

De zwangere met extra aandacht

Protocol voor de begeleiding van de zwangere die extra begeleiding nodig heeft.



Het protocol is tot stand gekomen door een samenwerking met alle disciplines rondom moeder en kind in het Rivierenland gebied.

“De zwangere met extra aandacht”

Inleiding

Regelmatig krijgen hulpverleners rondom de aanstaande ouder(s) en het (ongeboren) kind te maken met een zwangere die extra aandacht nodig heeft. Denk aan een aanstaande ouder(s) met een verstandelijke beperking, verslavingsproblematiek, psychiatrische problematiek, financiële problematiek, komend uit een zwak sociaal milieu, tienermoeder of -vader, betrokken bij mishandeling en/of misbruik of enige andere reden die extra aandacht vergt; **”de zwangere met extra aandacht”**.

Uit onderzoeken en maatschappelijke discussies is gebleken dat de opvoeding van kinderen door mensen uit één van deze groepen problemen met zich mee kan brengen.

Het kan voor ouders moeilijk zijn om voor de zorg en opvoeding van hun kind verantwoordelijk te zijn. In sommige situaties lukt het met ondersteuning vanuit het sociale netwerk of de hulpverlening, maar in andere situaties blijkt dat de opvoedingssituatie voor het kind onvoldoende is en zal er extra zorg geboden moeten worden, waarbij het noodzakelijk kan zijn het kind uit huis te plaatsen.

Deze situatie is voor zowel kind als ouders traumatisch en moet zoveel mogelijk worden voorkomen. Het is dan ook noodzakelijk dat vanaf het begin van de zwangerschap instanties goed met elkaar samenwerken en duidelijke afspraken maken.

Om dit te faciliteren hebben de betrokken instanties afspraken met elkaar gemaakt en de intentie uitgesproken om in voorkomende situaties met elkaar samen te werken.

Het samenwerkingsprotocol is een richtlijn, het plan van aanpak zal op de individuele vrouw worden afgestemd.

Van belang binnen deze samenwerkingsafspraken is, dat de verloskundig hulpverlener (1e lijns verloskundige, verloskundig actief huisarts of gynaecoloog) verantwoordelijk is voor de organisatie en het beloop van het traject. Binnen zijn/haar organisatie kunnen taken gedelegeerd worden, maar de hoofd verantwoordelijke ofwel case-manager blijft primair de verloskundig hulpverlener.

Snel handelen is noodzakelijk en dit betekent dan ook dat van de betrokken hulpverleners gevraagd wordt om de vrouw met voorrang in te plannen.

Het voorliggende samenwerkingsprotocol is richtinggevend en heeft tot doel om:

- Een weloverwogen inschatting te kunnen maken van de mogelijkheden en veiligheid van het (ongeboren) kind.
- Een goede begeleiding te geven aan de aanstaande ouder(s) en het (ongeboren) kind tijdens de zwangerschap, de bevalling en het kraambed.
- Te komen tot een goede afstemming en duidelijke afspraken met de betrokken instanties, zó dat er een optimale continuering van het zorgtraject is na de afsluiting van de verloskundige zorg.
- Zo nodig tijdig een advies in te winnen bij het AMK. Dit is op elk moment in het proces mogelijk.

BIJLAGEN:

- 1. Samenstelling werkgroep**
- 2. Stroomdiagram**
- 3. Toelichting op het stroomdiagram**
- 4. Sociale kaart**

BIJLAGE 1

SAMENSTELLING WERKGROEP

Verloskundig Samenwerkings Verband Rivierenland (VSV)

- M. Baas, gynaecoloog
- R. Hardeman, unitmanager afdeling verloskunde & 2e lijns verloskundige
- M. Schimmel, 2e lijns verloskundige
- D. Bergman, kinderarts
- A. Mijnheer, 1e lijns verloskundige

Medisch Maatschappelijk Werk Ziekenhuis Rivierenland

- L. Laponder, maatschappelijk werkster

Psychologie Ziekenhuis Rivierenland

- I. van der Laan, kinder psychologe

Advies & Meldpunt Kindermishandeling Gelderland (AMK)

