

## ***Verpleegkundige in de Huisartsen Praktijk: Inclusieve proactieve zorg voor iedereen in de eerstelijnszorg***

*Peter Van Bogaert<sup>1,2</sup>, Lucky Botteldooren<sup>1,2</sup>, Roy Remmen<sup>1,3</sup>*

1. Hoofddocent Centre for Research and Innovation in Care, Vakgroep Verpleegkunde en Vroedkunde, Universiteit Antwerpen
2. Coördinator postacademische vorming verpleegkundige in de huisartsenpraktijk Universiteit Antwerp
3. Hoogleraar, Centrum Huisartsgeneeskunde (Vakgroep ELIZA), Universiteit Antwerpen

### **1. Huisartsen onder druk**

In ons land veroorzaakt de demografische druk een aanzienlijke taakverzwaring in de huisartsenpraktijken. We denken hier aan de snelle toename van het aantal ouderen met comorbiditeit, de noodzaak meer preventieve taken in de eerste lijn uit te werken, het belang aan meer kwalitatieve zorg met een bijbehorende protocollaire aanpak (bijvoorbeeld vallen, ondervoeding, frailty, incontinentie, dementie, geriatrische syndromen, cardiovasculair risico, diabetes, chronische obstructieve longziekte enz.). Zorgvragers hebben tevens een huisarts nodig bij een acuut probleem. Deze vragen lijken toe te nemen door een stijgend aantal ouderen met de hoger genoemde multimorbiditeit. Daarnaast is het aantal huisartsen aan het afnemen, door het uittreden van een oude golf meestal mannelijke solo werkende huisartsen, en werken de nieuwe huisartsen meer in groepspraktijken. Samenvattend betekent dit dat bij een gelijkblijvend takenprofiel van de huisartsen er eveneens een tekort zal ontstaan.

Meer en meer wordt gedacht aan het inschakelen van praktijkassistenten en verpleegkundigen in de huisartsenpraktijken. Dit kwam treffend aan bod in een recent KCE rapport (*position paper on chronic care in Belgium*). Alhoewel deze functie nog geen volwaardige en duidelijke financiële structuur heeft, staat de wettelijke omkadering momenteel toe dat verpleegkundigen in opdracht kan en mag werken, maar de zorg dient geprotocolleerd te zijn.

Door de belangrijke verandering in het omgaan met gezondheidszorg, gestuurd vanuit beleidskeuzes op Vlaams en Federaal niveau, ontstaat een verschuiving van intramurale zorg naar de eerstelijnszorg. Wanneer we via het Chronic Care Model dit probleem in kaart brengen, komen we terecht bij twee belangrijke spelers om de geïnformeerde en geactiveerde patiënt in de transmurale context voldoende kwalitatief te ondersteunen: *huisartsen en verpleegkundigen*.

## **2. Integreren van verpleegkundige competenties in huisartsenpraktijken**

De centrale doelstelling is de introductie van *verpleegkundige competenties in de huisartsenpraktijk*. Het betreft de ondersteuning van huisartsen bij het behandelen, begeleiden en verzorgen van een patiëntenpopulatie met een complexe zorgvraag die interdisciplinair en transmuraal wordt beantwoord. Naast het uitbreiden van personeelsinzet – een verpleegkundige(n) in de huisartsenpraktijk – betekent dit tevens het inzetten van specifieke verpleegkundige klinische en organisatorische competenties en vaardigheden. Dit project wil vanuit de huisartsenpraktijken proactief op veranderende zorgvragen en toekomstgericht en strategisch ingaan op het beleid van de overheid. Daarom wordt een postacademische vorming *verpleegkundige in de huisartsenpraktijk* of VIHP aangeboden sinds academiejaar 2016 – 2017, als antwoord op huidige en toekomstige tendensen.

Deze opleiding richt zich tot de *bachelor verpleegkundigen* in de specifieke context van de huisartsenpraktijk, die op een autonome wijze met de nodige verantwoordelijkheid binnen de huisartsenpraktijk en in een interprofessionele samenwerking mee kan inspelen op complexe en steeds evoluerende zorgvragen. In deze samenwerking is de huisarts de spilfiguur en de eerstelijnspraktijk speelt de rol van change agent. De verpleegkundige in huisartsenpraktijk heeft hierin een faciliterende en ondersteunende rol, met de focus op een efficiënte praktijkorganisatie. Door haar specifieke klinische expertise kan zij de noden van patiënten evalueren en beantwoorden.

De verpleegkundige in de huisartsenpraktijk richt zich tot de preventie, behandeling, verzorging en begeleiding van patiënten met brede gezondheidsvragen en/ of multimorbiditeit van zowel biologische, psychologische, sociale als existentiële aard.

## **3. Wetenschappelijke inzichten verpleegkundige competenties in de huisartsenpraktijk**

De wetenschappelijke literatuur omschrijft verpleegkundigen die nauw samenwerken met huisartsen met voldoende autonomie (cf. eigen spreekuur) en eigen beslissingsbevoegdheid. Het betreft in eerste instantie de opvolging van patiënten met type 2 diabetes, astma/chronische obstructieve longziekte en vasculaire aandoeningen binnen duidelijk protocollen die gebaseerd zijn op richtlijnen en standaarden (Heiligers et al 2012; Romero-Collado et al 2013). Door deze opdracht is de behoefte aan preventie en gezondheidseducatie ontstaan waarbij verpleegkundigen de nodige communicatietechnieken beheersen (Heiliger et al 2012; Noordman et al 2014). Tevens wordt de eerstelijnszorg in stijgende mate geconfronteerd met ouderdom en/of mensen met multimorbiditeit. Deze patiënten met een waaier aan complexe zorgvragen en niet zelden bijkomende andere kwetsbaarheden (cf. sociaal-economisch, migratie, taal en

cultuur ...) kunnen niet altijd opgevangen worden binnen protocolzorg en vragen meer kennis en competenties van verpleegkundigen met een hoger opleidingsniveau (cf. doorontwikkeling; Heiligers et al 2012).

