

Q&A Webinar 5 Prenataal Huisbezoek

Vanuit het Webinar over Prenataal Huisbezoek zijn nog enkele vragen gekomen. Deze worden in dit bestand beantwoord door de verschillende sprekers van het Webinar.

Regioprotocol Foetale Groeirestrictie – Wessel Ganzevoort

Vraag	Antwoord
1. Kan het hierbij zinvol zijn om een verlengde arm constructie te maken waarbij hiervoor opgeleide 1e lijn echoscopisten ook doppler arterie umbilicalis meting kan doen. Eenvoudige toevoeging wanneer op biometrie echo AC < p10 is.	Dit zouden we moeten onderzoeken. Volgens mij is een verlengde arm constructie niet nodig. Het is geen voorbehouden handeling. Dus wie het kan en dus bevoegd is kan dit gewoon doen en dan zou het idee zijn aan de hand van het hele plaatje te bedenken op welke termijn vervolgonderzoek moet worden gedaan. Criteria daarvoor moeten worden opgesteld.
2. Als student zijnde merk ik tijdens stage dat veel verloskundigen andere metingen aanhouden bij het meten van de fundus-symfyse. Sommigen houden termijn +- 2 cm aan en anderen houden termijn -4 cm aan. Wat is jullie mening hierover?	Dat maakt niet zoveel uit. De meest gebruikte curve heeft volgens mij - uit mijn hoofd - 4 cm speling voor 95%. Maar belangrijkste aan deze maatvoering is het vervolgen in de tijd.

Regioprotocol GBS en Zwangerschap – Moira Müller

Vraag	Antwoord
1. Wordt de sneltest nog meegenomen in het GBS beleid?	Er is zeker ruimte voor de sneltest. Helaas is deze in de meeste klinieken nog niet in gebruik. De voorgestelde tekst in de concept richtlijn luidt: Indien men de beschikking heeft over een gevalideerde GBS-sneltest wordt voorgesteld om deze test in te zetten indien er maternale risicofactoren zijn zoals een dreigende vroeggeboorte en het breken van de vliezen zonder weeënactiviteit. Er kan dan gericht GBSprofylaxe worden toegediend durante partu.

Regioprotocol IUVD – Merel van Maarle

Vraag	Antwoord
1. Bij een IUVD al enige tijd bestaat dan is chromosomen onderzoek toch niet meer mogelijk?	Met de huidige technieken is het kweken van cellen (en dus vitaal weefsel) niet meer nodig. Dus chromosomenonderzoek is in verreweg de meeste gevallen nu wel mogelijk.

Handreiking Prenataal Huisbezoek door de JGZ, voor zwangeren en/of gezinnen in een kwetsbare situatie – Elle Struijf

Vraag	Antwoord
1. Kun je meer uitleg geven over de term VoorZorg?	Met VoorZorg is een bewezen effectieve verpleegkundige preventieve interventie bij gezinnen in een zeer kwetsbare situatie (risico cumulatie). Het programma bestaat uit een intensief schema van huisbezoeken van 1 à 1½ uur uitgevoerd