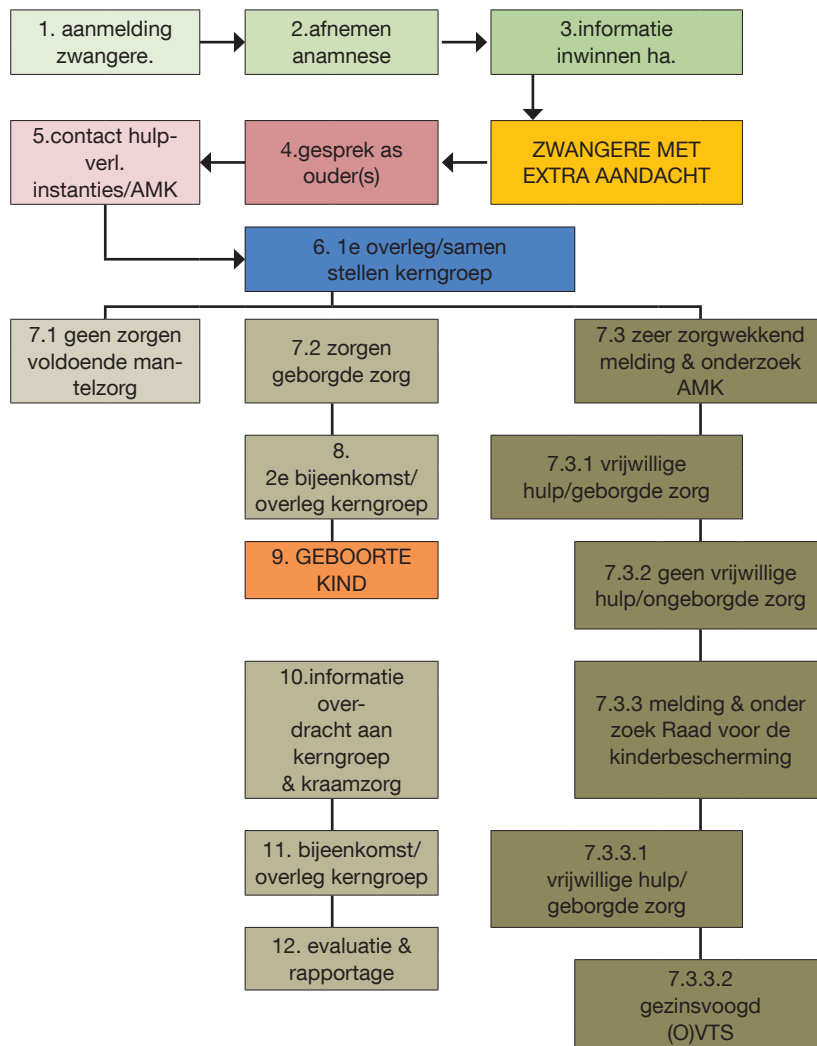
- D. Rotte, vertrouwensarts

Management Ziekenhuis Rivierenland

- C. Drijver, manager snijdend specialisten tot en met mei 2010
- G. Koot, manager snijdend specialisten vanaf juni 2010

BIJLAGE 2

STROOMDIAGRAM BIJ "ZWANGERE MET EXTRA AANDACHT"



N.B. (1): rapporteer elke stap en elk overleg in dossier van cliënte.

N.B.(2): AMK kan op elk moment geraadpleegd worden voor (anoniem) advies.

BIJLAGE 3

TOELICHTING OP HET STROOMDIAGRAM

1. Aanmelding zwangere

Deze aanmelding kan plaats vinden bij de eerste lijns verloskundige of gynaecoloog , verder genoemd; “de verloskundig hulpverlener”. Mochten andere hulpverleners een zwangerschap vermoeden of vaststellen, stimuleren zij de vrouw zich zo spoedig mogelijk bij de verloskundige te melden.

2. Afnemen anamnese

Het afnemen van de anamnese verdient tijd en aandacht. Naast de personalia, de ziektegeschiedenis en de familie anamnese is de sociale anamnese van groot belang. Op basis van een grondig afgenomen anamnese kan vastgesteld worden of een zwangere in een risico groep valt en zij, haar gezin en haar (ongeboren) kind extra zorg nodig heeft.(zie bijlage: “Afnemen anamnese”)

Dit geldt met nadruk óók als een zwangere zich later in de zwangerschap aanmeldt en er al eerder contact is geweest met een andere verloskundig hulpverlener. Is de anamnese compleet? Neem indien deze bekend is, contact op met de vorige hulpverlener. Zorg zelf ook voor een goede overdracht.

TIP: mocht een zwangere definitief uit het zorgsysteem verdwijnen, meld dit dan bij het AMK.

