

A photograph of a man in a white t-shirt holding a baby up in the air against a clear blue sky. The man is looking up at the baby with a smile. The baby is wearing a dark t-shirt and a white diaper. The image is split diagonally, with the top-left portion being white and the bottom-right portion being blue.

Andersson Elffers Felix

Sociale geboortezorg in
ziekenhuizen (en eruit!) –
landelijk leertraject

NVZ Digitale lunchlezing d.d. 16 april 2024

Voor wie? | (Aanstaande) gezinnen met een sociale kwetsbaarheid



Laila

- Moeder is kwetsbaar (licht verstandelijk beperkt, beïnvloedbaar)
- Tweede zwangerschap, eerste kind uithuisgeplaatst
- Medische indicatie wegens complicaties bij eerdere zwangerschap

Moeder is onder behandeling op de Kwetsbare Zwangerenpoli.



Yonathan

- Prematuur geboren
- Vader niet in beeld, moeder lijkt kwetsbaar
- Beperkt hulp uit eigen netwerk
- Baby ontwikkelt zich in eerste instantie goed

Yonathan is opgenomen op de afdeling Neonatologie en vervolgens onder behandeling bij de Nazorgpoli Neonatologie.



Luuk

- Ouders zijn meerdere malen in het ziekenhuis geweest omdat hun zoon Luuk (2) zeer veel huilt. Lichamelijk wordt geen oorzaak gevonden.
- In het gezin spelen de nodige stressfactoren (schulden, geen werk en beperkt netwerk).

Het gezin wordt gezien op de poli Kinderartsen en een aantal maal op de spoedeisende hulp geweest.

Landelijk leertraject I Aanleiding (1/3): de droom van een aantal Haagse professionals

Sociale ziekenhuiszorg

Inzet: kortere lijntjes tussen de betrokken professionals uit medisch en sociaal domein.

Elementen integrale aanpak

- Vast kernteam vanuit medisch en sociaal domein (vaste gezichten, opbouw expertise/ samenwerking)
- Gezamenlijk MDO
- Verschuiving taken (regie in het sociaal domein) en soms consulten patiënt
- Informele ondersteuning ervaringsdeskundigen en vrijwilligers
- Stevigere afspraken over instroom/ samenwerking
- Gedeelde informatievoorziening

Integrale Poli

Elk (aanstaand) gezin dat medische hulp nodig heeft en waar problemen op sociaal domein (dreigen) te spelen wordt in samenwerking met partners uit nulde-, eerste- en tweedelijn geholpen (medisch en sociaal).

Hulp voor de geboorte

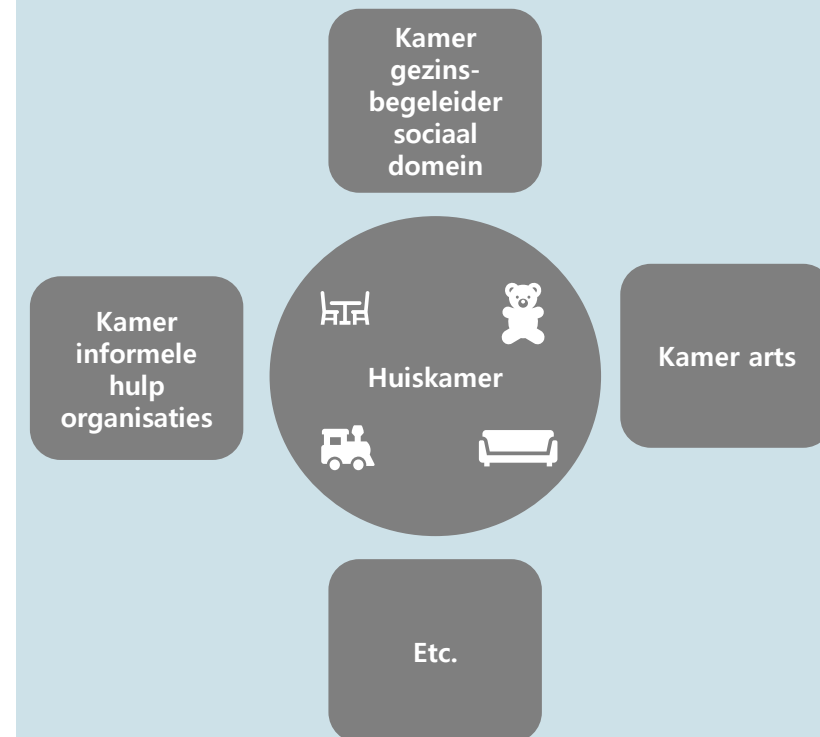
- POP-poli
- Sociale kwetsbaarheid (termen als Mamapluspoli, kwetsbare zwangerenpoli etc)