De focus evolueert van ziekte en behandeling naar proactieve en preventieve benadering in een interdisciplinaire zorgstructuur en organisatie met patiënten die hun zorg mee aansturen (Oeseburg et al 2013). Dit sluit eveneens aan bij de evolutie naar het voorschrijven van medicatie en andere voorschriften voor zorg en behandeling door verpleegkundigen in huisartsenpraktijken (Romero-Collado et al 2013). Studies beschrijven de kennisinhouden en competenties van verpleegkundigen actief in huisartsenpraktijken (Heiligers et al 2012; O'Neil & Cowmann et al 2008; Oeseburg et al 2013; Noordman et al 2014) en de behoefte aan bijkomende specifieke opleidingen, bijscholingen en professionele feedback (Geust et al 2012). Bovendien wordt de effectiviteit van programma's om patiënten met acute lichte aandoeningen snel en effectief te behandelen door verpleegkundigen in huisartsenpraktijken wetenschappelijk aangetoond (Fabrellas et al 2013).

#### **4. Toetsing met het werkveld**

In een voorbereidende fase werd tijdens vier focusgroepen met huisartsen en verpleegkundigen actief in de eerstelijnszorg de bovenbeschreven evoluties en ontwikkelingen bevestigd. De introductie van een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk met een specifieke opleiding werd als zeer relevant beschouwd. De focusgroep adviseerde bij het samenstellen van het opleidingsprogramma.

#### **5. Het curriculum van de postacademische vorming verpleegkundige in de huisartsenpraktijk (VIHP)**

Het betreft een postacademische vorming, een samenwerking tussen het Centrum Huisartsgeneeskunde (Vakgroep ELIZA) UA, de vakgroep Verpleeg en Vroedkunde UA en de Hogescholen Artesis Plantijn, Karel de Grote en Thomas More en met financiële steun van de stad Antwerpen en provincie Antwerpen.

De opleiding bestaat uit 4 opleidingsonderdelen of modules (zie website opleidingsinfo):

- (1) praktijkorganisatie en communicatie;
- (2) gezondheid, preventie en patiënteducatie;
- (3) doelgroep specifieke protocolzorg, zorgplanning, case management en integrated care en (4) klinische praktijk.

Een belangrijk deel van de opleiding bestaat uit 240 u klinische praktijk voorzien in een huisartsenpraktijk. Tijdens het werkplekleren wordt door de VIHP een syntheseproject uitgewerkt.

Het syntheseproject start vanuit een probleemstelling in de huisartsenpraktijk praktijk en kan uit een klinisch of een organisatorisch traject bestaan.

## **6. Eerste cohorte verpleegkundige in de huisartsenpraktijk: Maken VIHPs het verschil?**

In juni 2017 behaalden 31 verpleegkundigen als eerste cohorte het getuigschrift VIHP waarbij 22 verpleegkundigen (70%) actief is in een huisartsenpraktijk. Diverse syntheseprojecten hadden de doelstelling een preventiebeleid op maat van de individuele patiënt te brengen. Een preventieplan maakt het mogelijk, voor elke patiënt (tussen 45 – 75 jaar) die een globaal medisch dossier (GMD) heeft afgesloten bij de huisarts, om samen met de patiënt een geïndividualiseerd en zinvol preventieplan op te stellen en te bewaken. De huisarts houdt rekening met de persoonlijke en familiale voorgeschiedenis. Dit bijkomend preventieplan bepaalt welke gezondheidsrisico's patiënten op langere termijn lopen, welke ziektes vroegtijdig opgespoord kunnen worden en of leefstijlaanpassingen en vaccinaties nodig zijn (zie website Domus Medica).

Een syntheseproject formuleerde volgende doelstelling, *“de praktijk groeide van een éénmanszaak naar een multidisciplinaire praktijk met 4 huisartsen, 2 huisartsen in opleiding (HAIO), 1 verpleegkundige, 1 secretaresse en een aanvullend zorgteam met 2 kinesisten, 2 psychotherapeuten en 1 diëtiste. Slechts 2 van de 4 huisartsen hanteert preventieadviezen wanneer men hier tijd voor heeft. De HAIO's geven aan dat ze hier nooit of zelden toe komen vanwege tijdsgebrek. Om die reden werd gekozen om een verpleegkundig preventieconsult op te starten en uit te werken. Aan de hand van dit consult willen we vroegtijdig ziektes opsporen, gezondheidswinst realiseren én een hogere levenskwaliteit van de mensen bekomen.”*

In een solo huisartsenpraktijk met praktijkondersteuning werd gekozen voor *“de patiënten met een reeds gediagnosticeerde diabetes vanwege een grote nood aan betere opvolging. De dossiers van de patiënten met diabetes waren niet up-to-date, en om bij de patiënten de evolutie van hun diabetes en het risico op laattijdige complicaties beter op te kunnen volgen, was het nodig dat de dossiers beter werden uitgewerkt en opgevolgd. De gegevens van de patiënten moesten op een overzichtelijkere manier worden geregistreerd. De opvolging van de evolutie van de diabetes diende op regelmatige basis, op een gestructureerde en wetenschappelijke wijze te gebeuren.”*

In een groepspraktijk gesitueerd in Antwerpen stad werd de focus gelegd op een proactieve aanpak van kwetsbare ouderen met chronische aandoeningen. *“Voor een goede en kwalitatieve zorg wordt proactief de verschillende kwetsbaarheden in kaart te brengen. We starten een chronisch dossier op en bekijken systematisch een aantal zaken om een zo goed mogelijk zicht te hebben op onze kwetsbare oudere. Welke ondersteuning krijgt hij/zij? Hoe is de sociale omkadering? Is er risico op vallen? Zijn er andere risicofactoren naast medisch risico's? Hoe is het met zijn/haar medicatieschema en het gebruik van medicatie gesteld?”*

Een groepspraktijk met 4 artsen en 2 HAIO's kozen samen met de VIHP voor valpreventie. *“Vanaf 75 jaar stijgt de prevalentie van valincidenten. Na een valaccident is er een grotere kans om functioneel minder zelfredzaam tot afhankelijk te worden. Er ontstaat een ongerustheid om afhankelijk te worden waardoor men minder zelfvertrouwen krijgt. Er kan angst om te vallen ontstaan waardoor ouderen zich thuis gaan opsluiten en niet meer buiten durven komen. Hierdoor wordt men sociaal minder actief tot zelfs volledig geïsoleerd, dit kan dan weer leiden tot een verminderd zelfbeeld, een depressie, etc.”*