3. Informatie inwinnen huisarts

Na de aanmelding en het afnemen van de anamnese wordt de zwangerschap door de verloskundig hulpverlener bij de huisarts gemeld, met een verzoek om de relevante informatie over de zwangere en/of haar gezin te melden. Dit kan schriftelijk of per zorgmail. Mochten er zorgen zijn, dan zal uit de informatie van de huisarts zal blijken of de zorgen gegrond zijn en of er al hulp rondom deze zwangere georganiseerd is. Het kan ook blijken dat er zorgen zijn die nog niet door de verloskundig hulpverlener gesignaleerd zijn.

De zwangere met extra aandacht

4. **Gesprek met de aanstaande ouder(s)**

Naar aanleiding van de zorgen die er ontstaan zijn nodigt de verloskundig hulpverlener de aanstaande ouder(s) en eventuele begeleiders uit voor een gesprek en bespreekt de zorgen.

5. **Contact hulpverlenende instanties of inschakelen adequate hulp. Advies AMK**

Als er al hulpverlenende instanties rondom de zwangere in het spel zijn, dan worden deze benaderd door de verloskundig hulpverlener.

Dit is het moment dat er bij het AMK al een advies gevraagd kan worden over de verdere begeleiding. Dit kan anoniem, dat wil zeggen zonder de naam van de zwangere te noemen.

Is er nog geen hulpverlening rondom de zwangere dan wordt adequate hulp ingeschakeld om het traject op te starten. Dit kan zijn MEE, IRIS, GGZ, maatschappelijk werk, pastorale zorg, toegepaste thuiszorg, etc.

Dit alles steeds in overleg met de aanstaande ouder(s) en/of eventuele begeleider.

6. **1e overleg verloskundig hulpverlener, huisarts en hulpverlenende instanties**

Er vindt een eerste oriënterend gesprek plaats met verloskundig hulpverlener, huisarts, en de hulpverleners rondom de zwangere, zo nodig kan het AMK hierbij aansluiten.

Dit overleg wordt georganiseerd door de verloskundig hulpverlener. De zwangere wordt hierover ingelicht, tenzij dit een risico zou opleveren voor moeder en/of kind.

Het doel van het overleg is om in een zo vroeg mogelijk stadium een beeld te krijgen van de situatie waarin het kind geboren gaat worden. Er wordt een kerngroep vastgesteld *waarbij vanuit elke discipline een vast contactpersoon benoemd wordt* en er worden afspraken gemaakt over wie, waarvoor verantwoordelijk is, zodat de gezondheid en veiligheid van het (ongeboren) kind en de vrouw gewaarborgd zijn.

In het eerste overleg moet de situatie rond de vrouw in kaart gebracht worden. De volgende onderwerpen zijn hierbij van belang:

- Wat is het cognitief niveau van de aanstaande ouder(s)?
- Hoe zien de familieomstandigheden (andere kinderen, partner, ouders etc.) eruit?
- Hoe ziet de woonsituatie eruit?
- Hoe ziet het netwerk (familie/vrienden) eruit? Wat heeft het netwerk te bieden? Wat zijn de mogelijkheden en wat is de haalbaarheid?
- Wat is de culturele en/of religieuze achtergrond van a.s. ouder(s) en wat zijn de consequenties hiervan?
- Is er sprake van een werksituatie?
- Hoe ziet de financiële situatie eruit?
- Hoe is het gesteld met de gezondheid? Is er sprake van een zorgmijder of dak- en thuisloze?
- Hoe is het gesteld met de gezondheid van het ongeboren kind?
- Wat zijn de verwachtingen over de gezondheid van de baby. Bijvoorbeeld m.b.t. verslavingsproblematiek, verstandelijke beperking, (erfelijke) lichamelijke gebreken, psychiatrische problematiek, sociale problematiek?
- Is het gezin al eerder in aanraking geweest met hulpverlenende instanties inclusief AMK?

Acties vanuit dit overleg:

- Er wordt een kerngroep benoemd, *waarbij vanuit elke discipline een vast contactpersoon benoemd wordt.*
- Er wordt een trajectbegeleider benoemd.
- Mocht het een zwangere in de tweede lijn betreffen, dan wordt de verloskundige die het kraambed te zijner tijd zal begeleiden ook ingelicht.
- Betreft het een zwangere in de eerste lijn, dan wordt er over de situatie gerapporteerd bij een eventuele overdracht naar de tweede lijn.
- *JGZ en de betrokken kraamzorgorganisatie* worden ingelicht en gevraagd een prenataal huisbezoek af te leggen.

