

Preventie en Zorg
Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T +31 71 518 18 18
F +31 71 518 19 01
info-zorg@tno.nl

TNO-rapport

KvL/P&Z 2009.125

**Vroeg signaleren van ongunstige opgroei-
omstandigheden door verloskundigen in Zaanstad
en Amsterdam-Noord**

Datum	December 2009
Auteur(s)	R.M. Vink M.E.B. Rijnders P. van Dommelen A. Broerse
Projectnummer	031.13155/01.01
Aantal pagina's	32 (incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	3

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

Inhoudsopgave

1	Korte probleemschets.....	3
2	Vroegsignalering door verloskundigen in Zaanstad en Amsterdam-Noord.....	4
2.1	Ontwikkeling signaleringsinstrument	4
2.2	Signaleren en dan?	5
2.3	Deskundigheidsbevordering	5
2.4	Proefimplementatie	6
3	Evaluatie	7
3.1	Respons.....	7
3.2	Resultaten data-analyse cliëntlijsten ALPHA-NL (N=312)	8
3.3	Begripsvaliditeit cliëntlijst ALPHA-NL	9
3.4	Resultaten data-analyse zorgverlenerslijsten ALPHA-NL (N=337).....	10
3.5	Overleg en verwijzing (N=321)	13
3.6	Ervaringen van de verloskundigen.....	14
3.7	Signaleren en dan?	16
3.8	Ervaringen Vangnet Jeugd Zaanstad	17
3.9	Ervaringen van (aanstaande) ouders	17
4	Tot slot	18
4.1	Conclusies.....	18
4.2	Aanbevelingen	20
5	Referenties	23
	Bijlage(n)	
	A Cliëntlijst ALPHA-NL	
	B Zorgverleners ALPHA-NL	
	C Verwijzing	

1 Korte probleemschets

Veel problemen van en met kinderen blijken, achteraf gezien, hun ontstaansgeschiedenis in de eerste levensjaren te hebben (o.a. Offord, 1994) en veel zorgwekkende omstandigheden voor kinderen zijn al tijdens de zwangerschap aanwezig of voorspelbaar. Zo is bekend dat depressie bij de moeder ernstige gevolgen kan hebben op de cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind –zelfs tot op elfjarige leeftijd (Van Doesem, 2005) en blijken er in de meeste gevallen van kindermishandeling al rond de geboorte zorgen te zijn geweest (Lynch e.a. 1977). Het is dus zaak om er vroeg bij te zijn: ‘vroeg’ in de ontwikkeling van kinderen en ‘vroeg’ in de ontwikkeling van problemen.

Wat zijn nu ongunstige kindomstandigheden? De term ‘zorgwekkende opgroei- en opvoedsituaties’ werd geïntroduceerd door Hermanns e.a. in de Inventrapportage (i.o.v. Ministerie van VWS, 2005) en gedefinieerd als “gezinsomstandigheden waarin kinderen niet de garantie hebben dat er een ‘good enough’ opvoeding geboden wordt”. Bij het signaleren in de zwangerschap gaat het per definitie niet om kindgebonden factoren maar om het signaleren van ongunstige *omstandigheden* waarin het kind zal opgroeien. In de literatuur zijn diverse factoren te vinden die geschaard kunnen worden onder deze ongunstige omstandigheden omdat die geassocieerd zijn met kindermishandeling, verstoorde sociaal-emotionele of persoonlijkheidsontwikkeling en in- of externaliserende gedragsproblemen bij kinderen. Risicofactoren zijn bijvoorbeeld: (het getuige zijn van) partnergeweld, psychopathologie en ervaringen van de ouders met geweld in de kindertijd, stress en psychische en emotionele problemen tijdens de zwangerschap, moederschap onder de 20 jaar, een laag opleidingsniveau, armoede en werkloosheid, lage sociaal economische status (SES), sociaal isolement, geringe pedagogische sensitiviteit.

Het tijdig signaleren van ongunstige kindomstandigheden loont. Hoe jonger het kind, des te effectiever de interventie op langer termijn (o.a. Tremblay, 2003). In vervolg op Operatie Jong noemt de Inventgroep (Hermanns e.a. i.o.v. Ministerie van VWS, 2005) in het advies aan de overheid een “systeem van vier elkaar aanvullende strategieën” met als eerste: “het zo vroeg mogelijk (liefst vóór de geboorte) door middel van een korte screening signaleren van toekomstige zorgwekkende opvoed- en opgroeisituaties op basis van een lijst van risicofactoren”. Tot dan toe werkten verloskundigen in Nederland niet met een dergelijke lijst risicofactoren of met een systematische screening van cliënten op psychosociale problematiek.

2 Vroegsignalering door verloskundigen in Zaanstad en Amsterdam-Noord

Tegen deze achtergrond hebben de gemeenten Zaanstad en Amsterdam (via Stichting Eerstelijns Amsterdam) aan TNO Kwaliteit van Leven de opdracht gegeven om:

- een systematiek van vroegsignaleren door verloskundigen, in samenwerking met de jeugdgezondheidszorg (JGZ) en in aansluiting op SamenStarten, te ontwikkelen en te implementeren,
- daarbij na te gaan in hoeverre een signaleringsinstrument als hulpmiddel in de dagelijkse praktijk bruikbaar is voor verloskundigen en gynaecologen,
- de interne consistentie (op onderdelen) van het signaleringsinstrument zo mogelijk te bepalen.

De twee projecten konden gelijk oplopen in de tijd en omvatten de volgende hoofdactiviteiten in de periode van september 2008 tot december 2009.

- de ontwikkeling en proefimplementatie van een signaleringsinstrument voor verloskundigen en gynaecologen
- training en instructie
- monitoring en evaluatie
- data-analyse van de ingestuurde vragenlijsten

2.1 Ontwikkeling signaleringsinstrument

Belangrijk was om een signaleringsinstrument met de gebruikers zelf, de verloskundigen, maar ook met de 'signaalontvangers' (JGZ, Vangnet Jeugd, GGD) te ontwikkelen.

Daarom zijn in 2007 gesprekken gevoerd en een focusgroep geraadpleegd met verloskundigen, gynaecoloog en jeugdverpleegkundigen van Evean. Aan de focusgroep zijn drie signaleringsinstrumenten voorgelegd die konden dienen als basis voor een te ontwikkelen instrument. Beoordeeld zijn: de Dunedin Family Service Indicator (DFSI, Clarkson, 1988)) die in de Inventrapportage wordt aanbevolen, een prenatale versie van het DMO-protocol dat bij SamenStarten gebruikt wordt en de Canadese ALPHA (Antenatal Psychosocial Health Assessment; Reid, 1998 / Midmer, 2004 / Caroll, 2005 / Robertson, 2006).

Mede op basis van deze gesprekken is gekozen voor een vertaling van de ALPHA (hierna ALPHA-NL) waarbij ook de eis gold dat die moest aansluiten bij het DMO-protocol dat bij 8 weken postpartum, in het kader van Samen Starten, wordt gebruikt. Zowel het DMO-protocol als de DFSI vonden de verloskundigen te lang, niet inpasbaar in de dagelijkse verloskundepraktijk en onvolledig. Hoewel de DFSI met slechts 9 items kort oogt, kost de afname veel tijd met een interview en multidisciplinaire nabespreking van iedere casus. Verder zijn twee items niet relevant voor de Nederlandse situatie en geldt een derde item alleen voor zwangerschappen van een tweede en volgende kind. Ook is de uitkomstmaat van de DFSI beperkt tot 'ernstige gevallen' van kindermishandeling (ondertoezichtstelling, uithuisplaatsing) terwijl juist ook de minder extreme cases opgespoord moeten kunnen worden. De ALPHA had de voorkeur van de verloskundigen. Het is als een van de weinige internationaal gedocumenteerde instrumenten bedoeld om in de 20ste week zwangerschap gezinnen met ongunstige psychosociale omstandigheden te identificeren zodat hulp ingezet kan worden. Voor de

ALPHA is verder gekozen vanwege de gebruiksvriendelijkheid, een 'self-report'-versie voor de zwangere en een goede zogenaamde face-validity. De items zijn namelijk gebaseerd op 15 risicofactoren die geassocieerd zijn met ongunstige opgroei-omstandigheden (review Wilson, 1996). De uitkomstmaten van de Canadese ALPHA zijn: kindermishandeling, partnergeweld/relatieproblemen, postnatale depressie en een zwakke gezondheid van het kind.

Behalve de 'self-report' versie van de Canadese ALPHA is de zogenaamde providers-versie (vragenlijst voor verloskundige) aangepast aan de Nederlandse situatie. Daarin kan de verloskundige haar eigen professionele indruk en de risicofactoren die zij al naar aanleiding van de anamnese weet bundelen.

De cliëntlijst ALPHA-NL bestond uit 46 vragen waarvan het merendeel vijfpuntsschalen als antwoordmogelijkheid hadden en andere vragen dichotoom (ja/nee) en soms open waren. De zorgverlenerslijst ALPHA-NL bestond uit 35 vragen met ja/nee beantwoording.

De vragenlijsten zijn als bijlagen toegevoegd.

2.2 Signaleren en dan?

Een signaleringsinstrument is een hulpmiddel. Net zo belangrijk is het om een vervolg te kunnen geven aan de signalen die verloskundigen –op basis van de ALPHA-NL- opvangen. Daarom is ook een focusgroep geraadpleegd van jeugdverpleegkundigen, jeugdarts (Evean) en Vangnet Jeugd (GGD) als 'signaalontvangers'.

In Zaanstad was de afspraak gemaakt dat risicogezinnen naar Vangnet Jeugd verwezen zouden worden. Eventuele prenatale huisbezoeken door de JGZ zouden ook van daaruit worden aangevraagd. Maximaal 70 gezinnen per jaar konden op die manier door de JGZ begeleid worden. Vrouwen die aan de criteria voldeden, werden zowel in Zaanstad als Amsterdam direct naar Voorzorg verwezen. In een deel van Zaanstad liep bovendien een pilot waarin verloskundigen standaard een uitdraai van het registratiesysteem Orfeus als overdracht naar de JGZ stuurden.

In Amsterdam-Noord is een bijeenkomst gehouden met de deelnemende verloskundigen-praktijken, Vangnet Jeugd, het AMK en GGD. Daarbij zijn geen specifieke of nieuwe verwijsafspraken gemaakt maar is uitgegaan van voortzetting van de bestaande afspraken zoals verwijzing naar Voorzorg, Vangnet Jeugd, de JGZ of waar nodig melding bij het AMK.

2.3 Deskundigheidsbevordering

Een signaleringsinstrument staat niet op zichzelf. Daarom zijn trainingen gegeven over vroegsignalering en het werken met de ALPHA-NL.