Hulp na de geboorte

- Nazorgpoli neonatologie
- Poli kinderartsen: huil-, eet- en slaapproblemen

Ambitie: een passende locatie

Een concreet streven is om alle expertise uit het sociaal en medisch domein zoveel mogelijk onder één dak beschikbaar te hebben en meer in 'huiskamercontext' dan medische context te behandelen. Een setting waar gezinnen zich snel op hun gemak voelen. Waar mogelijk buiten het ziekenhuis (zie de GO-poli in Delft als voorbeeld: [link](#))



Landelijk leertraject | Aanleiding (2/3): een maatschappelijke kosten- en batenanalyse met een 'win-win'

1. Gezondheid van de populatie verbeterd

- Vroegsignalering, brede blik/ hulp

2. Ervaren kwaliteit van hulpverlening verbeterd

- Inzet op kernexpertise

3. Werkplezier professionals neemt toe

- Doen waarvoor je bent opgeleid/ ervaren dat zorg verbeterd

4. Empowerment gezinnen stijgt

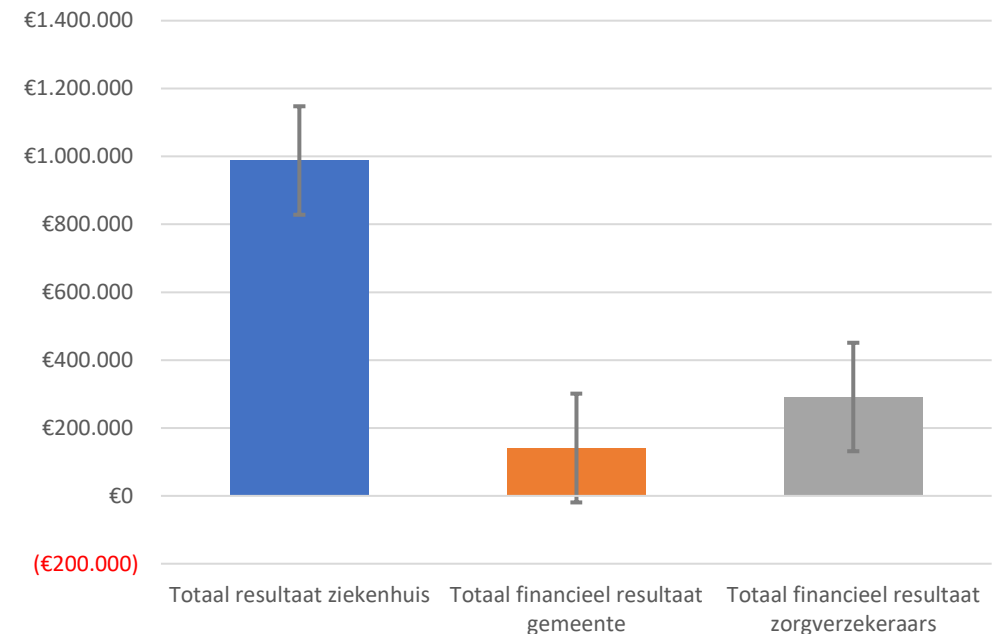
- Behoeft patiënt staat meer centraal

5. Kosten ziekenhuis dalen/ stijgen

- Door escalatie te voorkomen
- Maar met name door kortere lijnen > minder zoektijd naar vooral ingangen in het sociaal domein

6. Kosten gemeente dalen/ stijgen

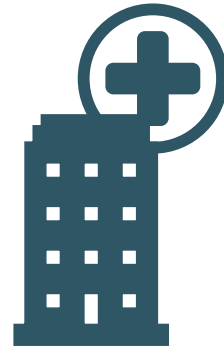
7. Kosten zorgverzekeraar dalen/ stijgen



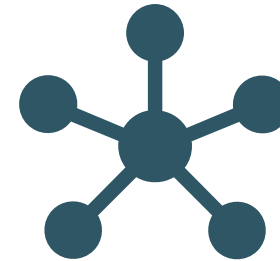
▸ Meer informatie?: [MKBA Rapport en Factsheet Integrale GezinsPoli medisch en sociaal domein | Nieuwsbericht | Kansrijke Start \(kansrijkestartnl.nl\)](#)

