



Terugkoppeling webinar

Tijdens het webinar van 10 december is uitgebreid gereageerd in de chatbox. De opmerkingen en vragen zijn gebundeld en verwerkt in onderstaand stuk.

1. De kwetsbare zwangere vrouw en de vader

“Wat is de definitie van de kwetsbare zwangere vrouw?”

In de regio Utrecht proberen we de aanduiding ‘kwetsbare zwangere’ te vermijden en gebruiken we ‘een zwangere in een kwetsbare situatie’.

Achtergrondinformatie:

De gemeente Rotterdam en de afdeling Verloskunde & Gynaecologie van het Erasmus MC zijn tot een gemeenschappelijke definitie van kwetsbaarheid gekomen om kwetsbare zwangere vrouwen te kunnen identificeren, welke bruikbaar is voor zowel onderzoek, beleid als praktijk.

https://www6.erasmusmc.nl/verloskunde_gynaecologie/Research/healthy-pregnancy-4all/factsheets/definitie-kwetsbaarheid.pdf/?view=active&type=pdf

Tip: kijk de uitzending van De Wereld Draait Door terug waarin Tessa Roseboom pleit voor afschaffen van het woord “Kwetsbaar”.

“Hoe krijg je inzicht in de cliënten en de kwetsbare vrouw? Jullie geven aan samen te werken hierin met het VSV?”

In het VSV @Verlosdenbosch wordt gewerkt met R4U. Wens is om uiteindelijk het screeningsinstrument Mind2Care te implementeren.

In de regio Utrecht worden beiden instrumenten gebruikt, door de diverse verloskundige praktijken. Bij een aantal praktijken is ook de wens om over te stappen op Mind2Care.

“We zijn in onze regio bezig om een babyroute die eerst alleen gericht was op LVB verder uit te breiden naar die kwetsbare zwangeren.”

Dit is een mooi voorbeeld van verbinding van medisch en sociaal domein. De zorgverleners uit het medisch en sociaal domein verstaan elkaars taal, , weten de zorgpaden effectief toe te passen en kunnen daarmee de nieuwe generatie de beste geïntegreerde zorg aanbieden zodat toekomstige kinderen echt met een optimale eerste 1000 dagen hun leven kunnen starten.

“Op welk moment in de zwangerschap worden deze kwetsbare ouders in spé vervolgens in Den Bosch besproken met de JGZ?”

Sinds maart 2018 werken wij in @verlosdenbosch met een integrale intake door de verloskundige waarna alle zwangeren besproken worden tijdens het (3 x/ week gehouden) MDO van verloskundigen en gynaecoloog waarbij het zorgpad wordt gekozen en daar ook de kwetsbaren er zo vroeg mogelijk uit worden op gepakt. In verschillende zorgpaden wordt verwezen naar de JGZ. De zorgpaden van @verlosdenbosch staan op www.op1lijn.org.

“Wat is de rol van de vader in de Kansrijke Start?”

De rol van de vader of de vrouw naast de zwangere vrouw wordt zeker meegenomen maar blijft onder de professionals een aandachtspunt. We spreken immers al snel over de zwangere vrouw.

2. Samenwerkingspartners en kwetsbare zwangere vrouwen

“Wij hebben ook een coördinator kwetsbare zwangere en een samenwerkingsprotocol met netwerkpartners (“Samen is Beter”)”

In het VSV (@verlosdenbosch) bestaat een werkgroep kwetsbare zwangeren. Conform het advies uit het stuurgroep rapport “een goed begin” uit 2009 wordt iedere zwangere besproken binnen het VSV in een multidisciplinair overleg.

Ook in de regio Utrecht zijn werkgroep Kwetsbare Zwangeren onderdeel van de VSV's. De JGZ van GGD regio Utrecht neemt deel in deze werkgroepen. Het beleid voor kwetsbare zwangeren wordt daar gemaakt en aangescherpt. Er starten pilots 'zorg aan cliënten en kwetsbare situaties'. Onderzocht wordt in hoeverre een MDO kan ondersteunen in het sneller in kaart brengen van kwetsbare situaties en toeleiding naar de juiste ondersteuning.