Er hebben 2 trainingen in Zaanstad (13 verloskundigen van iedere participerende praktijk) en 1 in Amsterdam-Noord (15 verloskundigen) plaatsgevonden. Er zijn vervolgens 3 aparte instructies aan de verloskundigen over het werken met het signaleringsinstrument gegeven. Ook de gynaecologen van het Zaans Medisch Centrum (ZMC) zouden een vorm van scholing volgen maar hiervoor bleek uiteindelijk toch geen draagvlak.

De training leverde de verloskundigen 5 accreditatiepunten op. De duur van de training was 6 uur.

Het programma zag er als volgt uit.

- Introductie in het thema, wat is vroegsignalering, wat willen we voorkomen?
- Welke signalen en risicofactoren zijn er?
- En wat dan? Sociale kaart en overdracht JGZ.
- Wat te doen: bespreekbaar maken met ouders en omgaan met beroepsgeheim
- Oefenen gespreksvaardigheden met een acteur

2.4 Proefimplementatie

Proefimplementatie vond plaats van 1 maart tot 31 oktober 2009 in zowel Zaanstad als Amsterdam-Noord. Vrouwen zijn gedurende 3 maanden, van 1 maart tot 31 mei geïnccludeerd. Drie verloskundigenpraktijken (11 verloskundigen) in Amsterdam en de tweedelijns verloskunde van het BovenIJ ziekenhuis (7 verloskundigen) en 9 praktijken (17 verloskundigen) in Zaanstad deden mee aan de pilot. Eén praktijk was samengegaan met een andere praktijk en deze hebben daardoor onvoldoende aandacht kunnen opbrengen voor de pilot. Van één praktijk is geen enkel formulier retour ontvangen, hoewel deze wel verstuurd waren en één praktijk heeft in het geheel niet meegedaan.

De opzet was dat ook de gynaecologen van het ZMC zouden participeren in het project. Eén gynaecoloog was altijd wel betrokken bij besprekingen en focusgroep, maar uiteindelijk bleek er onvoldoende draagvlak voor training en het gebruiken van het signaleringsinstrument.

In het BovenIJ-ziekenhuis in Amsterdam is deze taak bij de tweedelijns verloskunde neergelegd.

Gedurende de proefimplementatie gaven de verloskundigen aan iedere vrouw bij 20 weken zwangerschap de cliëntlijst ALPHA-NL mee met het verzoek die bij het volgende consult, ingevuld, weer mee te nemen. Ten behoeve van allochtone vrouwen is een toelichtende brief in Turks, Arabisch en Engels gemaakt. De verloskundige noteerde op de zorgverleners ALPHA-NL haar klinische oordeel en de risicofactoren die zij op basis van het dossier van de vrouw kende. De verloskundige legde vervolgens de beide lijsten naast elkaar. Als daar aanleiding toe was, werden de uitkomsten uitvoeriger besproken bij het 26 weken consult. Indien nodig verwees de verloskundige naar de geëigende hulp en / of besprak zij de casus intern of extern met collega professionals. Een aparte registratie is bijgehouden van overleg en verwijzing naar aanleiding van signalen. De cliëntlijsten ALPHA-NL, de zorgverlenerslijsten en de registratie van verwijzingen werden gekoppeld door een uniek nummer en bij afsluiting van het kraambed naar TNO Kwaliteit van Leven gestuurd. De vragenlijsten bleven anoniem en er zijn geen achtergrondkenmerken van de zwangeren geregistreerd. De verloskundigen in Amsterdam-Noord ontvingen een vergoeding per ingestuurde vragenlijst.

Gedurende de proefimplementatie is er regelmatig contact geweest met de verloskundigen om de voortgang te bewaken.

3 Evaluatie

Evaluatie vond plaats op de volgende manieren:

- Tussentijdse evaluatie:
- Tussentijdse evaluatie met verloskundigen na 1 maand proefimplementatie. Dit gebeurde telefonisch, per mail of op locatie. Het doel was te achterhalen of de procedure uitvoerbaar was en wat de eerste ervaringen met het invullen waren. Ook was het de bedoeling om via deze evaluatie grote omissies in de vragenlijsten eventueel op te sporen en aan te passen.

Eindevaluatie, met de volgende onderdelen:

- analyse van de naar TNO gestuurde vragenlijsten, te weten:
 - cliëntlijsten ALPHA-NL (inclusief vragen over tevredenheid m.b.t. het signaleren)
 - zorgverlenerslijsten ALPHA-NL
 - verwijzingen naar aanleiding van signalen
- focusgroepen met de verloskundigen en JGZ

3.1 Respons

Het is niet precies bekend aan hoeveel vrouwen de ALPHA-NL bij 20 weken in totaal is meegegeven. Daarom is aan de verloskundigen achteraf in de focusgroepen een schatting gevraagd van het percentage geretourneerde cliëntlijsten ALPHA-NL. In Zaanstad schatte men de respons op ongeveer 95% tot 100%; in Amsterdam-Noord ongeveer 80 tot 85%.

In Amsterdam heeft vooral één praktijk moeite moeten doen om de cliëntlijsten terug te ontvangen, dit leverde uiteindelijk een respons van naar schatting 60% op. Bij enkele vrouwen in Amsterdam bleek dat zij de cliëntlijst niet mochten invullen van hun partner of om andere redenen niet wilden of konden invullen.

Bij de tweedelijns verloskunde in het BovenIJ Ziekenhuis werd de respons op 80% geschat.

De respons in Zaanstad lijkt hoger dan in Amsterdam-Noord. Dit kan verband houden met het hoge percentage allochtone en lagere SES cliënten in Amsterdam.

In totaal zijn van 355 zwangeren afkomstig uit 10 praktijken, gegevens verkregen. Uit Amsterdam-Noord kwamen gegevens van 173 zwangeren (49 %) en uit Zaanstad van 182 zwangeren (51%).

De respons per praktijk was gemiddeld 35 zwangeren (mediaan 19) maar dit varieerde behoorlijk: range 9-93 zwangeren per praktijk.

Vier praktijken, 2 uit Amsterdam en 2 uit Zaanstad, leverden 75% van alle geïnccludeerde zwangeren.

Niet alle formulieren zijn voor alle zwangeren retour gekomen en soms zijn niet alle vragen beantwoord. De geretourneerde vragenlijsten, al of niet in combinatie met de andere lijsten, waren:

- 321 keer (90%) de cliëntlijst ALPHA-NL,
- 337 keer (95%) de zorgverleners ALPHA-NL,
- 307 keer (86%) de verwijsregistratie.

In totaal waren er 302 complete sets (85%). Uit Zaanstad kwamen significant vaker complete sets retour (92 % versus 64%, $p < 0.00001$).

3.2 Resultaten data-analyse cliëntlijsten ALPHA-NL (N=312)

De hierna beschreven resultaten zijn van de 321 geretourneerde cliëntlijsten ALPHA's-NL onafhankelijk van insturen van de andere vragenlijsten.

De meeste vragen in de ALPHA-NL zijn stellingen waarbij de zwangere op een vijfpuntsschaal kan scoren in hoeverre deze stelling op haar van toepassing is. In de analyses is daar waar mogelijk en zinvol de vijfpuntsschaal gedichotomiseerd waarbij de scores 3, 4 en 5 enerzijds en 1 en 2 anderzijds zijn samengevoegd als zijnde het afkappunt voor het voorkomen van een bepaalde risicofactor.

Gewenste zwangerschap

11 % van de zwangeren (34/312) geeft aan minder of niet gelukkig te zijn toen ze merkten dat ze zwanger waren. Op het moment van invullen was nog 5% (15/321) minder of niet gelukkig met de zwangerschap.

Volgens 3% (10/313) van de vrouwen was de partner niet zo blij met de zwangerschap. Bij 4% (13/320) is de omgeving matig of niet blij met de zwangerschap.

Sociaal netwerk en ondersteuning

4 % (12/321) van de zwangeren voelt zich niet of weinig gesteund door de omgeving. Bij 3% (10/312) zal de partner nauwelijks of niet betrokken zijn bij de verzorging.

61% (192/314) volgt (nog) geen zwangerschapscursus; 29% (n=52) wil dit nog regelen en 43% (n=72) vindt het niet zinvol of heeft geen tijd. 20% zal geen cursus volgen omdat ze al ervaring hebben met baren of omdat ze in een eerdere zwangerschap een cursus hebben gevolgd.

Partnerrelatie

De vragen met betrekking tot de relatie zijn in enkele gevallen niet (alle) ingevuld.

5% (15/312) geeft aan dat de relatie niet (zo) goed is en 1% (3/304) denkt dat de relatie na de zwangerschap zal verslechteren; 7% (23/308) geeft aan dat ruzies niet (zo) goed samen worden opgelost en 3 % (8/315) is wel eens bang voor de partner.

98% (308/315) geeft aan *nooit* geslagen te worden door de partner, 93% (293/315) geeft aan *nooit* gepest, bedreigd etc te worden en 100% (n=305) geeft aan *nooit* gedwongen te worden tot seksuele handelingen.

Jeugdervaringen

13% (41/317) kon als kind niet (zo) goed overweg met de eigen ouders. 8% (24/315) voelde zich niet of minder veilig bij de eigen moeder en 14% (44/308) niet of minder veilig bij de eigen vader.

Bij 23 % (73/313) konden de ouders het niet (zo) goed met elkaar vinden. 85% (262/308) geeft aan dat het *nooit* voorkwam dat een van de ouders de ander bedreigde. 79% (249/315) geeft aan *nooit* hardhandig gestraft te zijn.

Mishandeling als kind door ouders wordt door 82% (259/315) volledig ontkend en seksueel misbruik als kind door 96% (306/318). De kinderbescherming was vroeger bij 3% (9/314) betrokken

Emotionele gezondheid

5% (17/319) heeft er weinig of geen vertrouwen in straks een goede moeder te zijn. 38% (119/317) geeft aan wel eens emotionele problemen te hebben en hiervan is 70% (83/119) wel eens naar een arts geweest. 19% (58/315) geeft aan dat de stemming tijdens de zwangerschap doorgaans niet zo goed is.

Genotmiddelen

99% (301/304) van de zwangeren gebruikt volgens eigen rapportage geen drugs en 98% (309/316) drinkt 0 glazen alcohol per week. Eén vrouw geeft aan een probleem te hebben met drugs en het drugsgebruik van haar partner en één vrouw geeft aan minder te willen drinken en zich schuldig te voelen over haar alcoholgebruik. 11% (32/302) geeft aan dat de partner (wel eens) drugs gebruikt, maar 2 vrouwen vinden dat hun partner een drugsprobleem heeft.