- Er wordt een plan van aanpak opgesteld waarin de te ondernemen acties en de vervolgfafspraken vastgelegd worden.
- *Mogelijke uitkomsten: geen zorgen, zorgen, zeer zorgwekkend.*

7. Uitkomsten overleg.

7.1: geen zorgen, voldoende mantelzorg.

Zwangere lijkt het zelfstandig te redden en heeft een stevig sociaal netwerk om zich heen dat haar en haar toekomstige kind bij kan staan. Zwangere accepteert deze steun.

Verloskundig hulpverlener nodigt contactpersoon uit het netwerk uit om een keer mee te komen tijdens een consult en de situatie te verkennen. Verloskundig hulpverlener blijft contact houden met de huisarts en vice versa.

7.2: zorgen, vrijwillige hulpverlening, geborgde zorg.

Situatie is zorgelijk, er is een stevig sociaal netwerk om de zwangere heen en deze accepteert vrijwillig hulp.

De kerngroep stelt vast welke, adequate hulp geïndiceerd is en organiseert en monitoort deze.

7.3: zeer zorgwekkend, melding en onderzoek door AMK (Advies & Meldpunt Kindermishandeling).

Situatie is zeer zorgwekkend, verder onderzoek is nodig.

Namens de kerngroep wordt de melding gedaan.

Aanstaande ouder(s) worden ingelicht. AMK start onderzoek.

7.3.1 vrijwillige hulp, geborgde zorg.

Zwangere accepteert geboden zorg, deze lijkt de situatie te borgen. AMK meldt bevindingen aan melder en sluit minimaal één maal aan bij de kerngroep om gezamenlijk een plan van aanpak vast te stellen.

7.3.2 geen vrijwillige hulp, geen geborgde zorg.

Uit onderzoek blijkt dat er geen of onvoldoende geborgde zorg is om de bedreiging van moeder en/of kind op te heffen en dat

hulp niet vrijwillig geaccepteerd wordt. AMK schakelt Raad voor de Kinderbescherming in.

7.3.3 Melding en onderzoek door Raad voor de Kinderbescherming

De Raad voor de Kinderbescherming voert een onderzoek uit om te bepalen of er een beschermingsmaatregel nodig is. Indien de Raad voor de Kinderbescherming bemoeienis/hulp in een gedwongen kader noodzakelijk acht, zal de rechter om een kindbeschermingsmaatregel vragen. In principe kan een voorlopige onder toezichtstelling (VOTS) uitgesproken worden als de vrouw 24 weken zwanger is, omdat het dan gaat om een kind wat levensvatbaar is. Na de geboorte kan de VOTS omgezet worden in een onder toezichtstelling (OTS) De kinderrechter is degene die beslist of er een maatregel (gezinsvoogdij) wordt uitgesproken of dat het kind (al dan niet tijdelijk) na de geboorte in een pleeggezin wordt geplaatst.

7.3.3.1 Vrijwillige hulp, geborgde zorg.

Zwangere accepteert geboden zorg, deze lijkt de situatie te borgen. Raad voor de Kinderbescherming meldt bevindingen aan AMK en hulpverleners deze sluit zo nodig aan bij de kerngroep om gezamenlijk een plan van aanpak vast te stellen.

7.3.3.2 Gezinsvoogd (V)OTS

Wanneer er een (V)OTS wordt uitgesproken wordt er een gezinsvoogd aangesteld. De gezinsvoogd maakt deel uit van de kerngroep, zodat de stappen die gezet gaan worden bij de ouder(s) en de direct betrokken hulpverleners bekend zijn. Hierdoor kan de begeleiding op een open en goede manier plaatsvinden en worden onverwachte gebeurtenissen en acties (zoveel mogelijk) voorkomen.

8. 2e bijeenkomst kerngroep.

Bevindingen worden besproken met eventueel deelname van AMK. Plan van aanpak wordt definitief vastgesteld, waaronder ook de plaats van geboorte en een advies over het beloop

en de begeleiding van het kraambed. (indicatie voor klinische kraambed?)

Mocht er besloten worden tot een (poli)klinische partus en/of klinisch kraambed, dan wordt nu ook de vakgroep kindergeneeskunde van de situatie op de hoogte gesteld
Contact en rapportage momenten worden vastgelegd.

