

**SCHRIFTELIJKE VRAAG**

nr. 259  
van **LORIN PARYS**  
datum: 12 maart 2019

---

aan **JO VANDEURZEN**  
VLAAMS MINISTER VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN

---

*Zwangere vrouwen - Screening op drank- en drugmisbruik*

Op 13 februari 2019 stelde de minister in een artikel in De Morgen dat hij zwangere vrouwen tijdens de zwangerschap zou laten controleren op alcohol- en middelenmisbruik en tijdens en na de zwangerschap op angst en depressieve klachten. Deze beslissing kwam er in navolging van de pilootprojecten perinatale gezondheidszorg die in 2015 zijn opgestart in Gent en Antwerpen om prenatale depressie vroegtijdig op te sporen. Hiervoor ontwikkelden de pilootprojecten zorgpaden om de vrouwen tot een jaar na de bevalling zowel medisch als psychologisch te blijven ondersteunen.

Daarnaast wil de minister een screeningsprotocol uitrollen. In de Commissie Welzijn van dinsdag 26 februari zei hij te kiezen voor de richtlijn die door het Gentse pilootproject ontwikkeld is. Deze is een combinatie van systematische aanbevelingen en passende zorg die hulpverleners moet helpen bij opstarten van een perinataal zorgtraject.

1. Hoewel de minister zwangere vrouwen ook wil laten screenen op drank- en drugmisbruik tijdens de zwangerschap, legt hij de focus voornamelijk op de mentale gezondheid van de vrouwen.

Welke stappen zullen er ondernomen worden bij een zwangere vrouw met een middelenverslaving die weigert zich te laten behandelen om de fysieke integriteit van het ongeboren kind te beschermen?

2. Wat gebeurt er wanneer vrouwen zicht onttrekken aan de vrijwillige screening? Hoe zal de minister inspelen op de meeste kwetsbare categorie zwangere vrouwen die zorg weigert?
3. Welke rol zullen de zorgpaden spelen in het geval van een zwangere vrouw met een middelenverslaving?
4. Welke middelen stelt de minister voor dit alles ter beschikking?

**ANTWOORD**

op vraag nr. 259 van 12 maart 2019

van **LORIN PARYS**

---

1. In de Belgische wetgeving wordt een ongeborn kind niet erkend als persoon waardoor zorg in de vrijwilligheid blijft. Vrouwen met een (ernstig) middelenmisbruik komen vaak pas relatief laat in contact met een huisarts of gynaecoloog. De hogere risico's op congenitale malformaties worden dan met hen besproken. De zwangerschap van deze vrouwen zal vaak extra worden opgevolgd door een gynaecoloog of vroedvrouw en zonodig aangevuld worden met echo onderzoek. Er wordt meestal extra psychosociale hulp (sociale dienst, kind en gezin, psycholoog, verwijzing naar een gespecialiseerd centrum,...) aangeboden. Vanuit de sector wordt aangegeven dat deze zwangere vrouwen meestal toch enige vorm van hulp aanvaarden gezien dit hen helpt met de psychosociale problemen waar ze vaak mee kampen. Het is een vraaggestuurde zorg waarbij sterk de nadruk ligt op motiverende gespreksvoering om gedragsverandering te bekomen.

In de praktijk ervaart men zelden een complete weigering van hulp. Het is dan aan de hulpverlener om uit te zoeken van waaruit deze weigering plaatsvindt. Vele kwetsbare zwangere vrouwen hebben vanuit vroegere ervaringen geen vertrouwen in de hulpverlening en zijn bang hun kind te verliezen. Via het oplossen van andere problemen kan men proberen het vertrouwen van de zwangere vrouw te krijgen en alsnog een therapeutische relatie op te bouwen. Eventueel kan men aanklappende zorg opstarten en de omgeving inschakelen. Samenwerking tussen de instanties die verantwoordelijk zijn voor de zorg voor infants en zorg voor de (aanstaande) moeder moeten in de toekomst beter op elkaar kunnen afgestemd worden. Met de zorgpaden kunnen we hopelijk de nood aan zorg sneller detecteren en hierdoor sneller kwaliteitsvolle zorg aanbieden.

2. Binnen de standaard anamnese van de zwangere vrouw worden er risicofactoren zoals middelengebruik, armoede, huisvestingsproblemen, partnergeweld,... opgenomen. In de praktijk betekent dit dat deze aspecten met elke zwangere vrouw besproken worden. Aan de hand van deze anamnese kan de hulpverlener enkele conclusies trekken en wordt er indien nodig bijkomend advies gegeven (bv. wie kan er worden ingeschakeld). De hulpverlener kan ook voorstellen om extra hulp in te schakelen.

Zelfs bij vrouwen die in eerste instantie aangeven dat alles goed verloopt, wordt met een dergelijke anamnese van zowel lichamelijke als psychische factoren, in sommige gevallen aan deze vrouwen een signaal gegeven. Soms nemen de vrouwen nadien bv. telefonisch contact op om een hulpvraag te formuleren. Indien hulp wordt geweigerd, kunnen er door de hulpverleners verschillende strategieën gehanteerd worden: telkens weer bevragen en hulp aanbieden tijdens de volgende contacten, betrekken van sociaal systeem van de vrouwen,...

3. De zorgpaden spelen een grote rol bij middelenverslaving. Het gebruik van middelen wordt tijdens de anamnese bevraagd en indien nodig wordt er psycho educatie gegeven i.v.m. middelengebruik tijdens de zwangerschap. Er kan ook worden doorverwezen naar gespecialiseerde zorg. Het gespecialiseerd zorgaanbod wordt door de zorgpaden in kaart gebracht. Binnen het Vlaams Expertise Netwerk voor Perinatale Mentale Gezondheid wordt er op heden veel aandacht besteed aan het zorgaanbod rond alcohol

en illegale middelen. Hierbij wordt ook gekeken hoe de bestaande 'good practices' in andere regio's kunnen worden geïmplementeerd.

4. Voor de verdere uitrol van de richtlijn en de ontwikkeling van het regionaal zorgpad Perinatale Mentale Gezondheid heb ik een bedrag van 175.000 euro voorzien. Met dit budget wordt in 2019 ook een online zelfhulptool voor perinatale depressie, gekoppeld aan [www.depressiehulp.be](http://www.depressiehulp.be), ontwikkeld.