Opvoeding

23% (73/317) geeft aan dat slaan min of meer bij de opvoeding hoort. Hiervan is 32% (n=24) het helemaal met de stelling eens.

Bij 4 zwangeren woont een eigen kind ergens anders en bij 1 zwangere is de kinderbescherming bij het gezin betrokken.

Bij 6% (n=19) van de zwangeren wonen de kinderen van de partner elders.

Ingrijpende gebeurtenissen

Voor 16% (49/315) was het afgelopen jaar niet of weinig ontspannen en bij 40% (124/313) was er tijdens de zwangerschap sprake van ingrijpende gebeurtenissen. Het meest waren deze gebeurtenissen (dreigend) verlies van baan (19%) of stress op het werk (16%), overlijden (19%) of (ernstige) ziekte dierbaren (7%) of een verhuizing (20%).

25% (78/313) maakt zich ernstige zorgen om de financiële situatie en 18% (56/315) geeft aan flink wat zorgen te hebben om het gezins- en persoonlijk leven.

3.3 Begripsvaliditeit cliëntlijst ALPHA-NL

Met de data is ook gekeken naar begripsvaliditeit van de cliëntlijst ALPHA-NL. De ALPHA-NL bestaat deels uit clusters van vragen die bij elkaar een bepaald begrip als risicofactor meten. Bijvoorbeeld: om het begrip ‘beperkt sociaal netwerk’ (als risicofactor voor kindermishandeling) te kunnen meten, worden vier vragen gesteld (‘Ik voel mij gesteund door mijn omgeving’, ‘Ik krijg hulp van ..’ ed.). Om te achterhalen of er een verband is tussen de vragen onderling en in hoeverre die het beoogde begrip meten, is principale componenten analyse (PCA) met varimax rotatie uitgevoerd bij de vragen met vijf of meer antwoordcategorieën (bijvoorbeeld 1=erg gelukkig t/m 5=erg ongelukkig). Categorische PCA is gedaan bij vragen met een verschillend aantal antwoordcategorieën of bij vragen met minder dan vijf antwoordcategorieën (bijv. 1=ja, 2=nee). Op de componenten met eigenwaarden die groter of gelijk waren aan één is de Cronbach’s alpha berekend. De Cronbach’s alpha is een maat voor de interne consistentie en de waarde van de alpha is een indicatie van de mate waarin een aantal vragen in een vragenlijst hetzelfde begrip meten. Pearson correlaties of phi correlaties (bij twee dichotome variabelen) zijn gegeven bij begrippen met twee vragen.

Begrip	vragen	Cronbach's alpha of correlatie ¹
ongewenste zwangerschap	1, 2	pearson correlatie=0,38
beperkt sociaal netwerk	5, 6, 11, 12	alpha=0,74
ingrijpende gebeurtenissen	8, 9, 10, 44	alpha=0,63
emotionele gezondheid	4, (29, 30), 31	pearson correlatie=0,28 (vragen 4 en 31) ²
relatieproblemen	11, 12, 13, 14, 15	alpha=0,76
partnergeweld	15, 16, 17, 18, (19: niemand ja)	alpha=0,59
kindermishandeling in dit gezin, AMK	(28,) 41,42, (43)	phi=0,33 ³
eigen jeugd - relatie met ouders	20, 21, 22, 25, 26, 27, 28	alpha=0,77 (0,79 zonder 27) ⁴
eigen jeugd - relatie ouders onderling, getuige van geweld	23, 24	pearson correlatie=0,64
alcoholgebruik	32, 33, 34, 35	alpha=0,45 (evt 32+33 apart)
drugsgebruik	36, 37, 38, 39	alpha=0,35

1 bij 2 vragen (phi bij twee dichotome variabelen; pearson bij variabele met >4 categorieën)

2 de vragen 29 en 30 moeten worden volgens PCA los staan van de vragen 4 en 31

3 vraag 43 is maar door 1 persoon bevestigend beantwoord; vraag 28 staat los van de vragen 41 en 42

4 vraag 27 is door een redelijk klein aantal (n=12) bevestigend beantwoord

De vragen 5, 6, 11 en 12 hebben een redelijke waarde van Cronbach's alpha (0,74) en lijken het bovenliggende begrip 'beperkt sociaal netwerk' te meten. Dit geldt ook voor de vragen 11 t/m 15 die met een Cronbach's alpha van 0,76 het begrip 'relatieproblemen' meten en de vragen 20 t/m 22 en 25 t/m 28 voor het begrip 'relatie met de eigen ouders vroeger' (Cronbach's alpha 0,77/0,79).

Ook de vragen die horen bij 'ingrijpende gebeurtenissen' en 'partnergeweld' en het 'vroeger getuige zijn geweest van partnergeweld of slechte onderlinge relatie van de ouders' lijken met Cronbach's alpha's van rond de 0,60 nog behoorlijk de bovenliggende begrippen te meten.

Bij de lagere alpha's of correlaties wil dit (nog) niet zeggen dat de vragen in onvoldoende mate de begrippen meten. Mogelijk is het aantal onderliggende vragen te weinig (bijv. bij 'ongewenste zwangerschap' en 'emotionele gezondheid') of was de prevalentie van de risicofactoren onvoldoende (bijv. bij 'alcohol- en drugsgebruik' en 'kindermishandeling in dit gezin') om een interne consistentie goed te bepalen en is verder onderzoek nodig. Het is voor het eerst dat de interne consistentie van de ALPHA-NL is gepoogd te bepalen.

Tot slot is geprobeerd om de interne consistentie te bepalen van alle vragen (12, 8, 9, 13, 14, 31) die volgens de Canadese ALPHA als uitkomstmaat 'postnatale depressie' hebben. De vragen 8 en 9 vallen er buiten en hebben een correlatie van 0,43; de andere vragen leveren vervolgens een Cronbach's alpha van 0,68 op.

3.4 Resultaten data-analyse zorgverlenerslijsten ALPHA-NL (N=337)

Er zijn 337 zorgverlenerslijsten ALPHA-NL ontvangen (95% van de 355 cases).

De zorgverlenerslijst ALPHA-NL liet op de meeste items geen duidelijk verschil zien met de cliëntlijst ALPHA-NL. Door sommige verloskundigen is de zorgverlenerslijst ingevuld op basis van de cliëntlijst en is deze daardoor niet 'onafhankelijk' ingevuld – de gegevens zijn in die gevallen eenvoudigweg overgenomen. Het is daarom niet zinvol om de prevalentie van risicofactoren, verkregen met de cliënt- of zorgverlenerslijst, met elkaar te vergelijken. Bovendien is de vraagwijze in de twee lijsten verschillend.

Vergelijking ten behoeve van onderzoek was overigens ook niet het doel van de zorgverlenerslijst of de projectopdracht.

Toch zijn er enkele opmerkelijkheden.

Dat risicofactoren wel in de zorgverlenerslijst worden genoemd maar niet door de zwangere zelf in de cliëntlijst ALPHA-NL, is te verklaren. De indruk die de verloskundige heeft hoeft immers niet overeen te komen met hetgeen de zwangere zelf invult. De cases waarbij de zwangere zelf wel risicofactoren aangeeft maar deze door de verloskundigen niet zijn vermeld, geven echter te denken. Dit is bijvoorbeeld enkele keren voorgekomen ten aanzien van partnergeweld. In de cliëntlijst noteerden 7 vrouwen dat zij te maken hadden met partnergeweld. Van deze vrouwen is 4 keer door de verloskundige in de zorgverleners ALPHA-NL aangekruist dat er géén sprake was van partnergeweld (noch dat de situatie twijfelachtig of zorgwekkend was). Verder is in de zorgverlenerslijst door verloskundigen met betrekking tot 7 vrouwen partnergeweld aangekruist. Hiervan hadden er 3 ook de cliëntlijst ingevuld (van 1 vrouw was er alleen de zorgverlenerslijst). Drie vrouwen noemden ook in de cliëntlijst fysiek partnergeweld en bij 3 was er geen partnergeweld naar eigen zeggen. Zes van deze zeven zwangeren zijn door de verloskundigen als zorgwekkend of met twijfel aangeduid. Door de combinatie van de cliëntlijst en zorgverlenerslijst kon achterhaald worden dat vermoedelijk 11 vrouwen te maken hadden (gehad) met partnergeweld voor of tijdens de zwangerschap van de huidige partner.

Verder is van 29 zwangeren geen cliëntlijst ALPHA-NL ontvangen maar hebben de verloskundigen wel de zorgverlenerslijst ingevuld. Van deze groep zijn de prevalenties van risicofactoren vergeleken met die van de groep zwangeren waarvan de beide vragenlijsten aanwezig waren (zie tabel).

In de groep waarvan alléén de zorgverlenerslijst is ingestuurd zien we over het algemeen méér risicofactoren en significant meer twijfel of zorgelijke situaties ($p < 0.001$) dan in de groep waarvan de cliëntlijst én de zorgverlenerslijst zijn ingevuld. De prevalenties van risicofactoren over de gehele groep waar een zorgverlenerslijst voor is ingevuld, geven daardoor mogelijk een vertekend beeld.