Landelijk leertraject | Aanleiding (3/3): urgentie uit de praktijk

- ▶ Samenwerking vanuit medisch en sociaal domein is noodzakelijk om patiënten met een sociale kwetsbaarheid goed te kunnen helpen.
- ▶ Initiatieven komen echter moeizaam van de grond omdat dit niet eenvoudig is.
- ▶ Hiervoor zijn diverse redenen aan te wijzen.
- ▶ Zie ook: [Van ziekenhuiszorg naar netwerkzorg: de toekomst ligt buiten het ziekenhuis - Zorgvisie](#)



Medisch domein



Sociaal domein/ JGZ



Andere schaal: organisatie op wijkniveau vs. bovenregionaal (waarbij de organisatie vanuit het sociaal domein per wijk / gemeente kan verschillen)



Beperkt prikkelende bekostiging: met het oog op de verschuiving naar lichtere zorg en naar partners uit het sociaal domein + om de samenwerking van de grond te krijgen



Andere organisatie: andere manier van werken (10 minutengesprek vs. heisessie), ander aansturing, handelend kader (o.a. kwaliteitseisen)



Gebrekkige randvoorwaarden vanuit beide domeinen, zoals dienende ICT-systemen waar betrokken professionals samen in kunnen werken

Landelijk leertraject | Opzet

Samenwerkingsverbanden vanuit medisch en sociaal domein
(o.a. ziekenhuizen, JGZ, 1e lijnsverloskundigen, kraam, gemeenten)

1. Den Haag - HagaZiekenhuis/ Juliana Kinderziekenhuis
2. Utrecht – St.Antonius
3. Delft – Reinier de Graafgasthuis
4. Apeldoorn – Gelre
5. Zuid Limburg – UMC
6. Amsterdam – OLVG
7. Amsterdam – UMC

Opdrachtgever: VWS en de Van Leerfoundation.

Organisatie: AEF met het College Perinatale zorg

Inzet

- Individuele ondersteuning + werksessies om de samenwerking duurzaam te organiseren
- Landelijke inzet om structurele knelpunten te agenderen (zorgverzekeraars, ministerie, gemeenten, brancheorganisaties, beroepsgroepen, ervaringsdeskundigen etc.)
- Factsheets, presentaties etc. om de inzichten breed te delen.

Resultaten eind 2024

- Duurzaam verankerde samenwerking vanuit medisch en sociaal domein (7x)
- Oplossingen structurele (landelijke) knelpunten
- Olievlek: inspiratie voor de beweging naar integrale poli's/ sociale ziekenhuiszorg in het land
- Afspraken hoe verder hierop in te zetten vanaf 2025



Toelichting uit de praktijk 'Huilen in de juiste richting'

