep zijn het opleveren van een implementatieplan en het bewaken van de voortgang gedurende de uitvoering van de proeftuin. Daarbij is er specifiek aandacht voor het verloop van de instroom van gezinnen in de proeftuin, in totaal maar ook per gemeente. Tijdens de implementatiefase stelt de projectgroep een te verwachten patroon van instroom vast per gemeente. Op door de projectgroep vast te stellen evaluatiemomenten wordt bekeken of er afwijkingen zijn ten opzichte van de verwachting en of tussentijds bijsturen nodig is. De projectgroep zet acties uit om de benodigde aantallen te realiseren en de projectgroep bewaakt de financiële consequenties hiervan.

Ieder projectlid fungeert vanuit zijn of haar eigen rol en taak en als de linking pin met de eigen achterban. Het programmabureau Trendbreuk zal gedurende de proeftuin het voorzitterschap van de projectgroep vervullen. Geboortezorg Limburg vervult de rol van opdrachtnemer en is verantwoordelijk voor de uitvoering van de proeftuin conform het plan van aanpak en nog op te stellen implementatieplan. Ten behoeve van de coördinatie van de implementatiefase en de daaropvolgende uitvoering stelt Geboortezorg Limburg een coördinator aan. Het opdrachtgeverschap voor de proeftuin ligt bij de Stuurgroep Trendbreuk Zuid-Limburg. Zowel de Stuurgroep Trendbreuk als de Zuid-Limburgse coalitie Kansrijke Start (klankbordfunctie) zullen periodiek op de hoogte worden gehouden van de voortgang.

7.2 Scholing

Voordat de uitvoering van Geboortezorg Flex van start kan gaan, zal scholing plaatsvinden voor betrokken kraamverzorgenden van Geboortezorg Limburg. Uit het Beste start-onderzoek¹⁸ komt naar voren dat kraamverzorgenden behoefte hebben aan meer scholing over kwetsbaar ouderschap met aandacht voor casuïstiek en ervaringsdeskundigheid in de scholing. Scholing voor betrokken medewerkers uit de proeftuin zal dan ook bestaan uit: vroeg signalering van kindermishandeling bij kwetsbare gezinnen, het voeren van het goede gesprek a.d.h.v. Positieve Gezondheid en het bevorderen van een veilige hechting. Deskundigheidsbevordering van betrokken medewerkers wordt vormgegeven middels het train de trainer- principe. Er wordt gestart met een twintigtal medewerkers die vervolgens als ambassadeur en deskundige in de proeftuin de deskundigheidsbevordering van collega's mede vormgeven. Tevens is er aandacht voor intervisie gedurende de proeftuin. In het implementatieplan zal de scholing concreter worden uitgewerkt. Daarbij wordt gekeken naar hetgeen andere kraamzorgorganisaties op dit gebied organiseren.

¹⁸ Zie: https://issuu.com/laurajansma/docs/kckz-special_beste_start

Naast deskundigheidsbevordering van kraamverzorgenden wordt middels een gezamenlijke Scholing Positieve Gezondheid ook ingestoken op het werken vanuit eenzelfde visie en het creëren van eenheid van taal met partners als zoals de jeugdverpleegkundigen en verloskundigen. Met Burgerkracht en Fontys zijn begin 2021 afspraken gemaakt over het inzetten van een reeds bestaande 'blended-learning' module voor diverse professionals binnen Kansrijke Start in Zuid-Limburg. Deze module wordt opgenomen in het opleidingsplan.

8 Planning

	2021			2022				2023			
	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
Besluitvorming plan van aanpak door Stuurgroep Trendbreuk											
Vorbereiding implementatie											
Vaststellen implementatieplan in projectgroep											
Start Proeftuin											
Uitvoering proeftuin											
Monitoring											

Bijlage 1 Definitie kwetsbaarheid - Gemeente Rotterdam en Erasmus MC

Waar gesproken wordt over 'effect op de zwangerschap' wordt bedoeld: een effect op de gezondheid van de zwangere vrouw, de groei en ontwikkeling van het ongeboren kind en de gezondheid van de pasgeborene en de moeder na de bevalling.