Ter attentie: bij enig moment van verwijzing kopie van status en rapportages overdragen met een mondelinge toelichting op de situatie.

9. Geboorte kind

10. Informatieoverdracht leden kerngroep en kraamzorg.

- Diegene die de partus begeleidt heeft licht alle leden van de kerngroep volgens afspraak in over de geboorte.
- Betreft het een partus in de tweede lijn, dan wordt de verloskundige die het kraambed begeleidt en de kraamzorg ook ingelicht. Beiden kunnen zich dan instellen op de situatie.
- Verloskundige legt eerste bezoek op dag van thuiskomst af.
- Verloskundige informeert JGZ over thuiskomst en de JGZ verpleegkundige legt eerste bezoek in kraambed af als kraamzorg nog aanwezig is.

11. Bijeenkomst c.q. contactmoment kerngroep

Zo nodig bijeenkomst kerngroep zo snel mogelijk na geboorte kind of in kraambed.

Begeleider van partus of begeleider kraambed is de indicator in deze.

12. Evaluatie en rapportage

Na het afsluiten van het kraambed plant de kerngroep een slotbijeenkomst waarbij uitgebreide evaluatie, eindrapportage en zo nodig vervolgspraken en overdracht.

Afschrift naar alle leden van de kerngroep, toe te voegen aan dossier van cliënt en pasgeborene.

Zes weken post partum wordt er een nacontrole afspraak

gemaakt bij de verloskundig hulpverlener.(Bij een verwijzing durante partu spreken 1e en 2e lijns hulpverlener vooraf met elkaar af wie de nacontrole verzorgd) Hier wordt extra tijd en aandacht voor ingepland.
Ook hiervan een kort afschrift naar de leden van de kerngroep.
Bij bijzonderheden direct contact met de huisarts.

BIJLAGE 4

SOCIALE KAART

1. Algemene anamnese

Naam
Adres
Telefoonnummer (ook mobiel)
E-mail adres
BSN
Huisarts
Apotheek

2. Sociale anamnese

Burgerlijke staat (gehuwd, samenwonend, LAT, alleenstaand)
Geloof/aangesloten bij kerkgenootschap
Werk/fulltime/parttime
Werk partner
Zijn er kinderen uit eerdere relaties van partner

3. Psychische anamnese

Ooit in contact geweest met maatschappelijk werk, psycholoog, psychiater.
Directe familie in contact geweest met maatschappelijk werk, psycholoog, psychiater (broers, zussen, ouders)
Ooit in aanraking geweest met enige vorm lichamelijk geweld en/of van misbruik (pesten, lichamelijk, sexueel)
Bij een positief antwoord dit nu of tijdens een volgend bezoek uitdiepen.

4. Lichamelijke anamnese.

Ziektes (hart, longen, nieren, geelzucht, ziekte van pfeiffer)
Wel eens bij een specialist geweest of in het ziekenhuis gelegen
Uitstrijkjes
Sexueel overdraagbare aandoening
Operaties

Blaasontsteking
Koortslip
Gevaccineerd als baby
Varices
Roken
Alcohol
Drugs
Allergie
Bloedtransfusie
Foliumzuur geslikt
Hypertensie zelf of in directe familie
Diabetes zelf of in directe familie

**SOCIALE KAART RONDOM SAMENWERKINGS AFSPRAKEN
VOOR DE ZWANGERE MET EXTRA AANDACHT**

Verloskundig hulpverleners	telefoon	e-mail
1e lijn:		
2e lijn:		

Huisartsen	telefoon	e-mail

Jeugdgezondheidszorg	telefoon	e-mail

Hulpverlenende instanties	telefoon	e-mail
Algemeen maatschappelijk werk STMG	ter zake doende	
Algemeen maatschappelijk werk STMR	per praktijk/ hulpverlener zelf	
Medisch maatschappelijk werk ZRT	invullen	
MEE		
IRIS		
AMK		
BJZ		
FIOM		
GGD Rivierenland		
GGZ Eleos		
Eerste lijns psychologen		
Syndion		
RIBW Nijmegen @Rivierenland		

Kraamzorg instellingen	telefoon	e-mail
De kraamvogel		
De Waarden		
Betuwe & Gelderse Vallei		
RST		

Verloskundig Samenwerkings Verband Rivierenland
www.vsvrивierenland.nl