Dit kan enerzijds op duiden dat de cliëntlijst ALPHA-NL minder vaak, zorgvuldig of waarheidsgetrouw wordt ingevuld door zwangeren uit risicogroepen. Aan de andere kant kan het zijn dat verloskundigen juist voor *die* zwangeren (vrouwen risicogroepen of ALPHA-NL niet ingevuld) een verloskundigenregistratie hebben ingevuld en ingestuurd naar TNO (en in mindere mate voor zwangeren die de ALPHA-NL niet invulden en geen ogenschijnlijke risicofactoren hadden). Het is dus niet goed te verklaren waarom er van sommige vrouwen alleen de zorgverlenerslijsten zijn ingestuurd maar het vermoeden is dat dit wel om een specifieke groep gaat. Ter illustratie: het meest in het ooglopende verschil is dat van de groep waarvoor alleen een zorgverlenerslijst is ingevuld, 85% niet 'therapietrouw' is en 71% geen zwangerschapscursus wil volgen.

	cliëntlijst + zorgverlenerslijst retour (n= 308)	alleen zorgverlenerslijst retour (n=29)
risicofactor indien	n (%)	n (%)
moeder of partner jonger dan 20 jaar	5 (2)	0
meer dan 5 kinderen (voor deze zwangerschap)	1 (0)	0
kinderen van meer dan 3 verschillende partners	0	2 (7)
laag opleidingsniveau (< 16 jaar onderwijs genoten), middelbare school niet afgemaakt, speciaal onderwijs genoten	17 (6)	5 (20)
laag of onzeker inkomen, lage SES, WAO/WW uitkering, detentie of delinquent, crimineel verleden	41 (14)	6 (22)
risico op besnijdenis, eerwraak, relationeel geweld	16 (5)	5 (17)
staat er alleen voor of is alleenstaand	24 (8)	5 (17)
beperkt sociaal netwerk, weinig steun van de omgeving, ontevreden over sociaal netwerk / sociaal isolement	17 (6)	4 (19)
life events zoals verhuizing, verlies of verandering van baan, ziekte of overlijden, scheiding, geweld buitenshuis, overval, bedreiging	41 (14)	5 (23)
geweld voor of tijdens zwangerschap door huidige partner	16 (5)	2 (4)
als kind ervaring met kindermishandeling, negatieve seksuele ervaringen, fysieke of emotionele verwaarlozing, getuige partnergeweld	35 (12)	3 (13)
(eerdere) psychische problemen of depressie bij zwangere of partner	57 (19)	3 (12)
(eerdere) psychiatrische ziekte en/of behandeling bij zwangere of partner		
eerdere ondertoezichtstelling, uithuisplaatsing, betrokkenheid AMK/Voogdij	3 (1)	0
laat in zorg komen: 1e controle na 16 weken of helemaal geen prenatale zorg	2 (1)	2 (7)
ongepland of na 20 weken nog ongewenste zwangerschap	24 (8)	4 (15)
partner niet blij met zwangerschap / baby / twijfel over biologisch vaderschap		
wil niet naar zwangerschap- of ouderschapscursus of heeft deze afgebroken (bij primipariteit)	74 (26)	15 (71)
komt niet op afspraken, komt afspraken niet na, volgt adviezen niet op, gaat naar andere zorgverlener, blijft weg zonder reden	21 (7)	23 (85)
negatieve beleving deze zwangerschap of vorige baring	9 (3)	0
zwangere maakt zich zorgen over eigen rol als moeder	6 (2)	1 (5)
veel huisarts contact, zwakke gezondheid, veel klachten	18 (6)	4 (15)
medicijn gebruik, antidepressiva, pijnmedicatie	6 (2)	1 (4)
alcohol gebruik tijdens zwangerschap	4 (1)	0
roken tijdens zwangerschap	13 (4)	1 (4)
drugsgebruik voor of tijdens zwangerschap	6 (2)	2 (7)
SOA aanwezig voor of in de zwangerschap	14 (5)	3 (11)
minder dan 15 maanden tussen deze en vorige zwangerschap	26 (9)	4 (15)

	cliëntlijst + zorgverlenerslijst retour (n= 308)	alleen zorgverlenerslijst retour (n=29)
risicofactor indien	n (%)	n (%)
een of meerdere abortus provocatus gehad	21 (7)	5 (19)
kindgewicht < 5 percentiel in anamnese	5 (2)	2 (7)
vermoeden bij zwangere of partner op (licht) verstandelijke handicap/ laag IQ	2 (1)	1 (4)
zwangere lijkt zich ongelukkig te voelen/ zich niet goed in haar vel te voelen	19 (6)	3 (14)
contact met zwangere verloopt moeizaam, zwangere lijkt veeleisend, afhankelijk, veel aandacht vragend, wantrouwend, belt veel	16 (5)	4 (15)
zegt weinig steun te krijgen van haar partner, heeft een afstandelijke houding, een afhankelijke houding, er lijken conflicten in de relatie, partner laat weinig betrokkenheid zien, partner heeft de neiging van slag te raken en boos te worden	18 (6)	5 (22)
zwangere laat merken dat ze het niet goed aan kan.	3 (1)	0
zegt dat ze teleurgesteld is over het geslacht van de baby of dat de baby ongewenst is,		
zegt teleurgesteld te zijn in andere kind(eren), toont weinig aandacht voor kind		
zegt kind niet positief te ervaren, gebruikt verbaal geweld naar kind, gebruikt fysiek geweld naar kind, er zijn blauwe plekken of andere verwondingen bij de baby of ander kind, kind ziet er onverzorgd uit.		
ratio risicofactoren per zwangere	580/308 = 1.9	120/29 = 4.1
zorgwekkende situatie (de verwijsregistratie was niet van alle zwangeren ingestuurd)?		
geen	259 (89)	15 (65)
twijfel	18 (6)	5 (22)
enigszins	10 (3)	3 (13)
ja, zorgwekkend	5 (2)	0

3.5 Overleg en verwijzing (N=321)

De resultaten die betrekking hebben op overleg en verwijzing zijn afkomstig van de gehele groep zwangeren waarbij deze gegevens bekend waren (N=321).

In 13% (40/321) van de gevallen oordeelde de verloskundige dat er sprake was van een ‘*twijfel*’ tot zorgwekkende situatie: bij 7 % (n=23) was er twijfel. Bij 4% (n=13) was de situatie enigszins zorgwekkend en bij 2% (n=5) zorgwekkend. Er waren significant meer zorgwekkende situaties in Amsterdam-Noord (n=29, 20%) dan in Zaanstad (n=12, 7%).

Bij 11% (37/321) van de zwangeren was er reden tot *overleg*. Overleg werd het meest gepleegd met een collega uit de eigen praktijk (13%, n=19). 7 keer werd overleg gepleegd met een collega extern (gynaecoloog, huisarts, kraamzorg), 2 keer met de JGZ, 2 keer met Vangnet Jeugd en 7 keer 'anders' (POP-poli, Fiom, maatschappelijk werk).

Bij 9% (28/312) van de zwangeren is er sprake geweest van een *verwijzing* of *overdracht*. Dit betrof 6 keer overdracht naar een externe collega (gynaecoloog). Ook vond verwijzing of overdracht plaats naar de JGZ (3x), Vangnet jeugd (3x) Voorzorg (3x), het CB (4x), anders (5x) (Fiom, POP poli, Brijderstichting) en 1 keer naar een collega intern. Van 13 zwangeren waarbij wel overleg had plaatsgevonden was er geen informatie over de eventuele overdracht/verwijzing.

Uit de cliëntlijst bleek dat wanneer er hulp gewenst werd, dit meestal was voor het vinden van huisvesting (n=7) en oplossen van financiële problemen (n=8). Verder wordt er hulp gewenst i.v.m. kinderopvang (n=8), zelfontwikkeling (n=6), psychische problematiek (n= 3) en relatiegeweld (n=1).

Van 34 cases was er geen expliciete informatie over het vervolgtraject. Hiervan was bij 1 zwangere desondanks de indruk van de verloskundige dat de situatie enigszins zorgwekkend was en bij 5 zwangeren waar de verloskundige twijfelde over de situatie. Van de 34 is er 9 keer gemeld dat er geen reden was voor overleg of verwijzing, één keer is verwezen naar de JGZ en het FIOM en 1 keer is overleg geweest met een collega intern.

3.6 Ervaringen van de verloskundigen

In Zaanstad is een focusgroep met 11 verloskundigen (9 praktijken) uit het hele werkgebied geraadpleegd; in Amsterdam Noord was dit een groep van 6 verloskundigen (inclusief stagiaire en vaste waarnemer) van de drie deelnemende praktijken. Tevens was een focusgroep gepland met de tweedelijns verloskundige in het BovenIJ Ziekenhuis maar daar verscheen slechts één verloskundige. Zij had wel als voorbereiding haar collega's geraadpleegd en is dan ook geïnterviewd.

Wat voegt de ALPHA-NL toe?

Over het algemeen vonden de verloskundigen de cliëntlijst ALPHA-NL goed om te gebruiken. Vooral het feit dat de vragenlijst een opening voor gesprek biedt aan de zwangere, is door hen genoemd als voordeel. De vragenlijst maakt zwangeren daarnaast duidelijk dat over psychosociale kwesties ook met de verloskundige kan worden gesproken en dat die haar kan helpen of verwijzen, door de vragenlijst denken zij na over de thuissituatie. De cliëntlijst ALPHA-NL maakt het ook de verloskundigen zelf gemakkelijker om gevoelige onderwerpen aan te snijden en er later in de zwangerschap nog eens op terug te komen. Sommige verloskundigen vertellen van cases waarbij zij door de cliëntlijst ALPHA-NL weet hebben gekregen van psychosociale problemen in het gezin die er niet bij de intake uit waren gekomen.

Over het algemeen vinden de verloskundigen het concept om te screenen op psychosociale problematiek in het (aanstaande) gezin, goed. De meeste vinden dat de ALPHA-NL er voor zorgt dat "meer gezien" wordt: "je pikt er wel meer uit" "vooral bij de wat stillere vrouwen". Eén praktijk in Amsterdam-Noord zegt dat zij "er niet anders door zijn gaan werken maar dat de extra informatie over de thuissituatie van cliënten wel voor meer begrip zorgt."

De bruikbaarheid van de ALPHA-NL

Inhoudelijk vinden de verloskundigen de cliëntlijst ALPHA-NL wel volledig maar soms ook met dubbele vragen (als ingevuld is dat geen alcohol wordt gedronken dan is het niet zinvol daarna te vragen ‘of men wel eens overweegt te stoppen met drinken’). Ook de vraag of men een zwangerschaps- of ouderschapscursus volgt of van plan was te volgen vonden de meeste verloskundigen niet relevant (in de Canadese ALPHA is deze vraag ook opgenomen). Overlap wordt door enkele cliënten ook ervaren in relatie tot de intake: “dat had ik toch al verteld?”

In Amsterdam Noord vonden sommige cliënten het moeilijk om de vijfpuntsschaal te gebruiken waarschijnlijk omdat het cijfer 1 een voor een gunstig antwoord staat en 5 voor ongunstig (zoals ook in de Canadese versie). Omdat het gevoelsmatig lijkt op het geven van een rapportcijfer is voorgesteld dit andersom te doen.

Vragen die door de verloskundigen gemist werden zijn: vragen over de jeugd en psychisch welbevinden van de partner en over eventuele actuele mishandeling van kinderen.

In de tweedelij, in het BovenIJ ziekenhuis, werd de vraag betreffende betrokkenheid van het AMK of kinderscherming als zeer goed ervaren.

De meeste verloskundigen vragen zich ook af wat de toegevoegde waarde is van de zorgverleners-ALPHA-NL en of het invullen van deze lijst de tijdsinvestering wel waard is. Zij zien er wel voordeel van in wanneer dit een optie in het registratiesysteem zou zijn en er ‘als vanzelf’ risicofactoren naar voren komen. Ten behoeve van het onderzoek hebben de verloskundigen de zorgverleners-ALPHA-NL wel ingevuld.