Categorie a: een zelfredzame zwangere vrouw. Een zwangere vrouw bij wie risicofactoren momenteel geen rol spelen en bij wie de beschermende factoren in relatie tot haar zelfredzaamheid toereikend zijn om eventuele toekomstige risicofactoren op te vangen. Er is op dit moment geen extra ondersteuning nodig.

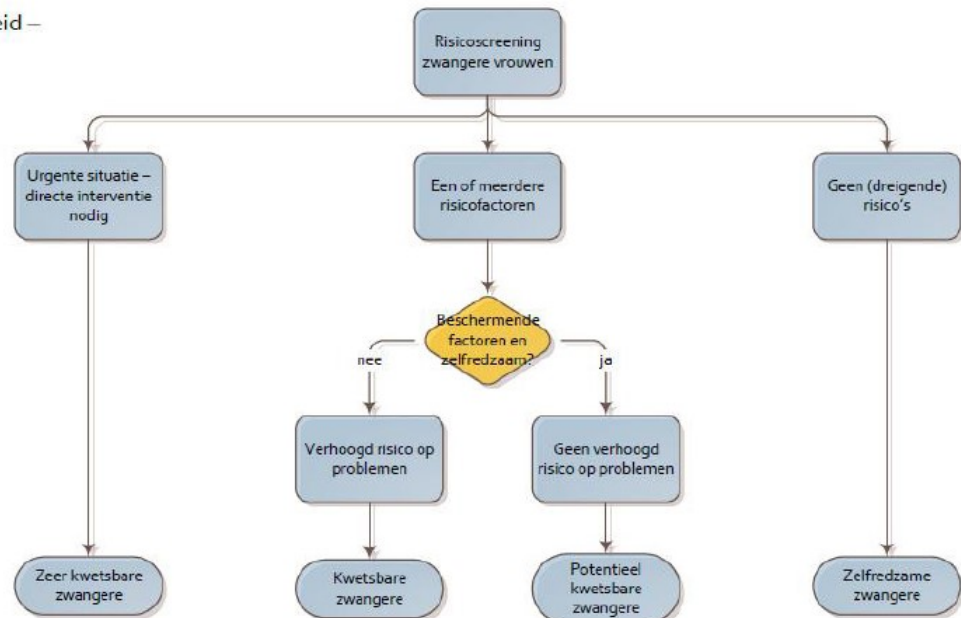
Categorie b: een potentieel kwetsbare zwangere vrouw. Een zwangere vrouw bij wie de professional uit het sociale of medische domein één of meerdere (psycho)sociale of medische risicofactoren gesignaleerd heeft, die de zwangerschap negatief kunnen beïnvloeden. Vastgesteld is dat de beschermende factoren in relatie tot haar zelfredzaamheid in principe toereikend zijn. Om haar zelfredzaamheid te versterken en het ontstaan van problemen te voorkomen bespreken en beslissen de vrouw en de professional of extra ondersteuning nodig of gewenst is.

Categorie c: een kwetsbare zwangere vrouw. Een zwangere vrouw bij wie de professional uit het sociale of medische domein één of meerdere (psycho)sociale of medische risicofactoren gesignaleerd heeft, die de zwangerschap negatief kunnen beïnvloeden. Vastgesteld is dat de beschermende factoren in relatie tot de zelfredzaamheid van de vrouw ontoereikend zijn. De professional en de vrouw bespreken en beslissen welke zorg en ondersteuning op maat vanuit één of meerdere disciplines nodig en/of gewenst is.

Categorie d: een zeer kwetsbare zwangere vrouw. Een kwetsbare zwangere vrouw (zie c) bij wie de professional uit het sociale of medische domein één of meerdere urgente (psycho)sociale of medische risicofactoren gesignaleerd heeft, die de zwangerschap direct negatief kunnen beïnvloeden. De professional zorgt in samenspraak met de vrouw voor directe toeleiding naar juiste zorg- of hulpverlening.¹⁹

¹⁹ http://www.dvprijnmond.nl/wp-content/uploads/2019/10/003-2019-09-02-Definitie-Kwetsbaarheid_def.pdf

Bijlage bij definitie kwetsbaarheid –
zwangere vrouwen



Geboortezorg Flex

is een initiatief van:



trend  breuk
zuid-limburg

In samenwerking met:

