Vlaams Parlement

853 (2015-2016) – Nr. 1
ingediend op 6 juli 2016 (2015-2016)

Voorstel van resolutie

van Peter Persyn, Katrien Schryvers, Freya Saeys, Danielle Godderis-T'Jonck, Vera Jans en Caroline Croo

betreffende de organisatie van de postnatale zorg in Vlaanderen

verzendcode: WEL

TOELICHTING

In België vinden jaarlijks circa 120.000 bevallingen plaats, in Vlaanderen circa 65.000[1], waarvan ruim 99% in de verlosafdeling van een ziekenhuis. De overige 1% gebeurt thuis, ofwel in een geboortecentrum of 'poliklinisch', dit wil zeggen met een ziekenhuisverblijf van minder dan 24 uur[2]. Na de bevalling krijgen moeder en zuigeling de nodige medische zorgen van gynaecologen, vroedvrouwen en kinderartsen en niet-medische zorg en ondersteuning door kraamverzorgenden; het geheel van deze medische en niet-medische zorg en ondersteuning wordt 'postnatale zorg' genoemd.

Een opvallende trend hierbij, ook internationaal, is de verkorting van de gemiddelde duur van dat ziekenhuisverblijf rond de bevalling, de zogenaamde 'verblijfsduur'. Voor België bedroeg de 'verblijfsduur' voor een normale bevalling rond 1960 nog een 10-tal dagen, in 1991 was het 6,9 dagen, in 2014 amper 4,1 dagen. Toch zitten we hiermee boven het OESO-gemiddelde (Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling) van 3 dagen; het Verenigd Koninkrijk heeft met 1,5 dag de kortste verblijfsduur.

In 2015 nam de Federale Regering de beslissing tot hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Eén van de voorziene maatregelen, de verkorting van de verblijfsduur na een normale bevalling, sluit aan bij de vermelde internationale trend en bij de algemene tendens van 'vermaatschappelijking' van de zorg die ook in Vlaanderen volop aan de gang is: de zorg verschuift meer en meer vanuit de medische en zorginstellingen terug naar de thuisomgeving.

Bij een eenzijdige verkorting van het verblijf in de kraamkliniek zonder gelijktijdige versterking van de postnatale zorg thuis, kan de continuïteit van de zorg in het gedrang komen. In dat geval dreigt een risico op een daling van de ondersteuning en zorgkwaliteit thuis, zelfs een reëel 'zorgvacuüm' in de delicate eerste week na de geboorte; dit risico is het grootst bij de meest kwetsbare gezinnen.

Frequente redenen voor heropname van baby en moeder na de bevalling zijn problemen bij de baby: overdreven geelzucht, cardiale problemen, uitdroging en voedingsperikelen; een heel belangrijk aandachtspunt is het bewaken van de opsporing van metabole ziekten met de zogenaamde 'hielprik' rond de derde dag na de geboorte; ook de 'postnatale depressie' bij de moeder, recent nog voorwerp van een Vlaamse resolutie (*Parl.St*. Vl.Parl. 2014-15, nr. 436/3) die kamerbreed werd goedgekeurd, neemt vaak in deze kritische periode haar aanvang en vereist een adequate aandacht.

Gelet op de delicate overgang van ziekenhuis naar thuisomgeving en de cruciale eerste week na de bevalling, nopen de verkorting van de verblijfsduur en de verhoogde behoefte aan zorg en ondersteuning in de thuissituatie tot een betere organisatie van en afstemming met de postnatale zorg thuis.

Essentieel hierbij is de garantie van de continuïteit en de permanentie van de medische kraamzorg verleend door de vroedvrouwen, 7 dagen op 7 en 24 uur op 24 gedurende de eerste dagen postnataal. Dit vereist de uitbouw, ondersteuning en financiering van kringen voor vroedvrouwen, naar analogie met de huisartsen. Maar even belangrijk is het versterken van de specifieke functie van 'kraamverzorgende' aan huis. Deze kraamverzorgenden kunnen tijdelijk een aantal taken in het huishouden uit handen van de ouders nemen en de niet-medische zorg voor

[1] Voor 2015 lag het aantal geboortes in Vlaanderen op 63.447 (Bevolkingsregister van België (http://statbel.fgov.be/nl/binaries/PB-Bevolking%201%20januari%202015_v2_tcm325-269408.pdf)

[2] Het betreft hier een relatief stabiel percentage, dat tussen 2003 en 2011 een lichte stijging kende van 11%.

moeder en kind helpen ondersteunen: bereiding van maaltijden, zorg en opvang van andere jonge kinderen in het gezin enzovoort, hetgeen een heuse verlichting betekent. De reeds bestaande lespakketten en modules voor de opleiding van kraamverzorgenden dienen daartoe geüniformeerd en geactualiseerd te worden, het didactische materiaal moet aangepast en beschikbaar gemaakt worden.

Een betere organisatie van de thuiskraamzorg veronderstelt een grotere rol voor de ambulante vroedvrouw en de kraamverzorgende, maar ook een andere rol voor de huisarts en de gynaecoloog, die allen samen in onderling overleg de medische zorgen en opvolging thuis moeten verzekeren; de samenwerking tussen deze verschillende zorgverleners en zorgorganisaties (thuiszorginstellingen, Kind en Gezin, Expertisecentra Kraamzorg enzovoort) vraagt een betere ondersteuning, waarbij de vroedvrouw de centrale schakel vormt tussen de verschillende zorgverstrekkers en de ouders. Om deze samenwerking te optimaliseren is een performante ICT-ondersteuning noodzakelijk.

De vroedvrouwen organiseren zich nu reeds in kringen om een goede werking, continuïteit en permanentie te kunnen garanderen. Het niveau waarop deze 'vroedvrouwkringen' zich optimaal situeren, moet bepaald worden in functie van de verwachte vraag en het huidige en toekomstige aanbod aan ambulante vroedvrouwen, niet alleen qua aantal, maar ook qua geografische spreiding; de keuze van het niveau moet ook rekening houden met de reeds bestaande structuren van de strategische zorgorganisatie op het lokale en mesoniveau, ten einde dubbele inzet van mensen en middelen te vermijden[3].

Verschillende elementen moeten in kaart gebracht worden: de samenwerking tussen de betrokken disciplines, de rol van organisaties als Kind en Gezin, de nieuwe organisatie van de zorg in de kraamkliniek, de geschikte financieringsmechanismen enzovoort. Daarom werden een aantal pilootprojecten opgezet die de komende jaren een evaluatie zullen maken van een aanpassing van de huidige organisatie van de postnatale zorg.

Tot slot moet bijzondere aandacht gaan naar kwetsbare groepen, zoals laaggeschoolde alleenstaande moeders, langdurig werklozen, nieuwe migrantengezinnen, drugsverslaafden; deze groepen hebben een ernstig verhoogd risico op precariteit en blijvende achterstand, zowel voor de pasgeborenen als hun moeders. In deze groepen is de behoefte aan voldoende en kwalitatieve postnatale zorg, net als de potentiële winst ervan, erg groot, terwijl ook juist bij hen het gevaar op vroegtijdige uitval een gekend gegeven is. Specifieke maatregelen dringen zich op.

Het voorliggende voorstel van resolutie wil aan de boven geschetste uitdagingen tegemoet komen.

Peter PERSYN
Katrien SCHRYVERS
Freya SAEYS
Danielle GODDERIS-T'JONCK
Vera JANS
Caroline CROO

[3] In eerste instantie lijkt het regionaal-stedelijk niveau van de centrumsteden het meest aangewezen, waar nodig met correcties voor de specifieke grootstedelijke context en eventuele blinde vlekken in landelijke regio's.

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

Het Vlaams Parlement,

– gelet op:
  1° het advies nr. 145, van 13 februari 2015, van de Raad van de Gelijke Kansen voor Mannen en Vrouwen betreffende de inkorting van het ziekenhuisverblijf na een bevalling;
  2° de eerdere antwoorden van minister Jo Vandeurzen op *Vragen om uitleg* Vl.Parl. 2014-15, nr. 2050, 2071 en 2074 van 12 mei 2015;
  3° het KCE Report 232As: De organisatie van de zorg na een bevalling van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, van 20 mei 2015;
  4° het Plan van aanpak hervorming ziekenhuisfinanciering van federaal minister Maggie De Block, van 28 april 2015, en de beslissing van minister Maggie De Block om te investeren in pilootprojecten met betrekking tot de verkorte ligduur;
  5° de beleidsbrief Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2015-2016 van Vlaams minister Jo Vandeurzen:
    a) (blz. 15) "Kind & Gezin investeert in de Huizen van het Kind als hefboom om de eerstelijnszorg een prominentere rol te geven in de pre- en perinatale zorg. Zo zullen de Expertisecentra Kraamzorg, die nu nog projectmatig gefinancierd worden, regelgevend verankerd worden in de Huizen van het Kind. Ook de vroedkundigen zullen we hierbij betrekken. Samen met alle partners binnen het Huis van het Kind hebben ze de opdracht om, in het bijzonder gericht op kwetsbare alleenstaande ouders, het diverse aanbod voor aanstaande ouders mee vorm te geven en de samenwerking en afstemming tussen de betrokken gezondheids- en welzijnsactoren te faciliteren. Het Expertisecentrum Opvoedingsondersteuning ondersteunt dit proces via het ontsluiten van inspirerende methodieken en, waar nodig, het ontwikkelen van methodieken.";
    b) (blz. 31) "(…) Daar wordt op verder gewerkt met het oog op het realiseren van een aanbod dat maximale flexibiliteit en subsidiariteit van de geboden zorg en ondersteuning garandeert. Het is de bedoeling dat deze zorg en gezinsondersteuning breed wordt aangeboden (kraamzorg, opvoedingsondersteuning, zorg voor personen met een handicap, zorg voor personen met psychische problemen, ouderenzorg).";
  6° de beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2014-2019 van minister Jo Vandeurzen: (blz. 15) "Een goede preventie kan niet vroeg genoeg starten. Het belang van de zwangerschap en ondersteuning die al start voor de geboorte wordt door heel wat wetenschappelijke evidentie ondersteund. Toch zien we dat nog te veel kwetsbare zwangere vrouwen een te beperkte prenatale begeleiding krijgen, met soms ernstige en blijvende gevolgen voor moeder en kind. Om dit te voorkomen versterken we de prenatale dienstverlening vanuit een lokale netwerkbenadering, en dit met alle relevante partners zoals de vroedvrouwen, huisartsen, gynaecologen, kraamzorg en andere partners binnen de Huizen van het Kind.";
  7° het besluit van de Vlaamse Regering betreffende de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg, van 19 december 2008;
  8° de bevoegdheden van Vlaanderen in het kader van zorg en gezondheid, waaronder de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, en de bevoegdheid van het agentschap Kind en Gezin dat actief bijdraagt tot het welzijn van jonge kinderen en hun gezinnen en inzet op de oprichting van de Huizen van het Kind;

9° de zesde staatshervorming waarbij, in het kader van de gezondheidszorg, de organisatie van de eerste lijn van de gezondheidszorg en in bijzonder de ondersteuning van de gezondheidsberoepen in de eerste lijn en de organisatie en financiering van hun kringen naar Vlaanderen overgeheveld werd;
10° de erkenning van de gezondheidsberoepen die ligt bij het Agentschap Zorg en Gezondheid van de Vlaamse Overheid;

– overwegende dat:
1° door de verkorting van de verblijfsduur na bevalling de behoefte en vraag naar postnatale zorg thuis stijgen en dat in de toekomst wellicht nog zullen doen;
2° verschillende onderzoeken (KCE studie nummer 232 (2014) – Caring for mothers and newborns after uncomplicated delivery: Towards integrated postnatal care, Vanhaesebrouck P. et al. (1998) – De eerste levensdagen van de pasgeborene – Naar een vroegtijdiger perinataal ontslag?) het belang en de meerwaarde aantonen van een multidisciplinaire aanpak van de postnatale zorg thuis, rekening houdend met volgende essentiële ingrediënten:
a) het volgen van een geïntegreerd 'transmuraal' perinataal zorgtraject, uitgaande van de vragen en op maat van de jonge moeder/ouders; dit zorgtraject wordt telkens vertaald en gevat in een individueel 'zorgplan' met een digitaal patiëntendossier; idealiter start het traject in de preconceptionele fase maar zeker vroeg in de zwangerschap, en loopt het tot minstens 6 weken na de bevalling;
b) een centrale en coördinerende rol voor de ambulante vroedvrouw, die de medische zorg van de moeder en pasgeborene en de psycho-emotionele begeleiding van de ouders thuis verzekert met focus op en respect voor de eigen vragen en verwachtingen van de ouders;
c) een ondersteunende rol voor de 'kraamverzorgende', die de niet-medische kraamzorg op zich neemt;
d) een inbreng van andere betrokken professionele zorgverstrekkers in de eerste en tweede lijn: de gynaecoloog, de kinderarts, de huisarts, de kinesitherapeut, de apotheker enzovoort, en een goede samenwerking en efficiënte coördinatie tussen deze professionals; dit naargelang de vastgestelde behoefte en steeds in overleg met ouders en vroedvrouw;
e) een sensibilisering en toegankelijke ondersteuning van de jonge ouders, zowel voor als na de bevalling, via gerichte informatie en sensibilisering en via laagdrempelige initiatieven, zoals locoregionale 'peer groups' en informele ondersteuningsnetwerken;
3° de studies en de buitenlandse ervaringen leren dat de kwaliteit van dergelijke 'transmurale' postnatale zorg best centraal bewaakt, opgevolgd en geëvalueerd wordt via een centraal platform voor studie, monitoring, kwaliteitsbewaking en promotie van postnatale zorg (in de Vlaamse context kan dergelijk centraal platform de reeds aanwezige kennis, expertise, informatie en capaciteit van de zes Vlaamse Expertisecentra Kraamzorg bundelen);
4° bepaalde maatschappelijk kwetsbare subgroepen momenteel reeds minder toegang hebben tot kwaliteitsvolle kraamzorg en ook sneller uitvallen; dat buitenlandse studies en ervaringen aantonen dat de gerichte inzet van aangepaste kraamzorg hier een langdurig remediërend effect kan hebben voor moeder en kind;
5° de bestaande vroedvrouwenkringen momenteel niet of onvoldoende uitgebouwd en ondersteund zijn om de van hen verlangde continuïteit en permanentie in de eerste lijn optimaal te garanderen (telefonische bereikbaarheid, wachtdiensten); dat hun territoriale verdeling momenteel ook niet overal aangepast is aan de te bestrijken zorgregio's;

6° de omkadering en informatisering van de praktijken van de individuele ambulante vroedvrouwen of van hun praktijken in het algemeen en de digitalisering van hun patiëntendossiers in het bijzonder, momenteel niet structureel en financieel ondersteund worden – in tegenstelling tot de meeste andere zorgberoepen in de eerste lijn (een telematicapremie, zoals ze gekend is voor artsen, tandartsen, apothekers-biologen, kinesitherapeuten en verpleegkundigen ontbreekt voor de vroedvrouwen, waardoor ze vaak niet investeren in een softwaresysteem) – en op dit vlak achterop hinken; dat deze elementen nochtans noodzakelijke randvoorwaarden zijn voor een correcte moderne dienstverlening en voor de voormelde multidisciplinaire samenwerking in de postnatale zorg;

7° de opleiding van vroedvrouwen momenteel nog onvoldoende afgestemd blijkt op de centrale rol van de vroedvrouwen in de thuiskraamzorg en er nog gewerkt wordt aan de afstemming met de nieuwe Europese regelgeving en richtlijnen inzake opleiding van vroedvrouwen, zowel qua opleidingsniveau als opleidingsduur;

8° binnen de basisopleiding van verzorgende de specifieke bijkomende opleiding en het profiel van de 'kraamverzorgende' momenteel onvoldoende omschreven, afgelijnd en gestandaardiseerd zijn, en het reeds beschikbare gevalideerde didactische materiaal voor hun opleiding en ondersteuning onvoldoende geüniformeerd en beschikbaar is;

9° de programmatie, operationele organisatie en inzet van de kraamverzorgenden door de verschillende diensten voor gezinszorg geen specifieke regelgeving kennen en binnen het kader van een geïntegreerd transmuraal zorgtraject verder uitgebouwd dienen te worden;

10° de opvolging en kwaliteitscontrole van de zorg en ondersteuning door de kraamverzorgenden dienen verzekerd te blijven aan de hand van gevalideerde kwaliteitscriteria (zie punt 3°);

11° de zorg door de vroedvrouw en de kraamzorg thuis momenteel nog niet voldoende gekend is bij vele toekomstige ouders, in bijzonder bij de kansarme, en evenmin bij het brede publiek; dat doelgerichte sensibiliseringcampagnes op de sleutelmomenten aangewezen zijn;

12° de verkorting van de ligduur na bevalling en de inschakeling van postnatale zorg thuis zich inschrijven in een brede internationale trend en tevens sporen met de algemene tendens van 'vermaatschappelijking' en 'demedicalisering' van de zorg; dat deze evolutie niet als een problematisch gegeven beschouwd moet worden, maar als een positieve maatschappelijke uitdaging om tot een breed gedragen, sociaal acceptabel en beheersbaar 'zorgverhaal' te komen; dat deze ontwikkeling derhalve als een opportuniteit moet worden gezien en door alle betrokken actoren, de overheid en media inbegrepen, dan ook op die manier in de publieke beeldvorming dient worden voorgesteld, en niet als een negatief gegeven – zoals nu nog al te vaak het geval is;

13° het geïntegreerd 'transmuraal' zorgtraject voor postnatale zorg het potentieel heeft van voorloper en voorbeeld voor andere en meer complexe zorgpaden, zowel wat operationeel onderzoek als evaluatie van eventuele nieuwe financieringsmodaliteiten betreft; dat de uitwerking en de invoering, mede gelet op de relatief hoge frequentie van het gegeven naast de brede maatschappelijke relevantie en betrokkenheid derhalve prioritaire beleidsaandacht verdienen;

– vraagt de Vlaamse Regering:
  1° binnen het beschikbare budgettaire kader in te zetten op de centrale planning, programmatie, organisatie en coördinatie van een geïntegreerde postnatale zorg in Vlaanderen en een centraal Vlaams platform voor postnatale zorg binnen Kind en Gezin en de Huizen van het Kind, dat de bestaande kennis en expertise, onderzoek, informatie en krachten bundelt. Hierbij aansluitend het onderzoek naar postnatale zorg te stimuleren, in samenwerking met de federale en buitenlandse instellingen en platformen met gelijklopende opdrachten;
  2° na evaluatie van de pilootprojecten het facultatief aanbieden van een 'perinataal netwerk' rond elke (toekomstige) moeder en pasgeborene te onderzoeken, waarbij vanuit de individuele zorgvraag in overleg een individueel traject wordt uitgestippeld, idealiter voorafgaand aan of vroeg in de zwangerschap, tot in het postpartum (de periode tot en met de zesde week na de bevalling);
  3° van bij de start specifieke maatregelen en middelen te voorzien voor de groepen met gekende verhoogde kwetsbaarheid en hiervoor de nodige expertise op te bouwen en uit te wisselen; ook het specifieke onderzoek hierrond te stimuleren en uitwisseling en lering van bestaande ervaringen in binnen- en buitenland te bevorderen;
  4° de kwaliteit van de geboden postnatale zorg in Vlaanderen te garanderen en te bewaken met uniforme kwaliteitscriteria en procedures binnen de postnatale zorg, die rekening houden met de inzichten en ervaringen uit de pilootprojecten;
  5° één centraal Vlaams monitoringssysteem te ondersteunen om de kwaliteit op te volgen en te bewaken en uit te breiden met postpartum kwaliteitsindicatoren die momenteel binnen de pilootprojecten worden gebruikt zoals vooropgesteld door minister Maggie De Block en desgevallend aangepast, zodat aan de hand van accurate en actuele data de planning, programmatie, coördinatie, werking en kwaliteit van de postnatale zorg in Vlaanderen uitgebouwd, geëvalueerd en gestuurd kunnen worden;
  6° in het kader van het federale plan E-Gezondheid en het Vlaamse Vitalinkplatform, in te zetten op de digitalisering van dit gehele postnatale zorgproces met het oog op gegevensuitwisseling en -deling door het gehele betrokken werkveld, in de eerste, tweede en desgevallend, derde lijn; dit teneinde de onderlinge communicatie en uitwisseling van gegevens tussen alle betrokkenen zo optimaal mogelijk te maken, alsook hun verwerking voor administratieve en wetenschappelijke doeleinden;
  7° de opleiding van de ambulante vroedvrouwen uit te breiden zodat deze voldoet aan de vereisten van hun nieuwe rol met de verschuiving naar de thuiszorg; de opleiding tevens in overeenstemming te brengen met de nieuwe Europese regelgeving en richtlijnen inzake de professionele opleiding van vroedvrouwen;
  8° overeenkomstig de nieuwe Vlaamse bevoegdheid ter zake, ook de formele erkenning van de vroedvrouwen te regelen en de erkenning waar te nemen;

9° via het interministerieel overleg en de hiertoe bevoegde federale fora aan te dringen om:
   a) verder te overleggen met betrekking tot de implicaties van het verkorten van de ligduur in het ziekenhuis op de ambulante postnatale zorg en hierbij rekening houden te houden met de inzichten en evaluatie van de lopende federale pilootprojecten verkorte ligduur na bevalling en deze ook mee te nemen in de hervorming van de ziekenhuisfinanciering;
   b) in het kader van de herziening van de gecoördineerde wet van 15 mei 2015 houdende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, en rekening houdend met de evaluatie van de pilootprojecten, een specifiek kader uit te werken voor het transmuraal zorgtraject, waarin de diverse bevoegdheden en specifieke taken van de verschillende bij postnatale zorg betrokken zorgverstrekkers (vroedvrouw, gynaecoloog, kinderarts, huisarts, kraamverzorgenden) op een duidelijke manier worden omschreven;
   c) samen met de gemeenschappen te voorzien in de ondersteuning en onderhoud van de informatisering van de praktijken van de ambulante vroedvrouwen en voor de digitalisering van hun patiëntendossiers;
   d) werk te maken van de digitale registratie van elke nieuwgeborene onmiddellijk na de geboorte en het daarbij toekennen van een apart uniek rijksregisternummer, zodat de huidige onmogelijkheid om het onderscheid te maken tussen heropnames voor de moeder of het kind, verholpen wordt en een betere opvolging en evaluatie van de heropnames mogelijk wordt;

10° de uitbouw en ondersteuning van vroedvrouwenkringen te faciliteren en correct te financieren, zodat deze kunnen beantwoorden aan de hen gestelde opdrachten en verwachtingen;

11° in te zetten op voldoende integratie van de postnatale zorg in de basisopleiding van de verzorgende met de mogelijkheid van een specifieke en uniforme aanvullende opleiding voor kraamverzorgenden; de betrokken diensten gezinszorg en kraamcentra kunnen deze extra-opleidingen, volgens de bestaande interesse en geschatte behoefte (zie punt 12°), aanbieden aan hiertoe geselecteerde verzorgenden, die na hun opleiding selectief ingezet kunnen worden, eventueel in zogenaamde 'kraamzorgequipes';

12° het huidig beschikbare en inzetbare aanbod en de geraamde toekomstige capaciteit aan kraamverzorgenden te evalueren en voldoende capaciteit te voorzien;

13° de lokale besturen en platformen (met name de Huizen van het Kind, de Lokale Diensten Centra, de Sociale Huizen of sociale diensten van de gemeente, de huisartsen en hun kringen, de diensten van Gezinszorg, van maatschappelijk werk en van thuisverpleegkunde, de Expertisecentra Kraamzorg enzovoort) maximaal te betrekken bij de concrete organisatie, coördinatie en invulling van het lokale postnatale zorgaanbod en bij het specifieke beleid naar de groepen met verhoogde kwetsbaarheid;

14° in te zetten op initiatieven voor ondersteuning van jonge en toekomstige ouders, via informele netwerken, 'peer groups', buddywerking;

15° een gerichte informatie- en sensibiliseringcampagne te voeren, zowel naar de jonge ouders als naar het brede publiek, teneinde de noodzaak, mogelijkheden en beschikbaarheid van de postnatale thuiszorg beter bekend te maken, de toegang te faciliteren en de beeldvorming te verbeteren.

Peter PERSYN
Katrien SCHRYVERS
Freya SAEYS
Danielle GODDERIS-T'JONCK
Vera JANS
Caroline CROO