Ineke de Kruijff – kinderarts St. Antonius





DE FEITEN

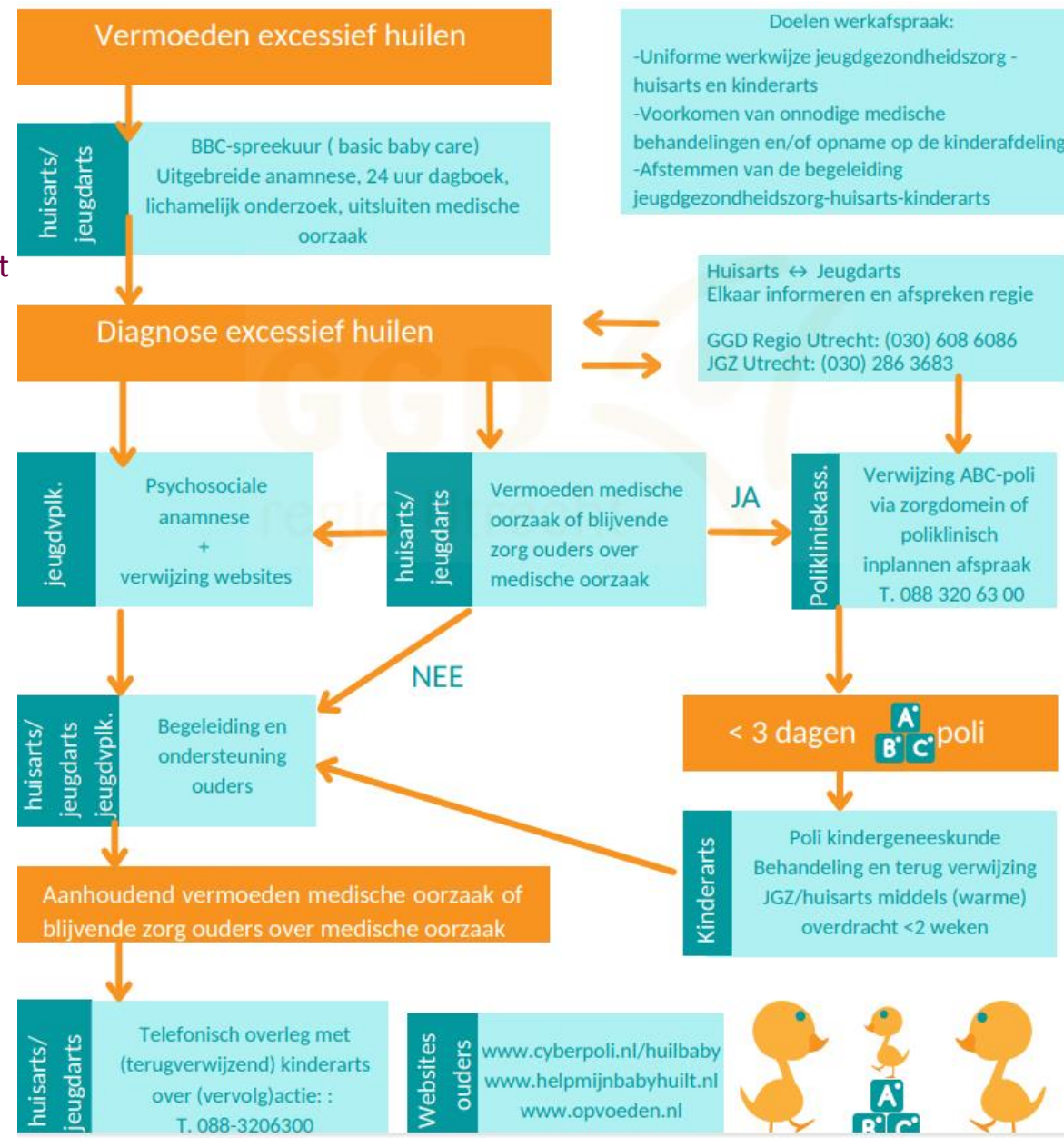
- Prevalentie 4-20%: per jaar 20.000 baby's in Nederland
- Jaarlijks naar schatting 2000 verwijzingen naar en > 700 opnames in het ziekenhuis.
- Terwijl < 5% ernstig medisch onderliggend oorzaak
- Risicogroepen vanuit ziekenhuis (pre en dysmaturen, POP poli)
- Grote impact meer stress, angst, depressie en minder binding bij moeders en vaders: 50% van de moeders en 21% van de vaders at risk depressie op moment bezoek kinderarts
- 55% van de moeders is niet tevreden over de geboden zorg. Ze voelen zich niet serieus genomen, ervaren weinig begrip voor de (acute) intensiteit van de problematiek. Meer aandacht voor de (mogelijk medische) oorzaak en beter leren troosten kan meer vertrouwen in het ouderschap geven

DE HUIDIGE (SAMEN) WERKWIJZE

Basic Baby Care (BBC) en Advanced Baby Care (ABC)

Drie pijlers:

- 1) Afstemming regie huisarts en jeugdarts
- 2) Korte toegang (<5 werkdagen) tot gespecialiseerd spreekuur kinderarts (met affiniteit) en medisch pedagogisch zorgverlener (MPZ) met na 2 weken videoconsult met verwijzer en ouders.
- 3) Meer betrouwbare (digitale) informatie
 - Prospectieve observationele multicenter studie loopt tot eind 2025, evaluatie primair op opnames, secundair op ervaren kwaliteit zorg en financiële aspecten
 - Regio Utrecht: samenwerkingsafspraken met de JGZ, huisartsen, regio ziekenhuizen en academisch ziekenhuis. De wijdverspreide succesvolle implementatie hiervan is in ontwikkeling.