3. Lokale coalitie

"Kunnen ook zorgverleners als therapeuten (hpto-, fysio-, perinataal-, EMDR, PRI etc), babycoaches, hypnobirthing coaches etc onderdeel uitmaken van een coalitie of samen een platform vormen dat aanspraak kan maken op subsidie?"

Er is geen standaard invulling van een lokale coalitie. De gemeente zoekt in samenwerking met de partners uit het sociale en het medische domein naar een geschikte invulling van een lokale coalitie.

@verlosdenbosch heeft 14 verloskundige praktijken en meerdere gemeentes en zelfs verschillende GGDs wat het bouwen aan die coalitie niet makkelijker maakt.

In de regio Utrecht die je kern-coalities ontstaan, met een aantal partners die de kar trekken (bv. gemeente, verloskundige, CJG en JGZ). Met daaromheen een 'tweede schil' met daarin meer partners. Daarin zouden ook deze therapeuten kunnen zitten, omdat zij ook van betekenis zijn voor de kinderen en ouders in de periode en voor doelstellingen van Kansrijke Start.

Alleen gemeenten kunnen aanspraak maken op de Impuls Kansrijke Start.

"Dát zou toch prachtig zijn, als ook de zorgverzekeraars aansluiten in een coalitie!"

Dat wordt onderschreven door de gesprekspartners. In gesprek gaan over preventie vergoeding.

"Wie coördineert de samenwerking tussen de partners?"

In de regio Utrecht zien we dat de gemeente de coördinatie van lokale coalities dit op zich neemt. Dat is een beleidsmedewerker van de gemeente of een (tijdelijk ingehuurd) projectleider. Er zijn ook VSV's waar een (tijdelijke) projectleider pilots/onderzoeken/implementatie van beleid voor betere samenwerking op zicht neemt.

"Het is nu niet overzichtelijk, het VSV heeft inspraak en samenwerkingen maar het CPZ ook, waar begint het? en waar valt iedereen dan onder? Is het dan noodzakelijk dat er één coördinator/initiatiefnemer is? Die juist genoemde vanzelfsprekendheid moet door alle partners gevoeld worden, toch?"

De gemeente is in eerste instantie aan zet om het sociaal domein te verbinden met het medische domein. Pharos kan hen hierbij ondersteunen vanuit het stimuleringsprogramma. Het CPZ focust zich op het leggen van verbindingen op landelijk, regionaal en lokaal niveau tussen de geboortezorg, jeugdgezondheidszorg en het sociaal domein in het project Kansrijke Ontmoetingen.

GGD regio Utrecht: Er zijn meerdere initiatieven tot beter samenwerken: vanuit VSV's, vanuit gemeenten en ook bijvoorbeeld tussen verloskundige praktijken en JGZ in één werkgebied. Het één sluit het ander niet uit. Ik zie wel dat door Kansrijke Start en de betrokkenheid van gemeenten daarin, dat deze werelden elkaar vinden. Dat VSV's gemeenten opzoeken en andersom, met als doel meer te betekenen voor zwangeren/inwoners in kwetsbare situaties.

"Niet alleen bestuurlijk draagvlak bij de gemeente is belangrijk, maar bij ALLE samenwerkingspartners."

Dit is zeker een essentieel punt in de uitvoer van Kansrijke Start.

4. Platform en Symposium

"Geboortezorgverleners in Noord-Limburg zijn een platform aan het oprichten om ouders te ondersteunen van kinderwens tot en met de eerste 1000 dagen en juist ook om elkaar als professionals beter te leren kennen. Welkom bij onze eerstvolgende bijeenkomst op 22 jan. 2020"

Deelnemers promoten de Amsterdam Baby Week. Symposium op 26 feb 2020

De landelijke conferentie Samen aan de slag met Kansrijke Start op 6-2-2020 georganiseerd door VWS, Pharos en CPZ werd benoemd. Voor aanmelding klik [Hier](#)

5. Clientparticipatie/ouderplatform/moederraad

“Welke rol heeft dan de cliënten participatie? En hebben jullie een ouderplatform/moederraad?”