Een solopraktijk koos voor een specifiek patiëntengroep met een chronische aandoening. *“Patiënten met één of meerdere chronische aandoeningen zijn fragiel waardoor er een complexe zorgsetting ontstaat zoals bij patiënten in het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie. Het zorgcontract, de multimorbiditeit, het geneesmiddelengebruik, therapietrouw, zelfstandigheid, systematische opvolging, motivatie, aanpassingen van leefstijlen, doorverwijzingen vragen heel wat van patiënt, zijn context en de huisarts. Samen besloten we de uitdaging aan te gaan en een klinisch traject uit te werken waarbij er een richtlijnen-gebaseerd zorgplan en opvolgplan opgestart wordt. Met als doel, meer inzicht te verwerven, de opvolging en nazorg rond het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie op punt te stellen.”*

Deze greep uit syntheseprojecten van de eerste cohorte geeft aan dat de VIHP's in nauwe samenwerking met de huisartsen concrete doelstellingen formuleren voor een specifieke patiëntenpopulatie, gestoeld op evidence-based richtlijnen. Daarnaast tonen de projecten een sterke aandacht voor kwetsbare patiëntenpopulaties gericht op *efficiëntie, kwaliteit en toegankelijkheid*. In de korte periode van de klinische stage werden een substantieel aantal patiënten bereikt en de resultaten kritisch geëvalueerd om de projecten eventueel bij te sturen.

### **7. Gezondheid en kwetsbaarheid: Project ondersteuning huisartsenparktijken in Antwerpse wijken en buurten**

De stad Antwerpen ondersteunt sinds 1 maart 2018 in kwetsbare wijken en buurten kwetsbare inwoners op vlak van gezondheid en preventie via het project 'zorgprotocol implementeren in de huisartspraktijk' (ZIHP). Dit project focust op 3 aspecten: de organisatie van de huisartspraktijk, hun samenwerking met de wijk en de opvolging van kwetsbare patiënten verbonden aan de praktijk. Het finaal doel van het project is het opzetten van een samenwerking tussen huisartspraktijken en zorg- en welzijnsactoren in de wijk. In een eerste fase focust het project op patiënten met diabetes. Op basis van concrete patiëntbegeleidingen evolueert het evidence-based protocol, ontwikkeld in samenwerking met de VIHP-opleiding en Domus Medica, naar een zorg waar ook welzijnsvragen hun opvolging krijgen. Het project richt zich op wijken die als huisartsarm worden beschouwd en met

aanwezigheid van een kwetsbare populatie (meer dan 25% inwoners met recht op een verhoogde tegemoetkoming). De uitvoering van het project gebeurt door inzet van verpleegkundigen die een deel van de VIHP-opleiding volgden en gekoppeld zijn aan een huisartspraktijk. Elke verpleegkundige is theoretisch 4 maanden per huisarts werkzaam in een huisartspraktijk om de patiëntengroep te identificeren, het netwerk rond de patiënt te activeren en het netwerk rond de praktijk te activeren. De opvolging van het project gebeurt door een stuurgroep, deze volgt de voortgang van het project op, stuurt bij waar nodig en evalueert de resultaten.

## **8. Besluit**

In het korte tijdsbestek van de postacademische vorming Verpleegkundige in de Huisartsenpraktijk is de impact in de eerstelijnszorg reeds zichtbaar. De opleiding speelt in op een concrete behoefte om eerstelijnszorg anders te organiseren en aan te bieden zoals aangestuurd door de Vlaamse en federale overheid. Deze transformatie beperkt zich niet in de activiteiten binnen huisartsenpraktijken maar ook wat deze praktijken kunnen betekenen in buurten en wijken met als doelstelling inclusieve proactieve zorg voor iedereen.

### **3. Perinataal Antwerps Netwerk voor Zwangerschap in Armoede (PANZA)**

*Saskia Van Besauw<sup>1</sup>, Veerle Decorte<sup>2</sup>, Bart Van Rompaey<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Saskia Van Besauw wetenschappelijk medewerker De Kraamvogel vzw, Expertisecentrum Kraamzorg Antwerpen

<sup>2</sup> Veerle Decorte coördinator De Kraamvogel vzw, Expertisecentrum Kraamzorg Antwerpen

<sup>3</sup> Hoofddocent Centre for Research and Innovation in Care (CRIC), Vakgroep Verpleegkunde en Vroedkunde, Universiteit Antwerpen

#### **3.1. Inleiding**

De toegang tot perinatale gezondheidszorg (gezondheidszorg rondom zwangerschap, bevalling en kraamtijd) voor kwetsbare moeders is nog steeds niet vanzelfsprekend (RIZIV & Dokters van de Wereld, 2014; Vanhoorne, Van Ael & Tarquini, 2017). Zwangere vrouwen kennen het zorglandschap niet genoeg, ondervinden drempels bij de toegang tot adequate zorg en ook professionals hebben vaak onvoldoende kennis over de doorverwijsmogelijkheden binnen het medisch en sociaal-maatschappelijk aanbod.

In de publicatie van de Koning Boudewijnstichting met betrekking tot ondersteuning van kansarme gezinnen (Hoogewys, De Grave, Van Ham & Van de Velde, 2013) en in het tussentijds rapport van de projectuitvoering van opdrachtbrief Lot 3 – nr. 11: Begeleiding bij de uitvoering van actie 54 in het Federaal plan Armoedebestrijding (Vanhoorne, Van Ael & Tarquini, 2017) wordt aanbevolen om netwerken te vormen tussen zorgactoren.

Een aantal Antwerpse partners (OCMW/Stad Antwerpen, Expertisecentrum Kraamzorg De Kraamvogel, Artesis Plantijn Hogeschool, Universiteit Antwerpen, Dokters van de Wereld en Kind&Gezin) nam in 2013 het initiatief tot het oprichten van PANZA: het Perinataal Antwerps Netwerk Zwangerschap in Armoede.