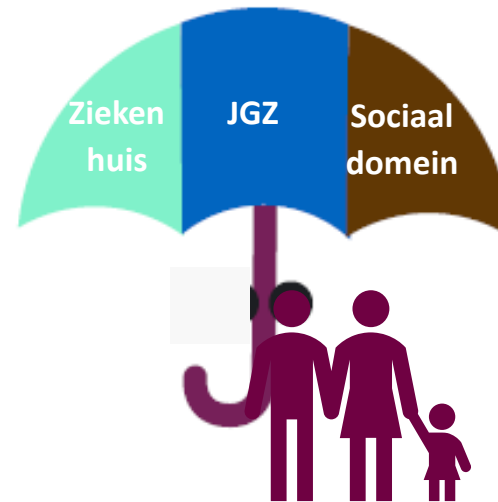
GEWENSTE SITUATIE | EEN DOMEINOVERSTIJGENDE ZORGINFRASTRUCTUUR ROND EXCESSIEF HUILEN

De JGZ als spil: het maakt niet uit waar je in zorg bent, de JGZ is de continue factor in het gezin en kan waar nodig aanvullende zorgprofessionals inschakelen (zowel paramedische disciplines uit de wijk als het ziekenhuis bij medische zorgen).

Randvoorwaarden: adequaat geschoolde professionals bij de JGZ, zowel jeugdartsen als jeugdverpleegkundigen. Kernpunten: medische evaluatie van alarmsymptomen, aanleren troosttechnieken aan ouders, bekend met het zorgnetwerk met andere professionals in de wijk.

De huisarts, die ontlast wordt doordat er een structurele zorginfrastructuur is waarbij de huisarts wordt geïnformeerd en waar gewenst (bijv. door een goede relatie met ouder) zelf ook een spilfunctie kan vervullen.

Het ziekenhuis wordt gericht ingezet voor hulp bij medische zorgen door (triage)afspraken met verwijzers. Hierdoor wordt er minder beroep gedaan op de 2^e lijn.



Acuut: excessief huilen kan leiden tot *acute* kwetsbaarheid van ouders, die vooraf slecht te voorspellen is. Dit vraagt om afspraken tussen verwijzers (JGZ en huisarts) en ziekenhuis om (waar nodig) direct te kunnen schakelen.

Dekkend: samenwerkingsafspraken in minimaal 80% van de gemeenten uit het kernwerkgebied van het St Antonius.

Kopie + paste: een werkwijze waar andere ziekenhuizen, gemeenten, aanbieders en zorgverzekeraars gebruik van kunnen maken.

'Ik wil dit ook!' | Do's & don'ts

Do's

1. Zet in op **waar professionals de grootste potentie** zien. De energie en commitment vanuit de praktijk is belangrijk om veranderingen op de werkvloer door te voeren.
 - Niet alle professionals hoeven (meteen) mee te doen. **Werk met de 'sociaal' medisch professionals die hier affiniteit mee hebben.**
2. **Begin klein.** Bij de start is het afbreukrisico het grootst. Als de eerste poli als succes wordt gezien is uitbreiding daarna relatief eenvoudig.
 - Als er nog nauwelijks structurele samenwerking is, start dan niet met iets ingewikkelds als de zorg buiten het ziekenhuis organiseren.
3. **Betrek vanaf de start de zorgverzekeraar en minimaal 1 belangrijke gemeenten** uit het kernwerkgebied van het ziekenhuis. Zij zijn als opdrachtgever, financier – en in geval van de gemeente soms ook uitvoerder – belangrijk om aangehaakt te hebben.
 - Anders voelt het al snel als iets waar zij geen inspraak op hebben.
 - Deze betrokkenheid helpt als er IZA-gelden worden aangevraagd.

Don'ts

1. Financiering: **zorg dat het 'wrong pocket problem' niet leidend** is (waar vallen kosten en baten), zeker niet bij de start.
 - Samenwerkingsverbanden doen dit vooralsnog met gesloten beurzen.
 - NB. Het is wel goed om in kaart te brengen om welke aantallen, inzet en potentiële effecten het gaat
2. Het fijne aan deze samenwerking is dat het voor alle partijen financieel interessant is. Dat neemt niet weg dat het met name aan de gemeentelijke kant op korte termijn om extra inzet kan vragen (bijv. door aan te sluiten bij het MDO). **Bied vanuit het ziekenhuis comfort door 1) te zorgen dat dit zo efficiënt mogelijk verloopt en 2) te kijken of je randvoorwaardelijke zaken kan betalen (zoals een projectleider voor de pilotfase).**
3. **Betrek bestuurders als ambassadeur: maak ze niet te groot in het proces, maar vergeet ze ook niet mee te nemen.** Je kan zeker in de eerste fase veel meters maken zonder dat zij een grote rol hoeven te spelen in de aansturing.



Meer weten?

Sanne van Eerden, begeleider leertraject
s.vaneerden@aef.nl / [link](#)