“Moederraden zijn gevormd door VSV, IGO en Verloskundigen.”

Tijdens het webinar werd de rol van de moederraad kort toegelicht. Vanuit de deelnemers werd de volgende website onder de aandacht gebracht: <https://www.ouderplatformnong.nl>

6. Financiën en keuzen

“GGD en jeugdzorg heeft een groot probleem met het personeel.”

“Hoe krijg je extra personeel om Kansrijke start uit te voeren?”

Beide gesprekspartners geven aan dat Kansrijke Start niet meer hoeft te kosten. We investeren in samenwerking en in elkaar weten te vinden. Zolang we weten waar we welke expertise kunnen halen, kunnen we aanvullend op elkaar en meer preventief gaan werken.

GGD: in het huidige werk (bv. als JGZ professional) ben je al bezig met onderwerpen die belangrijk zijn voor een Kansrijke Start, zoals stress, ouderschap, hechting. Door Kansrijke Start ben je hier extra van bewust of geef je het extra aandacht. Ook diensten zoals het prenataal huisbezoek is onderdeel van Kansrijke Start.

Als het gaat om het uitvoeren van programma's (zoals Stevig Ouderschap of VoorZorg), is er wel financiële ruimte voor extra personeel nodig.

“Er lopen verschillende actielijnen die elkaar allemaal raken: Kansrijke start, Zorg voor de jeugd, Scheiden zonder schade. We worden allemaal geconfronteerd met begrenzing of het teruglopen van financiën, en met politiek gestelde prioriteiten. Kiezen we dan voor de wet van de grote getallen (zo veel mogelijk mensen bereiken) of gaan we juist voor de meest kwetsbare mensen?”

Landelijk zie je dat Kansrijke Start inzet op de meest kwetsbare mensen. Sommige gemeenten in regio Utrecht geven aan dat zij willen inzetten op meer mensen bereiken, om zo nog preventiever te werk te gaan. Iedere gemeente maakt hier een eigen keuze in. Op die manier is maatwerk mogelijk.

“Vorming van coalities is, vrij vertaald, m.i. niet afhankelijk van deelname aan het actieprogramma. Ik zie de opdracht eerder liggen vanuit de transformeermisssie vanuit de jeugdwet-wijzigingen: preventie mag/moet een nadrukkelijker plek krijgen in de zorg voor de jeugd (in de breedste zin van het woord).”

7. Een kijkje in de keuken van...

Deelnemers nodigden elkaar uit om bij elkaar in de keuken te komen kijken. Maak daar gebruik van en neem contact op met samenwerkende partijen.

Zwolle, Den Haag, JGZ Noord Limburg en JGZ Breda staan open voor een werkbezoek.

Hierbij de link naar het boekje van de regionale werkgroep Kansrijke Start regio Utrecht, met daarin de 10 inzichten die de werkgroep heeft opgedaan na interviews met moeders en professionals, wat volgens hen nodig is voor een Kansrijke Start (mei 2019).

https://issuu.com/raedelijndocs/boekje_kansrijke_start?e=37496742/69937612

Plus: verslag van de regionale werkconferentie Kansrijke Start regio Utrecht (november 2019) over de centrale vraag: 'Hoe werken we in de regio Utrecht beter samen zodat we een duurzaam verschil kunnen

maken voor (ongeboren) kinderen die opgroeien in een kwetsbare situatie? Zodat alle kinderen in de regio Utrecht een kansrijke start hebben?’

https://issuu.com/raedelijndocs/conferentieverslag_kansrijke_start_7november2019?fr=sYmZhYiUyNzQ3Mg