#### **3.2. PANZA**

Bovenstaande partners schreven volgende missie uit voor PANZA: PANZA wil een formeel en efficiënt werkend netwerk zijn in grootstad Antwerpen met als doel zo veel mogelijk kansarme zwangeren en prille moeders (gezinnen) te bereiken om een kwaliteitsvolle zorg- en dienstverlening te bieden (van zwangerschapswens tot en met kraamperiode). Hierbij wordt vertrokken vanuit het model van sociale verloskunde waarbij aandacht wordt gegeven aan de medische opvolging van de zwangere en aan de gezinscontext waarin de geboorte van het kind zal plaatsvinden.

### **3.3. Kansarmoede, armoede of kwetsbaarheid?**

Ondertussen, 5 jaar later, stappen we af van het begrip kansarmoede maar spreken we liever over kwetsbare zwangere en prille gezinnen. Kwetsbaarheid kan zeer ruim worden gedefinieerd. Niet alleen gezinnen die leven in armoede zijn kwetsbaar, maar ook moeders/gezinnen met verslavingsproblematiek, weinig tot geen sociaal netwerk, beperkte toegang tot zorg door financiële drempels of door een gebrek aan kennis, intrafamiliaal geweld, ongeplande zwangerschap of zwangerschap op zeer jonge leeftijd, mentale beperkingen, anderstaligheid, in een spagaat tussen 'perfect' moederschap en realistische verwachtingen, vruchtbaarheidsproblemen en vrouwen met (voorgaande) psychische problemen of psychisch onwelbevinden beschouwen we als kwetsbaar (Dehertogh e.a., 2017).

### **3.4. Samenwerken**

59 Antwerpse organisaties ondertekenden reeds de engagementsverklaring van PANZA. Ze verklaren op die manier om zich mee in te zetten voor toegankelijke en kwaliteitsvolle zorg voor alle zwangere en prille moeders, actieve en warme doorverwijzing en samenwerking ten goede van de gezinnen en een zorgvuldige gegevensverzameling binnen de deontologie en haalbaarheid. Daarnaast engageren de leden zich om onbenutte kansen breed te agenderen. Door al deze organisaties samen te brengen in PANZA, beogen we de complementariteit van diensten een formele plaats te geven en toegankelijkheid ervan voor kwetsbare gezinnen te vergroten.

PANZA streeft ernaar het eerste aanspreekpunt te zijn voor professionelen bij vragen rond zwangerschap en pril ouderschap bij kwetsbare gezinnen. De website helpt de juiste doorverwijsgegevens te vinden en maakt dat hulpverleners elkaar sneller vinden. Er is een aparte maar complementaire website ontwikkelt voor (toekomstige) gezinnen. De helpdesk bevindt zich in ECK De Kraamvogel, waaruit wordt doorverwezen naar relevante partners. Door iedereen in het perinatale werkveld, werkzaam in de gezondheidszorg en/of sociale sector, te verenigen in PANZA, werken we samen aan een optimale zorg en begeleiding van kwetsbare gezinnen.

### **3.5. Wat en hoe?**

Door het medische en sociale werkveld samen te brengen, kortom iedereen die zwangere gezinnen ziet en begeleidt, willen we bijdragen aan de bestrijding van kinderarmoede door deze baby's een zo goed mogelijke start in het leven te geven, samen met het gezin waarin ze opgroeien. We werken zowel preventief als curatief, op zo breed mogelijke levensdomeinen en houden het principe van proportioneel universalisme hoog in het vaandel.



PANZA wordt getrokken door de kerngroep, die bestaat uit de stichtende organisaties en versterking kreeg van de Karel de Grote Hogeschool. Verder zijn er een aantal vaste werkgroepen en 'ad hoc' werkgroepen om rond actuele thema's te werken.

De leden van PANZA staan samen op de up-to-date website om snel elkaars gegevens te vinden, krijgen minstens één keer per kwartaal een nieuwsbrief om op de hoogte te blijven van elkaars activiteiten en kunnen elkaar 3 keer per jaar treffen op netwerkmomenten. Twee keer per jaar wordt er een netwerklunch georganiseerd rond een specifiek thema, en 1 keer per jaar organiseren we een grote netwerkdag samen met een aantal andere netwerken (onder andere het netwerk rond de Antwerpse Huizen van het Kind en het Netwerk Kinderarmoede van Stad Antwerpen).

We werken ook aan het 'verfijnen' van het netwerk rond de Antwerpse Huizen van het Kind, onder andere door met een aantal plaatselijke partners een traject rond samen werken te doorlopen waarbij heel concrete afspraken worden gemaakt.

### **3.6. Belang van een efficiënte samenwerking voor een optimale perinatale begeleiding**

Wanneer zo veel mogelijk organisaties die in contact komen met zwangere vrouwen weten dat ze tijdig moeten toeleiden naar gepaste zorg én de weg ernaar kennen, heeft dit een positieve invloed op het verder verloop van de zwangerschap en de levensstart van het kind. Late aanmelding voor zwangerschapsbegeleiding is geassocieerd met laag geboortegewicht, prematuriteit en meer opname op speciale-zorg-units (Petrou e.a., 2003). Deze slechtere levensstart kan doorwerken in het latere leven: onderzoek heeft aangetoond dat latere schoolprestaties en arbeidsmogelijkheden negatief worden beïnvloed. Dit kan uiteraard vérstrekkende gevolgen hebben tot in het volwassen leven van het kind en de kans om al dan niet uit armoede te ontsnappen (Lieten, 2009).

De gezondheid van de moeder, de huisvestingssituatie, het opleidingsniveau en de levensomstandigheden (stress, zwaar werk), maken dat kinderen al 'getekend' op de wereld komen. Die belasting blijft wegen in hun verdere leven (Van Haarlem, Coene & Dierckx, 2012), en kan als het ware een hypotheek op hun toekomst leggen.