Tijd en administratie

Het meegeven van de cliëntlijst ALPHA-NL en een korte uitleg van wat de bedoeling is, kost de verloskundige niet veel extra tijd, 1 tot 5 minuten extra. De nabespreking ervan kost, wanneer er risicofactoren zijn, wel meer tijd: 10 tot 15 minuten extra. Dit is los van de eventuele acties die er bij enkele cases uit volgen.

Vrijwel unaniem is voor de verloskundigen de tijdsinvestering en de administratieve organisatie (hoe regel je het in je praktijk) de bottleneck. Het herhaaldelijk navragen als vrouwen vergeten de vragenlijst te retourneren wordt als heel vervelend ervaren.

Geopperd is om cliënten daarom de cliëntlijst ALPHA-NL in de praktijk te laten invullen in een privé hoekje en/of vrouwen voor het 20 weken consult te vragen eerder te komen. Dit is ook veiliger voor vrouwen die de lijst niet mee naar huis willen nemen. Of dit mogelijk is, is sterk afhankelijk van de praktijkinrichting.

Een andere kwestie is praktisch: je moet er een systeem voor hebben om de vragenlijst bij de gegevens van iedere cliënt te bewaren en ook moet de overdracht naar andere verloskundigen in de praktijk zorgvuldig plaatsvinden. In één praktijk loste men dit op door de assistente dit te laten bewaken.

De meeste verloskundigen vinden het moment van meegeven bij 20 weken goed.

Geopperd is om de cliëntlijst ALPHA-NL bij 16 weken mee te geven, bij 20 weken in te leveren en bij 24 weken zonodig te bespreken.

Een rapportcijfer

Na afloop van de gesprekken met verloskundigen is gevraagd een rapportcijfer te geven voor het werken met de ALPHA-NL. Dit lag gemiddeld hoger in Zaanstad dan in Amsterdam-Noord: gemiddeld ruim 7,5 respectievelijk 6,3 (met uitzondering van het BovenIJ ziekenhuis). De Amsterdamse praktijken maken duidelijk onderscheid tussen het gebruik van de cliëntlijst- en zorgverleners ALPHA-NL. Wanneer zij de zorgverlenerslijst in zouden moeten blijven vullen, zou het rapportcijfer lager liggen stelden zij. In Zaanstad en ook het BovenIJ Ziekenhuis stelt men dat “het wel extra tijd

kost maar dat het goed is om te doen” “voor de (zorgverleners)lijst zelf geef ik een 7, voor het signaleren ermee een 8½. De meeste verloskundigen zijn van plan de aanpaste versie van de cliëntlijst ALPHA-NL te blijven gebruiken; de zorgverleners ALPHA-NL niet.

3.7 Signaleren en dan?

De verloskundigen zeggen dat zij niet of nauwelijks meer zijn gaan verwijzen op basis van de ALPHA-NL terwijl zij daarnaast wel zeggen meer te ‘zien’. Door de ALPHA-NL worden, zo blijkt uit de analyse van data, wel veel risicofactoren gevonden en cases intern met collegae besproken (in sommige praktijken is er structureel overleg over gecompliceerde cases) maar niet vaker verwezen: “daar stagneerde het”. Het is niet duidelijk wat redenen voor dat verschil kunnen zijn. Een oorzaak kan zijn dat verloskundigen over het algemeen nog onvoldoende op de hoogte zijn van de verwijsmogelijkheden in hun werkgebied (sociale kaart) en onvoldoende weten wat andere instellingen kunnen bieden. Dit maakt dat verwijzen voor de verloskundige een barrière vormt die zij alleen voor ‘ernstiger cases’ lijken te overbruggen. “Wat kun je bieden, het is zo’n chaos van instellingen en je wil geen valse verwachtingen wekken”. Sommige verloskundigen zeggen de ‘ernstige cases’ toch wel te verwijzen en ook die gevallen waarbij de vragenlijst “eerlijk wordt ingevuld want die zijn er al open over – van anderen weet je het niet want die vullen dat niet in”. Betekent dit dat zij alleen verwijzen als de situatie ernstig is of cliënten zelf graag willen?

Als er verwezen werd, naar welke instelling verwees men dan en waren daar eenduidige afspraken over? In beide regio’s zijn er geen structurele afspraken voor verwijzing of worden die, zowel door verloskundigen als door de ‘ontvangende partij’ onvoldoende nagekomen. In Zaanstad was aanvankelijk de rol van de JGZ een prominente en bestond er de mogelijkheid van een prenataal huisbezoek door een jeugdverpleegkundige. Hier is in de praktijk niet of nauwelijks gebruik van gemaakt. De Zaanse verloskundigen waren ontevreden over het contact met de JGZ en de prenatale huisbezoeken. Hoewel de verwijzingsafpraak door het management van Evean was toegezegd, is dit binnen de JGZ-organisatie vermoedelijk niet tot op de werkvloer doorgevoerd. Enkele verloskundigen hebben de ervaring dat zij op weerstand stuiten wanneer zij contact zochten met de JGZ in verband met een prenataal huisbezoek. Daarnaast heeft het project te maken gehad met een fusie van de JGZ (Amsterdam), verandering van contactpersonen bij de beide JGZ-organisaties en uitval van projectleden. Dit heeft de samenwerking met de JGZ vermoedelijk beïnvloed. In de praktijk is met name door twee praktijken samengewerkt met Vangnet Jeugd van de GGD omdat de verloskundigen daar goed contact mee hadden, er feedback was en het gevoel bestond dat de cases adequaat overgenomen werden.

In Amsterdam-Noord zijn de ervaringen zeer verschillend per praktijk: er wordt verwezen naar de JGZ (OKC’s), naar Voorzorg, de Opvoedpoli en naar Vangnet Jeugd. Ten aanzien van de JGZ (OKC’s) is men unaniem ontevreden over de bereikbaarheid: “de cb’s (consultatiebureau’s) zijn nooit te bereiken, ook niet op de eigen directe nummers”. De ervaringen met Vangnet Jeugd Amsterdam zijn verschillend: één praktijk heeft daar hele goede ervaringen mee: “je kunt ze altijd bereiken en je hoort tenminste wat terug en vervolgens kijken ze in de jungle van hulpverlening wat geschikt is”. Een andere praktijk vindt “de Opvoedpoli een ‘gouden greep met prettige mensen’ en vindt dat juist Vangnet Jeugd “niet goed reageert: ‘ja daar kunnen wij ook niks aan doen’ zeggen ze dan”. Van Voorzorg vinden de verloskundigen het bezwaar dat die voor slechts enkele vrouwen geschikt is en ook dat zij “feitelijk niets doen”.

De tweedelijns verloskunde in Amsterdam-Noord verwijst vooral naar: het maatschappelijk werk of psycholoog binnen het ziekenhuis, naar Vangnet Jeugd en doet wanneer nodig een melding bij het AMK. Het AMK wordt nauwelijks benaderd voor overleg of advies.

3.8 Ervaringen Vangnet Jeugd Zaanstad

Dat weinig is verwezen wordt bevestigd door de verpleegkundige van Vangnet Jeugd bij de GGD: zij heeft in heel 2009, slechts vier aanmeldingen en twee adviesvragen van verloskundigen gehad. Opmerkelijk genoeg waren dit er 13 in 2008 (ongeveer 10% van het aantal aanmeldingen bij Vangnet Jeugd Zaanstad in dat jaar). Vóór 2008 (Vangnet Jeugd is in 2006 gestart) kwamen er géén aanmeldingen van verloskundigen bij Vangnet binnen. De aanmeldingen in 2008 en 2009 komen vooral van twee verloskundigenpraktijken en de afdeling gynaecologie van het ZMC. Wanneer we kijken naar het type aanmelding van beide jaren, dan betreft het vrijwel altijd gezinnen met meervoudige problematiek (verslaving, psychiatrie, huisvesting, licht verstandelijk beperkt (LVG)) of jonge moeders waarvoor men, al of niet naast Voorzorg, extra ondersteuning vraagt. De adviesvragen betreffen suggesties voor verwijzing. De Vangnet Jeugd -verpleegkundige heeft de indruk dat verloskundigen weinig verwijzen omdat zij het lastig vinden de afweging te maken waar cliënten naartoe te verwijzen. Zij onderstreept het belang van duidelijke concrete afspraken, neergelegd in een protocol, over het vervolg op signalen.

3.9 Ervaringen van (aanstaande) ouders

Het invullen van de cliëntlijst ALPHA-NL door zwangeren duurde gemiddeld 9.7 minuten (sd 6.2, range 2-45 minuten). Verreweg de meeste zwangeren hadden volgens de verloskundigen geen bezwaar tegen het invullen van de vragenlijst. Vooral in Amsterdam waren er wel cliënten die de vragenlijst niet in wilden, konden of mochten invullen. Dit waren over het algemeen allochtone vrouwen en gezinnen met een lagere SES. De taal speelde dan een rol maar ook de partner, onbegrip, wantrouwen ('wat gebeurt er met die lijst?') en niet over privé-kwesties willen spreken ('dat gaat niemand wat aan') of: er wel over willen spreken maar niet opschrijven ('ik wil het je wel vertellen maar je mag het niet opschrijven'). Aan de andere kant van het spectrum was er een enkele hoogopgeleide cliënte die de vragenlijst 'stigmatiserend' vond – maar ook die het juist heel goed vond om dit soort vragen te stellen. Meestal vonden de vrouwen het 'gewoon geen probleem' om een vragenlijst in te vullen.

In Zaanstad en in het BovenIJ Ziekenhuis heeft men niet de indruk dat de taal een barrière vormt om de vragenlijst in te vullen bij allochtone vrouwen. Mogelijk houdt dit verband met een verschil in populatie en in het gezag dat uitgaat van een ziekenhuis ('doen wat de dokter zegt'). In het BovenIJ ziekenhuis is er ook een Turkssprekende verloskundige en de mogelijkheid van een Marokkaanse zorgconsulent.

De verloskundigen bevelen aan de cliëntlijst ALPHA-NL wel te vertalen naar Arabisch, Turks en Engels.

4 Tot slot

4.1 Conclusies

Zorgen of geen zorgen?

De meeste baby's in Zaanstad en Amsterdam-Noord die tijdens de proefimplementatie zijn geboren, komen niet in een risicovolle of zorgwekkende opgroeisituatie ter wereld.

Echter: van 13% van de zwangeren oordeelde de verloskundige dat er sprake was van twijfel, enigszins zorgelijke of een zorgwekkende situatie. Van tevoren is geen verwacht uitkomstpercentage bepaald omdat dit niet de vraagstelling van het project was. Een vergelijking met de uitkomsten met de Canadese ALPHA is dan ook niet goed mogelijk. Met de Canadese ALPHA bleken de artsen in de experimentele groep bij 11% van de ALPHA-gescreende zwangeren een 'high level of concern' te vinden (Caroll, 2005). Onder 'high' werd verstaan dat de arts een of andere actie daarop van plan was te ondernemen.

Bij 11% van de zwangeren waren de bevindingen reden voor overleg en bij 9% een reden voor verwijzing of overdracht. Deze uitkomsten liggen meer in de lijn van de uitkomsten van de Canadese ALPHA aangezien het gaat om situaties waarin een of andere actie is ondernomen.

Risicofactoren volgens de aanstaande moeders

De meest voorkomende risicofactoren of problematische situaties die in Zaanstad en Amsterdam-Noord zijn gevonden, zijn volgens de zwangeren zelf:

- ingrijpende gebeurtenissen tijdens de zwangerschap (bij 40% van de zwangeren)
- spanning in het afgelopen jaar (bij 16%)
- (ernstige) zorgen om de financiële situatie (bij 25%)
- zorgen om het gezins- en persoonlijk leven (bij 18%)
- emotionele problemen (in het verleden) (bij 38%)
- matig tot sombere stemming tijdens de zwangerschap (bij 19%)
- het niet zinvol vinden of geen tijd hebben om een zwangerschapskursus te volgen (bij 43%)
- relatieproblemen van de eigen ouders (bij 23%)
- als kind niet veilig hebben gevoeld bij de eigen vader (bij 14%) of moeder (8%)
- een partner die (wel eens) drugs gebruikt (bij 11%)
- opvatting dat slaan hoort bij de opvoeding (23% -waarvan eenderde 'helemaal mee eens')
- fysiek, geestelijk of seksueel geweld voor of tijdens de zwangerschap door de huidige partner (3,1%)

Tot het forse percentage 'ingrijpende gebeurtenissen' behoort onder andere een vijfde verhuizingen. Dit wordt wel beschouwd als een 'life event' (Holmes en Rahe, 1967) en risicofactor voor postnatale depressie (en dat weer risicofactor voor kindermishandeling) maar komt juist onder gezinnen die een (eerste) kind verwachten veel voor. Overigens heeft een zwangerschap op zichzelf een hogere score op de stress-schaal van Holmes en Rahe (1967) dan een verhuizing en zelfs financiële zorgen.

Het hoge percentage vrouwen dat geen zwangerschapscursus volgt heeft onder andere te maken met de vraag of het om een eerste of volgende zwangerschap gaat. In de Canadese ALPHA wordt het niet volgen van een zwangerschapscursus of een 'drop-out' zijn, gezien als een signaal. In Nederland hebben we een andere traditie van zwangerschapscursussen en verloskunde en is het veel meer geaccepteerd om geen cursus te volgen en ondermeer te verlaten op de steun van de verloskundige. Het is dus de vraag of een hoge score hierop geïnterpreteerd moet worden als een risicofactor. Mogelijk wel in relatie tot algehele 'therapie-ontrouw' zoals in de groep waar alleen de zorgverlenerslijst voor is ingevuld (zie tabel).

Het hoge percentage (volgens de zwangere niet problematisch) drugsgebruik van de partner lijkt een verschijnsel van deze tijd te zijn maar dit laat onverlet het risico dat daar van uit gaat.

Gezien de uitkomsten op 'ingrijpende gebeurtenissen', 'spanning in het afgelopen jaar', 'financiële zorgen', 'zorgen om het gezins- of persoonlijke leven' en de 'matig tot sombere stemming tijdens de zwangerschap' is er al met al een groot percentage zwangeren dat niet goed in haar vel lijkt te zitten en zich tijdens de zwangerschap behoorlijke zorgen maakt. Bekend is dat stress tijdens de zwangerschap een risicofactor is voor postnatale depressie en een ongunstige zwangerschapsuitkomst (Paarlberg, 1996).

Opvallend is het hoge percentage zwangeren dat de opvatting is toegedaan dat slaan min of meer of helemaal in de opvoeding thuishoort.

Risicofactoren volgens de verloskundigen

In totaal zijn door de verloskundige bij 355 zwangeren en hun gezin 700 risicofactoren gevonden.

Vergelijking van de uitkomsten op de cliëntlijst ALPHA-NL met die van zorgverlenerslijst is niet goed mogelijk omdat de inhoud van de vragen in de twee lijsten verschillen en in een aantal gevallen de zorgverlenerslijst is ingevuld aan de hand van de ALPHA en dus niets toevoegt.

Wat vinden de verloskundigen van het vroegsignaleren?

De verloskundigen zijn positief over het signaleren van ongunstige kindomstandigheden bij hun cliënten, rond de 20 weken zwangerschap, en vinden dat zij 'meer zien' met een signaleringsinstrument. Zij vinden dat het werken met de ALPHA-NL voor zowel de cliënt als hen zelf, drempelverlagend werkt om gevoelige onderwerpen aan te snijden of later in de zwangerschap op terug te komen. Het geeft hen meer inzicht in de psychosociale situatie van de zwangere.

De cliëntlijst en zorgverleners ALPHA-NL

Over het algemeen beoordelen de verloskundigen de cliëntlijst ALPHA-NL als goed, mits die aangepast wordt en prettiger oogt (lay-out). De Zaanse verloskundigen en het BovenIJ ziekenhuis zijn over het algemeen iets positiever over vroegsignaleren en de ALPHA-NL dan de verloskundigen van de drie praktijken in Amsterdam-Noord. Bezwaren waren vrijwel altijd pragmatisch en hadden betrekking op de tijdsinvestering en logistiek: het archiveren van de ingevulde vragenlijsten, het terugkrijgen van de vragenlijsten ed. Over de zorgverleners-ALPHA-NL is men unaniem ontevreden omdat handmatig ingevuld moest worden wat reeds in het verloskundig registratiesysteem aan psychosociale factoren bekend was. Dit kostte hen (te) veel tijd. Als dit met een druk op

de knop uit het geautomatiseerde registratiesysteem naar voren zou kunnen komen, vinden zij dit wel een goede aanvulling op de cliëntlijst ALPHA-NL.

En de gynaecologen?

De afdelingen verloskunde-gynaecologie van de ziekenhuizen bleken moeilijk te betrekken bij het project. De aanwezigheid van tweedelijns verloskundigen in een ziekenhuis zoals in het BobvenIJ ziekenhuis lijkt voor vroegsignalering een pre omdat deze taak bij hen (in plaats van bij de gynaecologen of verpleegkundigen) kan worden neergelegd. Bovendien beschikt een ziekenhuis over mogelijkheden om intern te verwijzen (maatschappelijk werk, psycholoog, Turks of Arabisch sprekenden) en is er een beleidskader vanuit de organisatie dat steunend kan werken.

Signaleren en dan?

Hoewel de ingevulde ALPHA's-NL veel signalen laten zien is daar lang niet altijd door de verloskundige actie op ondernomen. Er zijn volgens de verloskundigen niet veel of meer daadwerkelijke verwijzingen uit naar voren gekomen. Daar zijn diverse oorzaken voor aan te geven. Een er van is mogelijk dat verloskundigen, ook al zien zij risicofactoren, toch geneigd zijn pas te handelen wanneer er sprake is van een manifest probleem terwijl dit vanuit preventief oogpunt juist in eerder stadium zou moeten. Daarnaast hebben verloskundigen (ondanks training) onvoldoende kennis van de sociale kaart en onvoldoende zicht op het aanbod van instellingen. Daardoor is er onvoldoende vertrouwen om een cliënt te verwijzen. Het zorgnetwerk wordt door verloskundigen ervaren als een 'jungle', afspraken over verwijzing zijn niet nagekomen en wanneer verloskundigen probeerden hiervoor de JGZ te benaderen waren deze onbereikbaar of niet bereidwillig, hierover is er grote ontevredenheid. Daarnaast zijn er waarschijnlijk ook onvoldoende lichte vormen van hulp. Zowel in Amsterdam als Zaanstad waren er wel goede ervaringen met Vangnet Jeugd en de Opvoedpoli (alleen in Amsterdam).

En de vrouwen zelf?

Het overgrote deel van de zwangere vrouwen vinden het "gewoon prima" om de ALPHA-NL in te vullen; een enkeling wilde, mocht of kon deze niet invullen. Het kostte de zwangeren gemiddeld 10 minuten om in te vullen. Er zijn door cliënten enkele suggesties voor verbetering van de vragenlijst gedaan.

Met betrekking tot de allochtone populatie zeggen de Zaanse verloskundigen dat de taal geen barrière vormde. Dit geldt ook voor het BovenIJ ziekenhuis maar daar kon men terugvallen op een Turkssprekende verloskundige of Marokkaanse zorgconsulent. Bij de drie verloskundigenpraktijken in Amsterdam-Noord speelde de taal veel vaker een rol en werd aangedrongen op vertaling van het instrument naar Turks, Arabisch en Engels. Mogelijk is het gebruik van de ALPHA-NL anders in de grotere steden dan daarbuiten door verschil in populatie en daardoor misschien ook in verloskundige.

4.2 Aanbevelingen

Op basis van de ervaringen in de beide projecten in Amsterdam en Zaanstad kunnen we de volgende aanbevelingen doen.

- De cliëntlijst ALPHA-NL wordt aangepast. De lay-out wordt veranderd zodat de vragen op één A4 passen en de vragen en antwoordcategorieën worden verbeterd. Enkele vragen voegen niets toe of moeten ook anders geformuleerd, zoals die betreffende deelname aan een zwangerschapscursus. Daarnaast zal gekeken worden naar eventuele toevoeging van items, zoals depressie bij de partner. Verder zal de

vragenlijst vertaald en aangepast worden voor de allochtone populatie (Turken, Marokkanen). Na aanpassing van de cliëntlijst zal deze zonder kosten beschikbaar worden gesteld aan de verloskundigen in Amsterdam-Noord en Zaanstad om (verder) te gebruiken.

- Om ‘evidence’ voor het effect van de cliëntlijst ALPHA-NL te vinden, is verder validatie-onderzoek nodig.
- Voorgesteld is om de cliëntlijst ALPHA-NL door zwangeren in de praktijkruimte te laten invullen. Dit zal niet in alle praktijken mogelijk zijn maar ondervangt het probleem om de vragenlijsten telkens terug te moeten vragen. Ook is het veiliger voor vrouwen waar er sprake is van partnergeweld. Voor vrouwen waarbij de partner altijd mee komt is dit misschien juist geen optie.
- Indien de cliëntlijst ALPHA-NL in de praktijkruimte wordt ingevuld en er dus geen tijd tussen meegeven en terugkrijgen zit, kan dit ook bij de 24 – 26 week worden ingevuld. Een andere optie is om de cliëntlijst al bij de intake te laten invullen als standaardprocedure. In volgende pilots zijn dit kwesties om na te gaan.
- De zorgverlenerslijst ALPHA-NL blijft achterwege omdat die in de huidige vorm de verloskundigen te veel tijd kost. Indien het geen extra tijd van de verloskundige zou vergen werd de extra informatie die de zorgverlenerslijst opleverde wel gewaardeerd. Daarom zal de optie om met een druk op de knop psychosociale informatie uit het verloskundig registratiesysteem te genereren, nader worden onderzocht.
- Een adequate opvolging van signalen van risicofactoren of problematiek is cruciaal en is ook in het Zaanse en Amsterdamse om allerlei redenen een bottleneck gebleken. Vroegsignalering vanaf -9 maanden zoals door landelijke en lokale overheid wordt voorgestaan zal veel sterker verankerd moeten worden in de keten rondom de geboorte en moet aansluiten bij de Centra voor Jeugd en Gezin. Daarvoor zijn duidelijk(er) (schriftelijke) afspraken nodig, tot op de werkvloer, over verwijzing van cliënten tijdens de zwangerschap, wanneer te overleggen en bij overdracht naar de JGZ bij afsluiting van het kraambed. Ook de samenwerking met kraamverzorgenden die een aanvullende signalerende rol hebben, is daarbij belangrijk. Pas wanneer de verloskundige (eerste en tweedelijns en gynaecologen), kraamverzorgenden en JGZ samenwerken en elkaar weten te vinden kan er sprake zijn van een doorgaande lijn van -9 maanden en verder. Primaire processen zoals telefonische bereikbaarheid mogen niet een beperkende factor zijn.
- Aan de kant van de verloskundigen is veel meer inzicht in de regionale sociale kaart nodig en een besef dat niet alleen de zorgwekkende gezinnen hulp nodig hebben maar dat, vanuit preventief oogpunt, juist ook de lichtere cases gebaat zijn bij hulp, een steuntje in de rug. Dan moet die lichte, laagdrempelige vorm van hulp er wel zijn. De verwachting is dat de Centra voor Jeugd en Gezin deze leemte kunnen vullen.
- Bij implementatie van een systeem van vroegsignalering in de ziekenhuizen kan het best in eerste instantie aangesloten worden bij de tweedelijns verloskunde. Echter, niet ieder ziekenhuis heeft dit, in dat geval kan vroegsignalering mogelijkwijs bij de verpleegkundige worden neergelegd. Ook al wordt de uitvoering van

vroegsignalering bij tweedelijns verloskunde of verpleegkundige neergelegd, gynaecologen moeten aangesproken blijven worden op hun verantwoordelijkheid, niet alleen voor de medische zwangerschapuitkomst maar ook ten aanzien van de omgeving waarin het kind geboren wordt.

5 Referenties

Caroll, J.C. et al *Effectiveness of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) form in detecting psychosocial concerns: a randomized controlled trial*. CMAJ, 2 aug. 2005, 173 (3), 253:259

Clarkson, J.E. et al *Predicting and preventing parenting problems*. New Zealand Medical Journal 1988; 101: 12-14

Doesem van, K.T.M. *A model-based Intervention for depressed mothers and their infants*. Infant Mental Health Journal, 26, 157-167: 2005

Hermanns, J., Öry, F., Schrijvers, G. (Inventgroep) *Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroeiproblemen*. Den Haag, Ministerie van WVS, 2005

Holmes T.H., Rahe R.H. (1967). *The Social Readjustment Rating Scale*. J Psychosom Res 11 (2): 213–8

Lynch M.A, Roberts J.. *Predicting child abuse: signs of bonding failure in the maternity hospital*. Br Med J. 1977 Mar 5;1(6061):624-6

Midmer, D. et al *Assessing antenatal psychosocial health. Randomized controlled trial of two versions of the ALPHA form*. Canadian Family Physician, 2004; vol 50: p.80-87

Offord D.R., Bennett K.J. *Conduct disorder: long-term outcomes and intervention effectiveness*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1994, Oct.33(8):1069-78

Paarlberg KM, Vingerhoets AJJM, Passchier J, Heinen AGJJ, Dekker GA, Van Geijn HP. *Psychosocial factors as predictors of maternal well-being and pregnancy related complaints* J Psychosom Obstet Gynaecol, 17(2) 1996; 93-102

Reid, A.J. et al *Using the ALPHA form in practice to assess antenatal psychosocial health*. CMAJ. 1998 September 22; 159(6): 677–684

Robertson, B.E. et al, *The use of the antenatal psychosocial health assessment (ALPHA) tool in the detection of psychosocial risk factors for postpartum depression: a randomized controlled trial*. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada 2006; 28 (10): 873-4

Tremblay, R. E., Japel, C. *Prevention during pregnancy, infancy and the preschool years*. In D. P. Farrington, J. W. Coid (Eds.), *Early Prevention of Adult Antisocial Behaviour* (pp. 205-242). Cambridge, Engeland, 2003

Wilson, L.M. et al, *Antenatal Psychosocial Risk Factors Associated with Advers Postpartum Family Outcomes. Systematic Review*. Can. Med. Assoc. J. , March 15, 1996, 154 (6) p785:799

A Cliëntlijst ALPHA-NL

Wilt u deze lijst invullen als u ongeveer 20 weken in verwachting bent en meenemen bij het volgende bezoek aan de verloskundige zorgverlener?

Zwanger zijn <i>(omcirkel het cijfer dat het meest voor u van toepassing is)</i>	
1. Toen ik merkte dat ik zwanger was, voelde ik me.....	erg gelukkig 1 2 3 4 5 erg ongelukkig
2. Op dit moment voel ik mij over de zwangerschap.....	erg gelukkig 1 2 3 4 5 erg ongelukkig
3. In deze zwangerschap volg ik een zwangerschapscursus.	ja, namelijk (naam cursus)..... nee, omdat.....
4. Ik heb er alle vertrouwen in dat ik straks een goede moeder zal zijn.	helemaal mee eens 1 2 3 4 5 helemaal mee oneens
opmerkingen	
Zwangerschap en directe omgeving <i>(omcirkel het cijfer dat het meest voor u van toepassing is)</i>	
5. Mijn omgeving (familie) is erg blij met de zwangerschap.	helemaal mee eens 1 2 3 4 5 helemaal mee oneens
6. Ik voel mij gesteund door mijn omgeving en/of partner.	helemaal mee eens 1 2 3 4 5 helemaal mee oneens
7. Daarnaast kan ik straks hulp krijgen van:	
opmerkingen	
Ingrijpende gebeurtenissen (verhuizing, verlies of verandering van baan, ziekte of overlijden, financiële problemen etc.) <i>(omcirkel het cijfer dat het meest voor u van toepassing is)</i>	
8. Hoe was het afgelopen jaar voor jou?	heel ontspannen 1 2 3 4 5 zeer stressvol
9. Is er het afgelopen jaar sprake geweest van ingrijpende gebeurtenissen? (zoals verhuizing, verlies of verandering van baan, ziekte of overlijden, financiële problemen etc.)	nee ja, namelijk
10. Heb je zorgen om je financiële situatie?	nee, helemaal niet 1 2 3 4 5 ja, heel erg veel
opmerkingen	

(Ex) partnerrelatie (indien van toepassing) (omcirkel het cijfer dat het meest voor u van toepassing is)	
11. Mijn partner is erg blij met de zwangerschap.	helemaal mee eens 1 2 3 4 5 helemaal mee oneens
12. Mijn partner zal zeker ook betrokken zijn bij de baby.	helemaal mee eens 1 2 3 4 5 helemaal mee oneens
13. Mijn relatie met mijn partner is over het algemeen.....	heel goed 1 2 3 4 5 heel slecht
14. Als de baby er is, verwacht ik dat de relatie.....	zal verbeteren 1 2 3 4 5 zal verslechteren
15. We lossen onenigheid / ruzies doorgaans goed op.	helemaal mee eens 1 2 3 4 5 helemaal mee oneens
16. Ik word wel eens bang van wat mijn partner doet of zegt.	nee nooit 1 2 3 4 5 ja vaak
17. Ik word wel eens door mijn partner geslagen/geduwd/gestompt ed.	nee nooit 1 2 3 4 5 ja vaak
18. Ik word wel eens door mijn partner uitgescholden, gepest, onderdrukt, vernederd of bedreigd.	nee nooit 1 2 3 4 5 ja vaak
19. Ik word door mijn partner wel eens gedwongen tot seksuele handelingen.	nee nooit 1 2 3 4 5 ja vaak
opmerkingen	
Eigen jeugd/ relatie met ouders (omcirkel het cijfer dat het meest voor u van toepassing is)	
20. Als kind kon ik goed met mijn ouders overweg.	helemaal mee eens 1 2 3 4 5 helemaal mee oneens
21. Ik voelde me gewenst / veilig bij mijn moeder.	helemaal mee eens 1 2 3 4 5 helemaal mee oneens
22. Ik voelde me gewenst / veilig bij mijn vader.	helemaal mee eens 1 2 3 4 5 helemaal mee oneens
23. Mijn ouders konden goed met elkaar opschieten toen ik kind was.	helemaal mee eens 1 2 3 4 5 helemaal mee oneens
24. Een van mijn ouders bedreigde de ander.	nee, nooit 1 2 3 4 5 ja, vaak
25. Ik ben als kind hardhandig gestraft door mijn ouders en/of familie.	nee, nooit 1 2 3 4 5 ja vaak

26. Mijn ouders bedreigden of sloegen mij.	nee, nooit 1 2 3 4 5 ja, vaak
27. Ik ben als kind of tiener seksueel misbruikt.	nee ja
28. Bij ons gezin vroeger was de kinder- bescherming of voogdij-instelling betrokken.	Nee ja, namelijk
<i>opmerkingen</i>	
Emotionele gezondheid (omcirkel het cijfer dat het meest voor u van toepassing is)	
29. Ik heb wel eens emotionele problemen gehad.	nee ja
30 Ik ben hiervoor wel eens bij een huisarts, psychiater of psycholoog onder controle geweest.	nee ja
31 In de zwangerschap is mijn stemming doorgaans.	opgeruimd, goed 1 2 3 4 5 somber, ongelukkig
<i>opmerkingen</i>	
Gebruik van genotmiddelen in de zwangerschap (omcirkel het cijfer dat het meest voor u van toepassing is)	
32. Ik drink elke week ongeveer.....	 glazen alcohol
33. Er zijn momenten dat ik meer drink in een week.	nee ja, omdat
34. Ik vind soms dat ik moet minderen met drinken.	nee ja
35. Ik voel me soms schuldig dat ik drink.	nee ja
36. Ik gebruik wel eens drugs (bijv wiet, coke, etc).	nee, nooit 1 2 3 4 5 ja, vaak
37. Ik heb een probleem met mijn eigen drugsgebruik.	☐ nee ☐ ja, namelijk

38. Mijn partner gebruikt wel eens drugs, (bijv wiet, coke, etc).	nee, nooit 1 2 3 4 5 ja, vaak
39. Mijn partner heeft een probleem met zijn eigen drugsgebruik.	☐ nee ☐ ja, namelijk
<i>opmerkingen</i>	
Relatie met eigen kinderen <i>(omcirkel het cijfer dat het meest voor u van toepassing is)</i>	
40. Ik vind dat slaan hoort bij de opvoeding.	helemaal mee eens 1 2 3 4 5 helemaal mee oneens
41. Ik heb een kind of kinderen die niet (meer) bij mij woont (wonen).	nee ja
42. Mijn partner heeft een kind of kinderen die niet (meer) bij hem of haar woont (wonen).	nee ja
43. Bij mijn huidige gezin is het Advies- en meldpunt kindermishandeling (AMK), de kinderscherming of voogdij-instelling betrokken.	nee ja
<i>opmerkingen</i>	
Andere zorgen/behoefte aan hulp <i>(omcirkel het cijfer dat het meest voor u van toepassing is)</i>	
44. Heb je op dit moment zorgen over je gezins- en persoonlijke leven?	nee, helemaal niet 1 2 3 4 5 6 7 ja, heel erg veel
45. Wat zijn je belangrijkste zorgen in het leven?	
46. Waarmee zou je geholpen zijn / heb je behoefte aan hulp?	

Tot slot horen wij graag uw mening over het invullen van de vragenlijst!

Hoe lang duurde het invullen van de vragenlijst?		Ongeveerminuten
Had u hulp nodig bij het invullen?	☐ Nee ☐ Ja van.....	
Waren er vragen onduidelijk voor u? zo ja welke (en waarom)?	☐ Nee alle vragen waren duidelijk ☐ Ja, de volgende vragen waren minder duidelijk: (nummers vragen) reden:	
Welke vragen vond u vervelend om in te vullen?	☐ Ik vond geen enkele vraag vervelend om in te vullen. ☐ De volgende vragen waren vervelend om in te vullen:(nummers vragen) reden:	
Heeft u vragen gemist? Zo ja welke (en waarom)?		
Vindt u het zinvol dat de verloskundige zorgverlener inzicht probeert te krijgen hoe het met u gaat in de zwangerschap. Dus niet alleen op medisch gebied maar ook sociaal en emotioneel gebied.	☐ Heel erg zinvol ☐ Zinvol ☐ Maakt me niks uit ☐ Niet zinvol ☐ Helemaal niet zinvol	
Kunt u aangeven welke methode u het prettigst vindt?	☐ Ik zou liefst bij de verloskundig zorgverlener de vragenlijst zelf invullen en dan <i>meteen</i> bespreken. ☐ Ik zou het liefst de vragenlijst thuis zelf invullen en dan bij de volgende controle met de verloskundig zorgverlener bespreken. ☐ Ik zou het liefst in een gesprek tijdens de controle de vragen voorgelegd krijgen door de verloskundige zorgverlener. ☐ Het maakt mij niks uit hoe er gevraagd wordt. ☐ Anders namelijk:	

Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst!

B Zorgverleners ALPHA-NL

ALPHA-NL Zorgverlenerslijst

(integratie van gegevens uit de status, anamnese, eigen observatie om een klinische beoordeling van de psychosociale situatie van de zwangere te maken zodat onderbouwd en eerder naar hulp verwezen kan worden en zodoende betere zorg geleverd kan worden)

ITEM	RISICOFACTOREN	KLINISCHE BEOORDELING
Bekend uit status, anamnese, observatie.	Onderstaande (mogelijke) risicofactoren omcirkelen indien aanwezig of aanvullen met eigen tekst.	Is er volgens u sprake van een zorgwekkende factor en/of reden voor hulp?
A: Karakteristieken		
leeftijd	moeder of partner jonger dan 20 jaar	nee / ja
pariteit	meer dan 5 kinderen (voor deze zwangerschap)	nee / ja / nvt
vader kinderen	kinderen van meer dan 3 verschillende partners	nee / ja / nvt
B: Socio-economische achtergrond zwangere en partner		
opleiding / beroep	laag opleidingsniveau (< 16 jaar onderwijs genoten),	nee / ja
werk / studie ALPHA vraag 10	laag inkomen, onzeker inkomen, lage SES, WAO/WW	nee / ja
culturele achtergrond	risico op besnijdenis, eerwraak, relationeel geweld	nee / ja
burgerlijke staat	staat er alleen voor of is alleenstaand	nee / ja
woonomgeving	ongunstige woonomgeving, achterstandswijk	nee / ja
C: Psychosociale anamnese		
sociaal netwerk ALPHA vraag 5-7, 11-12	weinig sociaal netwerk, weinig steun van omgeving,	nee / ja
recente ingrijpende gebeurtenissen ALPHA vraag 8-9	verhuizing, verlies of verandering van baan, ziekte of	nee / ja
relationeel geweld en/of negatieve seksuele ervaringen ALPHA vraag 15-19	voor of tijdens zwangerschap door huidige partner	nee / ja
negatieve ervaringen in eigen jeugd ALPHA vraag 20-28	als kind ervaring met kindermishandeling, negatieve	nee / ja
psychische problematiek ALPHA vraag 29-31	(eerdere) psychische problemen of depressie bij zwangere of partner (eerdere) psychiatrische ziekte en/of behandeling bij	nee / ja
andere kinderen ALPHA vraag 41-43	eerdere onder toezicht stelling, uithuisplaatsing,	nee / ja
D: Deze zwangerschap		
eerste zorgcontact	laat in zorg; 1e controle na 16 weken, geen prenatale zorg	nee / ja

gewenste zwangerschap ALPHA vraag 1-2	<i>ongepland zwangerschap na 20 weken nog ongewenste zwangerschap. partner niet blij met zwangerschap / baby / twijfel</i>	nee / ja
zwangerschapscursus ALPHA vraag 3	<i>wil niet naar zwangerschap- of ouderschapscursus of</i>	nee / ja
therapietrouw	<i>komt niet op afspraken, komt afspraken niet na, volgt adviezen niet op, gaat naar andere zorgverlener, blijft weg zonder reden</i>	nee / ja
beleving zwangerschap ALPHA vraag 2	<i>negatieve beleving deze zwangerschap of vorige baring</i>	nee / ja
laag zelfbeeld /zorgen om moeder te worden ALPHA vraag 4	<i>zwangere maakt zich zorgen over eigen rol als moeder</i>	nee / ja
E: Algemene anamnese van zwangere en partner		
chronische aandoening	<i>veel contact huisarts of specialist (ook gynaecoloog),</i>	nee / ja
medicijngebruik ALPHA vraag 29-31	<i>gebruik antidepressiva, pijnmedicatie</i>	nee / ja
alcoholgebruik ALPHA vraag 32-35	<i>gebruik tijdens zwangerschap</i>	nee / ja
roken	<i>gebruik tijdens zwangerschap</i>	nee / ja
druggebruik ALPHA vraag 36-39	<i>gebruik voor of tijdens zwangerschap</i>	nee / ja
SOA	<i>aanwezig voor of in de zwangerschap, meerdere keren</i>	nee / ja
F: Obstetrische anamnese		
tijdstip vorige zwangerschap	<i>minder dan 15 maanden tussen deze en vorige bevalling</i>	nee / ja
abortus	<i>een of meerdere abortus provocatus gehad</i>	nee / ja
SGA kind	<i>< 5 percentiel in anamnese</i>	nee / ja
gezondheid andere kinderen	<i>chronisch ziek kind, gehandicapt kind, zwakke gezondheid kind</i>	nee / ja
G: Observatie door verloskundige in zwangerschap: hoe komt de zwangere op u over?		
informatie wordt moeilijk begrepen	<i>vermoeden bij zwangere of partner op (licht) verstandelijke beperking / laag IQ</i>	nee / ja
emotionele status zie ook ALPHA vraag 31, 44-46	<i>zwangere lijkt zich ongelukkig te voelen / zich niet goed in haar vel te voelen</i>	nee / ja
omgang met kinderen zie ook ALPHA vraag 40-43	<i>zwangere laat merken dat ze het niet goed aan kan. zeft dat ze teleurgesteld is over het geslacht van de baby of dat de baby ongewenst is, zeft teleurgesteld te zijn in andere kind(eren), toont weinig aandacht voor kind zeft kind niet positief te ervaren, gebruikt verbaal geweld naar kind, gebruikt fysiek geweld naar kind, er zijn blauwe plekken of andere verwondingen bij de baby of ander kind, kind ziet er onverzorgd uit.</i>	nee / ja / nvt
omgang met partner zie ook ALPHA vraag 11-19	<i>zeft weinig steun te krijgen van haar partner, heeft een afstandelijke houding / een afhankelijke houding, er lijken conflicten in de relatie, partner laat weinig betrokkenheid zien / partner heeft de neiging van slag te raken en boos te worden</i>	nee / ja / nvt

omgang met de zorgverlening	<i>contact met zwangere verloopt moeizaam, zwangere lijkt veeleisend, afhankelijk, veel aandacht vragend, wantrouwend, belt veel</i>	nee / ja
<i>Ruimte voor opmerkingen</i>		

C Verwijzing

OVERDRACHT

Klinisch totaal indruk van de verloskundige zorgverlener:

- ☐ Geen zorgwekkende situatie.
- ☐ Twijfel over de situatie.
- ☐ Enigszins zorgwekkende situatie.
- ☐ Zorgwekkende situatie.

Ondernomen vervolg stappen

OVERLEG		
WIE	NAAM	DATA
☐ GEEN		
☐ COLLEGAE INTERN		
☐ COLLEGAE EXTERN		
☐ CONSULTATIEBUREAU/ JGZ		
☐ VANGNET		
☐ AMK		
☐ SHG		
☐ ANDERS NL,		
VERWIJZING OF OVERDRACHT		
WIE	NAAM	DATA
☐ GEEN		
☐ COLLEGAE INTERN		
☐ COLLEGAE EXTERN		
☐ CONSULTATIEBUREAU / JGZ		
☐ VANGNET		
☐ VOORAANMELDING AMK		
☐ VOORZORG		
☐ ANDERS NL,		