	<p>door speciaal daarvoor opgeleide VoorZorgverpleegkundigen met ervaring in de JGZ. De huisbezoeken beginnen zo vroeg mogelijk in de zwangerschap (uiterlijk 28 weken zwangerschap) tot het kind 2 jaar is. Gemiddeld zijn er twee huisbezoeken per maand. In de eerste maand van het programma en tijdens de eerste zes weken na de geboorte gaan de VoorZorgverpleegkundigen wekelijks op huisbezoek. Totaal 40-60 huisbezoeken.</p> <p>Doelstellingen</p> <p>De belangrijkste doelstellingen van VoorZorg zijn verbetering van het zwangerschaps- en geboorteproces voor moeder en kind, verbetering van de gezondheid en ontwikkeling van het kind, en verbetering van de persoonlijke ontwikkeling van de moeder en haar mogelijkheden voor opleiding en werk, zodat zij meer kan betekenen voor haar kind.</p> <p>Zie verder ook: VoorZorg: https://www.ncj.nl/voorzorg/; en de Databank Effectieve Interventies (NJI): VoorZorg: https://www.nji.nl/zoeken?keyword=VoorZorg&f[0]=entity_filter_bundle%3Aintervention</p>
2. Ik mis de centering parenting? door JGZ	Centering Pregnancy en Centering Parenthood is (nog) niet opgenomen in de Databank Effectieve interventies, vandaar dat het nog niet opgenomen is. Maar zeker een zeer goede interventie die we hopen binnen kort wel in de handreiking PHB JGZ op te kunnen nemen.
3. Wat houdt stevig ouderschap in?	<p>Stevig Ouderschap (SO) is een preventieve effectieve interventie; Stevig Ouderschap geeft gezinnen met een minder makkelijke start een steuntje in de rug. Met huisbezoeken van een speciaal opgeleide jeugdverpleegkundige helpt deze interventie ouders hun zelfvertrouwen en zelfredzaamheid te vergroten en hun sociale netwerk te versterken. Totaal 6-10 huisbezoeken.</p> <p>Zie verder ook: Stevig Ouderschap: https://www.ncj.nl/stevigouderschap/wat-is-stevig-ouderschap/; en de Databank Effectieve Interventies (NJI): https://www.nji.nl/zoeken?keyword=Stevig%20Ouderschap&f[0]=entity_filter_bundle%3Aintervention</p>
4. Is dat overal beschikbaar?	Nee, niet ieder goed en bewezen effectief programma is overal beschikbaar. Check bij je eigen gemeente wat er is, en geef evt missende interventies aan.

Perspectief van verloskundige zorg – Janneke Gitsels

Vraag	Antwoord
1. Hoi, welke overweging is gemaakt om het MDO plaats te laten vinden zonder de zwangere (en eventueel partner én soc. netwerk) erbij te betrekken?	Dank voor de goede en scherpe vraag. Er is toentertijd bij de start van Steunpunt Kwetsbare Zwangere niet een duidelijke overweging gemaakt de zwangere (en naasten) wel of niet ter plekke bij de MDO te betrekken. Het SKZ rolde ahw voort uit de MDO POP-poli, waar in de Zaanstreek de zwangere zelf niet aan tafel zit. De zwangere geeft van tevoren toestemming om haar situatie te bespreken en weet wat de gestelde zorgvraag aan SKZ is.

	<p>De huidige voorzitter van ons SKZ geeft aan, dat het de bedoeling is dat professionals vrijuit kunnen praten, eventuele zorgen kunnen uiten om samen te sparren wat voor de zwangere het beste is; het wil per definitie niet een plek zijn waar de zwangere verantwoording af moet leggen van haar situatie.</p> <p>Voordat een zwangere in het SKZ besproken wordt, heeft de zorgverlener/verloskundige al zoveel mogelijk in werking gesteld om de sociale situatie van de zwangere te verbeteren, denk bijv. aan Voorzorg en Sociaal Wijkteam.</p> <p>De gestelde vraag werkt als een reflectie op hoe we SKZ nu ingericht hebben. Ik heb de voorzitter geadviseerd de overweging de zwangere bij het MDO te betrekken met de diverse zorgprofessionals te bespreken.</p>
--	--

Casuïstiekbespreking

Is er geen meerwaarde aan om het huisbezoek ook fysiek thuis te doen zodat je achter de voordeur komt?	
Reacties kijkers op vraag	<p>Ik heb al vele PHB uitgevoerd als JGZ VPK in Amsterdam Noord, het is een succes!</p> <p>In Amsterdam zijn er inderdaad lokale coalities en is er verbinding gelegd tussen ketenzorgpartners in de wijk, zoals VoorZorg, het ziekenhuis, wijkteam, verloskundigen etc. Wij voeren de huisbezoeken fysiek uit.</p> <p>Huisbezoek waar? ze heeft geen huis</p> <p>Moeilijke is als ze geen vast adres heeft: welke JGZ/cons bureau gaat haar begeleiden?</p>
Verloskunde	Een huisbezoek heeft zonder meer waarde en ook de voorkeur; vaak is dit ook positief voor de vertrouwensband.
JGZ/GGD	<p>Zeker een meerwaarde, echter dit stem je af met de cliënt. Je bereikt meer wanneer je met de cliënt/ouders op een voor hen veilige plek afsprekt, zodat er een vertrouwensband ontstaat.</p> <p>Irene: absoluut een meerwaarde: je ziet de zwangere in de aanstaande opvoedomgeving. bovendien zal het voor de zwangere en partner vertrouwen geven in de eigen omgeving te zijn. letterlijk laagdrempelig.</p>
Kraamzorg	Een huisbezoek heeft zeker een meerwaarde en vooral bij kwetsbare zwangeren ook de voorkeur. Een huisbezoek geeft duidelijkheid naar het gezin en naar de kraamzorg. Voorbeeld: Bij een kraamvrouw waarbij een taalbarrière is, is het heel zinvol om d.m.v. een kraamboek 'kraamzorg in beeld' de kraamzorg duidelijk te maken d.m.v. foto's en illustraties. Deze wordt achtergelaten in het gezin zodat de kraamverzorgende deze ook kan gebruiken tijdens de zorg.

	<p>Het heet een 'huisbezoek' maar indien nodig, om wat voor reden dan ook, kan deze ook plaatsvinden op een andere locatie. De huiselijke situatie kan dan niet worden gezien maar een gesprek met de zwangere zelf blijft het belangrijkste.</p>
<p>Projectleider PHB JGZ</p>	<p>Vanuit andere perspectieven heeft de term 'huisbezoek' nog wel eens een negatieve lading gekregen (<i>ingrijpen achter de voordeur</i>), terwijl vanuit het preventieve veld dit juist meestal een positieve beleving geeft (<i>ondersteuning vanuit de huiskamer</i>, of te wel: aansluiten bij wat er thuis leeft). Een bezoek bij een cliënt thuis heeft veel voordelen, zowel voor de cliënt (de regie in eigen huis) als voor de bezoekende professional (een indruk thuis).</p> <p>Een verschil ten opzichte van het nu al vaker uitgevoerde prenatale huisbezoek is dat dit PHB JGZ echt geplaatst moet worden in een breder perspectief dan de JGZ in engere zin. De JGZ is in deze de verbinder tussen het medische en het sociale domein. Vanuit de situatie van de cliënt wordt gezamenlijk gekeken welke ondersteuning het meest gewenst is.</p> <p>De situatie als iemand dak- en thuisloos is (de casus in het webinar van 30-11, is tevens een casus welke als voorbeeld in de handreiking is opgenomen) vraagt uiteraard een brede sociale aanpak, waarbij samen met de cliënt gekeken wordt welke problemen het urgents zijn.</p> <p>Dak- en thuisloos zijn sluit natuurlijk een PHB JGZ niet uit. Je kunt afspreken waar je de afspraak maakt: op het consultatiebureau, bij de verloskundigenpraktijk, etc. Daar is altijd wel een oplossing voor te vinden. Het hoeft ook niet perse een <u>huisbezoek</u> te zijn.</p> <p>De laatste vraag suggereert dat het altijd de 'eigen' toekomstige JGZ verpleegkundige is, maar de handreiking geeft duidelijk aan, dat ook hierin wel variatiemogelijkheden zijn, welke aansluiten bij de mogelijkheden en de wensen van de organisatie.</p>

<p>Ik heb eerlijk gezegd de handreiking nog niet volledig bekeken: maar op welke punten gaan we evalueren? Welke items zouden we in het DDJGZ op moeten nemen?</p>	
<p>Reacties kijkers op vraag</p>	<p>Geen</p>
<p>Verloskunde</p>	<p>NVT. Daarnaast gaf Elle de aanbeveling de handreiking multidisciplinair te bespreken; aan de hand daarvan kunnen evaluatie-items benoemd worden.</p>
<p>JGZ/GGD</p>	<p>In eerste instantie lijkt het me dat we gaan evalueren op klanttevredenheid, percentage PHB t.o.v. het aantal geboren kinderen en welke doelgroep we bereiken, vervolgens kan op de inhoud geëvalueerd worden.</p> <p>Irene: Qua inhoud gaat het dan om WAT je signaleert en welke hulp/ zorg er nodig is. En hoe snel dat voor handen is. Het zou mooi zijn dat het inzichtelijk maakt dat de zorg na de geboorte dan minder zwaar wordt.</p>

Kraamzorg	Voor de kraamzorg nvt. Wel graag bij de evaluatie de aansluiting (manier, aantallen, resultaat) kraamzorg meenemen
Projectleider PHB JGZ	<p>Een heel goede vraag, waarop het antwoord nog niet geheel duidelijk is. Ik sluit aan bij het antwoord van de JGZ zoals hierboven gegeven, maar op dit moment wordt er gekeken naar welke monitor items er moeten komen om te evalueren. Suggesties of goede ideeën zijn van harte welkom.</p> <p>Voor de registratie van de items moet nog gewerkt worden aan een volwassenendossier JGZ, omdat ouder gegevens niet in het kinddossier mogen.</p>

Hoe borg je de interventie die je noemt tijdens je PHB JGZ in de gemeente waar je werkt ?	
Reacties kijkers op vraag	Geen
Verloskunde	NVT
JGZ/GGD	<p>Door voor de gemeente inzichtelijk te maken, bijv. met een dashboard, hoeveel huisbezoeken er gedaan worden en welke interventies er uit voortkomen. Deze zullen in een moeder/ouder dossier worden bijgehouden</p> <p>Irene: goede registratie van de activiteiten en verwijzingen. en zo mogelijk ook van de effecten/ resultaten.</p>
Kraamzorg	NVT
Projectleider PHB JGZ	<p>Ik denk dat ik de vraag niet heel goed begrijp dus mocht mijn antwoord niet passend zijn, dan graag even de vraag opnieuw stellen, via prenataalhb@ncj.nl; dan kan het een beter antwoord zijn.</p> <p>Bij de interventies die voor een gezin het meest passend zouden zijn, moet je aan twee zaken denken.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Als het een interventie is, die nog niet in je gemeente uitgevoerd kan worden, zou een dashboard hierover wel zeer wenselijk zijn. Het maakt voor een gemeente inzichtelijk wat er nodig is. 2. Als het een interventie is, welke in de gemeente wel aanwezig is, dan moet je als PHB JGZ uitvoerende verpleegkundige natuurlijk wel weten onder welke voorwaarden en via welke route dit op zo kort mogelijk termijn ingezet kan worden. <p>Beide bovenstaande punten zullen onderwerp moeten zijn van de lokale afstemmingsbijeenkomsten waar de handreiking expliciet op wijst.</p>

Begrijp ik nou dat de kraamzorg ook prenatale huisbezoeken doen? Ik begreep dat dit een taak voor JGZ was.

<p>Reacties kijkers op vraag</p>	<p>Een van de vele grote nadelen van covid vind ik dat dit huisbezoek van de kraamzorg minder en minder plaats vindt. Ik vind het een grote meerwaarde hebben.</p> <p>De kraamzorg vindt de intake net zo belangrijk hoor @Mariska, wij doen ze nog steeds met alle voorzorgsmaatregelen gewoon bij de kraamvrouw thuis ;-)</p> <p>Er zijn ook regio's waar de JGZ meteen meegaat bij zwangeren in kwetsbare situaties met het intake huisbezoek van de kraamzorg. Daarmee wordt de JGZ meteen laagdrempelig geïntroduceerd bij het gezin. Is dat voor jullie ook een optie?</p> <p>Irene: zeker!</p> <p>in onze regio hebben we onderzocht om huisbezoek van jgz samen met kraam te doen. maar kraam intake is vaak later en vanuit prenataal huisbezoek willen we er graag zo vroeg mogelijk bij zijn, bijv. al vanaf 8 weken</p> <p>Wat vroeg, al bij 8 weken.</p> <p>als het een kwetsbare zwangere is, wil je zo vroeg mogelijk hulp inzetten</p> <p>Ja maar lijkt me nog zo'n kritieke periode qua zwangerschapsduur.</p> <p>Irene: onze ervaring is dat men er voor open staat in de periode 30-36 weken. die ontvankelijkheid is van groot belang.</p> <p>wij doen phb ook liever vroeger, dan nog preventief grotere winst, en bijv inzet Stevig Ouderschap en Voorzorg prenataal mogelijk</p> <p>De intake van de kraamzorg is meer dan kijken of alles aanwezig is, cliënten benoemen vaak dat wij komen " controleren of alles aanwezig is" , als wij als professionals dat ook al zo benoemen, houden we dit in stand.</p>
<p>Verloskunde</p>	<p>In principe hebben het huisbezoek door de kraamzorg (later in de zwangerschap) en het huisbezoek door JGZ (vroeg in de zwangerschap) een andere focus. Idealiter zou specifieke zorg bij sociale kwetsbaarheid door het huisbezoek door de JGZ in kaart gebracht en in gang gezet zijn voordat het huisbezoek van de kraamzorg plaatsvindt.</p>
<p>JGZ/GGD</p>	<p>De insteek van het PHB JGZ is breder dan de het huisbezoek van de kraamzorg. JGZ is de verbinder tussen sociaal en medisch domein en kan zo vroeg als wenselijk is.</p> <p>Irene: het is goed om duidelijkheid te geven over de naam PHB. Bij Kraamzorg is het vaak het bezoek door de intaker, die is uiteraard prenataal. Daar ligt tevens het onderscheid. De Kraamzorg intaker kijkt ook naar de sociale omgeving, maar laat de interpretatie en vervolgacties ervan toch graag over aan de JGZ. Is mijn ervaring. Afstemming over wie wanneer op huisbezoek gaat en hoe dat gecommuniceerd wordt naar de cliënt is hiertoe erg belangrijk!</p>

Kraamzorg	<p>Bij een zichtbare kwetsbare zwangere wordt zoveel mogelijk de intake thuis verzorgt, ook in deze corona tijd, rekening houdend met alle voorzorgsmaatregelen. Soms kiest een zwangere liever zelf voor een telefonische intake, dan kan deze ook via videobellen plaatsvinden.</p> <p>Het zou een mooie samenwerking zijn als de JGZ en kraamzorg indien nodig, gezamenlijk een intake PHB kunnen afleggen. Soms wordt kwetsbaarheid bij een zwangere pas laat in de zwangerschap duidelijk, dan zou een gezamenlijk bezoek zinvol kunnen zijn. Duidelijke afspraken onderling en communicatie naar de cliënt zijn hierin dan erg belangrijk.</p>
Projectleider PHB JGZ	<p>Eigenlijk staan in de chat al de vragen en antwoorden bij elkaar. Het PHB JGZ doe je zo vroeg mogelijk om de ondersteuning zo vroeg mogelijk te kunnen starten en stress of spanning in de zwangerschap te kunnen verminderen. Hoe eerder hoe beter, mits de cliënt er ook aan toe is.</p> <p>Samen een huisbezoek kan heel goed zijn, maar ook bedreigend overkomen. Afstemming in deze is natuurlijk altijd noodzakelijk ; en lokaal zijn er veel verschillen.</p>

<p>Siilo is bij de GGD Amsterdam helaas nog niet goedgekeurd om te gebruiken ivm vragen over de privacy. Hoe hebben jullie goedkeuring gekregen om als instelling Siilo te gebruiken? privacy: wie beheert siilo. Hoe kan het dat de app gratis is</p> <p>Hoe gaan jullie met de AVG? over en weer tussen de verschillende geboortezorg organisatie's ?</p>	
Reacties kijkers op vraag	Geen
Verloskunde	<p>Tijdens de intake en tevens als er een specifieke zorgvraag optreedt, wordt de zwangere altijd gevraagd of ze akkoord is met het delen van gegevens met andere zorgprofessionals. Oftewel, er wordt niets overlegd of iets gedeeld wordt met een andere zorgprofessional, tenzij de zwangere van te voren akkoord heeft gegeven.</p>
JGZ/GGD	<p>Door altijd toestemming te vragen van ouders, en ouders te betrekken bij de gevoerde gesprekken. Op dit moment wordt bekeken samen met de betreffende VSV's welke terugkoppeling wenselijk is en wat AVG technisch hiervoor noodzakelijk is.</p> <p>Siilo gebruik ik in principe altijd anoniem, tenzij ik toestemming heb van ouders.</p> <p>Irene: bij ons gebeurt niks zonder toestemming van de cliënt.</p>
Kraamzorg	<p>Toestemming cliënt is bij benaming en delen van gegevens naar andere disciplines altijd nodig. Goedkeuring gebruik Siilo app is na navraag en onderzoek geboden door onze ICT afdeling.</p>

Projectleider PHB JGZ	<p>Siilo is voor mij een onbekend begrip, dus deze vraag is niet te beantwoorden. Mocht er toch een antwoord nodig zijn, dan graag de vraag met toelichting naar prenataalhb@ncj.nl</p> <p>De privacy en de AVG is in deze een groot goed, en vraagt een goede afstemming met de cliënt. In de Handreiking wordt de methodiek van 1G1P genoemd, om de zaken te bespreken samen met professionals en cliënt/gezin. Een tweede wat natuurlijk ook inzichtelijk maakt is warme overdracht, dus ook met de cliënt erbij.</p> <p>En tenslotte (open deur) altijd alleen contact hebben met instemming van de cliënt; en dan niet alleen dat je contact zult hebben, maar ook waarom en wat je wilt delen.</p>
------------------------------	--

<p>Wat bedoel je precies met 'buitenlandse gezinnen'? Zijn dit de gezinnen met een migratie achtergrond en/of de anderstalige gezinnen? Ik vind het van belang dat we hierin op onze woordkeuze letten.</p>	
Reacties kijkers op vraag	Geen
Verloskunde	Mee eens.
JGZ/GGD	Klopt Irene: mee eens. Ik doelde op gezinnen met een taalbarriere.
Kraamzorg	eens
Projectleider PHB JGZ	Helemaal mee eens

<p>Ik heb ook een vraag over het notuleren van overdracht en bijvoorbeeld de besproken casuïstiek bij MDO overleg. Hoe houden jullie bij welke gezinnen besproken worden in het MDO? En hoe wordt er gerapporteerd en wie kunnen daar allemaal bij/ lezen/ toevoegingen doen?</p>	
Reacties kijkers op vraag	Geen
Verloskunde	<p>We houden in een lijst bij van vrouwen die bij Steunpunt Kwetsbare Zwangere geweest zijn. Hetgeen besproken is wordt in de kaart van de zwangere genoteerd, de collegae van de praktijk kunnen dit lezen, evenals de 2e lijn van ons VSV via Eurodice. Daarnaast kan de zwangere het zelf lezen.</p>
JGZ/GGD	<p>De regievoering ligt in deze bij de (klinisch)verloskundige/gynaecoloog. Voor als nog is er geen centraal dossier waarin alle partijen kunnen rapporteren. Dit is een grote wens voor de toekomst.</p>

Kraamzorg	Het besprokene wordt in dossier cliënt vastgelegd. Is organisatie volgend. Het dossier is inzichtelijk voor de planner, kraamverzorgende, intaker en managers. Bij verschillende kraamzorgorganisaties is het dossier ook inzichtelijk voor de cliënt
Projectleider PHB JGZ	<p>Maak altijd onderscheid tussen casuïstiekbesprekingen en cliëntbesprekingen.</p> <p>Casuïstiek besprekingen zijn anoniem, en wel dusdanig anoniem, dat ook op een later tijdstip er niet alsnog een cliënt herkent kan worden (alleen het niet noemen van de naam is dus niet voldoende).</p> <p>Clientbesprekingen zijn met instemming van de cliënt, al dan niet in aanwezigheid van de cliënt, en zullen in het eigen cliëntdossier genoteerd moeten worden. Vind er tijdens het MDO verslaglegging plaats, dan alleen anoniem en op hoofdlijnen.</p> <p>Een persoonlijk gezondheidsdossier, dus in eigenaarschap van de cliënt is een grote wens, maar voorlopig nog niet voor de situatie van een PHB JGZ of MDO gerealiseerd.</p>

Hoe signaleren jullie kwetsbare gezinnen bij de 22 wkn vacc?	
Reacties kijkers op vraag	<p>@sanne in Amsterdam Noord geven we de Groeigids mee + folders van JGZ, presentje/ eerste slabbetje, info over ouderchat en mogelijkheid PHB. We vragen idd ook kort hoe het gaat!</p> <p>Hebben jullie tijdens de MKV standaard een intake zwangere?</p> <p>ik heb het idee dat juist de kwetsbare zwangere niet voor de kinkhoestvaccinatie gaat. (Geen vervoer, snapt niet goed wat de bedoeling is, heeft er geen zin in etc.)</p> <p>Irene: wij zien een hoog opkomstpercentage. maar wie niet komt: proberen we tijdig in beeld te krijgen</p> <p>Manon: @elze dat klopt, zien we ook terug in de cijfers</p> <p>Mkh vacc duurt idd maar kort, maar kan een 'niet plus gevoel' bij de jv geven, dan uitnodigen voor phb mbv folder uit de handreiking</p> <p>mij lijkt phb bij 32-26 wkn vrij laat om te signaleren van problemen</p> <p>Irene: vaak is het afgaan op de signalering van de verloskundige: zij vraagt het PHB immers aan op basis van vermoedens. In dit PHB kun je dat dan checken en bespreekbaar maken.</p> <p>Manon: @Loes Happe, eens wat mij betreft zo vroeg als mogelijk</p>

	<p>Door een kwartier de tijd te hebben voor een gesprek per zwangere en heel veel onderwerpen de revue te laten passeren en aan te sluiten bij de as moeder.</p> <p>Irene: zo doen wij het... bij zwangeren van tweede of volgende kinderen ervaren we minder behoefte bij de zwangere om uitgebreid te gaan zitten praten.</p>
Verloskunde	Geen.
JGZ/GGD	<p>Tijdens het MK consult wordt geen specifiek signaleringsinstrument gebruikt, echter er wordt 20 min voor uit getrokken om met de zwangeren te bespreken hoe zij de zwangerschap ervaart en welke behoeften er eventueel liggen.</p> <p>Het klopt uit onderzoek blijkt dat het bereik van de MK vaccinatie bij lager opgeleide en vrouwen met een migratieachtergrond lager is, daarom is de samenwerking met de verloskundige en kraamzorg van cruciaal belang.</p> <p>Het PHB zou zo vroeg als mogelijk/wenselijk kunnen plaatsvinden.</p> <p>Irene: wij hebben als gespreksmodel een afgeleide van de brede opvoed context van het DMO-p van Samen Starten. Dat geeft veel weer over de vooruitblik op de ouderschapsrollen, de sociale steun en de omgevingsfactoren als werk, huisvesting en financiële situatie.</p>
Kraamzorg	nvt
Projectleider PHB JGZ	<p>De uitvoering van de MatK vaccinatie (22 weken prik) is heel divers, dus het is moeilijk om hier een algemeen antwoord op te geven; ook is het moment natuurlijk vrij laat (eens met Manon: hoe eerder hoe beter), maar hier geldt wel: beter laat dan niet.</p> <p>Juist de kwetsbaren maken minder gebruik van de 22 weken prik, dit is landelijk terug te zien. Omgekeerd kan een uitgevoerd PHB JGZ, al dan niet met een aanvullende ondersteuning, ouders wel helpen om bijvoorbeeld de MatK vaccinatie te benutten, maar ook om Kraamzorg optimaal te gebruiken. Ook hierin samen werken!</p>

Aan wat voor percentage van onze zwangeren moeten wij denken om aan te melden voor PHB? (zal uiteraard liggen aan je populatie, maar een globaal percentage geeft wel iets aan over hoe snel hiervoor door te verwijzen)?	
Reacties kijkers op vraag	Geen
Verloskunde	De mate van kwetsbare sociale situatie is leidend om voor PHB aan te melden; de ene praktijk zal een hoger percentage aanmelden dan de andere.

JGZ/GGD	16% De ene wijk zal 20-25% nodig hebben ten opzichte van andere wijken die aan 5-10% genoeg hebben...
Kraamzorg	Kijkend naar de zichtbare kwetsbare zwangere welke de kraamzorg al op basis van bekende anamneses en mate van kwetsbaarheid zou kunnen aanmelden zal per organisatie en regio verschillen.
Projectleider PHB JGZ	De landelijke Perined cijfers zeggen over 202: 7% vroeggeboorte (<37 weken), 10% te klein (SGZ < p10)=> big2: 15% (af rondingsverschil; daarnaast 2% lage apgar. Daarnaast heeft 3-5% van de gezinnen te maken met een cumulatie van risico's. Deze cijfers zijn natuurlijk niet 1 op 1 gekoppeld aan kwetsbare situaties, maar er is wel zeker een samenhang. Hoeveel gezinnen het betreft hangt af van de wijk, maar ook van de signaalgevoeligheid van de (geboortezorg)signaleerders. Mijn verwachting is dat het in het begin duidelijk minder zal zijn, maar met een goede samenwerking en terugkoppeling zullen er meer gezinnen van profiteren.

Er is een definitie van kwetsbaarheid geformuleerd in Healthy Pregnancy4all (ook in de R4U verwerkt) Als we die landelijk gaan hanteren wordt het makkelijker om op tijd gezinnen aan te melden voor PHB	
Reacties kijkers op vraag	Geen
Verloskunde	Goed idee om een landelijk uniforme definitie te gebruiken.
JGZ/GGD	Vanuit de JGZ wordt met verschillende screeningsinstrumenten gewerkt, waarbij m.i. de kwetsbare zwangeren bij alle duidelijk naar voren komen. Eens dat eenduidige definitie wenselijk is. Irene: uitgaan van bio-ecologisch model geeft mij goed beeld op waar de situatie zwak is.
Kraamzorg	Eenduidigheid zorgt voor duidelijkheid.
Projectleider PHB JGZ	De gehanteerde omschrijving is gebaseerd op de formulering van de Erasmus Universiteit (Healthy Pregnancy4all) maar is specifiek gericht op de zwangerschap (uiteraard); de omschrijving in de handreiking is breder, omdat het ook doorgetrokken wordt naar de ontwikkelingskansen later in het leven van het kind. Maar eens dat een eenduidige definitie het beste is, mits het de hele doelgroep omvat!