Het doel van samenwerken in PANZA is een betere start én een beter leven voor baby's uit kansarme gezinnen, door moeders tijdens hun zwangerschap tijdig en gepast te begeleiden, en dit zowel op preventief als curatief niveau. Zo wordt het kind een zo groot mogelijke kans geboden om het leven optimaal te beginnen.

Het krijgen van een kind wordt beschreven als een positieve kracht die moeders helpt hun leven in eigen handen te nemen en veranderingen door te voeren om van een zelfdestructief verleden naar een meer productieve en hoopvolle toekomst te evolueren (Arenson JD, 1994).

Volgens de Nationale Richtlijn voor Prenatale Zorg van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (Gijsselaars e.a., 2015) worden een tiental raadplegingen geadviseerd tijdens een eerste zwangerschap en een zevental tijdens een volgende. Nog volgens deze richtlijn worden zwangerschappen van vrouwen in suboptimale socio-economische omstandigheden beschouwd als zwangerschappen met verhoogd risico, wat vraagt om extra ondersteuning en begeleiding perinataal. Wanneer het aantal prenatale raadplegingen minder dan 4 bedraagt, neemt het risico op doodgeboorte toe met een factor 2,3 (Fretts, 2010). Tijdig doorverwijzen van zwangere vrouwen én een regelmatig opvolging is dus zeer belangrijk.

Een tijdige start van begeleiding en een goede opvolging van de zwangerschap kan er tevens voor zorgen dat minder baby's na de geboorte speciale zorgen nodig hebben. Dit brengt een besparing mee van postnatale kosten, die hoog kunnen oplopen, en vaak zwaar of onmogelijk te dragen zijn door gezinnen in armoede. Daarbij is de emotionele veerkracht om de begeleiding van een kind met extra zorg op zich te nemen vaak iets dat mensen in armoede, die al elke dag moeten óverleven, niet kunnen opbrengen.

Ook voor de gemeenschap kan tijdige zwangerschapsopvolging leiden tot een kostenbesparing.

In het boek *Helpende Handen* geeft Greet Geenen bijkomend aan dat het economisch investeren in de vroegste kindertijd het grootste terugverdieneffect (return on investment on human capital) heeft, wat inzetten op een goede begeleiding in de perinatale periode ook rendabel maakt als economische ontwikkelingsstrategie (Geenen & Corveleyn, 2010).

### **3.7. En na de perinatale periode?**

PANZA werkt nauw samen met de netwerken rond de Antwerpse Huizen van het Kind en het Netwerk Kinderarmoede van Stad Antwerpen. Wanneer de perinatale periode is afgelopen, is het belangrijk dat het gezin verder begeleid kan worden door organisaties die in een andere levensfase werkzaam zijn.

### **3.8. Toekomst**

PANZA is een netwerk dat steeds in evolutie is. In de toekomst willen we graag nog meer verbinden en verknopen met de netwerken rond psychisch welzijn, een plaats vinden in de Eerstelijnszones en bekijken wat we samen kunnen doen rond de rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp.

### **3.9. Besluit**

Met PANZA hebben we een sterk netwerk tussen de medische en sociaal-maatschappelijke sector. We kennen elkaar beter, verwijzen sneller door en contacteren elkaar meer om samen te bekijken hoe we een kwetsbaar gezin in de periode rond zwangerschap, bevalling en

kraamtijd zo goed mogelijk kunnen begeleiden. Ook aan overdracht naar andere netwerken die meer werken rond gezinnen met oudere kinderen wordt aandacht besteed.

Samen investeren we in een toegankelijke perinatale gezondheidszorg voor alle gezinnen en een optimale begeleiding van iedereen die zich kwetsbaar voelt en wat hulp kan gebruiken!

#### **4. Uitkomsten van een project gericht op gezondheidsbevordering bij mensen met kansarmoede**

Mathilde Matthijsse<sup>1</sup>, Olaf Timmermans<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Professorship Healthy Region, HZ University of Applied Sciences, Vlissingen Nederland

<sup>2</sup> Docent Centre for Research and Innovation in Care (CRIC), Vakgroep Verpleegkunde en Vroedkunde, Universiteit Antwerpen

##### **4.1. Inleiding**

Optimale gezondheid bij mensen met kansarmoede en sociale uitsluiting is niet vanzelfsprekend (OECD/EU (2016)). Hoewel de algemene levensverwachting in de EU-lidstaten toeneemt, blijven er grote ongelijkheden in gezondheid en levensverwachting tussen mensen met verschillende opleidingsniveaus en inkomens. Dit lijkt te komen doordat mensen met lagere opleiding en inkomens minder goed weten wat gezond is, minder vaardigheden bezitten om de eigen gezondheid te bevorderen en minder in aanraking komen met omgevingsfactoren welke gezondheid-bevorderend gedrag uitlokken.

In Nederland is in gemeente Goes een project opgestart voor het bevorderen van gezonde leefstijl bij gezinnen met kansarmoede. Deelnemende partijen zijn de gemeente zelf, de Gemeentelijke Gezondheidsdienst Zeeland (GGD), de Stichting maatschappelijk werk Oosterschelderegio (SMWO) en de Hogeschool Zeeland. Het doel van het project *Goes in beweging* is gezinnen met hoge mate van kansarmoede te bewegen naar een gezonde leefstijl en zodoende preventie van gezondheidsrisico's te vergroten. Het draait om de bewoners met hoge mate van kansarmoede en kwetsbaarheid in de stad Goes. Deze bewoners kennen een aantal gezamenlijke karakteristieken: een lage sociaal economische status, een lage mate van gezondheidsvaardigheden, een verhoogd risico op ongezond gedrag (roken, overmatig alcoholgebruik), overgewicht, en hoge prevalentie depressie en psychosociale problematiek.

##### **4.2. Het project 'Goes in beweging'**

In dit project wordt uitgegaan van een brede, positieve benadering van gezondheid: Gezondheid wordt niet gezien als de aan-of afwezigheid van ziekte, maar als een continuüm

van welbevinden, opgebouwd vanuit verschillende dimensies, waarbij het vermogen van mensen om die dimensies te reguleren centraal staat (Huber, et al., 2011; Antonovsky, 1996). Dimensies die gezondheid beïnvloeden zijn voeding en bewegen, financiën, evenwicht stress-ontspanning, slaap, het hebben van een betekenisvol sociaal netwerk en zingeving. Wat gezonde mensen gemeen hebben, is het effectief weerstand kunnen bieden aan obstakels in het leven én het gevoel van samenhang, wat betekent dat mensen die zichzelf als gezond beschouwen, het vermogen en de capaciteit hebben om de middelen uit hun interne en externe omgeving te gebruiken om hun gezondheid te behouden en ontwikkelen (Antonovsky, 1996; Mittelmark & Bull, 2013).. Hierdoor is gezondheid dus niet iets voor huisartsen of ziekenhuizen, maar van de burger zelf en is daar waar de burger verblijft (thuis, wijk, werk etc.) een belangrijke plek om gezondheid te bevorderen (WHO, 2010).

Het project omvat drie fases: de eerste fase omvatte het in kaart brengen van de karakteristieken van de twee wijken aan de hand van bestaande data én het verkrijgen van inzicht in de gezondheid van de bewoners in de twee wijken. Per wijk zijn bestaande data m.b.t. karakteristieken en kenmerken van de inwoners gebruikt. Deze data zijn afkomstig van de zeelandscan ([www.zeelandscan.nl](http://www.zeelandscan.nl)). Daarnaast is voor het verkrijgen van inzicht in de gezondheid gebruik gemaakt van een (schriftelijke) vragenlijst. Deze vragenlijst bestond uit 14 persoonskenmerken en 33 vragen over gezondheid/leefstijl/omgeving, gebaseerd op de negen dimensies van een gezonde regio (Gezond Gedrag, Balans, Bewegen, Slapen, Sociaal, Zingeving, Financieel, Gezonde Voeding en Wonen & Samenleven). De tweede fase betrof het opzetten van gezondheid bevorderende interventies: Tijdens bewonersbijeenkomsten zijn de resultaten uit de eerste fase aan bewoners voorgelegd en vervolgens zijn in een proces van co-creatie interventies opgesteld op die gebieden van gezondheid die bewoners zelf belangrijk achten. In de derde fase worden de interventies uitgevoerd en gemonitord.

### **4.3. Resultaten**

#### *Resultaten fase 1*

De eerste wijk betreft een wijk in aan de noordkant van Goes met ongeveer 7000 inwoners en 2700 woningen. 29% van de inwoners woont in een eenpersoonshuishouden. 20% is tussen de nul en vijftien jaar, twee procent is ouder dan 80 jaar. Ongeveer driekwart van de inwoners (76%) ervaart een goede gezondheid. Echter, slechts iets meer dan de helft (51%) voldoet aan de Nederlandse norm voor gezond bewegen. 21% van de inwoners geeft aan regelmatig alcohol te gebruiken. In de wijk bestaan een aantal risicofactoren: Zo heeft 8% van de inwoners een algemene bijstandsuitkering, is 7% arbeidsongeschikt en is 3,5% werkloos. 51% van de inwoners heeft geen lidmaatschap van een vereniging en 42% heeft een geïsoleerd of privacy gericht sociaal netwerk. Van de inwoners voelt 23% zich soms tot altijd eenzaam en depressief of verdrietig.

De tweede wijk ligt in het westen van Goes en er wonen ongeveer 3000 mensen. 48% van de inwoners woont in een eenpersoonshuishouden, 16% is tussen de nul en vijftien jaar en vier procent is ouder dan 80 jaar. De inwoners van Goes West ervaren voor 84% een goede ervaren gezondheid, iets meer dan de helft van de inwoners (53%) voldoet aan de Nederlandse norm gezond bewegen. In de wijk Goes West wordt er relatief veel alcohol gedronken door jongeren. Tevens is er een hogere mate van verkrijgbaarheid van drugs in de wijk. Goes West is de wijk met het meeste gebruik van softdrugs onder jongeren; 1,9% procent heeft aangegeven meer dan tien keer per maand softdrugs te consumeren. In de wijk zijn een aantal risicofactoren aanwezig: 5,3% van de inwoners heeft een algemene bijstandsuitkering, 12,5% is arbeidsongeschikt en 2,5% werkeloos.

Voor de kwantitatieve verkenning zijn de enquêtes ingevuld door 90 gezinnen, bestaande uit 334 personen, waarvan 151 ouders/verzorgers en 179 jongeren. De resultaten uit deze vragenlijst duiden dat bewoners de gezondheid en gezondheidsbeleving van zichzelf en het eigen gezin over het algemeen zeer positief beoordelen. De bewoners scoren positief op de Gezonde regio elementen 'Gezond Gedrag', 'Bewegen', 'Slapen', 'Sociaal', 'Zingeving' en 'Gezonde Voeding' (zie figuur 1). Minder positief beoordelen de bewoners de elementen 'Balans' en 'Financiën'. Bewoners die de eigen gezondheid als goed beoordelen hebben ook vaak een gezond gewicht, doen betaald werk of gaan naar school. Verder valt de positieve werking van lidmaatschap bij een vereniging op; bewoners die lid zijn van een vereniging scoren hoger op de elementen Gezond Gedrag, Bewegen, Sociaal, Voeding en Zingeving.



Er zijn geen verschillen in scores tussen ouders en kinderen, behalve bij het element Financieel. Kinderen scoren hierbij iets lager dan ouders. Mensen die de eigen gezondheid positief inschatten scoren hoger op Balans en op Gezond Gedrag. Diegenen die het eigen

gewicht als gezond inschatten (N=276) scoren hoger op Slapen, Gezond Gedrag. Tevens is er een klein (niet significant) verschil op het element Financieel. Bij een vergelijking tussen mensen die wel of niet werkloos zijn valt op dat er significant verschillende scores zijn op de elementen Balans, Gezond Gedrag, Bewegen en Financieel. Diegenen die werkloos zijn (N=37) scoren hoger op Gezond gedrag en Bewegen, maar lager op de elementen Balans en Financieel.

### *Resultaten fase 2*

De bewoners in wijk 1 gaven aan dat er een probleem is met de huizenvoorraad, vooral voor alleenstaande ouders en ouderen met een laag inkomen zijn er niet genoeg doorstroommogelijkheden. Bestaande huizen en flats zijn te duur voor sommige inwoners. De bewoners willen graag in hun eigen wijk blijven, in de buurt van familie en vrienden. Een tweede punt was de verlichting bij de voetbalkooien in de wijk. Deze is volgens de bewoners niet toereikend, en dit wordt als eng en onveilig ervaren. Het uitschakelen van de verlichting bij de voetbalkooi is echter een bewuste keuze, om het gebruik hiervan 's nachts onmogelijk te maken, en op die manier geluidsoverlast voor de omwonenden te beperken. Een laatste punt wat naar voren kwam uit de bewonersbijeenkomst was een groter aanbod aan beweegactiviteiten. Momenteel vallen activiteiten soms samen met Nederlandse les, waardoor niet iedereen mee kan doen. De bewoners wilden ook beter gebruik maken van het zwembad, maar niet iedereen kan fietsen of zwemmen. Op het vormen van aparte groepen werd ook positief gereageerd, bijvoorbeeld activiteiten voor vrouwen, of voor ouderen.

Uit de bewonersavond in wijk 2 kwam naar voor dat er veel behoefte bestaat om meer samenhang te creëren en elkaar beter te leren kennen. Bewoners noemden oplossingen als 's avonds meer activiteiten organiseren, ook voor nieuwe inwoners (uitstapjes, koken en eten, bingo, fietsen, wandelen, fitness, naailes). Een wijkinformatie What's App zou ook uitkomst kunnen bieden, maar deze moet wel heel beperkt worden gehouden om overschot aan informatie te voorkomen. Er moeten ook meer activiteiten komen voor kinderen tot 12 jaar en voor 12-18 Met het organiseren van activiteiten voor verschillende leeftijdsgroepen, hopen de bewoners dat jongeren niet meer rond de speelplaatsen verzamelen om te blowen, en dan jongere kinderen die daar willen spelen wegsturen of bang maken. Ook willen ze meer positieve aandacht voor deze groep, zodat ze alternatieven krijgen in hun eigen buurt en niet naar Goes Noord hoeven voor activiteiten.

### *Resultaten Fase 3*

Tevens zijn in de bewonersavonden een aantal concrete interventies opgesteld gericht op gezonde voeding (n= 4), meer bewegen (n = 4) en het verbeteren van gezondheidsvaardigheden en de ervaren gezondheid (n = 2). Deze interventies zijn opgestart in de derde fase van het project. De interventies op het gebied van gezonde voeding omvatten:

1) Bijeenkomsten met gezond eten klaarmaken en aanbieden aan inwoners (bewonersbijeenkomsten) met als doel lage SES gezinnen te werven voor het project. 2) Barbecues georganiseerd door ouders. In het proces hebben de ouders zelf gevraagd aan een diëtiste om mee te denken. De BBQ was er om met nog meer gezinnen in aanraking te komen, die in dezelfde situatie zitten. Daarnaast creëerde het bewustzijn onder de ouders, dat een BBQ ook gezond kan zijn. Voor de organisatie hiervan hebben zij een tegenprestatie gehad. De ouders hebben zelf inkopen gedaan, BBQ's geregeld, het klaargemaakt en bewoners geworven. 3) bij de voedselbank zijn fruitspiezen door bewoners uitgedeeld om in contact te komen met de doelgroep. Enkele bewoners van de doelgroep hebben hierbij geholpen en verhaal gedeeld met de cliënten van de voedselbank. 4) Samen met stichting 'de goede doelen de Bevelander' worden etentjes met groeten uit eigen tuin georganiseerd waarbij de gezinnen die mee doen verder betrokken worden in de andere interventies in het project. De interventies gericht op meer bewegen betroffen 1) het organiseren van mogelijkheden tot zwemmen voor mensen die nooit in het zwembad kwamen (zwemles ouders en chronisch zieken). 2) organiseren van zwemmen met ouders en kinderen. 3) een bewegingsfestival in het sportcentrum van de gemeente. 4) opzetten kind - ouder Yoga. De interventies m.b.t. verbeteren van de ervaren gezondheid omvatten motiverende gespreksvoering tijdens bijeenkomsten om deelnemers te stimuleren de gezondheid van zichzelf en de kinderen te verbeteren. Hierdoor namen een aantal ouders het besluit te participeren in de beweegactiviteiten. Voorbeeld is de uiteindelijke stap naar het zwemmen met chronische zieken. Tevens zijn een aantal 'gezonde ontbijten' georganiseerd waarbij informatie werd verstrekt over gezonde leefstijl maar ook over financiën. Momenteel zijn de interventies in volle uitvoering en zijn ongeveer honderd gezinnen met in 120 ouders en 160 kinderen betrokken.

#### **4.4. Besluit**

Doel van het project *Goes in beweging* is gezinnen met hoge mate van kansarmoede te bewegen naar een gezonde leefstijl en zodoende preventie naar gezondheidsrisico's te vergroten. Ervaringen in dit project leren ons dat ook ouders in gezinnen met kansarmoede het beste voor hun kinderen willen en daar veel voor over hebben. Deze motivatie biedt mogelijkheden om gezondheid bevorderende interventies in de gezinnen op te zetten. Veel van de gezinnen in de doelgroep van dit project kennen echter minder positieve ervaringen met representanten van organisaties m.b.t. hulpverlening en gemeenten en lijken moeilijk benaderbaar. Door de participatieve benadering en het direct aansluiten bij hun leefwereld lijkt het dat het project er in slaagt om de gezinnen met kansarmoede te bereiken en te betrekken. Gezien de omvang van geïncludeerde wijken is de huidige omvang van gezinnen echter niet voldoende, en is meer massa nodig. Eerste ervaringen leren ons dat in het begin het opbouwen van vertrouwen via persoonlijk contact belangrijk is en een grote tijdsinvestering

vergt. Bij sommige gezinnen is het nodig om een paar keer binnen te komen alvorens men deel gaat nemen aan interventies. Het verspreiden van voorlichting over het project via deelnemers zelf of bestaande voorzieningen in de wijk (early adopters in het project, opbouwwerkers in de wijk en aansluiten bij voedselbank of ruilwinkel) werkt. Voorlichting in grote groepen of via minder persoonlijke (sociale) media zijn weinig effectief. Daar waar de gezinnen zelf interventies mee op zetten en welke te maken hebben met gezond leven, bewegen en/of voeding is de deelname ook hoger.



## Referenties

Antonovsky A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18.

Arenson J.D. (1994). Strengths and self-perceptions of parenting in adolescent mothers, *Journal of Pediatric Nursing*, 9(4), 251-257.

Van Bergen A. (2010). 'De nieuwe professional.' Utrecht: MOVISIE

Dehertogh B., Meyvis I., Vanceulebroek V., Brouns M. & Van Besouw S. (2017). Afwegingen voor een prenataal screeningsinstrument voor kwetsbare zwangere vrouwen, *Tijdschrift voor Vroedvrouwen*, 23 (2), 81-88.

Fabrellas N., Sanchez C., Juvé E., et al (2013). A program of nurse algorithm-guided care for adult patients with acute minor illnesses in primary care. *BMJ Family Practice* 14:61

Fretts, R. (2010). Stillbirth epidemiology, risk factors, and opportunities for stillbirth prevention, *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 53(3), 588-596.

Geenen G. en Corveleyn J. (2010). *Helpende Handen, gehechtheid bij kwetsbare ouders en kinderen*. Tiel: Lannoo Campus.

Guest E., Keatinge D., Reed J, et al. (2012). Implementing and evaluating a professional practice framework in child and family health nursing- A pilot project. *Nurse Education in Practice* 13:393-399.

Gijselaars W. e.a. (2015). Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg, KCE rapport 248AS Good Clinical Practice: welke onderzoeken zijn aanbevolen bij een zwangerschap.

Heiligers P., Noordman J., Korevaar J., et al (2012). *Praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk (POHs). Klaar voor de toekomst?* Nivel, Utrecht NL.

Hoogewys A., De Grave H., Van Ham P. & Van de Velde G. (2013). Perinatale ondersteuning van kansarme gezinnen: wat er is en wat er nodig is. Koning Boudewijn Stichting.

Huber M. Knottnerus J. A., Green L., Horst H. van der, Jadad A. R., Kromhout D., Leonard B., Lorig K., Loureiro M. I., Meer J. W. M. van der Schnabel, P., Smith R., Weel C. van, & Smid H. (2011). How should we define health?. *British Medical Journal*, 343. doi:10.1136/bmj.d4163.

Lieten I. (2009). Beleidsnota armoede 2009-2014, stuk 210 (2009-2010) nr. 1, ingediend op 27 oktober 2009 (2009-2010) Vlaams Parlement.

Mittelmark M. B., & Bull T. (2013). The salutogenic model of health in health promotion research. *Global Health Promotion*, 20(2), 30-38.

OECD / EU (2016). *Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>.

Ossewaarde M.R.R. (2006). Citizenship in Civil Society? In: *Journal of Civil Society*. Vol. 2, No.3, 199-215.

Noordman et al (2014) Effects of video-feedback on the communication, clinical competence and motivational interviewing skills of practice nurses- a pre-test posttest control group study. *Journal of Advanced Nursing* Mar 3. doi: 10.1111/jan.12376.

Oeseburg B., Hilberts R., Luten T., et al (2013). Interprofessional education in primary care for the elderly- a pilot study. *BMC Medical Educator* 13:161

ONeill M. & Cowman S. (2008). Partners in care- investigating community nurses' understanding of an interdisciplinary team-based approach to primary care. *Journal of Clinical Nursing* 17:3004-3011.

Petrou, S., Kupek E., Vause S., Maresh M. (2003). Antenatal visits and adverse perinatal outcomes: results from a British population-based study, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 106(1), 40-49.

KCE position paper (2012). Organisatie van zorg voor chronisch zieken in België Publication - KCE Reports 190A - Health Services Research (HSR).

RIZIV & Dokters van de Wereld (2014). *Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België*. Waterloo: Kluwer.

Van Haarlem A., Coene J. & Dierckx D. (2012). Rapport Armoedebareometer 2012, *Decenniumdoelen 2017*.

Romero-Collado A, Homs-Romero E, Zabaleta-Del-Olmo E, et al (2013). Nurse prescribing in primary care in Spain- legal framework, historical characteristics and relationship to perceived professional identity. *Journal of Nursing Management* Sep 23. doi:10.1111/jonm.12139.

Schuerman E. & Schoenmakers B. (2014). *Praktijkorganisatie voor dummies*. Een leidraad bij de opstart van verpleegkundige zorgen in een huisartsenpraktijk. *Huisarts Nu* 43:23-6.

Vanhoorne K., Van Ael K. & Tarquini S. (2017). Project Armoedebestrijding tussentijds rapport: Een betere zorg voor kwetsbare zwangere vrouwen, Fase 1: Interventiestrategieën voor een holistische en duurzame aanpak. Tussentijds rapport van de projectuitvoering van opdrachtbrief Lot 3 – nr. 11: Begeleiding bij de uitvoering van actie 54 in het Federaal plan Armoedebestrijding.

World Health Organization (2010). *Healthy workplaces: a model for action. For employers, workers, policy-makers and practitioners*. Retrieved from WHO website: [http://www.who.int/occupational\\_health/publications/healthy\\_workplaces\\_model\\_action.pdf](http://www.who.int/occupational_health/publications/healthy_workplaces_model_action.pdf)

<https://www.uantwerpen.be/nl/onderwijs/opleidingsaanbod/verpleegkundige-huisartspraktijk/opleidingsinfo/> geraadpleegd op 9/04/2018.

<https://www.domusmedica.be/documentatie/downloads/patienteninformatie/845-kent-u-het-globaal-medisch-dossier-plus-gmd/file.html> geraadpleegd op 9/04/2018.

<https://www.nhg.org/nhg-standaarden> geraadpleegd op 9/04/2018

[www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The\\_Chronic\\_CareModel&s=2](http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_CareModel&s=2) geraadpleegd op 14/11/2014.

